

UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO
w Kielcach
Wydział Prawa i Nauk Społecznych

Paweł Kocik

Rozwój wojskowej służby zdrowia Republiki Francuskiej
w perspektywie lat 2020-2030

Rozprawa doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Krzysztofa Kubiaka

Praca przyjęta pod względem
merytorycznym i formalnym
w formie papierowej i elektronicznej

.....
/data i podpis promotora/

Kielce 2025

SPIS TREŚCI

Streszczenie.....	6
Wykaz skrótów.....	10
Przedmowa.....	20
Wstęp.....	21
Rozdział I Metodologia badań.....	23
1.1. Uzasadnienie podjęcia badań.....	23
1.1.1. Założenia badawcze.....	24
1.1.2. Ograniczenia badawcze.....	24
1.1.3. Nieuwzględnione zagadnienia.....	25
1.2. Problem ogólny.....	25
1.3. Problemy szczegółowe.....	25
1.4. Przedmiot badań.....	26
1.5. Cel badań.....	26
1.6. Hipotezy.....	27
1.6.1. Hipoteza ogólna.....	27
1.6.2. Hipotezy szczegółowe.....	27
1.7. Metodyka badań.....	28
1.7.1. Metody badawcze.....	28
1.7.2. Krytyczna ocena literatury przedmiotu.....	29
Rozdział II Od Prowansji, przez Indochiny, po Sahel - historia wojskowej służby zdrowia i obecne struktury organizacyjne w siłach zbrojnych Francji.....	35
2.1. Początki organizacyjne systemu opieki zdrowotnej na polu walki.....	35
2.2. Rewolucja w medycynie wojskowej czasu „Wielkiej Wojny”.....	36
2.3. Polowa służba medyczna w bitwie o Dien Bien Phu.....	39
2.4. Wojskowa służba zdrowia na pustynnych terenach Algierii.....	42
2.5. Zabezpieczenie medyczne operacji armii francuskiej przełomu XX i XXI wieku.....	44
2.6. Struktury organizacyjne współczesnej służby zdrowia w siłach zbrojnych Francji.....	52
2.6.1. Medycyna sił zbrojnych.....	54
2.6.2. Medycyna szpitalna.....	57
2.6.3. Działalność edukacyjna i szkoleniowa wojskowej służby zdrowia.....	63
2.6.4. Działalność naukowo – badawcza.....	75
2.6.5. Zaopatrzenie wojskowej służby zdrowia w sprzęt i materiały medyczne.....	78
2.7. Współpraca cywilno – wojskowa na rzecz systemu powszechnej opieki zdrowotnej.....	96
2.7.1. Otwarcie wojskowej służby zdrowia na środowisko cywilne.....	96
2.7.2. Wsparcie działań państwa w sytuacji kryzysowej przez wojskowy personel medyczny, na przykładzie zamachów terrorystycznych w 2015 roku.....	97
2.7.3. Operacja Odporność (Resilience). Rola wojskowych jednostek i instytucji w zwalczaniu pandemii Covid-19.....	103
2.7.4. Zarządzanie zasobami rezerwy wojskowej służby zdrowia w dobie niedoborów kadrowych w czynnej służbie.....	104
2.7.5. Współpraca cywilno – wojskowa na rzecz lokalnej ludności poza granicami państwa.....	107

ROZDZIAŁ III Nowe wyzwania geostrategiczne, a zmiana modelu wojskowej służby zdrowia.....	112
3.1. Nowe wyzwania geopolityczne dla interesów Republiki Francuskiej a zaangażowanie sił zbrojnych na światowym teatrze działań.....	112
3.2. Rozwój zdolności operacyjnych zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w kierunku autonomii strategicznej.....	115
3.3. Globalizacja zagrożeń zdrowotnych na podstawie pandemii Covid-19.....	116
3.4. Zjawiska niepożądane dla prawidłowego funkcjonowania wojskowej służby zdrowia.....	120
3.5. Współpraca międzynarodowa w domenie ochrony zdrowia sił zbrojnych.....	122
3.6. Projekt „SSA 2020”, a zdolności operacyjne wojskowej służby zdrowia.....	126
3.6.1. Organizacja zabezpieczenia medycznego działań bojowych na szczeblu strategicznym i operacyjnym na podstawie doświadczeń z operacji <i>Barkhane</i> w latach 2013-2022.....	127
3.6.2. Zabezpieczenie medyczne działań bojowych na poziomie taktycznym na przykładzie misji w Afganistanie.....	133
3.6.3. Czołówka resuscytacyjno – chirurgiczna (<i>l’Antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage - ARCS</i>) jako podstawowa komórka wsparcia pododdziałów na polu walki.....	137
3.6.4. Zabezpieczenie medyczne wojsk aeromobilnych.....	139
3.7. Kontrola zagrożeń CBRN.....	144
3.7.1. Działania w ramach struktur międzynarodowych na rzecz zwalczania broni masowego rażenia.....	144
3.7.2. Założenia doktrynalne francuskiej obrony przed bronią o charakterze masowym.....	145
3.7.3. Jednostki organizacyjne wojskowej służby zdrowia przeznaczone do reagowania na zdarzenia CBRN.....	148
3.7.4. Reagowanie na zagrożenia w zakresie CBRN na przykładzie organizacji zabezpieczenia medycznego bazy okrętów podwodnych <i>Ile Longue</i>	150
3.8. Zabezpieczenie medyczne misji w różnych środowiskach.....	151
3.8.1. Działalność 66-tej komórki medycznej (<i>66-eme antenne medicale - AM</i>) Chamonix-Mont-Blanc w rejonie wysokogórskim oraz rola lekarza w ekspedycjach polarnych sił zbrojnych.....	152
3.8.2. Zabezpieczenie medyczne działań w tropikalnej dżungli Gujany Francuskiej.....	153
3.8.3. Specyfika służby pielęgniarza na pokładzie okrętów podwodnych o napędzie nuklearnym.....	154
3.8.4. Rola pielęgniarki asysty powietrznej na pokładach samolotów ewakuacji medycznej.....	156
ROZDZIAŁ IV Plany rozwojowe wojskowej służby zdrowia w perspektywie 2030 rok....	158
4.1. Założenia ogólne dokumentu pt. Ambicje strategiczne SSA 2030.....	158
4.2. Rola nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi, materialnymi i informacyjnymi w służbie zdrowia francuskich sił zbrojnych.....	160
4.2.1. Reorganizacja zarządzania zasobami ludzkimi.....	160
4.2.2. Prawidłowo funkcjonujące zabezpieczenie materiałowe wojskowej służby zdrowia podstawą do prowadzenia działań w konflikcie o dużej intensywności.....	162

4.2.3. Rewolucja w systemie przepływu informacji w strukturach zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych Francji.....	163
4.3. Psychoprofilaktyka i leczenie zaburzeń psychicznych związanych z udziałem żołnierzy w misjach poza granicami państwa.....	164
4.3.1. Zaburzenia psychiczne w historii konfliktów francuskich sił zbrojnych.....	164
4.3.2. Postępowanie przedszpitalne u żołnierzy manifestujących symptomy zaburzeń psychicznych związanych z traumatycznym zdarzeniem w służbie.....	165
4.3.3. Leczenie szpitalne zaburzeń psychicznych u żołnierzy na przykładzie oddziału psychiatrycznego szpitala wojskowego Percy.....	167
4.4. Aspekty medyczne ćwiczenia <i>Orion</i> - 23 przygotowującego wojskową służbę zdrowia do konfliktu o dużej intensywności.....	170
4.4.1. Geostrategiczny kontekst ćwiczenia <i>Orion</i> – 23.....	170
4.4.2. Zabezpieczenie medyczne konfliktu o dużej intensywności na przykładzie ćwiczenia <i>Orion</i> – 23.....	171
4.5. Analiza raportu Trybunału Obrachunkowego (<i>Cour de Comptes</i>) z 7 czerwca 2023 r., pt. <i>Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji</i>	173
4.5.1. Co już dokonano a co należy zrobić w perspektywie 2030 roku. Progres odnotowany od poprzedniej kontroli w 2009 roku i największe wyzwania najbliższych lat.....	174
4.5.2. Zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności sił zbrojnych jako podstawa egzystencji wojskowej służby zdrowia (<i>la raison d'être</i>).....	178
4.5.3. Zagrożenia organizacyjne, ekonomiczne i cywilizacyjne dla odpowiedniego zarządzania zasobami ludzkimi.....	180
4.5.4. Kompleksowość i trudności we współpracy cywilno – wojskowej.....	183
4.6. Zaawansowane technologie i innowacje w służbie sił zbrojnych Republiki..	184
4.6.1. Telemedycyna na polu walki, w przychodni i szpitalu wojskowym.....	185
4.6.2. „Sztuczna inteligencja”.....	189
4.6.3. Diagnostyka obrazowa i monitorowanie czynności życiowych.....	190
4.6.4. Innowacje w krwiolecznictwie.....	191
4.6.5. Leczenie oparzeń.....	193
4.7. Inne ważne kierunki rozwojowe medycyny wojskowej w perspektywie najbliższych lat.....	194
4.7.1. Dostosowanie szpitali wojskowych na potrzeby przygotowań do konfliktu o dużej intensywności.....	194
4.7.2. Wysunięta działalność operacyjna wojskowej służby zdrowia na przykładzie Centrum medyczno – chirurgicznego Dominique Mattei (<i>Centre médico-chirurgical interarmées - CMA CIA Dominique Mattei</i>) w Dżibuti.....	197
4.7.3. Konsolidacja szkolnictwa wyższego i działalności naukowo – badawczej wojskowej służby zdrowia poprzez utworzenie Akademii Medycznej Sił Zbrojnych (<i>Académie de Santé des Armées – ACASAN Val de Grace</i>).....	198
ROZDZIAŁ V Rekomendacje dla wojskowej służby zdrowia w Polsce.....	201
5.1. Struktura organizacyjna.....	201
5.1.1. Stan obecny.....	201
5.1.2. Proponowany schemat struktury dowodzenia wojskowej służby zdrowia.....	202
5.2. Zabezpieczenie medyczne działalności operacyjnej sił zbrojnych.....	203
5.2.1. Szpitale polowe.....	204
5.2.2. Grupy Zabezpieczenia Medycznego.....	205
5.2.3. Zespoły Zabezpieczenia Medycznego.....	208

5.2.4. Sekcje medyczne.....	209
5.3. Kształcenie i szkolenie medyczne w Siłach Zbrojnych RP.....	210
5.3.1. Działalność szkoleniowa WCKMed.....	211
5.3.2. Szkolenie medyczne w jednostkach operacyjnych.....	212
5.4. Gospodarka materiałowa wojskowej służby zdrowia.....	214
5.4.1. Organizacja systemu zaopatrywania w sprzęt i materiały medyczne.....	214
5.4.2. Środki ewakuacji medycznej.....	216
5.4.3. Nowoczesne środki ratujące życie.....	220
5.5. Zarządzanie zasobami ludzkimi.....	223
5.6. Współpraca cywilno – wojskowa oraz międzynarodowa na rzecz systemu powszechnej opieki zdrowotnej.....	225
5.7. Cyfryzacja polskiej wojskowej służby zdrowia, na polu walki i w codziennej działalności bieżącej.....	226
Podsumowanie.....	227
Załączniki.....	231
Załącznik nr 1. Relacja z wizyty w komórce medycznej (<i>antenne medicale</i>) wiodącej jednostki operacyjnej armii francuskiej.....	231
Załącznik nr 2. Relacja z wizyty w Instytucie Inwalidów Legii Cudzoziemskiej (<i>Institution des invalides de la Légion étrangère</i>).....	240
Załącznik nr 3. Wywiady eksperckie z żołnierzami wojskowej służby zdrowia.....	248
• Wywiad z pułkownikiem – szefem służby (<i>médecin chef de service - MCS</i>), służącym na stanowisku dyrektora studiów w Wojskowej Szkole Lekarskiej w Lyon.....	248
• Wywiad z podpułkownikiem, lekarzem wojskowym (<i>médecin en chef – MC</i>), w rezerwie operacyjnej szpitala wojskowego.....	253
• Wywiad z podpułkownikiem, lekarzem wojskowym (<i>médecin en chef – MC</i>), służącym na stanowisku zastępcy ordynatora oddziału ratunkowego w szpitalu wojskowym.....	256
• Wywiad z podpułkownikiem, lekarzem wojskowym (<i>médecin en chef – MC</i>), służącym na stanowisku zastępcy ordynatora oddziału chirurgii w szpitalu wojskowym.....	262
• Wywiad z lekarzem-stażystą Wojskowej Szkoły Lekarskiej w Lyon.....	267
• Wywiad z chorążym (<i>adjutant</i>), pielęgniarzem naczelnym Instytutu Inwalidów Legii Cudzoziemskiej.....	270
• Wywiad ze starszym sierżantem (<i>sergent – chef</i>), służącym w komórce medycznej jednostki odpowiedzialnym za szkolenie i zabezpieczenie medyczne.....	274
• Wywiad ze starszym kapralem (<i>caporal – chef</i>), służącym w komórce medycznej jednostki, odpowiedzialnym za szkolenie medyczne w swojej jednostce.....	278
• Wywiad ze starszym kapralem (<i>caporal – chef</i>), służącym w komórce medycznej jednostki odpowiedzialnym za sprawność techniczną pojazdów służby zdrowia.....	283
• Wywiad z kapralem (<i>caporal</i>), służącym na stanowisku sanitariusza kompanii bojowej.....	289
• Analiza wywiadów.....	292
Bibliografia.....	303
Wykaz zdjęć, rycin, tabel, wykresów.....	311

STRESZCZENIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

Pawła Kocika

pt. „**Rozwój wojskowej służby zdrowia Republiki Francuskiej w perspektywie lat 2020-2030**”

przygotowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Krzysztofa Kubiaka

W dobie bezprecedensowych napięć geopolitycznych, których obecnie jesteśmy świadkami bardziej niż kiedykolwiek aktualne staje się pytanie o kondycję sił zbrojnych poszczególnych państw NATO i ich zdolności do przeciwstawienia się agresorowi w konflikcie o dużej intensywności. Z uwagi na autonomiczny od sojuszników potencjał odstraszania nuklearnego i rozbudowane zdolności operacyjne swojego wojska, sprawdzane regularnie w konfliktach i misjach na całym świecie kluczowym państwem dla obronności Europy wydaje się być Francja. Niniejsza rozprawa podejmuje zagadnienie francuskiej wojskowej służby zdrowia i jej poszczególnych części składowych, jako struktury niezbędnej do prowadzenia działań operacyjnych przez siły zbrojne Republiki francuskiej. Od tego komponentu i jakości udzielanych świadczeń przez personel medyczny na polu walki i na jego zapleczu będzie zależeć powodzenie misji w długiej i wyczerpującej wojnie. Działalność medyków zadecyduje o utrzymaniu poszkodowanych żołnierzy w służbie, wzmocni morale we własnych szeregach i pozytywnie wpłynie na odporność społeczeństwa. Nic tak negatywnie nie wpływa na zdolność zwykłych obywateli do wspierania państwa jak widok swoich bliskich wracających masowo z pola bitwy w trumnach. Celem rozprawy jest uchwycenie kierunków rozwojowych wojskowej służby zdrowia we Francji i ocena dynamiki zmian w niej zachodzących pod kątem przygotowywania jej do konfliktu o dużej intensywności z państwem o podobnym potencjale militarnym w perspektywie najbliższych lat. Wnioski z badań mogą być bardzo użyteczne dla polskich decydentów planujących reorganizację służby medycznej w Siłach Zbrojnych RP.

Do rozwiązania ogólnego problemu badawczego i problemów szczegółowych wykorzystano metody i narzędzia badawcze, teoretyczne i empiryczne. Podstawową metodą do zbadania aktów prawnych, doktryn, instrukcji oraz opracowań tworzonych przez struktury państwa francuskiego na potrzeby wewnętrzne była analiza, wykorzystywana w trakcie całego procesu badawczego. Było to szczególnie ważne w kontekście porównań i przyszłych wniosków formułowanych na rzecz polskiej wojskowej służby zdrowia. Studium przypadków posłużyło do ukazania rozwiązań systemowych obecnych w siłach zbrojnych Francji na konkretnych przykładach z ostatnich misji bojowych w jakich Francuzi brali udział. Kolejną metodą teoretyczną zastosowaną w badaniach była synteza, dzięki której wykazano zachodzące powiązania i zależności pomiędzy różnymi podsystemami wojskowej służby zdrowia. Proces badawczy obejmował formę empiryczną, którą był wywiad ekspercki oraz narzędzie w postaci arkusza wywiadu. Jego rolą było poznanie zdania profesjonalistów wojskowej służby zdrowia na temat założeń i planów ogłaszanych przez decydentów. Zderzenie teorii ze zdaniem praktyków, którzy plany wdrażają do swojej codziennej działalności służbowej pozwoliło na ustalenie realnej dynamiki zmian i ich odbiór na dole hierarchii wojskowej. Ustalenie związku przyczynowo – skutkowego zachodzącego w procesie badawczym oraz skonstruowanie

konkluzji wynikających z poszczególnych rozdziałów pracy było możliwe dzięki wnioskowaniu. Dzięki tej metodzie sformułowano ostateczne wnioski dotyczące kierunków i dynamiki rozwoju wojskowej służby zdrowia we Francji, które posłużyły również jako baza do stworzenia rekomendacji dla służby medycznej w siłach zbrojnych RP.

Wyniki przeprowadzonych badań nie są jednoznaczne. Ogłaszane są kolejne plany mające dostosować francuską wojskową służbę zdrowia do wymagań najbliższych lat, w tym do wojny konwencjonalnej o dużej intensywności. Zmieniane są procedury szkolenia, przeprowadzane są inwestycje w nowoczesny sprzęt i zwiększany jest stan osobowy w pododdziałach i instytucjach wojskowych. Dostrzegają to respondenci, którzy jednak nie są w stanie ocenić dynamiki tych zmian. Nie podejmują się oceny jej adekwatności w stosunku do pogarszającego się błyskawicznie środowiska bezpieczeństwa. Zauważają natomiast, że wszystkie niedogodności i ograniczenia związane z przygotowaniem i uczestnictwem państwa i narodu w wojnie na dużą skalę w jednakowy sposób obejmą również przeciwnika. W większości są zdania, że Francja jest zdolna do absorpcji pierwszego szoku związanego z udziałem w wojnie o dużej intensywności. Przebieg dalszych działań i szansa na ostateczne zwycięstwo zależą będzie od wielu czynników, daleko wybiegających poza przedmiot badań, w tym ekonomicznych, społecznych i kulturalnych.

Dogłębne zbadanie organizacji, struktur i działalności operacyjnej francuskiej wojskowej służby zdrowia przyniosło wiele wniosków dla decydentów planujących zmiany w polskim systemie zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Poświęcony im jest w całości rozdział piąty niniejszej rozprawy. Warto podkreślić fakt, że w zdecydowanej większości są to założenia realne i możliwe do osiągnięcia przez państwo polskie, nie generujące nadmiernych kosztów finansowych. Trzeba w tym miejscu podkreślić, że model francuski jest zdecydowanie bardziej adekwatny jako wzorzec niż przykładowo amerykański, wymagający niezliczonych zasobów ekonomicznych i ludzkich, całkowicie nieosiągalnych dla Polski. Nie ulega wątpliwości, że zmiany w wojskowej służbie zdrowia w Siłach Zbrojnych RP są konieczne. Sytuacja geopolityczna, a co za tym idzie środowisko bezpieczeństwa państwa polskiego szybko się degradowa. Wdrożenie choć części z rekomendacji zawartych w tej rozprawie pozwoli na ekonomizację sił i środków, które są mocno ograniczone oraz dostosowanie zabezpieczenia medycznego w Wojsku Polskim do operacyjnych wymagań obecnych czasów.

ABSTRACT OF THE DOCTORAL DISSERTATION

Paweł Kocik

entitled "**Development of the military health service of the French Republic in the perspective of 2020-2030**"

prepared under the supervision of prof. dr hab. Krzysztof Kubiak

In the era of unprecedented geopolitical tensions, which we are currently witnessing, the question of the condition of the armed forces of individual NATO countries and their ability to oppose an aggressor in a high-intensity conflict is becoming more relevant than ever. Due to the nuclear deterrence potential autonomous from its allies and the extensive operational capabilities of its military, regularly tested in conflicts and missions around the world, France seems to be a key country for Europe's defense. This dissertation deals with the issue of the French military health service and its individual components as a structure necessary for the conduct of operational activities by the armed forces of the French Republic. The success of the mission in a long and exhausting war will depend on this component and the quality of the services provided by medical personnel on the battlefield and in its rear. The activity of medics will determine the maintenance of injured soldiers in service, strengthen morale in their own ranks and have a positive impact on the resistance of society. Nothing has a more negative impact on the ability of ordinary citizens to support the state than the sight of their loved ones returning en masse from the battlefield in coffins. The aim of the dissertation is to grasp the directions of development of the military health service in France and to assess the dynamics of changes taking place in it in terms of preparing it for a high-intensity conflict with a country with a similar military potential in the coming years. The conclusions of the research may be very useful for Polish decision-makers planning to reorganize the medical service in the Polish Armed Forces.

Theoretical and empirical research methods and tools were used to solve the general research problem and specific problems. The basic method for examining legal acts, doctrines, instructions and studies created by the structures of the French state for internal purposes was analysis, used throughout the research process. This was particularly important in the context of comparisons and future conclusions formulated for the benefit of the Polish military health service. The case study was used to show the systemic solutions present in the French armed forces on specific examples from the recent combat missions in which the French took part. Another theoretical method used in the research was synthesis, thanks to which the connections and dependencies between various subsystems of the military health service were demonstrated. The research process included an empirical form, which was an expert interview, and a tool in the form of an interview sheet. Its role was to get to know the opinion of military health professionals on the assumptions and plans announced by decision-makers. The clash of theory with the opinion of practitioners who implement plans in their daily activities allowed to determine the real dynamics of change and their reception at the bottom of the military hierarchy. Establishing the cause-and-effect relationship occurring in the research

process and constructing conclusions resulting from individual chapters of the work was possible thanks to inference. Thanks to this method, final conclusions were formulated regarding the directions and dynamics of development of the military health service in France, which also served as a basis for creating recommendations for the medical service in the Polish Armed Forces.

The results of the research are inconclusive. Further plans are being announced to adapt the French military health service to the requirements of the coming years, including high-intensity conventional warfare. Training procedures are being changed, investments in modern equipment are being carried out and the number of personnel in military units and institutions is being increased. This is noticed by respondents, who, however, are not able to assess the dynamics of these changes. They do not undertake to assess its adequacy in relation to the rapidly deteriorating security environment. They note, however, that all inconveniences and restrictions related to the preparation and participation of the state and the nation in a large-scale war will also apply equally to the enemy. Most are of the opinion that France is capable of absorbing the first shock of participating in a high-intensity war. The course of further actions and the chance for the final victory will depend on many factors, far beyond the subject of research, including economic, social and cultural.

An in-depth study of the organization, structures and operational activities of the French military health service has brought many conclusions for decision-makers planning changes in the Polish system of medical support of the armed forces. The fifth chapter of this dissertation is entirely devoted to them. It is worth emphasizing the fact that the vast majority of these assumptions are realistic and achievable by the Polish state, not generating excessive financial resources. It should be emphasized here that the French model is definitely more adequate as a model than, for example, the American one, requiring countless economic and human resources, completely unattainable for Poland. There is no doubt that changes in the military health service in the Polish Armed Forces are necessary. The geopolitical situation, and thus the security environment of the Polish state, are rapidly degrading. The implementation of at least some of the recommendations contained in this dissertation will allow for the economization of forces and resources that are very limited and the adaptation of medical support in the Polish Army to the operational requirements of the current times.

Wykaz skrótów

1 BEP	1. Batalion Cudzoziemski Spadochroniarzy (<i>1er Bataillon Etranger de Parachutistes</i>)
11 BP	11. Brygada Spadochroniarzy (<i>11e Brigade Parachutiste</i>)
13 DBLE	13. Półbrygada Legii Cudzoziemskiej (<i>13e Demi-brigade de Légion étrangère</i>)
2 BEP	2. Batalion Cudzoziemski Spadochroniarzy (<i>2e Bataillon Etranger de Parachutistes</i>)
27 BIM	27. Brygada Piechoty Górskiej (<i>27e Brigade d'Infanterie de Montagne</i>)
27e BCA	27 Batalion Strzelców Alpejskich (<i>27e Bataillon de Chasseurs Alpins</i>)
3 REI	3. Pułk Cudzoziemski Piechoty (<i>3e Régiment Étranger d'Infanterie</i>)
5 RIAOM	5. Pułk Połączony Terenów Zamorskich (<i>5e Régiment Interarmes d'Outre-Mer</i>)
6 BLB	6. Lekka Brygada Pancerna (<i>6e Brigade Légère Blindée</i>)
8e RPIMAA	8. Pułk Spadochroniarzy Piechoty Morskiej (<i>8e Régiment Parachutiste d'Infanterie de Marine</i>)
9 RIMa	9 Pułk Piechoty Morskiej (<i>9e Régiment d'Infanterie de Marine</i>)
AAE	Siły Powietrzne i Kosmiczne (<i>Armée de l'Air et de l'Espace</i>)
ACASAN	Akademia Medyczna Sił Zbrojnych (<i>Académie de Santé des Armées</i>)
ACM	Mobilny zespół chirurgiczny (<i>Antenne chirurgicale mobile</i>)
ACP	Spadochronowy zespół chirurgiczny (<i>Antenne chirurgicale parachutiste</i>)
AID	Agencja Innowacji Obronnych (<i>Agence de l'Innovation de Défense</i>)
AM	Komórki medyczne (<i>antennes médicales</i>)
AMET	Zespół ewakuacji powietrznej (<i>Aeromedical evacuation team</i>)
AMS	1. Wyspecjalizowana komórka medyczna (<i>1-ère Antenne médicale spécialisée</i>)

ANR	Narodowa Agencja ds. Badań (<i>Agence Nationale de la Recherche</i>)
ANSM	Narodowa Agencja Bezpieczeństwa Leków (<i>Agence Nationale de Sécurité du Médicament</i>)
ARCS	Czołówka reanimacyjno – chirurgiczna (<i>l'Antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage</i>)
ARS	Agencja regionalna ds. zdrowia (<i>l'Agence régionale de santé</i>)
ASN	Krajowy Urząd ds. Bezpieczeństwa Nuklearnego (<i>l'Autorité de Sûreté Nucléaire</i>)
AUXSAN	sanitariusz (<i>auxillaire sanitaire</i>)
AWL	Akademia Wojsk Lądowych
BA	baza powietrzna (<i>base aérienne</i>)
BMPM	Batalion Straży Pożarnej Marynarki Wojennej z Marsylii (<i>Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille</i>)
BPM	Brygadowy Punkt Medyczny
bpo	batalionowy punkt opatrunkowy
BSPP	Brygada Straży Pożarnej z Paryża (<i>Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris</i>)
C2MED	System dowodzenia i zarządzania zabezpieczeniem medycznym działań (<i>Command and Control Medical</i>)
CBRN	broń masowego rażenia: chemiczna, biologiczna, radiologiczna, nuklearna
CEFE	Centrum szkolenia w dżungli równikowej (<i>Centre d'entraînement en forêt équatoriale</i>)
CeFOS	Centrum Medycznego Szkolenia Operacyjnego (<i>Centre de Formation Operationnelle Sante</i>)
CESimMO	Medyczne Centrum Symulacji i Szkolenia Operacyjnego (<i>Centre d'Enseignement et de Simulation à la Médecine Opérationnelle</i>)
CESPA	Wojskowe Centrum Epidemiologii i Zdrowia Publicznego (<i>Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées</i>)
CESPA	Centrum Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Sił Zbrojnych (<i>Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées</i>)
CFADS	Rada francusko-niemiecka ds. obrony i bezpieczeństwa (<i>Conseil franco-allemand de défense et de sécurité</i>)

CFMA	Centrum Szkolenia Medycyny Lotniczej (<i>Centre de Formation de Medecine Aeronautique</i>)
CFMN	Centrum Szkolenia Medycznego Marynarki Wojennej (<i>Le Centre de Formation de Médecine Navale</i>)
CIMIC	Współpraca cywilno-wojskowa (<i>civil-military co-operation</i>)
CIMM	Międzynarodowy Komitet Medycyny Wojskowej (<i>Comité International de Médecine Militaire</i>)
CISPAT	Komórka interwencji i wsparcia psychologicznego Wojsk Lądowych (<i>La Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'Armee de Terre</i>)
CJ-CBRND-TF	Wielonarodowa połączona grupa zadaniowa CBRN (<i>Combined joint chemical biological radiological nuclear defence Task Force</i>)
CLS	ratownik pola walki (<i>Combat Lifesaver</i>)
CMA	Wojskowe centrum medyczne (<i>Centre medicale des armées</i>)
CMCIA	Centrum medyczno-chirurgiczne Sił Zbrojnych (<i>Centre médico-chirurgical Interarmées</i>)
CNRS	Narodowe Centrum Badań Naukowych (<i>Centre National de la Recherche Scientifique</i>)
COIA	Centrum operacyjne Sił Zbrojnych (<i>Centre opérationnel interarmées</i>)
CTBRC	Centrum leczenia skażonych radiologicznie (<i>Centre de traitement des blessés radiocontaminés</i>)
CTM	Centrum teleekspertyz medycznych (<i>Centre de téléexpertise médicale</i>)
CTSA	Wojskowe Centrum Krwiolecznictwa (<i>Centre de Transfusion Sanguine des Armées</i>)
DAPSA	Dyrekcja zaopatrzenia w środki i produkty medyczne (<i>Direction des approvisionnements en produit de santé des armées</i>)
DAPSA	Dyrektoriat zaopatrzenia w środki medyczne wojskowej służby zdrowia (<i>La Direction des approvisionnements en produits de santé des armées</i>)
DCSSA	Centralny dyrektoriat wojskowej służby zdrowia (<i>La direction centrale du service de santé des armées</i>)

<i>DépGRH</i>	Departament zarządzania zasobami ludzkimi (<i>Département de gestion des ressources humaines</i>)
DFRI	Dyrekcja ds. szkoleń, badań naukowych i innowacji (<i>Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation</i>)
DGA	Dyrekcja Generalna Uzbrojenia (<i>Direction Générale de l'Armement</i>)
DGRSZ	Dowództwo Generalne Rodzajów Sił Zbrojnych
DHOP	Dyrekcja ds. szpitali (<i>Direction des hôpitaux</i>)
<i>DIRMED</i>	Dyrektor medyczny operacji (<i>Directeur médical</i>)
DMF	Dyrekcja ds. medycyny sił zbrojnych (<i>Direction de la médecine des forces</i>)
DROID	Dokument referencyjny dla kierunków innowacji (<i>Document de référence de l'orientation de l'innovation de défense</i>)
DSIN	Dyrekcja ds. systemów informatycznych i cyfrowych (<i>Direction des systèmes d'information et du numérique</i>)
DSINS	Dział medycznych systemów informatycznych i cyfrowych (<i>Direction des systèmes d'information et du numérique en santé</i>)
EAMEA	Szkoła wojskowych zastosowań energii atomowej (<i>l'Ecole des applications militaires de l'énergie atomique</i>)
EASSML	Wojskowa Szkoła Służby Zdrowia (<i>L'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire de Libreville</i>)
EATC	Dowództwo Europejskiego Transportu Powietrznego (<i>European Air Transport Command</i>)
ECDC	Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>)
ECMSSA	Centralny Zakład Materiałowy Wojskowej Służby Zdrowia (<i>L'Établissement Central des Matériels du Service de Santé des Armées</i>)
EHCM	Zespół szpitali cywilno – wojskowych (<i>Ensemble hospitalier civil et militaire</i>)
EHM	Zespół szpitali wojskowych (<i>Ensemble hospitaliers militaires</i>)
EMA	Europejska Agencja Leków (<i>European Medicines Agency</i>)
EME	Zaokrętowane zespoły medyczne (<i>Equipe médicale embarquée</i>)

EMHM	Wojskowa Szkoła Wysokogórska (<i>l'École Militaire de Haute Montagne</i>)
EMO-sante	Dowództwo operacyjne ds. zabezpieczenia medycznego (<i>État-major opérationnel santé</i>)
EMR	Wojskowa struktura reanimacyjna (<i>Élément Militaire de Réanimation</i>)
EMSLB	Zespół Wojskowych Szkół Medycznych w Lyon (<i>Écoles Militaires de Santé Lyon-Bron</i>)
ENU	Narodowe siły szybkiego reagowania (<i>Échelon national d'urgence</i>)
EPPA	Wojskowa Szkoła Personelu Paramedycznego (<i>L'Ecole du Personnel Paramédical des Armées</i>)
ERSA	Zakład Medycznego Zaopatrzenia Wojsk (<i>Les Établissements de Ravitaillement Sanitaire des Armées</i>)
ESA	Wojskowa Szkoła Medyczna (<i>École de Santé des Armées</i>)
ESCRIM	Modułowy komponent Obrony Cywilnej szybkiego reagowania medycznego (<i>Élément de Sécurité Civile rapide d'intervention médicale</i>)
ESSAL	Szkoła Wojskowej Służby Zdrowia (<i>L'école du service de santé des Armées de Lomé</i>)
ETR	Moduł epidemiologii w czasie rzeczywistym (<i>Épidémiologie en temps réel</i>)
EUFOR Althea	Siły Unii Europejskiej w Bośni i Hercegowinie (European Union Force in Bosnia and Herzegovina)
EVDG	Szkoła Val-de-Grâce (<i>École du Val-de-Grâce</i>)
EVNR	Szkoła Narodowa o zasięgu regionalnym (<i>L'Ecole Nationale à vocation régionale</i>)
EWRS	System wczesnego ostrzegania i odpowiedzi (<i>Early warning and response System</i>)
FAG	Siły zbrojne Francji w Gujanie Francuskiej (<i>Les forces armées guyanaises</i>)
FAN	Morskie siły zadaniowe (<i>Force d'action navale</i>)
FFDJ	Siły francuskie stacjonujące w Dżibuti (<i>Forces françaises stationnées à Djibouti</i>)
FMA	Karta medyczna pola walki (<i>Fiche médicale de l'avant</i>)

FOB	Wysunięta baza operacyjna (<i>Forward Operation Base</i>)
GAN	Zgrupowanie powietrzno-morskie (<i>Groupe aeronaval</i>)
GCP	Grupa Spadochroniarzy Komandosów (<i>Groupement de Commandos-Parachutistes</i>)
GHT	Szpitalne zgrupowanie terytorialne (<i>Groupements hospitaliers de territoire</i>)
GIGN	Grupa interwencyjna Żandarmerii Narodowej (<i>Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nation</i>)
GMC	Grupa medyczno – chirurgiczna (<i>Groupe medico – chirurgicale</i>)
GMHM	Wojskowa Grupa Wysokogórska (<i>Groupe Militaire de Haute Montagne</i>)
GMHM	Wojskowa grupa wysokogórska (<i>Groupe militaire de haute montagne</i>)
GSAT	Połączone zgrupowanie wsparcia teatru (<i>Groupement de soutien interarmées de théâtre</i>)
GTIA	Zgrupowanie taktyczne Sił Zbrojnych (<i>Groupements tactiques interarmes</i>)
GZM	Grupa Zabezpieczenia Medycznego
HAS	Wysoka izba ds. zdrowia (<i>La Haute autorité de santé</i>)
HIA	Wojskowy Szpital Kliniczny (<i>Hôpital d'Instruction des Armées</i>)
HMC	Szpital medyczno – chirurgiczny (<i>Hôpital médicochirurgicaux</i>)
HNIA	Narodowy Wojskowy Szpital Kliniczny (<i>Hôpital National d'Instruction des Armées</i>)
HRIA	Regionalny Wojskowy Szpital Kliniczny (<i>Hôpital Régional d'Instruction des Armées</i>)
HSA	Szpital Specjalistyczny Sił Zbrojnych (<i>Hôpital Spécialisé des Armées</i>)
IED	improvizowane ładunki wybuchowe (<i>improvised explosive device</i>)
INI	Narodowy Instytut Inwalidów (<i>l'Institution nationale des invalides</i>)
IPMed	indywidualny pakiet medyczny

IRBA	Instytut Badań Biomedycyny Wojskowej (<i>l'Institut de Recherche Biomédicale des Armees</i>)
KPP	kwalfikowana pierwsza pomoc
LBDSN	Biała księga obrony i bezpieczeństwa narodowego (<i>Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale</i>)
LDI	Zestaw dekontaminacji interwencyjnej (<i>Lot de décontamination interventionnelle</i>)
LPI	Zestaw wstępnej projekcji (<i>Lot de projection initiale</i>)
MAEA	Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej
MASCAL	zdarzenie z masową liczbą poszkodowanych (<i>mass casualty situation</i>)
MCV	Moduł chirurgii ratunkowej (<i>Module de chirurgie vitale</i>)
MédicHos	Medycyna taktyczna w nieprzyjaznym środowisku (<i>Médicalisation en milieu hostile</i>)
MGA	Dyrektor - lekarz generalny sił zbrojnych (<i>medecin general des armees</i>)
MINUSMA	Wielowymiarowa Zintegrowana Misja Stabilizacyjna Organizacji Narodów Zjednoczonych w Mali (<i>Mission multidimensionnelle intégrée des Nations Unies pour la stabilisation au Mali</i>)
MMCC/EMC	Międzynarodowe Centrum Koordynacji Medycznej/Europejskie Dowództwo Medyczne (<i>Multinational Medical Coordination Centre/European Medical Command</i>)
MORPHEE	Moduł reanimacyjny ewakuacji strategicznej (<i>Module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation</i>)
NATO	Pakt Północnoatlantycki (<i>North Atlantic Treaty Organization</i>)
NATO eAP	Wzmocniona kontrola przestrzeni powietrznej NATO (<i>NATO enhanced Air Policing</i>)
NATO eFP	Wzmocniona, wysunięta obecność NATO (<i>NATO enhanced Forward Presence</i>)
NATO NRF VJTF	Siły odpowiedzi NATO szybkiego reagowania (<i>Very high readiness Joint Task Force</i>)
NATO SFOR	Siły stabilizacyjne NATO w Bośni i Hercegowinie (<i>NATO's Stabilisation Force</i>)
NGO	Organizacja pozarządowa (<i>non-government organization</i>)

ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPCW	Organizacja ds. Zakazu Broni Chemicznej (<i>Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons</i>)
OPSAN	ratownik (<i>opérateur santé</i>)
OPSC	ratownik pola walki (<i>opérateur de premiers secours au combat</i>)
ORION	Duża, połączona operacja sił zbrojnych odpornych, interoperacyjnych, zorientowanych na dużą intensywność działań i innowacje (<i>Opération d'envergure pour des armées Résilientes, Interopérables Orientées vers la haute intensité et Novatrices</i>)
PACTE	Plan zmian dla rozważ, transparentności i uczciwości (<i>Plan d'action pour la considération, la transparence et l'équité</i>)
PCA	Wojskowa Apteka Główna (<i>La Pharmacie Centrale des Armées</i>)
PECC	Komórka koordynacyjna ewakuacji pacjentów (<i>Patient Evacuation Coordination Cell</i>)
PESCO	Stała współpraca strukturalna w dziedzinie obrony i bezpieczeństwa Unii Europejskiej (<i>Permanent Structured Cooperation</i>)
PHA	śmigłowcowiec desantowy (<i>porte-helicopteres amphibie</i>)
PJEM	Powietrzna Jednostka Ewakuacji Medycznej
PLM	Plan rozwoju wojskowego (<i>Le projet de loi de programmation militaire</i>)
PLYO	liofilizowane osocze (<i>plasma lyophilisé</i>)
PM 14	Punkt medyczny wz. 2014 (<i>Le poste médical type 2014</i>)
PS	Punkt opatrunkowy (<i>Poste de secours</i>)
PSB	Batalionowe punkty medyczne (<i>Poste de secours de bataillon</i>)
PTSD	Zespół stresu pourazowego (<i>Post traumatic stress disorder</i>)
PZP	Punkt zbiórki poszkodowanych
2 REP	2. Pułk Cudzoziemski Spadochroniarzy (<i>2e Régiment Etranger de Parachutistes</i>)
RMED	Pułk Medyczny (<i>Régiment Médical</i>)
RO 1	Rezerwa operacyjna poziomu 1 (<i>Réserve opérationnel RO 1</i>)

SACEUR	Naczelnny dowódca NATO na Europę (<i>Supreme Allied Commander Europe</i>)
SAMU	Służba pogotowia ratunkowego (<i>Service d'aide médicale urgente</i>)
SC	ratownictwo pola walki (<i>sauvetage au combat</i>)
SGDSN	Sekretariat generalny obrony i bezpieczeństwa narodowego (<i>Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale</i>)
SM	sekcja medyczna
SMUR	Jednostka mobilna pogotowia ratunkowego i reanimacji (<i>Structures mobiles d'urgence et de réanimation</i>)
SNLE	Okręty podwodne z pociskami balistycznymi o napędzie jądrowym (<i>Sous-marins nucléaires lanceurs d'engins</i>)
SPRA	Wojskowa Służba Ochrony Radiologicznej (<i>Service de Protection Radiologique des Armées</i>)
SSA	Wojskowa Służba Zdrowia (<i>Service de Santé des Armées</i>)
TCCC	Taktyczna pomoc na polu walki (<i>Tactical Combat Casualty Care</i>)
TIC	Indywidualny pakiet medyczny (<i>La trousse individuelle du combattant</i>)
UDPS	Jednostki zaopatrywania w produkty lecznicze (<i>Unité de distribution en produits de sante</i>)
UIISC	Jednostki szkolenia i interwencji Obrony Cywilnej (<i>Unités d'instruction et d'intervention de la Sécurité Civile</i>)
UMDA	Wojskowe jednostki dekontaminacyjne (<i>Unités médicales de décontamination des armées</i>)
UMO	Operacyjne zestawy medyczne (<i>Unités médicales opérationnelles</i>)
UTCT	Jednostki terapii komórkowych i tkankowych (<i>Unité de thérapie cellulaire et tissulaire</i>)
VAB	Opancerzony pojazd kołowy (<i>Véhicule de l'avant blindé</i>).
WAM	Wojskowa Akademia Medyczna
WAT	Wojskowa Akademia Techniczna
WCKMed	Wojskowe Centrum Kształcenia Medycznego
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)

WOFiTM	Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej
ZEM	Zespoły Ewakuacji Medycznej
ZZM	Zespoły Zabezpieczenia Medycznego

Przedmowa

24 lutego 2022 r., ku zaskoczeniu wszystkich, Rosja skierowała swoje dywizje na Ukrainę. Pierwsze świadectwa tego frontального ataku, które do nas dotarły, mówiły o wielu ofiarach śmiertelnych po obu stronach i jeszcze większej liczbie rannych. Pojawiło się wówczas kilka fundamentalnych pytań dla dowódców i oficerów sztabowych najwyższej rangi.

Jak należy zorganizować akcję ratunkową dla tych licznych rannych, aby z jednej strony mogli oni skorzystać z pomocy ratującej życie, a z drugiej, aby nie wpłynęli negatywnie na cały manewr taktyczny oddziałów?

W jaki sposób można zdeterminować najbardziej efektywny łańcuch opieki, logistyki medycznej i ewakuacji rannych?

Jakie szkolenie powinni przejść żołnierze i personel medyczny służący na pierwszej linii walk a jakie wykonujący obowiązki w strukturach tyłowych ?

Jakimi środkami powinni dysponować?

Francuska wojskowa służba zdrowia zadała sobie wszystkie te pytania i pracuje nieprzerwanie nad znalezieniem ulepszeń i adaptacji w swoim globalnym łańcuchu opieki nad rannymi. W dniu 28 marca 2024 r. Naczelnny Lekarz Sił Zbrojnych Jacques Margery, Dyrektor Centralny Służby Zdrowia Sił Zbrojnych, przedstawił mapę drogową dla służby na lata 2024-2030, której głównym celem jest przygotowanie jej do stawienia czoła wszystkim obecnym zagrożeniom, a zwłaszcza w przypadku konfliktu o wysokiej intensywności.

Ta niezwykła i wysokiej jakości praca ma tę zaletę, że "przełała" na papier refleksję nad głównymi możliwymi odpowiedziami na wszystkie wyżej postawione pytania, otwierając jednocześnie perspektywę ewolucji dla polskiej wojskowej służby zdrowia.

pplk rez. - lekarz (Médecin en chef – MC) Mickael Chinellato

Wstęp

XXI wiek nie przyniósł jak dotąd pokoju na świecie i tzw. „końca historii”. Ogólny dobrostan ludzkości, w ramach którego obywatele spokojnie żyją, rozwijają się zawodowo i osobiście, budując otwarte, wielokulturowe społeczeństwa stoi pod znakiem zapytania. Nie zniknęły granice między państwami. Wręcz przeciwnie, buduje się kolejne kilometry murów, które mają być sposobem na masowe migracje. Mnożą się kolejne problemy, dla których nikt nie jest w stanie znaleźć odpowiedniego rozwiązania. Przybierająca na sile rywalizacja mocarstw powoduje wyścig zbrojeń i wypowiedzanie traktatów międzynarodowych. Agresywna retoryka polityków oraz utrudniony dialog między stronami wskutek pogorszenia stosunków dyplomatycznych jest przyczyną niepokoju i stanu niepewności na świecie. Do Europy, po inwazji Rosji na Ukrainę w lutym 2022 roku powróciła wojna konwencjonalna z masowymi stratami sanitarnymi po obu stronach konfliktu. Sytuacja ta silnie rezonuje na całe środowisko bezpieczeństwa kontynentu. Francja opowiedziała się jednoznacznie po stronie ukraińskiej, wspierając jej wysiłki do obrony swego terytorium, zarówno w sferze dyplomatycznej, ekonomicznej i militarnej¹.

Nierozwiązane są przyczyny masowej migracji ludności. Brak poczucia stabilizacji i bezpieczeństwa, szczególnie w Afryce oraz Ameryce Południowej, skutkuje załamaniem się państwowych instytucji takich jak służba publiczna, wojsko i policja. Zmiany klimatyczne (wzrost temperatur, brak opadów) powodują wysychanie źródeł wody, ograniczając możliwości uprawy ziemi. Następstwem tego jest skrajny głód i ubóstwo społeczeństw, które stają się podatne na wszelkiego rodzaju działania propagandowe skrajnych ugrupowań paramilitarnych. Zwalczają one obecny system polityczno-kulturowy, obiecując nowy lepszy ład pod ich rządami². Do obecnej dynamicznej sytuacji międzynarodowej próbują dostosowywać się państwa mające aspiracje wybiegające daleko poza obszar swojego terytorium. Przykładem jest Republika Francuska, która realizuje i broni swoich interesów w skali globalnej. Jednym z podstawowych warunków do tego jest posiadanie silnych, charakteryzujących się wysoką mobilnością, sił zbrojnych z niezbędnym komponentem każdej armii, jakim jest profesjonalna służba zdrowia.

Przedmiotem badań niniejszej pracy jest analiza głębokich przemian jakim poddane zostały wojskowe instytucje i jednostki przeznaczone do ochrony życia i zdrowia francuskich żołnierzy. Zarówno na terenie metropolii oraz na całym świecie, w rejonach interesów Republiki. Głównym celem jest próba uchwycenia dynamiki tych zmian w odpowiedzi na rosnące zagrożenie udziałem francuskich sił zbrojnych w konflikcie o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym. Oczywiście przy jednoczesnej konieczności utrzymywania znacznych kontyngentów wojskowych na obszarach zamorskich oraz na terytoriach szczególnie ważnych z punktu widzenia żywotnych interesów Francji. Te natomiast są regularnie przez przeciwników kontestowane i naruszane. Praca ta podejmuje próbę odpowiedzi na kluczowe obecnie pytanie jakie zadają sobie wszyscy francuscy żołnierze, personel medyczny pełniący służbę w siłach zbrojnych i placówkach cywilnych służby zdrowia oraz całe społeczeństwo. Czy decydenci wojskowej służby zdrowia odpowiednio

¹ B.d., Formation de la brigade ukrainienne Anne de Kyiv par l'armée de Terre, defense.gouv.fr, 10.10.2024, dostęp :<https://www.defense.gouv.fr/actualites/formation-brigade-ukrainienne-anne-kyiv-larmee-terre> (06.11.2024)

² B.d., *Threat from African Militant Islamist Groups Expanding, Diversifying*, Africa center for strategic studies, 18.01.2020, dostęp: <https://africacenter.org/spotlight/threat-from-african-militant-islamist-groups-expanding-diversifying/> (01.11.2021)

zdiagnozowali wyzwania jakie przed nimi i ich podwładnymi stoją w najbliższych latach? Czy zostali przez swoich przełożonych wyposażeni w odpowiednie instrumentarium do prawidłowej reakcji na zmieniające się środowisko bezpieczeństwa? Pomóc ma w tym konfrontacja teorii wybrzmiewających w oficjalnej narracji decydentów oraz zapisów w instrukcjach i doktrynach z poglądami praktyków. To oni realizują zamierzenia planistów i oficerów sztabowych w centrum rozgrywających się wydarzeń, na pierwszej linii walki w jednostkach operacyjnych, w strukturach polowych zabezpieczenia medycznego i szpitalach wojskowych. Tym cenniejszy jest ich głos.

Pierwszy rozdział poświęcony jest zagadnieniom metodologicznym. Drugi przedstawia rys historyczny medycyny wojskowej we Francji. Opisuje początki organizacyjne oraz pierwsze akty prawne regulujące ochronę życia i zdrowia żołnierzy przez kolejne wieki, dekady i lata niezliczonych wojen, w których brali udział Francuzi. W tym rozdziale przedstawiona jest również organizacja współczesnej wojskowej służby zdrowia, jej podział strukturalny i rola jaką odgrywają poszczególne podsystemy. W trzecim rozdziale założenia ogólne i zadania wyznaczane dla wojskowych medyków ukazane są w perspektywie dynamicznie zmieniającej się sytuacji geopolitycznej i wyzwań jakie te zmiany ze sobą niosą. Przedstawiony jest plan działania *SSA 2020*, który wyznaczał kierunki dla służby zdrowia sił zbrojnych Francji w poprzednim dziesięcioleciu i miał być aktualny jeszcze w następnych latach. Okazało się to wizją zbyt optymistyczną. Rozdział czwarty przedstawia kolejny plan, tym razem ambicji strategicznych w kontekście roku 2030. Jest on odpowiedzią na zmieniające się środowisko bezpieczeństwa Francji, wskutek inwazji Rosji na Ukrainę i powrotu wojny konwencjonalnej do Europy. Zapisy w nim zawarte całkowicie zmieniają założenia poprzedniego planu, starając się dostosować służbę do uwarunkowań konfliktu o dużej intensywności. W piątym rozdziale, najbardziej interesującym z perspektywy Polski, przedstawione są konkretne rekomendacje dla polskiej wojskowej służby zdrowia. Mogą być one bardzo przydatne w kontekście zakładanej reorganizacji strukturalnej tej służby. W czasie wyjątkowo realnego zagrożenia konfliktem wojennym na terenie kraju lub innego państwa sojuszniczego, organizacja i sprawne działanie tak ważnego obszaru bezpieczeństwa narodowego jak siły zbrojne z ich komponentem medycznym, jest kluczowe dla możliwości ochrony życia żołnierzy i całego społeczeństwa. Wnioski płynące z analizy kierunków rozwojowych wojskowej służby zdrowia we Francji powinny być wzięte pod uwagę przez środowisko medyczne w polskich siłach zbrojnych. Mogą być drogowskazem dla decydentów próbujących odbudować i zreorganizować wojskowe struktury zabezpieczenia medycznego.

Załączniki pracy stanowią reportaże z wizyt w instytucji zajmującej się weteranami i żołnierzami manifestującymi problemy psychiczne oraz w komórce medycznej wiodącej jednostki operacyjnej w siłach zbrojnych Francji. Zestawieniu założeń teoretycznych z dokumentów i przestrzeni medialnej ze zdaniem czynnych praktyków, które zagadnienia z planów wdrażają do swojej codziennej działalności, służą wywiady eksperckie z personelem wojskowej służby zdrowia. Reprezentowani w nich są przedstawiciele komórek medycznych w jednostkach operacyjnych, szpitali wojskowych oraz szkolnictwa wojskowego. To co ich łączy to bardzo bogate doświadczenie operacyjne zdobyte podczas wielu konfliktów zbrojnych na całym świecie (z jednym wyjątkiem lekarza – stażysty) oraz chęć dzielenia się tą wiedzą z innymi.

ROZDZIAŁ I

Metodologia badań

1.1. Uzasadnienie podjęcia badań.

Trzecia dekada XXI wieku, przyniosła ze sobą szereg zdarzeń w przestrzeni międzynarodowej, jednoznacznie negatywnie oddziałujących na środowisko bezpieczeństwa wielu regionów świata. Z nową siłą rozgorzały konflikty, które pochłonęły setki tysięcy osób, jak wojna Azerbejdżanu z Armenią o Górski Karabach czy konfrontacja Izraela z Palestyńczykami. Wydarzenia te zaangażowały mocarstwa światowe i regionalne, które otwarcie opowiedziały się po przeciwnych stronach barykady, wspierając zwaśnione strony militarnie, dyplomatycznie i materialnie. Na Europę, z oczywistych powodów bezpośredniej styczności z teatrem działań, największy wpływ wywarła inwazja wojsk rosyjskich na Ukrainę 24 lutego 2022 roku. Po długich latach nieprzerwanego pokoju, który trwał od zakończenia II wojny światowej, na Stary Kontynent powrócił konwencjonalny konflikt zbrojny na dużą skalę. Objął on wszystkie rodzaje wojsk oraz znaczne zasoby materialne i ludzkie walczących państw i ich sojuszników. Dla europejskich społeczeństw oraz decydentów ze środowiska cywilnego i wojskowego wydarzenie to było swoistym szokiem, który wymagał natychmiastowych działań. Dodatkowym elementem pogarszającym środowisko bezpieczeństwa Europejczyków jest zapowiadana od kilku lat możliwość wycofania lub drastycznego ograniczenia liczebności wojsk amerykańskich na wschodniej flance NATO.

W tej sytuacji coraz większej grupa badaczy i komentatorów w domenie geopolityki zwraca się ku tezie, że Republika Francuska jest jedynym europejskim państwem mogącym przeciwstawić się militarnie agresji rosyjskiej na jedno z państw członkowskich Sojuszu Północnoatlantyckiego. Nie są to twierdzenia bezpodstawne. Francja posiada autonomiczny i niezależny od sojuszników potencjał nuklearnego odstraszania. Co bardzo istotne, pozostaje on całodobowo w pełnej gotowości bojowej, a jego poszczególne komponenty są regularnie sprawdzane w niezapowiedzianych ćwiczeniach. Francuskie siły zbrojne są obecne we wszystkich strukturach sojuszniczych wzmacniających wschodnią rubież Europy. Posiadają dodatkowo znaczące kontyngenty wojskowe wyposażone w ciężki sprzęt bojowy w Estonii i Rumunii. Siły te w bardzo krótkim czasie mogą być wzmocnione poprzez projekcję Narodowego komponentu szybkiego reagowania (*Échelon national d'urgence* - ENU). Jest to element złożony z pododdziałów spadochronowych, piechoty zmotoryzowanej oraz wydzielonych okrętów Marynarki Narodowej (*Marine Nationale*). Pododdziały te, będące w stanie permanentnej gotowości bojowej, mogą być użyte w dowolnej części świata, w czasie kilkudziesięciu godzin od ogłoszenia alarmu. Istotne jest to, że element ten jest regularnie sprawdzany, m.in. w ramach największego ćwiczenia ostatnich lat, pk. *Orion-23*. Biorąc pod uwagę powyższe, Francja posiada zasoby do odgrywania głównej roli na europejskim teatrze działań. Badania i dogłębna analiza jej potencjału militarnego oraz kierunków rozwojowych wyznaczonych dla francuskich sił zbrojnych na najbliższe lata pozwoli określić realne możliwości i skalę ewentualnej interwencji wojskowej na rzecz sojuszników. Wiedza wynikająca z tych badań może być kluczowa dla sojuszników takich jak Polska, w celu wytypowania obszarów, w których pożądana jest kooperacja i współpraca na rzecz rozwoju własnych potencjałów w domenie obrony.

Zasadniczym komponentem nowoczesnych sił zbrojnych jest wojskowa służba zdrowia, bez której obecnie trudno sobie wyobrazić prowadzenie wojny. Masowe straty

sanitarne na polu walki poważnie wpływają na społeczeństwo, osłabiając jego odporność, co przejawia się kontestowaniem wysiłku zbrojnego, a niekiedy wręcz jego sabotowaniem i blokowaniem. Miało to miejsce w przeszłości, podczas ostatniej konfrontacji Francji z regularnymi pododdziałami sił zbrojnych przeciwnika w Indochinach. Konieczne jest zatem zadbanie o to, aby stosunek poległych i trwale okaleczonych do całości walczących żołnierzy był jak najmniejszy. Rewolucja technologiczna wprowadzająca do sił zbrojnych zaawansowane systemy do walki spowodowała, że znacznie wzrósł koszt wyszkolenia pojedynczego żołnierza. Zmiany społeczne i demograficzne negatywnie wpływają na liczbę obywateli zdolnych do walki. Skutkuje to problemami z rekrutacją do sił zbrojnych, potęgując jeszcze znaczenie profesjonalnej służby zdrowia, walczącej o życie każdego żołnierza. Francuzi bardzo dobrze zdają sobie sprawę z powyższych założeń, toteż wojskowa służba zdrowia zajmuje w ich siłach zbrojnych ważne miejsce. Jest niezbędnym elementem każdego działań operacyjnych oraz codziennej działalności bieżącej. Analiza kierunków rozwoju tej struktury, pozwoli na wyciągnięcie wniosków co do ogólnych założeń dla całych sił zbrojnych, gdyż są one ze sobą sprzężone i bezpośrednio od siebie zależą. Wyniki tych badań dadzą bogaty materiał do pracy dla polskich decydentów, którzy od kilku lat zapowiadają odbudowę wojskowej służby zdrowia w Polsce, na miarę obecnych wyzwań. A tych w związku z wydarzeniami za wschodnią granicą globalnym pogorszeniem środowiska bezpieczeństwa jest bardzo dużo.

1.1.1. Założenia badawcze

Na potrzeby określenia realnej dynamiki zmian zachodzących w strukturach wojskowej służby zdrowia we Francji oraz uchwycenia jej najważniejszych kierunków rozwojowych, wyznaczających podstawy do działania w perspektywie najbliższych lat przyjęto poniższe założenia badawcze:

- badanie obejmuje cały okres od powstania francuskiej wojskowej służby zdrowia;
- analiza zdarzeń zachodzących w przeszłości pozwoli na potwierdzenie ciągłości procesu rozwoju jaki towarzyszy ewolucji służby medycznej dostosowując ją do wyzwań swoich czasów;
- szczególnej analizie poddane zostały lata 2013 – 2025, w których dokonano wielu zmian strukturalnych, organizacyjnych i personalnych;
- minione lata miały decydujący wpływ na obecny kształt służby i jej kierunki rozwojowe na najbliższą przyszłość;
- badanie uwzględnia czynniki polityczne, gospodarcze, geograficzne, społeczne i środowiskowe;
- badanie obejmuje wszystkie podsystemy wojskowej służby zdrowia, tj.:
 - sił zbrojnych;
 - szpitalny;
 - kształcenia, szkolenia i badań naukowych;
 - zaopatrzenia;
- wnioski z analiz materiałów źródłowych pochodzących z instytucji wojskowych należy zestawiać ze zdaniem czynnych praktyków.

1.1.2. Ograniczenia badawcze

Biorąc pod uwagę, że przedmiotem badania jest jeden z komponentów sił zbrojnych, instytucji z natury rzeczy niechętnie dzielącej się z opinią publiczną szczegółami swojej działalności, należy mieć na uwadze następujące ograniczenia badawcze:

- struktury organizacyjne oraz zadania realizowane przez francuską wojskową służbę zdrowia będą analizowane na podstawie dokumentów i informacji o charakterze jawnym;
- dostępność badanych źródeł jest uwarunkowana przez ich znaczenie operacyjne dla sił zbrojnych;
- z uwagi na rozległość materii badań uwarunkowania geopolityczne i geostrategiczne zostały ujęte w sposób ogólny;
- analizowane źródła pochodzące wprost ze struktur wojskowych przedstawiają subiektywny punkt widzenia badanych instytucji, często nacechowany dużą dozą czynnika propagandowego;
- badaniu poddane zostaną struktury wojskowej służby zdrowia we Francji;
- analizowany będzie wpływ struktur zabezpieczenia medycznego na działalność bieżącą i operacyjną francuskich sił zbrojnych;
- badane będą kierunki rozwoju medycyny wojskowej we Francji;
- brany pod uwagę będzie rozwój kształcenia i szkolenia medycznego we francuskich siłach zbrojnych;
- analizowane będą zmiany w szpitalnictwie wojskowym mające dostosować te placówki do bieżących i przyszłych wyzwań.
- badaniu podlegać będą w szczególności dwa najważniejsze plany rozwojowe francuskiej wojskowej służby zdrowia, tj. *SSA 2020* i *Ambicje strategiczne SSA 2030*.

1.1.3. Nieuwzględnione zagadnienia

Ze względu na cel i zakres przeprowadzonego badania nie zostały ujęte w nim poniższe zagadnienia:

- zależności międzyministerialne w aparacie zarządzania państwa francuskiego;
- wpływ polityki wewnętrznej we Francji na struktury wojskowej służby zdrowia;
- uwarunkowania ekonomiczno-gospodarcze mające bezpośredni wpływ na finansowanie projektów rozwojowych oraz działalność bieżącą wojskowej służby zdrowia;
- wpływ polityki zagranicznej i międzynarodowych instytucji na rozwój francuskiej wojskowej służby zdrowia.

1.2. Problem ogólny

Warunkiem do podjęcia tego badania było wskazanie problemów badawczych i hipotez roboczych. Umożliwiły one zapoczątkowanie procesu myślowego nad ich rozwiązaniem oraz pozwoliły na precyzyjne określenie celu i zakresu planowanych przedsięwzięć badawczych. Ogólny problem badawczy pracy oddaje pytanie: **Jakie są kierunki rozwojowe wytyczone dla francuskiej wojskowej służby zdrowia w perspektywie lat 2020-2030?**

1.3. Problemy szczegółowe

Rozwiązaniu problemu ogólnego służyło poszukiwanie odpowiedzi na następujące problemy szczegółowe.

Pierwszym z nich jest pytanie: *Jakie wyzwania geostrategiczne stojące przed francuskimi siłami zbrojnymi uwzględniono w planach rozwojowych nakreślonych przez decydentów dla wojskowej służby zdrowia?*

Drugim problemem szczegółowym jest pytanie: *W jakim stopniu struktury i instytucje wojskowej służby zdrowia są przygotowywane do udziału francuskich sił zbrojnych w konflikcie o dużej intensywności?*

Trzecim pytaniem, na które należy odpowiedzieć to: *Jaka jest dynamika zmian we francuskiej wojskowej służbie zdrowia i czy odpowiada ona prędkości z jaką pogarsza się środowisko bezpieczeństwa Francji?*

Czwarty problem badawczy zawiera się w pytaniu: *Jak założenia planistów i decydentów są odbierane przez czynnik sprawczy zachodzących zmian w postaci personelu francuskiej wojskowej służby zdrowia?*

Piąty problem szczegółowy odpowiada na pytanie: *W jaki sposób wnioski płynące z analizy rozwoju francuskiej wojskowej służby zdrowia można wykorzystać do nakreślenia planów rozwojowych dla służby medycznej w polskich siłach zbrojnych?*

1.4. Przedmiot badań

Tak skonstruowana problematyka badań umożliwiła na sprecyzowane określenie przedmiotu badań wraz ze swoimi ograniczeniami. Przedmiotem badań była: *francuska wojskowa służba zdrowia i jej poszczególne części składowe jako struktura niezbędna do prowadzenia działań operacyjnych przez siły zbrojne Republiki francuskiej. W szczególności w konflikcie o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym.*

1.5. Cel badań

Celem badań jest rozwiązanie problemu wraz z uchwyceniem pożądaných skutków prowadzonych analiz oraz wzbogacenie wiedzy na temat przedmiotu badań. Podjęte badania mają na celu przedstawienie wniosków i rekomendacji do dalszej pracy naukowej w omawianym obszarze tematycznym. Tak rozumianym celem pracy jest *przedstawienie i ocena kierunków rozwojowych francuskiej wojskowej służby zdrowia pod kątem przygotowywania jej do konfliktu o dużej intensywności oraz możliwości uwzględnienie tych doświadczeń w planach rozwojowych służby zdrowia w polskich siłach zbrojnych.* Jego efektem będzie ocena zdolności francuskich sił zbrojnych do podjęcia działań wojennych na dużą skalę oraz detekcja zagrożeń jakie stoją na przeszkodzie do rozwoju struktur zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w wysoko rozwiniętym państwie demokratycznym. W kontekście Polski analiza przykładu francuskiego może być szczególnie ważna ze względu na jej aspiracje do odgrywania poważniejszej roli w środowisku międzynarodowym niż obecnie. Motywowane są posiadaniem przez państwo polskie odpowiedniego potencjału oraz zasobów materialnych i ludzkich.

Aby uściślić główny cel badawczy należało wskazać cele szczegółowe, które są następujące:

- **pierwszy**: określenie wpływu dynamicznie zmieniającej się sytuacji geostrategicznej na kierunki rozwojowe francuskiej wojskowej służby zdrowia nakreślane przez decydentów;
- **drugi**: określenie stanu przygotowań sił zbrojnych Francji do konfliktu o dużej intensywności przez pryzmat ich kluczowego komponentu jakim jest wojskowa służba zdrowia;
- **trzeci**: uchwycenie dynamiki zmian w wojskowej służbie zdrowia w kontekście stale pogarszającego się środowiska bezpieczeństwa Francji;
- **czwarty**, sprawdzenie jak zmiany w wojskowej służbie zdrowia są odbierane przez personel medyczny sił zbrojnych, który założenia teoretyczne ma wdrażać do działalności służbowej;
- **piąty**, wskazanie konkretnych rozwiązań i rekomendacji dla wojskowej służby zdrowia w Polsce, szczególnie ważnych w momencie jej planowanej restrukturyzacji.

1.6. Hipotezy

Rozpoczęcie szczegółowych badań wymaga od ich autora podstawowej wiedzy na temat francuskiej wojskowej służby zdrowia i jej roli w siłach zbrojnych Francji, która z kolei upoważnia do przyjęcia określonych hipotez.

1.6.1. Hipoteza ogólna

Hipotezą ogólną jest twierdzenie, że *niezbędnym warunkiem do możliwości prowadzenia wojny o dużej intensywności przez francuskie siły zbrojne w perspektywie lat 2020-2030 jest dynamiczny rozwój wojskowej służby zdrowia, struktury kluczowej do zabezpieczenia medycznego takich działań.*

1.6.2. Hipotezy szczegółowe

Aby uściślić hipotezę główną należało wskazać hipotezy szczegółowe, które są następujące:

- **pierwsza hipoteza**: dynamicznie zmieniająca się sytuacja geostrategiczna ma bezpośredni wpływ na kierunki rozwojowe wojskowej służby zdrowia we Francji;
- **druga hipoteza**: struktury i instytucje francuskiej wojskowej służby zdrowia przygotowują się do możliwości udziału sił zbrojnych w konflikcie o dużej intensywności,
- **trzecia hipoteza**, dynamika zmian w wojskowej służbie zdrowia nie jest adekwatna do szybkości z jaką pogarsza się środowisko bezpieczeństwa Francji;
- **czwarta hipoteza**: zmiany w wojskowej służbie zdrowia są pozytywnie odbierane przez personel medyczny sił zbrojnych;
- **piąta hipoteza**: model francuskiej wojskowej służby zdrowia uwzględniający jej kierunki rozwojowe, dostosowujące ją do udziału w konflikcie zbrojnym o dużej intensywności może służyć jako wzór do naśladowania dla decydentów

odpowiedzialnych za reorganizację strukturalną służby zdrowia w Siłach Zbrojnych RP.

1.7. Metodyka badań

Prowadzenie badań naukowych jest możliwe dzięki technikom i narzędziom, w postaci metod badawczych. Jednocześnie stosowanie ich stanowi kryterium umożliwiające poprawną ocenę prawidłowości otrzymanych rezultatów przedstawionych w koncepcji pracy naukowej.

1.7.1. Metody badawcze

Rozwiązanie ogólnego problemu badawczego i problemów szczegółowych wymaga doboru odpowiednich metod badawczych. Pierwszą z metod teoretycznych to *analiza*, wykorzystywana w trakcie całego procesu badawczego, od początkowej fazy koncepcyjnej pracy, gromadzenie i dobór źródeł niezbędnych do badania przedmiotu, określenie założeń i ograniczeń badawczych. Metoda ta była użyteczna również w fazie wykonawczej pracy oraz pozwoliła na konstrukcję problematyki naukowej i weryfikację hipotez i teorii naukowych. Wykorzystano takie elementy tej metody jak:

- *analiza materiałów źródłowych* – aktów prawnych, doktryn, instrukcji, opracowań tworzonych przez struktury państwa francuskiego na potrzeby wewnętrzne. Tworzą one podstawę i ramy, w których funkcjonuje wojskowa służba zdrowia oraz regulują współdziałanie międzypaństwowe w ramach instytucji międzynarodowych.
- *analiza krytyczna* – literatury przedmiotu dotyczącej przemian i procesów jakie zachodziły w służbie medycznej armii francuskiej na przestrzeni lat i które kształtują jej obraz oraz wyznaczają kierunki działania współcześnie.
- *studium przypadków* – obejmujące analizę systemowych rozwiązań jakie stosowane są do zabezpieczenia medycznego operacyjnej działalności sił zbrojnych Francji, ukazanych przez pryzmat konkretnych misji bojowych kontyngentów francuskich.

Drugą z metod teoretycznych zastosowanych w badaniach była *synteza*, która pozwoliła na wykazanie zachodzących powiązań i zależności pomiędzy różnymi podsystemami wojskowej służby zdrowia, które wzajemnie się uzupełniają. Pozwala to na prawidłową realizację głównego jej zadania, jakim jest zabezpieczenie medyczne żołnierzy francuskich w ich codziennej i operacyjnej działalności.

Trzecią metodą, pozwalającą na ustalenie związku przyczynowo – skutkowego zachodzącego w procesie badawczym było *wnioskowanie*. Dzięki tej metodzie skonstruowano konkluzje wynikające z poszczególnych rozdziałów pracy. Okazały się one niezbędne do sformułowania ostatecznych wniosków dotyczących kierunków i dynamiki rozwoju wojskowej służby zdrowia we Francji. Posłużyły również jako baza do skonstruowania rekomendacji dla służby medycznej w siłach zbrojnych RP.

Proces badawczy obejmował formę empiryczną, którą był *wywiad ekspercki*. Jego rolą było poznanie zdania profesjonalistów wojskowej służby zdrowia na temat założeń teoretycznych i planów ogłaszanych przez decydentów. Jakość odbioru na poszczególnych szczeblach hierarchii służbowej sił zbrojnych najczęściej zależy od komunikacji i prostoty przekazu spływającego z góry do dołu. Toteż kluczowe dla wartości wywiadów było,

aby dobrani eksperci reprezentowali różne korpusy osobowe. Kolejnym kryterium wyboru rozmówców było zróżnicowanie środowisk, w których pełnią służbę. Zmiany w wojskowej służbie zdrowia nie dotyczyły w jednakowy sposób wszystkich jej podsystemów. Było to przyczyną innego ich odbioru przez poszczególne środowiska oraz pozytywnie wpłynęło na precyzyjność procesu badawczego i konstruktywność ostatecznych wniosków.

Zastosowana problematyka badawcza wymagała dokonania:

- wyboru zbiorowości, w której będą realizowane badania;
- dokonania wyboru techniki i metod badawczych;
- przygotowania narzędzia badawczego w postaci wywiadów eksperckich, dołączonych w załączniku.

W wyniku przeprowadzonego procesu badawczego ustalono, że:

1. Nie wszyscy wykonawcy w postaci personelu medycznego znają założenia teoretyczne głównych planów rozwojowych wojskowej służby zdrowia, szczególnie dotyczy to niższych szczebli hierarchii służbowej. Wskazuje to na braki w komunikacji, powodujące problemy z dotarciem najważniejszych przekazów decydentów do żołnierzy.
2. Istnieje przekonanie wśród personelu służby zdrowia w siłach zbrojnych o dobrym swoim przygotowaniu i wykonywaniu zadań zabezpieczenia medycznego w konfliktach o niskiej intensywności na odpowiednim poziomie.
3. Żołnierze zauważają przygotowania wojskowej służby zdrowia do konfliktu o dużej intensywności, lecz nie mają przekonania co do odpowiedniej dynamiki wprowadzanych zmian w stosunku do zagrożeń.
4. Ze względu na długoletnie doświadczenie w służbie rozmówców oraz chęć dzielenia się wiedzą z innymi proces badawczy przyniósł wiele wskazówek dla decydentów polskiej służby zdrowia w siłach zbrojnych, w czasie zakładanej reorganizacji struktur.

1.7.2. Krytyczna ocena literatury przedmiotu

Biorąc pod uwagę fakt, że przedmiotem badań jest wojskowa służba zdrowia, struktura najmniej eksponowana spośród innych rodzajów sił zbrojnych Francji, literatura ją opisująca nie należy do obszernych. Zagadnienia związane z zabezpieczeniem medycznym operacyjnej i codziennej działalności żołnierzy francuskich są tematem drugorzędnym w powszechnej świadomości badaczy naukowych. Koncepcyjna faza pracy, polegała w szczególności na wyszukiwaniu literatury odpowiednio opisującej przedmiot badań. Wybrano pozycje będące podstawą do opracowania metodologicznej części rozprawy oraz te traktujące o służbie medycznej w siłach zbrojnych Francji na przestrzeni minionych lat i współcześnie. Wzięte pod uwagę zostały wszystkie części składowe wojskowej służby zdrowia, które ze swej natury mają diametralnie różną specyfikę, tj. zabezpieczenie medyczne operacyjnej i codziennej działalności sił zbrojnych, szpitalnictwo wojskowe, kształcenie, działalność naukowa i szkolenie oraz zaopatrzenie w środki medyczne.

- Dawidczyk A., Jurczak J., *Metodologia bezpieczeństwa w przykładach i zastosowaniach. Podręcznik akademicki*³.

Opracowanie to w sposób całościowy przedstawia praktyczne zastosowania metod, technik i narzędzi badawczych, służących do planowania strategicznego bezpieczeństwa,

³ Dawidczyk A., Jurczak J., *Metodologia bezpieczeństwa w przykładach i zastosowaniach. Podręcznik akademicki*, Difin, Warszawa, 2022.

od fazy analitycznej z prognozowaniem szans i zagrożeń, poprzez formułowanie celów i ogólnej koncepcji działania, do opracowywania konkretnej strategii. Praca ukazuje umiejscowienie nauki o bezpieczeństwie w polskim systemie nauczania oraz przedstawia podział metodologii jako nauki. Koncentruje się na metodologii bezpieczeństwa, a konkretnie na jej szczegółowym i pragmatycznym wymiarze. Znaczną część książki autorzy poświęcają analizie strategicznej, co wiąże się bezpośrednio z przedmiotem badania rozprawy, którym jest ważny element strukturalny sił zbrojnych, w postaci wojskowej służby zdrowia. Biorąc pod uwagę, że Francja posiada istotne zdolności militarne, w naturalny sposób procesy w niej zachodzące należy analizować właśnie w perspektywie globalnej, ze szczególnym uwzględnieniem zmieniającego się światowego środowiska bezpieczeństwa. Ramy czasowe badań, tj. 2020-2030, które obejmują najbliższą przyszłość wymagają użycia takich narzędzi jak prognozowanie i projektowanie przyszłości. Należy budować różne scenariusze, w tym te najbardziej dla państwa niekorzystne, jak udział w konflikcie o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale. Te zagadnienia, podobnie jak metody heurystyczne, które z definicji służą rozwiązywaniu złożonych problemów na podstawie przewidywania zjawisk z przyszłości są przedstawione czytelnikowi w sposób czytelny i zwięzły.

- Sabak Z., *Wstęp do metodologii badań bezpieczeństwa*⁴.

Publikacja ta w szczegółowy i wyczerpujący sposób wprowadza czytelnika w zagadnienia związane z metodologią bezpieczeństwa. Opisuje ogólne pojęcia związane z nauką, wiedzą i prawdą naukową oraz przedstawia bezpieczeństwo jako odrębną dziedzinę nauki. Wskazuje na kluczowe elementy do przeprowadzenia wartościowych badań naukowych takich jak właściwe określenie problemu badawczego oraz postawienie odpowiednich hipotez, dających początek procesowi myślowemu umożliwiającemu jego rozwiązanie. Dokonuje klasyfikacji metod naukowych, przedstawia teoretyczne sposoby badań oraz opisuje różnorodne techniki i narzędzia badawcze. Ostatni rozdział opracowania podejmuje wątek opracowywania i systematyzowania wyników badań, pozwalających na formułowanie wniosków końcowych i tworzenie nowych teorii naukowych.

- Gierszewski J., Pieczywok A., *Metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa*⁵.

Książka ta dotyczy praktycznego aspektu opracowywania prac dyplomowych, wskazując na elementy, niezbędne do napisania wartościowej i będącej w zgodzie z kanonami naukowymi rozprawy. Opisuje metodologię jaka winna towarzyszyć autorowi pracy naukowej, od prawidłowego wskazania problemu badawczego i sformułowanie hipotez, których weryfikacja ma pomóc w jego rozwiązaniu, po konkretne metody, techniki i narzędzia badawcze. Dokonuje podziału metod jakie są stosowane w badaniu bezpieczeństwa oraz rozróżnia prace naukowe ze względu na ich rodzaj. Autorzy publikacji dzielą się z czytelnikiem swoją wiedzą na temat organizacji przebiegu badań oraz proponują określoną strukturę pracy naukowej wraz ze wskazówkami redakcyjnymi, mającymi usystematyzować proces jej pisanie.

- Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées*⁶.

Publikacja ta jest punktem wyjścia do badania historii służby medycznej w siłach zbrojnych Francji na przestrzeni dziejów, która od wieków była nieodłącznym elementem

⁴ Sabak Z., *Wstęp do metodologii badań bezpieczeństwa*, PSWJPiI, Biała Podlaska, 2021.

⁵ Gierszewski J., Pieczywok A., *Metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa*, Difin, Warszawa, 2020.

⁶ Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées* ECPAD, Ivry-Sur-Seine, 2008.

wysiłku zbrojnego francuskich żołnierzy. Jej sprawna organizacja oraz jakość usług wykonywanych przez lekarzy i personel pomocniczy miała znaczny wpływ na kondycję psychofizyczną oraz morale walczących. To natomiast miało bezpośrednie odzwierciedlenie w zdolności bojowej żołnierzy. Książka podkreśla ważną rolę opieki nad poszkodowanymi w konfliktach w podtrzymaniu ducha i odporności całego narodu. Nic bardziej nie osłabia woli trwania na rzecz wysiłku zbrojnego społeczeństwa niż regularny widok masowych trumien z żołnierzami powracającymi z pola bitwy. Bogaty materiał źródłowy skompletowany na potrzeby tego wydawnictwa pozwala na szczegółowe odtworzenie najważniejszych wydarzeń w historii wojskowej służby zdrowia, bezpośrednio oddziaływujących na jej kierunki rozwoju. Ważnym elementem książki jest przywołanie kluczowych postaci historycznych, których działalność wywarła największy wpływ na kształt zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Pozostaje wciąż niedoścignionym wzorcem do naśladowania dla kolejnych pokoleń profesjonalistów w służbie.

- Merat S. et al, *Le blessé de guerre*⁷.

Wymieniona pozycja jest nieodzownym elementem w literaturze fachowej do prawidłowego zbadania obecnych struktur zabezpieczenia medycznego francuskich sił zbrojnych. Napisana przez liczne grono najbardziej doświadczonych profesjonalistów w służbie, pod redakcją Stéphane Mérat'a w sposób obszerny i szczegółowy opisuje organizację, procedury i procesy zachodzące w operacyjnej części wojskowej służby zdrowia. Co bardzo istotne, założenia teoretyczne są ukazane na przykładach wielu francuskich misji bojowych w jakich uczestniczył personel medyczny na przestrzeni ostatnich lat. Autorzy publikacji opisują swoją rolę, zadania i doświadczenia w składach zespołów medycznych najbliższej walczących wojsk, w polowych strukturach zabezpieczenia medycznego oraz szpitalach rozwiniętych na teatrze działań. Każda z części książki podejmuje inne zagadnienia składające się na ciągłość prawidłowo funkcjonującego łańcucha ewakuacyjno – leczniczego w składzie bojowej misji zagranicznej. Opisy wydarzeń i podjęte działania ujęte są w sposób analityczny, a wyciągane wnioski niosą za sobą naukę do wykorzystania dla następców.

- Wey R. et al, *Histoire de la Médecine aux Armées, de 1980 à nos jours*⁸

Zbiorowa praca, pod redakcją generała lekarza Raymonda Wey'a, jest swoistym przeglądem wydarzeń rozgrywających się na przełomie ostatnich czterdziestu lat w wojskowej służbie zdrowia. Dzięki zaangażowaniu najbardziej opiniotwórczej części personelu medycznego w siłach zbrojnych powstała lektura opisująca zmiany następujące w służbie pod wpływem czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Autorzy prowadzą czytelnika przez kontyngenty wojskowe misji zagranicznych, w których służba zdrowia zawsze odgrywała znaczącą rolę. Książka podejmuje również tematykę przemian społecznych, socjologicznych, ekonomicznych i politycznych przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, które nastąpiły w państwach europejskich. Zmiany te miały ogromny wpływ na kierunki rozwojowe wojskowej służby zdrowia we Francji, co jest opisane w publikacji w sposób szczegółowy. Daje to możliwość do pogłębionej analizy przyczyn i skutków, które kształtowały obecny obraz służby.

⁷ Merat S. et al, *Le blessé de guerre*, Arnettes, Paryż, 2014,

⁸ Wey R. et al, *Histoire de la Médecine aux Armées, de 1980 à nos jours*, Editions Pierre de Taillac, Paryż, 2025.

- Pigeard A., *Le service de santé aux armées de la Révolution et de l'Empire 1792-1815. Chirurgiens, médecins, pharmaciens*⁹.

Publikacja opisująca stosunkowo krótki okres w historii Francji, z uwagi na wydarzenia jakie się wtedy rozgrywały i osobowości, które odgrywały w nich główne role, jest pozycją bardzo ważną do zrozumienia dziejowych przemian w wojskowej służbie zdrowia. Ich znaczenie, mimo, że minęło 200 lat jest wciąż aktualne. Dzięki dwóm chirurgom wizjonerom w postaci Dominique'a Larrey'a i Pierre'a François Percy i ich wizji udzielania pomocy na polu walki, w dziedzinie medycyny wojskowej zaszły rewolucyjne zmiany. Wprowadzono do służby mobilne zespoły ewakuacyjne, dzięki którym możliwy był szybki transport poszkodowanych na tyły wojsk, a następnie udzielenie fachowej pomocy medycznej. Działały również mobilne zespoły chirurgiczne, które operowały pacjentów ze wskazań życiowych jak najszybciej po zranieniu, często w bezpośredniej bliskości frontu. Dzięki tym dwóm wybitnym lekarzom wojskowym zderzyły się dwie odmienne wizje niesienia pomocy poszkodowanym, a pytania wynikające z tej konfrontacji pozostają otwarte również 200 lat później. Jak blisko działań bojowych może operować fachowy personel medyczny, bez ryzyka utraty życia? Co powinno być priorytetem dla zespołów zabezpieczenia medycznego? Jak najszybsza ewakuacja, bez wcześniejszej stabilizacji stanu poszkodowanego? Czy może natychmiastowa interwencja chirurgiczna ratująca życie i transport pacjenta na tyły wojsk dopiero po zabezpieczeniu podstawowych czynności życiowych?

- Lemaire M., *Le service de santé militaire dans la guerre d'Indochine*¹⁰.

Monografia doświadczonego lekarza wojskowego podejmująca tematykę zabezpieczenia medycznego działań w ekstremalnie trudnych warunkach konfliktu w Indochinach. Jest to pozycja niezbędna do badania zagadnień związanych z niesieniem pomocy poszkodowanym na polu walki, w przypadku gdy przeciwnik posiada znaczną przewagę liczebną, dysponuje większą siłą ogniową oraz zdecydowanie lepszą znajomością terenu. Wymienione aspekty miały przełożenie na bardzo duże straty sanitarne jakie notowali w Indochinach Francuzi. Analogia do możliwego udziału francuskich sił zbrojnych w konflikcie w Ukrainie jest aż nadto widoczna. Książka poświęca dużo miejsca organizacji łańcucha leczniczo – ewakuacyjnego. Jest on niezbędny do prawidłowego zabezpieczenia medycznego działalności operacyjnej sił zbrojnych, szczególnie w nieznanym dla siebie terenie, z niechętnie nastawioną ludnością lokalną. Świadomość żołnierzy, że w razie zranienia będą objęci odpowiednią opieką miała bezpośredni wpływ na ich morale. W publikacji tej znajdują się również liczne nawiązania do zagadnień medycyny tropikalnej. Nie jest tajemnicą, że choroby tropikalne zbierały nie mniejsze żniwo wśród nie zaadaptowanych żołnierzy europejskich jak działalność zbrojna przeciwnika, powodując czasami drastyczne obniżenie stanów osobowych pododdziałów.

- Aigle L., *Indicatif "Clochette", Médecins des BEP et des REP, 70 ans au service des légionnaires parachutistes*¹¹.

Publikacja lekarza wojskowego o bardzo bogatym doświadczeniu operacyjnym w pododdziałach wojskowej służby zdrowia traktuje o zabezpieczeniu medycznym w jednostkach powietrznodesantowych Legii Cudzoziemskiej. Przez lata to one były i wciąż są

⁹ Pigeard A., *Le service de santé aux armées de la Révolution et de l'Empire 1792-1815. Chirurgiens, médecins, pharmaciens*, Editions de la Bisquine, Paryż, 2016

¹⁰ Lemaire M., *Le service de santé militaire dans la guerre d'Indochine* L'Harmattan, Paryż, 1997.

¹¹ Aigle L., *Indicatif "Clochette", Médecins des BEP et des REP, 70 ans au service des légionnaires parachutistes*, Lavauzelle, Beychac-et-Cailla, 2018

jednostkami pierwszego uderzenia francuskich sił zbrojnych. Bogaty materiał źródłowy, w tym osobiste relacje uczestników opisywanych batalii i obszerna dokumentacja fotograficzna sprawiają, że książka ta ma olbrzymią wartość dokumentalną. Perfekcyjnie ukazuje procesy zmian zachodzące w strukturach zabezpieczenia medycznego operacji militarnych Republiki Francuskiej na przestrzeni ostatnich lat. Jednostki spadochronowe zawsze wytyczały kierunki rozwojowe dla operacyjnej działalności wojskowej służby zdrowia, bazując na swoich doświadczeniach w wielu walkach, w których brały udział. Uwagi i wnioski z nich bezpośrednio wpływały na zasady i procedury działania oraz były podstawą do opracowywania nowego sprzętu i konfekcjonowania go w gotowe zestawy. Następnie zmiany te były propagowane na inne jednostki operacyjne francuskich sił zbrojnych. Książka ta, doskonale ukazuje ciągłość procesu dostosowywania się żołnierzy służby zdrowia i struktur zabezpieczenia medycznego do zmieniającego się z czasem pola walki.

- Grauwin P., *J'étais médecin à Diên Biên Phu*¹².

Wspomnienia legendarnego chirurga w składzie wojskowej służby zdrowia dotyczące w szczególności bitwy pod Dien Bien Phu w Indochinach są doskonałym studium poświęcenia i oddania personelu medycznego w siłach zbrojnych w sytuacji walki w oblężeniu. Ciągły ostrzał artylerii i frontalne szturmy przeważających sił przeciwnika. Braki w zaopatrzeniu walczących wojsk. Niemożliwy transport poszkodowanych pomiędzy poszczególnymi strukturami polowymi oraz brak możliwości ewakuacji rannych poza pole bitwy spowodowały koszmarnie warunki, w których musieli odnaleźć się żołnierze służby zdrowia. Książka ta w bardzo obrazowy sposób ujmuje wszystkie problemy i dylematy z jakimi się mierzyli. Praca 24 godziny na dobę bez możliwości odpoczynku. Wykonywanie poważnych zabiegów chirurgicznych w ziemiankach, bez możliwości sterylizacji instrumentów. Konieczność segregacji rannych i skazywanie niektórych na pewną śmierć to tylko niektóre z niedogodności zabezpieczenia medycznego walczących w oblężeniu. Co bardzo istotne, doświadczenia z Dien Bien Phu nie poszły na marne i wciąż są obecne w umysłach żołnierzy jednostek uderzeniowych. Preferują oni zabrać do walki odrobinę więcej sprzętu i materiałów medycznych, mając świadomość, że zaopatrzenie może nie dotrzeć na czas. Autonomia i niezależność mobilnych struktur zabezpieczenia medycznego to lekcje jakie francuska wojskowa służba zdrowia odebrała w Indochinach. W sytuacji, gdy do Europy powróciła wojna konwencjonalna i zapomniana walka w okopach, wnioski te mogą być kluczowe dla możliwości stworzenia funkcjonującego łańcucha ewakuacyjno-leczniczego w podobnych warunkach.

- Pasquier P. et al., *Le blessé par attentat terroriste*¹³.

Publikacja zbiorowa opisująca problematykę organizacji akcji ratunkowej po zamachu terrorystycznym została wydana tuż po traumatycznych dla Francuzów wydarzeniach w Paryżu w 2015 roku. Masowa skala strat sanitarnych (137 ofiar śmiertelnych i kilkuset rannych) w samym sercu stolicy przypominała pole jednej z najkrwawszych bitew naszych czasów. Zdarzenie to pociągnęło za sobą wiele konsekwencji. Środowisko cywilne zauważyło swoją bezradność i brak procedur w tego typu sytuacjach. Efektem było zbliżenie ze środowiskiem wojskowym. Poskutkowało to opracowaniem wspólnych sposobów reagowania na zamachy z masową ilością poszkodowanych oraz wdrożeniem szkolenia personelu powszechnej służby zdrowia na bazie doświadczeń z misji bojowych żołnierzy francuskich. Zareagowali również

¹² Grauwin P., *J'étais médecin à Diên Biên Phu*, France Empire, Paryż, 2004.

¹³ Pasquier P. et al., *Le blessé par attentat terroriste*, Arnette, Paryż, 2017.

zwykli obywatele, którzy nie chcieli dłużej być zakładnikami działalności wywrotowej we własnych miastach i biernymi obserwatorami dramatycznych wydarzeń. Rozpowszechniono szkolenia z zakresu tamowania krwotoków, które są najczęstszą przyczyną śmierci poszkodowanych, której można było uniknąć, stosując proste czynności ratunkowe. Opracowanie to w sposób przystępny opisuje mechanizmy i taktykę stosowaną przez zamachowców oraz zasady i reguły reagowania na nie przez służby porządkowe i ratunkowe. Daje świadectwo również jak ważna jest współpraca medycznego środowiska cywilnego z wojskowym oraz jak wielką rolę może odgrywać doświadczenie żołnierzy dla powszechnego systemu ochrony zdrowia.

- Zeller N., *Corps et âme: Un médecin des forces spéciales témoigne*¹⁴.

Książka lekarza wojskowego, który znaczną część swojej kariery spędził we francuskich jednostkach specjalnych dużo miejsca poświęca zagadnieniom psychiki ludzkiej. Opisuje wpływ jaki wywiera na organizm człowieka regularne oddziaływanie niezwykle silnych bodźców stresogennych związanych z udziałem w działaniach bojowych. Jest to bardzo cenna publikacja, tym bardziej, że tematyka szeroko rozumianej psychologii i psychoterapii w siłach zbrojnych jest zwyczajowo pomijana. Coraz liczniejsze przypadki urazów psychicznych związanych z traumatycznymi przeżyciami na polu walki są najczęściej bagatelizowane. Autor podejmuje próbę oceny francuskiego społeczeństwa, w kontekście jego ewentualnego udziału w konflikcie na dużą skalę. Stawia fundamentalne pytania, które zadają sobie wszyscy zainteresowani przyszłością swojego kraju. Czy Francuzów stać na taki wysiłek jaki był udziałem ich przodków w poprzednich epokach? Czy gotowi są bronić swojego państwa i wartości, które stały się fundamentem do jego budowy w obecnym kształcie? Czy współczesny naród francuski jest w stanie wspierać wysiłek zbrojny państwa przez długie lata, godząc się z następstwami jakie niesie za sobą wojna? Pytania te są równie adekwatne do innych państw sojuszu Północnoatlantyckiego, w tym do Polski.

¹⁴Zeller N., *Corps et âme: Un médecin des forces spéciales témoigne*, Tallandier, Paryż, 2023.

ROZDZIAŁ II

Od Prowansji, przez Indochiny po Sahel - historia wojskowej służby zdrowia we Francji i obecne struktury organizacyjne w siłach zbrojnych Francji

2.1. Początki organizacyjne systemu opieki zdrowotnej na polu walki

Problematyka ochrony życia i zdrowia żołnierzy na polu walki jest znana ludziom od setek lat, będąc nierozzerwalnie związana z wojnami toczonymi przez człowieka. Za permanentnym rozwojem środków rażenia przeciwnika, stale kroczy myśl jak chronić żołnierzy i zapobiegać masowym stratom sanitarnym we własnych szeregach. Najbardziej znane przykłady z historii dawnej wojennej opieki zdrowotnej to Valetudinaria w starożytnym Rzymie i zakony szpitalne podczas wypraw krzyżowych. Pierwszym udokumentowanym faktem sformalizowania pomocy poszkodowanym w historii Francji, było założenie w 1101 roku na wybrzeżu Prowansji, w klasztorze L'Isle de Cepet (późniejszym Saint-Mandrier sur Mer) lazaretu. Jego głównym zadaniem było przyjmowanie i leczenie rannych przyływających na pokładach okrętów wojennych z Bliskiego Wschodu. Opieka nad poszkodowanymi w epoce wypraw krzyżowych była ściśle związana z działalnością zakonów, a szpitale które tworzyli zakonnicy pełniły funkcję leczniczą i militarną. Wspomniany lazaret dał podwaliny do stworzenia szpitala wojskowego marynarki wojennej Saint-Louis w 1657 roku, którego tradycje kontynuuje po dziś dzień szpital wojskowy w Toulon (*L'HIA Sainte-Anne*)¹⁵.

Pierwsze prowizoryczne szpitale francuskie powstały w 1551 roku podczas kampanii w Piemoncie, z inicjatywy marszałka De Brissac. W tych placówkach działalność prowadził m.in. chirurg Ambroise Paré, zwany ojcem chirurgii francuskiej, dzięki któremu dokonano znacznych postępów w zakresie opatrywania ran bojowych. Dowiódł on, że rany od prochu strzelniczego nie wiążą się z zatruciem, jak wierzono dotychczas i nie należy ich przypalać rozgrzanym żelazem jak to czyniono. Był autorem techniki podwiązki naczyń i stosowania wczesnej amputacji ratującej życie. Maximilien de Béthune, znany jako książę Sully, kontynuował dzieło swoich poprzedników tworząc sieć szpitali polowych, przeznaczonych dla rannych w walce, które stały się niezbędnym uzupełnieniem fortyfikacji przygranicznych twierdz. Ten rodzaj prowizorycznego zabezpieczenia medycznego działań wojennych stosowano również podczas kampanii Ludwika XIII. Monarcha ten zapisał się również na kartach historii Francji jako założyciel Hotelu Inwalidów przeznaczonego dla zasłużonych w boju weteranów wojen. Już pod panowaniem Ludwika XIV, w 1670 roku, miejsce to uzyskało jeszcze większy prestiż, wyniesione do rangi Królewskiego Hotelu Inwalidów, będąc odzwierciedleniem potęgi swojego monarchy¹⁶. Podczas panowania „Króla Słońce” opieka zdrowotna w ramach armii przeżywała czasy dynamicznego rozwoju, co było bezpośrednio związane z licznymi konfliktami, które toczyła w tym czasie Francja. Panowanie słynnego władcy naznaczone było sukcesami na morzach. Powołano Marynarkę Królewską (*Marine Royale*) częścią, której stali się medycy na pokładach okrętów, oraz szpitale i lazarety w portach, a także twierdzach nadbrzeżnych¹⁷.

Za datę narodzin wojskowej służby zdrowia jako odrębnej struktury w armii przyjmuje się dekret królewski z 17 stycznia 1708 roku, który utworzył oddzielny korpus oficerski służby

¹⁵ Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées*, ECPAD, Ivry-Sur-Seine, 2008, s.13-24.

¹⁶ Godart P., *Le service de santé des armées : histoire, enjeux et défis*, Inflexions, 2012, 2, s.165-175.

¹⁷ Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées*, ECPAD, Ivry-Sur-Seine, 2008, s.17-18.

zdrowia. Nakazał również zorganizowanie sieci wojskowych szpitali w ramach umocnień francuskich fortów według systemu waubanowskiego. Nazwa ta pochodzi od głównego inżyniera królewskiego i komisarza generalnego fortyfikacji, któremu przypisuje się istotne zasługi dla rozwoju szpitalnictwa wojskowego w czasach Ludwika XIV¹⁸. Głównym zadaniem lekarzy ówczesnych czasów była walka z dwiema plagami dziesiątkującymi szeregi wojska. Były to dur brzuszny i zgorzel gazowa, rozwijające się wskutek fatalnych warunków sanitarnych i braku odpowiedniej opieki medycznej. Trzy z założonych szpitali uzyskały status szkoleniowych (Metz, Lille, Strasbourg), a kolejne trzy stały się siedzibą morskich szkół chirurgii (Rochefort, Toulon, Brest)¹⁹.

Okres napoleoński dla wojskowej służby zdrowia był równie obfity w wydarzenia oraz innowacje, powodujące jej dynamiczny rozwój. Głównie za sprawą dwóch lekarzy chirurgów w służbie „Wielkiej Armii”. Dominique Jean Larrey i Baron Pierre Francois Percy, będąc przyjaciółmi, rywalizowali o miano pierwszego chirurga imperium. Rywalizacja ta przynosiła obfite owoce dla rozwoju medycyny wojskowej. Każdy z nich miał własną wizję pomocy rannym na polu walki. Larrey kładł nacisk na szybką ewakuację z pola walki i opatrywanie ran poszkodowanych w warunkach bezpiecznych, z dala od ostrzału przeciwnika²⁰. Percy natomiast usiłował wprowadzić do armii lotne zespoły chirurgiczne, działające jak najbliżej frontu, będące w stanie wykonać podstawowe zabiegi ratujące życie, natychmiast po zranieniu. W ówczesnych czasach jako bardziej realistyczna zwyciężyła koncepcja zespołów ewakuacji według pomysłu Larreya. Obecne doświadczenia, w szczególności w wojnach o niskiej intensywności z przeciwnikiem nie posiadającym istotnych zdolności do rażenia wojsk własnych i stan wiedzy medycznej jednoznacznie wskazują na zalety jak najszybszych interwencji chirurgicznych u poszkodowanych na polu walki. W związku z tym podkreślić należy wizjonerski umysł Percy'ego²¹.

2.2. Rewolucja w medycynie wojskowej czasu „Wielkiej Wojny”

Prawdziwym „kamieniem milowym” w historii medycyny wojskowej we Francji okazała się „Wielka Wojna” jak nazywana jest I Wojna Światowa. Niespotykana dotąd liczba ofiar, powodująca masowy napływ poszkodowanych do pododdziałów medycznych. Taktyka walki ukierunkowana na fizyczne wyniszczenie przeciwnika oraz masowe środki rażenia jak artyleria i gazy bojowe powodowały, że ratowanie żołnierzy na polu walki stało się wielkim wyzwaniem. Stało się oczywiste, że należy dokonać znacznych zmian w tradycyjnych schematach opieki na polu walki. Izolowane rany po postrzałach z karabinów czy pchnięciach bronią białą były w zdecydowanej mniejszości, wyparte przez urazy mnogie po odłamkach i pociskach artyleryjskich (na tą okoliczność powstało nieznane dotąd określenie politrauma – urazu wielonarządowego). I tym razem Francuzi odznaczyli się wielką kreatywnością i pomysłowością w dążeniu do polepszania losu poszkodowanych rodaków na polu bitwy. Dzięki kolejnym wizjonerom w wojskowej służbie medycznej, jak Maurice Marcille, Francois Henri Hallopeau czy Antonin Gosset, na bazie ciężarówek powstały mobilne zespoły

¹⁸ Menager P., *Vauban, constructeur de génie*, Christine Bonneton, Chamalières, 2020.

¹⁹ Merat S. et al, *Le blessé de guerre*, Arnettes, Paryż, 2014, s.34-37.

²⁰ Pigeard A., *Le service de santé aux armées de la Révolution et de l'Empire 1792-1815. Chirurgiens, médecins, pharmaciens*, Editions de la Bisquine, Paryż, 2016, s.67-69.

²¹ Percy P., F., Longin E., *Journal des campagnes du baron Percy, chirurgien en chef de la grande armée, 1754-1825*, Plon-Noourrit, Paryż, 1904, s.422-424.

chirurgiczne (*Autochir*). Wprowadzono tym samym w życie wizję natychmiastowych interwencji chirurgicznych na polu walki barona Percy'ego, sprzed stu lat²².

Maksymalnie skrócono drogi ewakuacji poszkodowanych, którzy zamiast do szpitali polowych zlokalizowanych daleko na tyłach armii, trafiali do mobilnych punktów medycznych w bezpośrednim sąsiedztwie frontu. Zaoszczędzony czas okazał się kluczowy dla rokowań rannych. Francois Henri Hallopeau przeprowadzał operacje ratujące życie, w ramach ambulansu chirurgicznego nowego pomysłu doktora Marcille'a, od 10 do 28 listopada 1914 r. Często w odległości dziesięciu kilometrów od walczących wojsk. W tym czasie do jego placówki przyjęto siedemdziesięciu rannych, u których nie zanotowano żadnego przypadku zgorzeli gazowej lub tężca. Należy nadmienić, że choroby te były odpowiedzialne za większość ofiar śmiertelnych ówczesnych konfliktów, których można było uniknąć przy lepszej organizacji systemu opieki medycznej. Podobnie nie przeprowadzono ani jednej amputacji, co jest szczególnie godne uwagi, w kontekście bardzo dużej liczby tego typu zabiegów w szeregach armii francuskiej podczas Wielkiej Wojny (40 833)²³.

Wizja mobilnych szpitali była rozwijana w kolejnych latach zmagających wojennych. Podczas batalii pod Verdun, *Autochir A3* posiadał możliwości położenia trzystu rannych w swoich czterech salach. Wielkością bardziej przypominał szpital polowy niż placówkę mobilną. Masowe straty sanitarne na froncie przynosiły średnio trzydziestu jeden ciężko rannych dziennie, a uznawano że jeden chirurg jest w stanie wykonać w ciągu jednego dnia 20 - 25 operacji. W czasie od 28 lutego do 7 kwietnia 1916 roku do *A3* przyjęto 4 118 poszkodowanych w walce, w tym 1 045 ciężko. Odnotowano 259 zgonów. Stu trzydziestu jeden rannych, zakwalifikowano jako nieoperacyjnych ze względu na zbyt rozległe urazy. Stwierdzono 87 przypadków śmierci, pomimo wykonanego zabiegu chirurgicznego. Dało to śmiertelność na poziomie 10 proc. Biorąc pod uwagę masowość strat, trudne warunki sanitarne oraz ograniczone siły i środki, wynik ten jest uważany za wielki sukces²⁴. Już w tamtych czasach opieka nad poszkodowanym w warunkach polowych realizowana była według praktykowanego po dziś dzień schematu. Najpierw dokonywano wstępnej oceny stanu pacjenta i odniesionych przez niego urazów, po czym nadawano mu priorytet operacyjny (*triage*). Następnie pacjent zakwalifikowany do operacji poddawany był czynnościom przygotowawczym jak rozebranie, mycie i wstępne zabezpieczenie ran, w specjalnie do tego przystosowanym namiocie. Po nim trafiał na stół operacyjny pod opiekę lekarza chirurga i jego zespołu. Pacjenci z ranami niewymagającymi interwencji chirurgicznej zaopatrywani byli w oddzielnym namiocie dedykowanym opiece ambulatoryjnej²⁵.

Obszarem, w którym dokonano ogromnego postępu był transport medyczny. W 1914 roku pojawiły się ambulanse w postaci wozów konnych dla dziesięciu rannych siedzących lub pięciu leżących (*hippomobile*) oraz opisane już wyżej mobilne zespoły chirurgiczne (*Autochir*). Ważną rolę w „łańcuchu przeżycia” na polu walki stanowiły wyspecjalizowane pododdziały noszowych, które podejmowały rannych z miejsca zranienia,

²² Arcan A., Ferrandis J.J., *Le service de Santé aux Armées pendant la Première Guerre mondiale*, Editions LBM, Paryż, 2008, s.137-155.

²³ Hallopeau F.H., *Fonctionnement complet d'un service chirurgical transportable et déplaçable. Destiné à opérer, à panser les blessés du front*, La Presse Medicale, 11.02.1915, dostęp : <http://tsovorp.org/histoire/Themes/AuchiMar.pdf> (07.11.2024)

²⁴ Tamże.

²⁵ Chauvin F., Fischer L.P., et al, *L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918*, Histoire des sciences médicales- Tome XXXVI-Nr 2, 2002, s.160-162.

często pod aktywnym ostrzałem przeciwnika. Ich zadaniem była ewakuacja poszkodowanych do najbliższego punktu medycznego, zlokalizowanego w niedalekim sąsiedztwie okopów jednostek liniowych. W punktach tych zaopatrywano urazy bezpośrednio zagrażające życiu, jak masywne krwotoki, po czym transportowano żołnierzy przy pomocy ambulansów na kolejne etapy leczenia²⁶.

Nowoczesne rozwiązania zastosowano również w zaopatrywaniu złamań. Miało to szczególne znaczenie z uwagi na to, że urazy w zakresie kończyn stanowiły 60-70 proc. wszystkich ran wojennych. 30 marca 1917 roku powołano oficjalnie centra złamań, które funkcjonowały już od 1915 roku. Opiekę nad rannym podzielono na trzy etapy, pomiędzy którymi pacjent przemieszczał się wraz ze swoją historią choroby. W ten sposób w każdym momencie personel medyczny miał wgląd w dotychczas wykonane czynności i możliwe było określenie postępów w leczeniu. Pierwszym etapem było centrum operacyjne złamań, gdzie skupiano się na chirurgicznym opracowaniu ran. W centrum ortopedycznym, zlokalizowanym 100-200 kilometrów od linii frontu zajmowano się zespoleniem złamanych kości, a centrum fizjoterapii odpowiedzialne było za przywrócenie pełnego zakresu funkcjonowania kończyny²⁷.

Czas „Wielkiej Wojny”, charakteryzujący się masową ilością strat sanitarnych i przepełnionymi strukturami polowej służby zdrowia ponad ich możliwości, spowodował konieczność dostosowania się personelu medycznego do tak ekstremalnych warunków pracy. Wywołało to efekt katalizatora innowacji i eksperymentów w zakresie procedur leczenia. Obserwacje lekarzy dały początek przełomowym decyzjom w opiece nad rannym natychmiast po odniesieniu ran. Odwrócono dotychczasową zasadę zgodnie, z którą zanim podejmowano realne działania ratujące życie, oczekiwano na symptomy walki okazywane przez organizm poszkodowanego. Od tej pory, jak najszybciej przystępowano do aktywnych działań ratowniczych na rzecz stabilizacji podstawowych parametrów życiowych, walcząc o życie każdego pacjenta, którego stan i odniesione rany rokowały nadzieję na przeżycie. Stosowano niezmiennie do dzisiaj metody przeciwwstrząsowe. Wlewy dożylnie zalecano przy spadającym ciśnieniu skurczowym poniżej 80 mm Hg. Każdorazowo należało zadbać o komfort cieplny, m.in. poprzez czynne ogrzewanie pacjenta ograniczające hipotermię. Podawanie bicarbonatu sodu natomiast miało za zadanie zapobiec kwasicy organizmu. W czasie od lipca 1917, do listopada 1918 roku, przeprowadzono 192 zabiegi transfuzji krwi pełnej, co po przeszło stu latach jest tzw. „złotym standardem” w medycynie pola walki. Należytą uwagę skierowano na problem jak najwcześniejszego oczyszczenia i dezynfekcji rany oraz utrzymywaniu jej w czystości przez cały czas transportu przez poszczególne etapy ewakuacji²⁸.

Innowacje w medycynie wojskowej podczas I Wojny Światowej miały swój polski wątek, za sprawą Marii Skłodowskiej-Curie. Polka odegrała kluczową rolę we wprowadzeniu do medycyny wojskowej radiologii. Biorąc pod uwagę nowy rodzaj urazów, powstałych po ostrzałach artyleryjskich, ze zdecydowaną przewagą ran mnogich nad izolowanymi, *aparaty Rentgena* do badań radiologicznych okazały się bardzo pomocne w prawidłowym umiejscowieniu odłamków tkwiących w ciele rannego. Dodatkowo, żeby przyspieszyć

²⁶ b.d., *Journal de marche et d'opérations du groupe de brancardiers de la 13e DI, Service historique de la défense*, 26 N 292/11, 05.08.1914-10.07.1915, dostęp :

<https://www.archivespasdelais.fr/layout/set/print/Decouvrir/Chroniques-de-la-Grande-Guerre/Histoires-de-la-Grande-Guerre/Le-quotidien-des-medecins-pendant-la-Grande-Guerre> (07.11.2024)

²⁷ Chauvin F., Fischer L.P., et al., *L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918*, Histoire des sciences médicales- Tome XXXVI-Nr 2, 2002, s.164-165.

²⁸ Debue-Barazer C., Perrolat S., *1914-18: guerre, chirurgie, image. Le Service de Santé et ses représentations dans la société militaire*, Sociétés & Représentations, 2008/1, Nr 25, s.236-249.

diagnostykę i być bliżej pola walki, polska noblistka opracowała mobilny zestaw do radiologii, montowany na samochodzie. Nadmienić należy, że sama osobiście, podobnie jak jej córka Irene, obsługiwała i prowadziła ten pojazd, narażając swoje życie i zdrowie. Począwszy od pierwszej misji, która odbyła się 1 listopada 1914 roku, do końca wojny, pojazd radiologiczny Marii Skłodowskiej-Curie, nazwany na cześć wynalazczyni *Petite Curie* zbadał 910 pacjentów, wydatnie poprawiając ich rokowania na przeżycie²⁹.

2.3. Polowa służba medyczna w bitwie o Dien Bien Phu

II Wojna Światowa nie przyniosła Francuzom powodów do chwały, toteż niewiele jest dokumentów, doniesień oraz relacji z tamtego okresu. Można odnieść wrażenie, że konflikt ten, celowo jest pomijany przez historyków i badaczy najnowszych dziejów, z uwagi na marginalną rolę odegraną przez wojska francuskie. Niemniej jednak personel wojskowej służby zdrowia tradycyjnie stał u boku francuskich żołnierzy, wprowadzając do opieki nad rannymi kilka bardzo ważnych innowacji, w szczególności w kampaniach włoskiej i wyzwolenczej na terytorium Francji. Pierwszą z nich, można powiedzieć o charakterze dziejowym, było wdrożenie antybiotyków (penicyliny i sulfonamidów) do standardów procedur leczenia ran bojowych. Miało to niezmiernie ważne znaczenie na zmniejszenie śmiertelności i liczby amputacji kończyn spowodowanych powikłaniami w gojeniu ran. Farmakoterapia została rozszerzona o morfinę, co natomiast pozytywnie wpływało na znoszenie bólu przez poszkodowanych. Kolejnym wynalazkiem, który jest stosowany z powodzeniem również dzisiaj (w siłach zbrojnych oraz w ambulansach cywilnych) jest liofilizowane osocze. Największymi zaletami preparatu, który w armii francuskiej po raz pierwszy wprowadził do użytku generał Jean Julliard jest bardzo krótki czas przygotowania życiodajnego składnika krwi (5 min.) i jego łatwy transport. W tym samym czasie znaczenia nabrał problem żołnierzy zmagających się z problemami natury psychicznej. Powstało określenie „nerwicy wojennej”, której symptomy znane są dzisiaj pod nazwą *PTSD (Post traumatic stress disorder)*³⁰

Podczas II Wojny Światowej dużą wagę przywiązywano do pierwszych minut po zranieniu żołnierzy, wskazując na konieczność jak najszybszych czynności stabilizujących stan poszkodowanych. Pojawiła się zasada tzw. „złotej godziny”, maksymalnego czasu w jakim ranny powinien uzyskać fachową pomoc chirurgiczną. W tym celu stworzono m.in. mobilny oddział chirurgiczny na bazie dwudziestu ośmiu ambulansów, z których dwa służyły jako blok operacyjny, zdolny do działania w czasie piętnastu minut. W celu zwiększenia możliwości do niesienia pierwszej pomocy, natychmiast po zdarzeniu, wyekwipowano żołnierzy w pierwsze pakiety medyczne³¹.

Brak zgody na utratę rangi światowego mocarstwa doprowadził nowe, powojenne kierownictwo Francji do próby odbudowania wpływów na terenach zamorskich, ze szczególnym uwzględnieniem Indochin. Plany te zakończyły się uwikłaniem w długotrwałą i krwawą wojnę (ponad 75 tysięcy zabitych, w tym 1900 oficerów po stronie francuskiej), zakończoną druzgocącą klęską, w okolicach małej wietnamskiej wioski o nazwie Dien Bien

²⁹ Leroux M., *Marie Curie et son engagement pendant la Grande Guerre*. Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences, 2014, dostęp : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01416186> (12.02.2025)

³⁰ B.d., *[On parle de nous] Pénicilline, morphine, trousse d'urgence... les progrès de la médecine durant la Seconde Guerre mondiale*, defense.gouv.fr, 13.06.2024, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/on-parle-nous-penicilline-morphine-trousse-durgence-progres-medecine-durant-seconde-guerre> (23.09.2024)

³¹ Merat S. et al, *Le blessé de guerre*, Arnettes, Paryż, 2014, s.152.

Phu³². Za początek batalii, mającej w zamierzeniu francuskich sztabowców, złamać rosnącą w siłę armię ruchu komunistycznego (*Wietminh*), w jednej, decydującej bitwie, określa się desant spadochronowy w sile dwóch batalionów. Wykonany został 20 listopada 1953 roku, w ramach operacji *Castor*. Spadochroniarze napotkali zdecydowany opór nielicznych jeszcze wtedy żołnierzy *Wietminh*, co poskutkowało dużymi stratami francuskimi w pierwszych godzinach walki (74 rannych i 16 zabitych). Pierwszą ofiarą śmiertelną skaczących pododdziałów okazał się lekarz-kapitan Raymonde. Swoje przeznaczenie, w postaci śmiertelnego postrzału, odnalazł jeszcze w powietrzu, pod czasą spadochronu. W przeciągu dwóch dni dokonano kolejnych zrzutów spadochronowych, wzmacniając siły francuskie o kolejne cztery bataliony, w tym 1. Spadochronowy zespół chirurgiczny (*L'Antenne chirurgicale parachutiste – ACP 1*), pod kierownictwem lekarza-porucznika Rougerie. Zabezpieczenie medyczne w pierwszych dniach bitwy polegało na tamowaniu krwotoków, stabilizowaniu czynności życiowych poszkodowanych i ich jak najszybszą ewakuację drogą lotniczą poza rejon walk³³.

W miarę przybywania pod Dien Bien Phu kolejnych jednostek, rozrastał się również komponent medyczny, zorganizowany w oparciu o jednostkę centralną powstałą na bazie Mobilnych zespołów chirurgicznych o numerach 29 i 44 (*L'Antenne chirurgicale mobile – ACM*), dowodzoną przez lekarza-majora Paula-Henri Grauwin'a. Uzupełnieniem były Batalionowe punkty medyczne (*Poste de secours de bataillon – PSB*) w liczbie czternastu (jeden na każdy batalion). Złożone z kolejnych zespołów medycznych przybywających na teatr działań, zlokalizowane były bezpośrednio przy posterunkach bojowych żołnierzy. Jednym z najlepiej przygotowanych, zapewniający względne bezpieczeństwo personelowi i poszkodowanym, przez cały okres trwania batalii, okazał się punkt medyczny 1. Batalionu Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (*IBEP*). Został zbudowany, na zasadzie bunkru wkopanego w ziemię, przez porucznika lekarza Rondy'ego. Będąc jednym z nielicznych weteranów II Wojny Światowej, oficer ten bardzo dobrze pamiętał jak niszczycielskie efekty dla sił własnych może przynosić skuteczny ostrzał artyleryjski przeciwnika. Przewaga taktyczna i ogniowa nad Wietnamczykami w początkowej fazie działań bojowych, umożliwiała niezagrożone przemieszczanie poszkodowanych. Po wstępnym zabezpieczeniu podstawowych czynności życiowych na poziomie batalionu, rannych wymagających bardziej zaawansowanych zabiegów medycznych, w tym operacji, transportowano do centralnie położonych zespołów chirurgicznych (w decydującym momencie bitwy było ich 5)³⁴.

Do transportu poszkodowanych używano ambulansów *Dodge WC54* i śmigłowca *Sikorsky H19*. Po operacji poszkodowany wracał do jednostki macierzystej, pod opiekę lekarza batalionowego w punkcie medycznym lub był ewakuowany do szpitala *Lanessan* w Hanoi. Wojskowa służba zdrowia w walce przeciwko Wietnamczykom pod Dien Bien Phu posiadała ok. 430 miejsc leżących dla swoich pacjentów, w tym 130 łóżek i 300 noszy. Późniejszy rozwój wydarzeń pokazał, że była to liczba znacząco zbyt mała. W skład wyposażenia personelu medycznego wchodziły specjalne zestawy, takie jak pakiet ratunkowy nr *IV-48* dla 10 żołnierzy, złożony z opatrunków uciskowych, różnego rodzaju gaz i kompresów, opasek uciskowych, szyn *Kramera* do stabilizacji złamań i podstawowych leków. Pakiet lekarski

³² Fall B., *Rue sans joie. Indochine (1946-1962)*, Les belles lettres, Paryż, 2023, s.17-27.

³³ Lemaire M., *Le service de santé militaire dans la guerre d'Indochine*, L'Harmattan, Paryż, 1997, s.276-277.

³⁴ Aigle L., *Indicatif "Clochette"*, Médecins des BEP et des REP, 70 ans au service des légionnaires parachutistes, Lavauzelle, Beychac-et-Cailla, 2018, s.46-47.

III bis-48 posiadał morfinę, atropinę, penicylinę i zestaw do unieruchomienia kończyn. Dodatkowo każdy żołnierz miał na wyposażeniu pakiet indywidualny spadochroniarzy nr *II-48*, w którego skład wchodziły opaska uciskowa, opatrunek indywidualny, plastry, lokalny anestetyk, ampułkostrzykawka morfiny i 10 tabletek amfetaminy (*Maxiton*), mającej pomagać żołnierzom zwalczać trudy wyczerpującej ponad miarę walki³⁵.

System ewakuacyjno-leczniczy według powyższego schematu oraz zaopatrzenie w środki medyczne drogą powietrzną (zrzucano m.in. ok. 1000 pojemników z osoczem, 567 pakietów krwi pełnej, ponad 8 milionów jednostek penicyliny, 18 250 opatrunków indywidualnych i 6 610 ampułek morfiny) działały dobrze do 12 marca 1954 roku. Wtedy to *Wietminh* przystąpił do zdecydowanego szturmu pozycji francuskich, zdobywając kolejno strategiczne punkty oporu. Podczas szesnastodniowej ofensywy Wietnamczyków, mimo bezpośredniego ostrzału i utraty inicjatywy w walce, udało się ewakuować drogą lotniczą trzystu dwudziestu sześciu rannych. Dokonano też kolejnych zrzutów spadochronowych. W składzie przybywających pododdziałów znalazły się Zespoły chirurgiczne spadochroniarzy jak *ACP 3*, pod dowództwem lekarza-porucznika Resillot oraz *ACP 6* pod kierownictwem lekarza-porucznika Vidala³⁶. Kluczowym momentem dla przebiegu bitwy było przejęcie przez przeciwnika kontroli nad pasem startowym w centralnym punkcie obozu francuskiego, w dniu 28 marca 1954 roku. Korzystanie z korytarza powietrznego niezbędnego do ewakuacji rannych i dowozu zaopatrzenia okazało się od tej pory niemożliwe. Ostatni samolot z rannymi na pokładzie próbował wystartować 27 marca, ale został zniszczony, będąc jeszcze na pasie startowym. Wśród uziemionej załogi statku powietrznego *C-47 Dakota*, realizującego misję ewakuacyjną typu *Medevac*, była Geneviève de Galard. Pielęgniarka, nazywana „Aniołem Dien Bien Phu”, resztę bitwy spędziła opatrując rany żołnierzy w centralnym punkcie chirurgicznym, będąc często ostatnią osobą jaką widzieli żołnierze przed śmiercią³⁷.

Od czasu utraty kontroli nad pasem startowym przez żołnierzy francuskich oraz nasilenia bombardowań ze strony przeciwnika, znacząco zmieniły się zasady opieki medycznej. Brak możliwości ewakuacji rannych poza teatr działań zmusił szefa służby zdrowia (lekarz-kapitan Le Damany) pod Dien Bien Phu, do przeorganizowania podległych pododdziałów. Centralny zespół chirurgiczny spadochroniarzy przekształcił się w centralny szpital polowy, dowodzony przez majora Grauwin'a, do którego transportowano najcięższe przypadki poszkodowanych. W placówce tej podejmowano całe spektrum zabiegów operacyjnych, przy zastosowaniu najnowszej wiedzy medycznej tamtych czasów oraz procedur jak różnorodne warianty sedacji i leczenie bólu. Powszechnie, również w punktach medycznych zlokalizowanych najbliżej przeciwnika, stosowano krwiolecznictwo. Przetaczano krew pełną lub osocze dostarczane drogą powietrzną. Zdarzały się również przypadki transfuzji bezpośredniej od znanego chirurgom dawcy uniwersalnego (osoba o grupie krwi 0 Rh-). Ze względu na fatalne warunki sanitarno-higieniczne panujące w oblężonym obozie, bardzo ważna była wczesna podaż antybiotyków i serum przeciwężcowego. Co godne uwagi, podczas trwania batalii, nie odnotowano żadnego przypadku tężca. Przypadki zgorzeli gazowej pojawiły się dopiero w końcowej fazie działań, gdy skutek przewagi przeciwnika niemożliwe było już jakiegokolwiek przemieszczanie rannych między elementami zabezpieczenia medycznego³⁸.

³⁵ Tamże, s. 48-49.

³⁶ Lemaire M., *Le service de santé militaire dans la guerre d'Indochine*, L'Harmattan, Paryż, 1997, s.288.

³⁷ De Galard G., Bazil B., *Une femme à Dien Bien Phu*, Éditions Les Arènes, Paryż, 2003.

³⁸ Grauwin P., *J'étais médecin à Diên Biên Phu*, France Empire, Paryż, 2004.

Do 7 maja 1954 roku, kiedy doszło do zawieszenia broni, zaopatrzone 2156 rannych oraz przeprowadzono 1154 interwencji chirurgicznych. Wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej wyniósł 2,9%. Biorąc pod uwagę intensywność walki, ograniczone siły i środki własne oraz fatalne warunki sanitarne, taki rezultat jest wielkim osiągnięciem wojskowej służby zdrowia. Podobnie jak w I Wojnie Światowej wśród rannych dominowały urazy wielonarządowe (60%). Wskutek ostrzału artyleryjskiego ucierpiało 65%, a od broni strzeleckiej poszkodowanych zostało 20% żołnierzy. Doświadczenia personelu medycznego spod Dien Bien Phu, mimo upływu lat, wciąż są skarbnicą wiedzy dla następnych pokoleń. Szczególnie w takich zagadnieniach jak elastyczne reagowanie personelu zabezpieczenia medycznego na zmieniającą się sytuację taktyczną i płynne przejście do wydłużonej opieki w warunkach polowych (obecnie znanej pod angielskojęzyczną nazwą *Prolonged Field Care*), wskutek braku możliwości ewakuacji poszkodowanych na dalszy etap leczenia³⁹.

2.4. Wojskowa służba zdrowia na pustynnych terenach Algierii

Losy kolonialnej Algierii, inaczej niż w Indochinach, nie rozstrzygnęły się w jednej decydującej bitwie, z zastosowaniem artylerii, lotnictwa i innych nowoczesnych środków rażenia przeciwnika. Afrykański naród niepodległość wywalczył sobie w długotrwałych działaniach, obliczonych na stopniowe przejmowanie terenu. Stosowano takie metod jak walka partyzancka, niespodziewane ataki małych oddziałów na wysunięte, odizolowane od dużych miast placówki, zamachy terrorystyczne czy skryte zabójstwa przeciwników⁴⁰.

Wojskowa służba zdrowia była obecna od początku kolonizacji Algierii przez Francję w latach trzydziestych XIX wieku. Już wtedy dostrzeżono pozytywną i bardzo ważną rolę lekarzy w walce o dusze i umysły miejscowej ludności. Przy okazji konsultacji i zabiegów medycznych poprawiających kondycję zdrowotną społeczeństwa pozyskiwano zaufanie do Francuzów oraz ważne informacje na temat nastrojów w tradycyjnie hermetycznych i sceptycznie nastawionych do obcych, muzułmańskich środowiskach. Tą drogą zdobywano również wiedzę typowo operacyjną na temat dyslokacji elementów wrogo nastawionych do przybyszów⁴¹. Głównym zadaniem wojskowej służby zdrowia w warunkach pustynnych, oprócz zasadniczego działania leczniczo – ewakuacyjnego, okazała się walka z problemami natury nie bojowej jak epidemie czy warunki sanitarno – higieniczne. Dzięki działalności *Instytutu Pasteura* w Algierze, odnotowano wiele sukcesów na polu naukowo-badawczym, wydatnie przyczyniając się do rozwoju takich dziedzin medycznych jak medycyna tropikalna, epidemiologia czy parazytologia⁴².

Większość lekarzy wojskowej służby zdrowia trafiało do Algierii, tuż po zakończeniu studiów medycznych w Wojskowej Szkole Medycznej w Lyon (*L'Ecole du Service de Santé Militaire*). Wyjątkiem byli prymusi, którzy mogli wybierać przydziały do placówek na terenie metropolii i ojcowie co najmniej dwójki dzieci, będących na ich utrzymaniu. Po przybyciu na kontynent afrykański, młodzi adepci sztuki lekarskiej, w trakcie miesięcznego okresu adaptacyjnego, zapoznawali się z miejscową kulturą, uwarunkowaniami sanitarno-higienicznymi oraz powiązaną z nimi patofizjologią najczęściej występujących w rejonie

³⁹ Aigle L., dz. cyt., s.46-51.

⁴⁰ Montagnon P., *La Guerre d'Algérie: Genèse et engrenage d'une tragédie (1954-1962)*, Pygmalion, Paryż, 2004.

⁴¹ Savelli A., *Le Service de Sante des Armees dans les territoires du Sud Algerien*, Cercle Algerianiste de Montpellier, 10.2008, dostęp : http://cagrenoble.fr/Andre_Savelli/Andre_Savelli.pdf (07.11.2024)

⁴² B.d., *Historique de l'Institut Pasteur d'Algérie*, Institut Pasteur d'Algerie, dostęp: <https://www.pasteur.dz/fr/presentation/historique> (09.12.2021)

chorób. Fazę przygotowawczą kończyły kurs bakteriologii i parazytologii w laboratorium saharyjskim Instytutu Pasteura, kierowanym przez lekarza wojskowego rezerwy Henry Foley'a (pierwszego dyrektora wojskowej służby zdrowia w Algierii, w latach 1918-1922) oraz staż w klinice okulistyki. Ten drugi związany był z dużą zachorowalnością na choroby oczu wśród lokalnej społeczności. Problem ten był powszechny w Afryce i często prowadził do ślepoty dużej liczby osób. Najczęściej długość misji lekarza wojskowego w Algierii wynosiła dwa lata, w szczególnych przypadkach mogła być wydłużona do trzech⁴³.

Służba zdrowia w kolonialnej Algierii zorganizowana była w oparciu o okręgi medyczne, powiązane z prowizoryczną lokalną administracją. Najważniejszą strukturą wykonawczą były przychodnie (*l'infirmierie*), które w zależności od potrzeb francuskiej armii oraz ludności cywilnej, czasem przybierały rozmiary szpitali. Działo się tak na terenach najgęściej zaludnionych. W oazach natomiast, na daleko wysuniętych terenach pustynnych rolę zabezpieczenia medycznego pełniły małe punkty medyczne. Do zaopatrywania ran przy przychodniach tworzone ambulatoria, a nawet w jednym przypadku oddział chirurgiczny (w Langouat, obecnie al-Aghwāt). Z uwagi na dużą zachorowalność, mającą czasami znamiona epidemii, niektóre placówki posiadały również oddziały zakaźne. Pomyślano również o poprawieniu warunków położniczych dla kobiet, ograniczając w ten sposób śmiertelność okołoporodową wśród miejscowej społeczności. Na dedykowanych oddziałach, tylko w 1960 roku przeprowadzono 70 000 konsultacji oraz zarejestrowano 10 000 noworodków. Liczba łóżek przeznaczonych dla ludności cywilnej wahała się od dziesięciu (In Salah), do stu trzydziestu (Djelfa). W największych i najlepiej wyposażonych oddziałach dysponowano salą operacyjną, laboratorium, apteką oraz aparatem radiologicznym. Uzupełnieniem tej struktury było 10 szpitali wojskowych, z najważniejszym *Maillot* w Algierze oraz w Colomb-Bechar (120 łóżek) i Ouargla (80). Najmniejszymi ośrodkami były wspomniane wcześniej punkty medyczne zlokalizowane w niewielkich oazach, skupione wokół centralnej przychodni. Zarządzane przez personel pielęgniarski, były w stałym kontakcie z lekarzem, mającym nad nimi nadzór merytoryczny. W 1960 roku czterystu dziewiętnastu członków personelu medycznego w Algierii przeprowadziło blisko 3 miliony konsultacji i zabiegów medycznych. W pięćdziesięciu procentach przypadków pacjentami były dzieci⁴⁴.

Dzięki zaangażowaniu francuskiej wojskowej służby zdrowia w takie działania jak dezynsekcja i masowe szczepienia pokonano choroby o charakterze endemicznym, m.in. tyfus, ospę oraz gruźlicę. Odkryto rolę jaką odgrywają wszy w zakażeniach i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych. Leczenie antybiotykami, profilaktyka i edukacja przyczyniły się do ograniczenia chorób wenerycznych jak syfilis. Ograniczono rozprzestrzenianie się malarii, poprzez eliminację źródła zakażenia, czyli komarów i ich larw oraz stosowanie odpowiedniego leczenia po zakażeniu⁴⁵.

Zabezpieczenie medyczne działań bojowych było zorganizowane w oparciu o zespoły medyczne przypisane do zgrupowań taktycznych. Każdy zespół złożony był z lekarza – dowódcy, trzech pielęgniarzy i czterech noszowych. Dysponowały one identycznymi środkami materiałowymi jak żołnierze w Indochinach, czyli zestawami *IV-48* i *III bis-48*. Dodatkowo

⁴³ Depoutot J.C., *La guerre d'Algerie d'un medecin appele du contingent octobre 58 - Juillet 60*, Mjages djebel, Nancy, 2002, dostęp: https://www.mjagesdjebels.org/IMG/pdf/guerre_d_algerie_medecin_du_contingent_2_colones_11-07-2012.pdf (07.11.2024)

⁴⁴ Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées*, ECPAD, Ivry-Sur-Seine, 2008, s.112-119.

⁴⁵ Tamże.

kompanie bojowe posiadały w swym składzie sanitariuszy – noszowych. Elementem charakterystycznym dla wojny w Algierii była ewakuacja rannych z pola walki przy użyciu śmigłowców, takich jak *Bell 47*, *Alouette II*, *Sikorsky H19 i H34*. Biorąc pod uwagę trudny teren górski i pustynny, w którym przyszło walczyć Francuzom z licznym i zmotywowanym przeciwnikiem, droga lądowa była znacznie wolniejsza i dużo bardziej niebezpieczna dla transportu poszkodowanych. Podczas ośmiu lat wojny, drogą powietrzną ewakuowano ok. 100 tysięcy poszkodowanych, w tym ok. 50 tysięcy bezpośrednio ze strefy działań bojowych do zlokalizowanych w miejscach bezpiecznych czołówek chirurgicznych. 20 tysięcy najciężiej rannych żołnierzy trafiło do wojskowych szpitali w Algierii, a 40 tysięcy poszkodowanych opuściło teatr działań, powracając do metropolii ze wskazań medycznych. Życie straciło ponad 25 tysięcy żołnierzy francuskich, a zaciekłość walk najlepiej obrazują ciężkie straty (ok. 450 zabitych i ponad 1100 rannych) jakie poniosły dwie jednostki spadochroniarzy cudzoziemskich (*1 i 2 REP*) podczas tej wojny. Podobnie jak w Indochinach, wojna w Algierii wykreowała we francuskiej wojskowej służbie zdrowia wyjątkowych bohaterów. Lekarze porucznicy Regis Forissier i Robert Yout byli wielokrotnie odznaczani przez swoich przełożonych za dokonania na polu walki, a ich przykład i zaangażowanie w działania były drogowskazem dla następnych pokoleń żołnierzy wojskowej służby zdrowia⁴⁶.

2.5. Zabezpieczenie medyczne operacji francuskich sił zbrojnych przełomu XX i XXI wieku

Upadek dwóch największych francuskich kolonii zmienił oblicze zbrojnych interwencji Republiki poza granicami metropolii. Odtąd działania Francuzów odbywały się przy użyciu mniejszych kontyngentów, z reguły na zaproszenie zaprzyjaźnionych władz lokalnych, nie radzących sobie z zapewnieniem bezpieczeństwa na swoim terytorium. Pierwszą z takich misji była operacja *Limousin* w Czadzie, w 1969 roku. Brak infrastruktury sanitarnej, niedostateczne rozpoznanie epidemiologiczne rejonu działań oraz nieprzygotowanie logistyczne spowodowały, że główną przyczyną ewakuacji ze wskazań zdrowotnych były choroby zakaźne, głównie wirusowe zapalenie wątroby. Połowa ze stu żołnierzy transportowanych do metropolii, właśnie z tego powodu musiała opuścić teatr działań. Zabezpieczenie medyczne działań bojowych w trudnym terenie afrykańskiego Sahelu realizowane było przez trzech lekarzy (jeden na każde zgrupowanie taktyczne), czterech pielęgniarzy (jeden w składzie każdej kompanii) i piętnastu sanitariuszy (zabezpieczający działania na poziomie plutonu). Do ewakuacji żołnierzy służył ambulans *Renault R2087 4x4*, lecz z uwagi na ekstremalnie rozległy obszar operacyjny i fatalną infrastrukturę drogową, transport poszkodowanych drogą lądową był bardzo trudny⁴⁷.

Misja w Czadzie zwróciła uwagę decydentom wojskowej służby zdrowia na kilka faktów, dotąd lekceważonych. Śmierć dwóch lekarzy od kul snajperów (de Larre de la Dorie i Guy Garcia), podczas niesienia pomocy rannym, w kilkudniowym odstępie czasu, uzmysłowiła wszystkim jak ważne jest przygotowanie bojowe personelu medycznego i umiejętność odnalezienia się w niebezpiecznym środowisku, w warunkach taktycznych. Konkluzja ta była punktem wyjścia do rozwoju dziedziny szkolenia znanej obecnie jako ratownictwo pola walki. Dostosować do zmieniających się wraz z rozwojem technologicznym

⁴⁶ Aigle L., dz. cyt., s.52-72.

⁴⁷ Tamże, s.73-76.

uwarunkowań teatru działań należało również sprzęt i materiały medyczne jakie były do dyspozycji żołnierzy. Zestawy ratunkowe służby zdrowia i indywidualne pakiety medyczne używane podczas operacji *Limousin*, niewiele różniły się od tych z czasów Indochin i Algierii. Kolejnym wnioskiem była konieczność aklimatyzacji żołnierzy do skrajnie trudnych warunków atmosferycznych panujących w rejonie działania, w pierwszych dniach po przybyciu do niego. Wielu żołnierzy wymagało opieki medycznej wskutek odwodnienia i udarów cieplnych, których można było uniknąć dzięki zastosowanej profilaktyce. Obecność nieznanych w Europie wirusów i wysoka zachorowalność francuskiego personelu wojskowego na wirusowe zapalenie wątroby wskazały na konieczność lepszego rozpoznania epidemiologicznego obszaru projekcji oraz na znaczenie obowiązkowych, profilaktycznych szczepień ochronnych. Niemniej ważnymi wnioskami jakie wyniosła służba zdrowia z operacji *Limousin*, były kluczowa rola zabezpieczenia higienicznego kontyngentu na terenach o nieistniejącej lub zniszczonej infrastrukturze sanitarnej oraz prewencja w zakresie ugryzień i ukąszeń przez zwierzęta⁴⁸.

Operacja spadochronowa *Bonite*, znana również pod nazwą *Leopard*, w Demokratycznej Republice Kongo, która miała miejsce w 1978 roku, była okazją dla 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy rozprawić się z trudną historią, naznaczoną krwią, przelaną w Indochinach i Algierii przez swoich poprzedników. Tym razem ofiara złożona z pięciu żołnierzy, którzy stracili życie w tej akcji, nie poszła na marne. Dzięki sprawnemu działaniu elitarnego pułku Legii Cudzoziemskiej i natychmiastowym decyzjom polityków, udało się uratować 2 200 Europejczyków i 3 000 mieszkańców Afryki, przed niechybnym mordem z rąk atakujących rebeliantów. Również ta misja przyniosła wojskowej służbie zdrowia bagaż doświadczeń i wniosków na temat zabezpieczenia medycznego wojsk aeromobilnych. Przede wszystkim niezbędna obecność medyków od samego początku operacji. Urazy u żołnierzy, wynikające z nieszczęśliwych wypadków przy lądowaniu ze spadochronem (w Kolwezi, w pierwszym rzucie 3 przypadki na 400 skoczków) oraz oddziaływanie przeciwnika na spadochroniarzy, bezbronnych w fazie lotu w powietrzu, mogą mieć destrukcyjny wpływ na całą misję. Konieczne jest niesienie pierwszej pomocy przez wykwalifikowany personel medyczny natychmiast po wylądowaniu, w celu ograniczenia strat własnych, co ma zasadnicze znaczenie w kontekście kontynuacji misji. Zespół medyczny musi posiadać niezbędny sprzęt i środki medyczne na zabezpieczenie podstawowych urazów w początkowej fazie misji. Nie może liczyć na infrastrukturę miejscową, gdyż ta najczęściej jest nieobecna lub zniszczona jak to miało miejsce w miejscowym szpitalu w Kolwezi⁴⁹.

Zabezpieczenie medyczne tej afrykańskiej operacji było realizowane przez 8 osób (jeden lekarz, dwóch pielęgniarzy, trzech sanitariuszy oraz jeden noszowy i kierowca ambulansu). Grupę tą wspierał kapelan jednostki, który oprócz swoich duchowych powinności, sprawował dodatkowo funkcję noszowego. Każda sekcja bojowa miała w swoim składzie sanitariusza (łącznie na polu bitwy było ich piętnastu). Liczba ta była niewystarczająca, szczególnie w pierwszej fazie operacji, w której brało udział tylko czterech etatowych żołnierzy służby medycznej (lekarz, dwóch sanitariuszy i kapelan – noszowy). Sytuacja ta była spowodowana ograniczeniami w transporcie lotniczym. Pierwszy rzut spadochronowy zrzucony nad Kolwezi liczył czterystu skoczków, których wg. normy tabelarycznej *Guepard – sante* powinno zabezpieczać siedmiu wykwalifikowanych medyków. Również w domenie sprzętowej misja wykazała poważne braki, nie respektując ww. normy w żadnym aspekcie.

⁴⁸ Tamże.

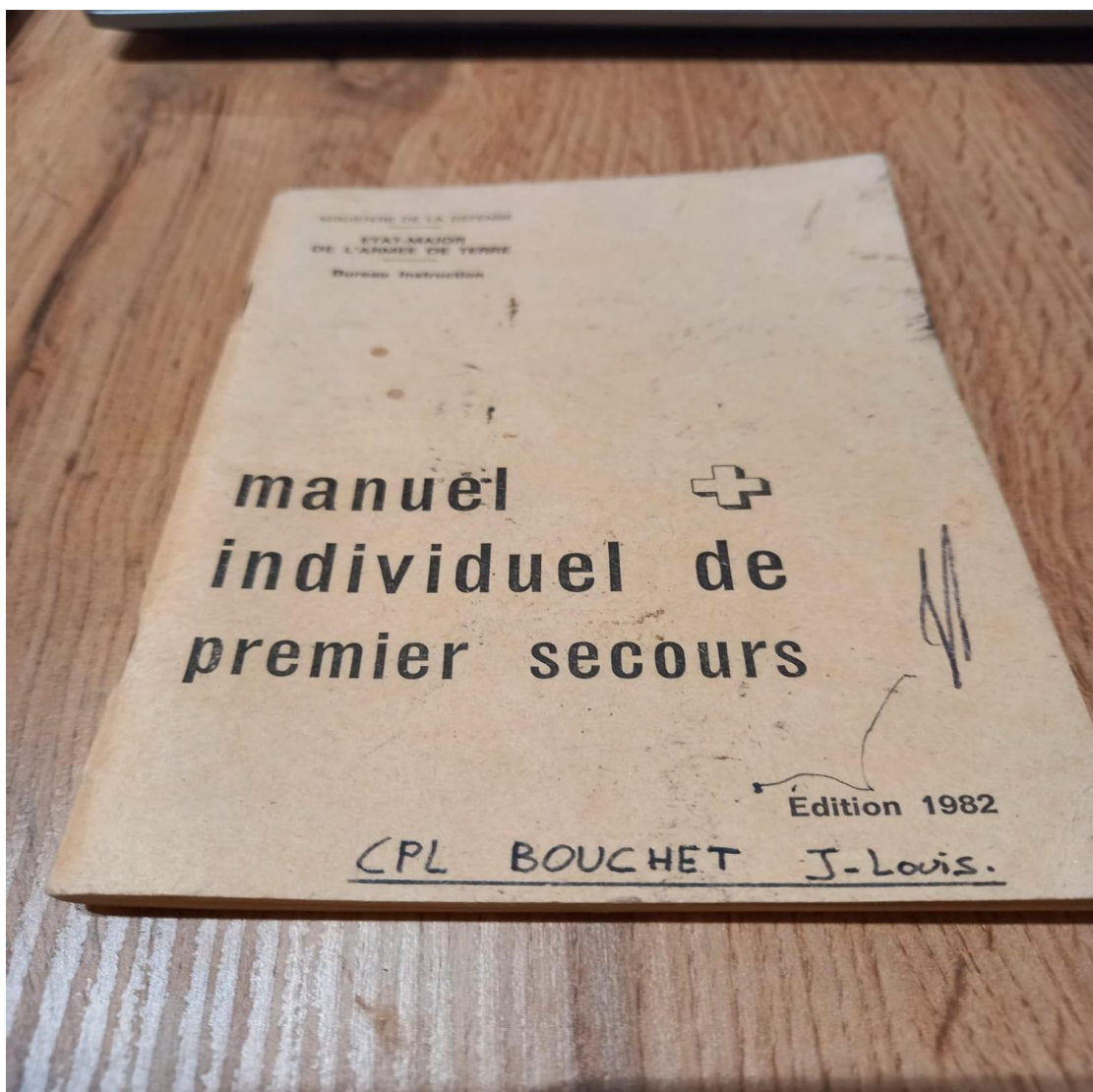
⁴⁹ Sergent P., *La légion saute sur Kolwezi*, Presses de la cité, 1978, s.199-200.

Na szczęście doświadczeni żołnierze wiedzieli to już przed projekcją. Antycypując wydarzenia doposażyli się samodzielnie w elastyczne nosze płócienne własnej produkcji, pakiety medyczne dla pielęgniarzy i sanitariuszy oraz leki dedykowane odwodnieniom i chorobom tropikalnym. W pierwszych dniach walki do ewakuacji medycznej służył cywilny ambulans *Peugeot 504*, zarekwirowany cywilnej klinice, należącej do miejscowej kopalni. Od trzeciego dnia misji używano już etatowych pojazdów pułku w postaci ambulansów *Saviem TP3 4x4*. Transport do szpitali zlokalizowanych poza teatrem działań (Lumbubashi i Kinszasa) realizował samolot *Transall*, dostosowywany metodą chałupniczą do potrzeb medycznych. Niezbędne na tym etapie było wsparcie belgijskiej czołówki chirurgicznej zabezpieczającej pole bitwy, gdzie trafiali poszkodowani wymagający natychmiastowej interwencji ratującej życie.

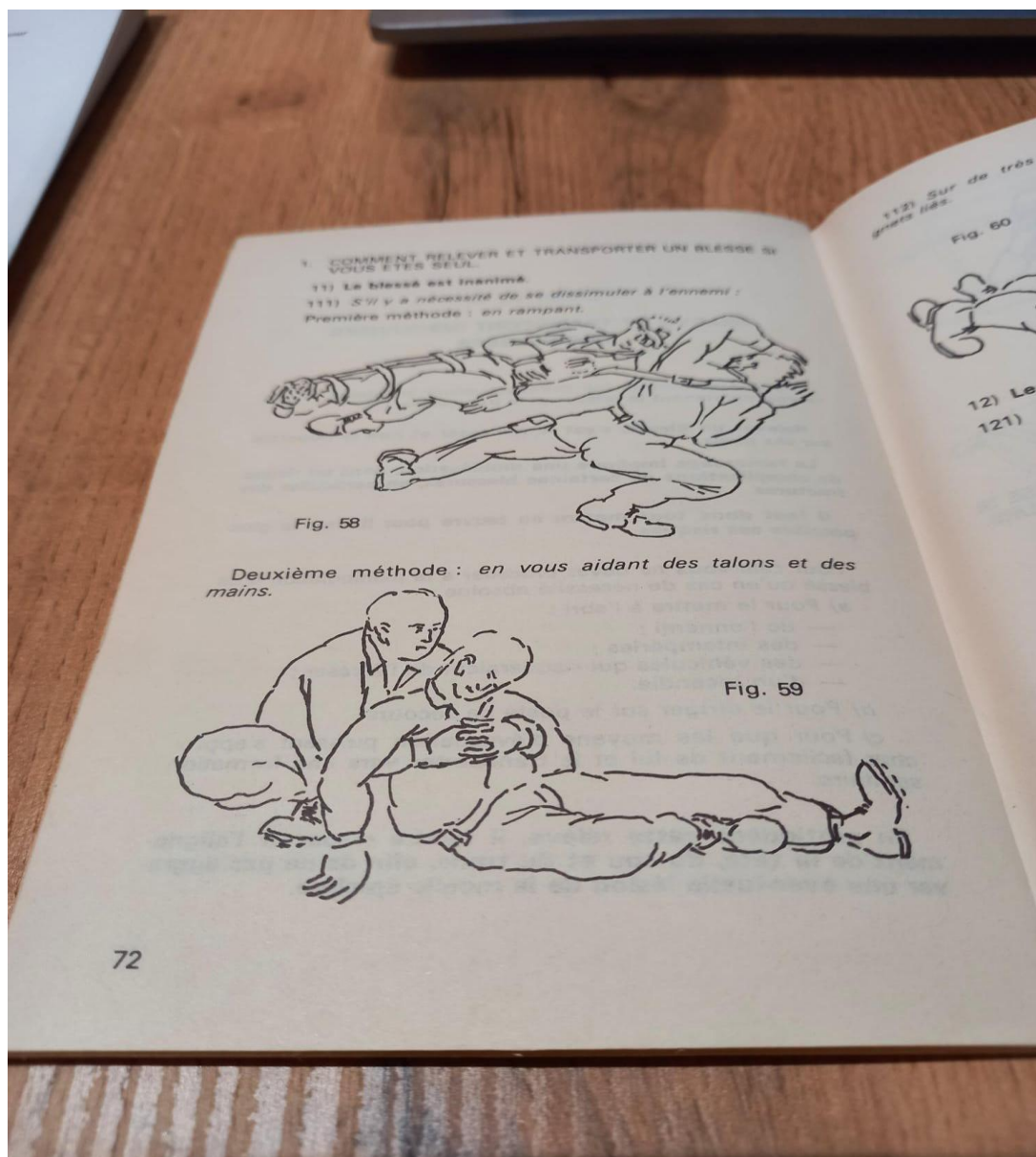
Analizując wydarzenia w Kolwezi, najważniejszymi mankamentami jakie wskazano, to zbyt małe siły i środki służby medycznej (na polu walki dysponowano dwoma zasobnikami zespołowymi *GC 23* o masie 50 kg i ośmioma zasobnikami indywidualnymi do 10 kg.) w stosunku do liczebności kontyngentu (szczególnie w kluczowej, początkowej fazie operacji). Istotną niedogodnością był również brak autonomiczności w działaniu służby medycznej pułku, zależnej od belgijskich sojuszników i elementów cywilnych w rejonie, które dysponowały mocno ograniczonymi zasobami⁵⁰.

Wszystkie dotychczasowe lekcje z poprzednich konfliktów zaowocowały szeregiem zmian w dotychczasowej strukturze zabezpieczenia medycznego misji zagranicznych. Wprowadzono obowiązkowe szkolenie w zakresie technik ratunkowych na polu walki w Centrum Szkolenia Medycyny Pola Walki (*Centre d'Instruction aux Techniques de Reanimation de l'Avant – CITERA*). Obowiązywały wszystkich lekarzy, przewidzianych do wyjazdu poza granice państwa. Do użytku w jednostkach wojskowych wprowadzano podręczniki do treningu czynności ratujących życie na polu walki.

⁵⁰ Aigle L., dz. cyt., s.77-82.



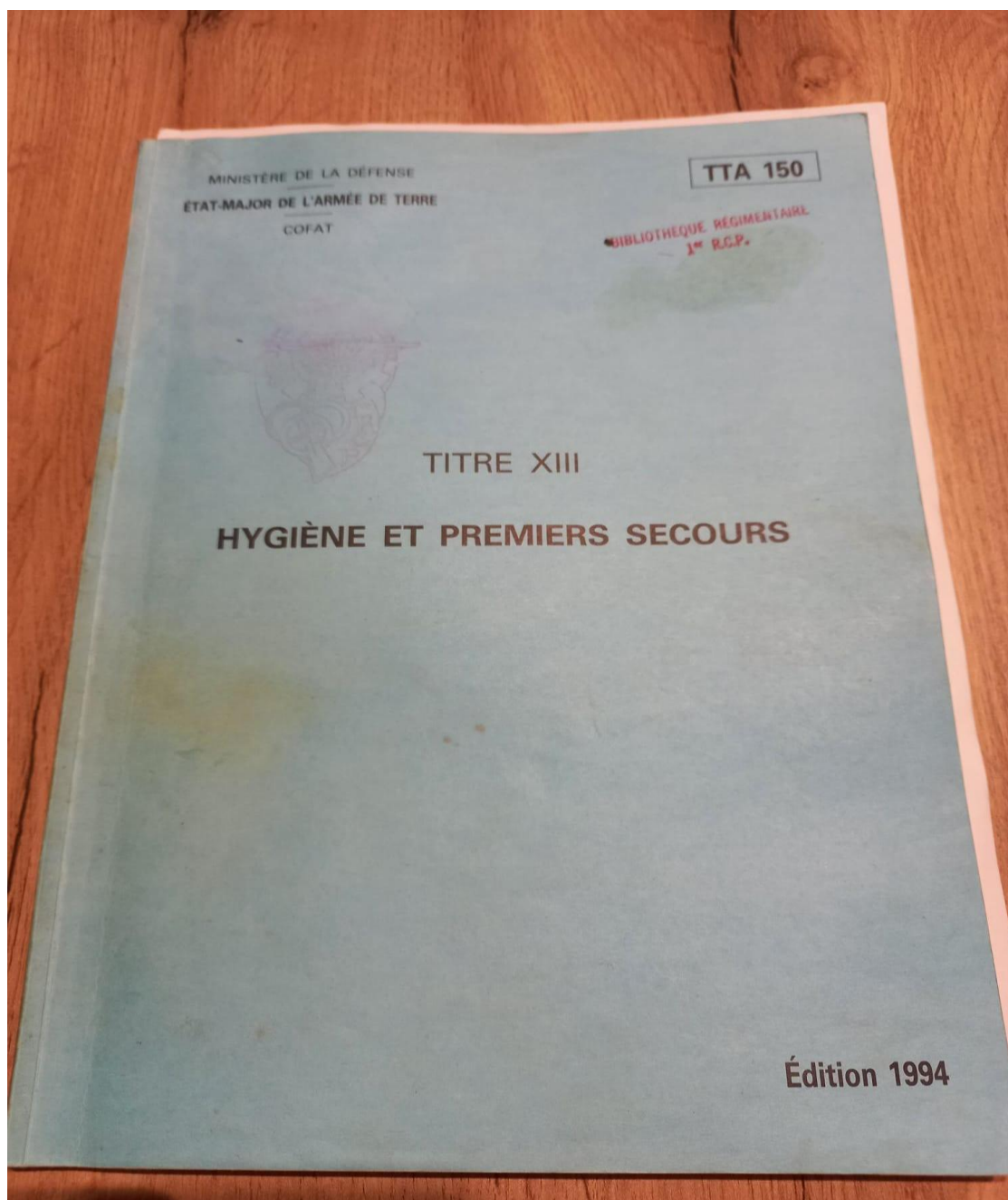
Zdjęcie 1. Jeden z podręczników pierwszej pomocy na polu walki w siłach zbrojnych Francji, będący efektem doświadczeń operacji w Kolwezi. (zbiory autora)



Zdjęcie 2. Graficzne przedstawienie czynności pomagają w szkoleniu żołnierzy w zakresie podstawowych gestów ratowniczych na polu walki. (zbiory autora)

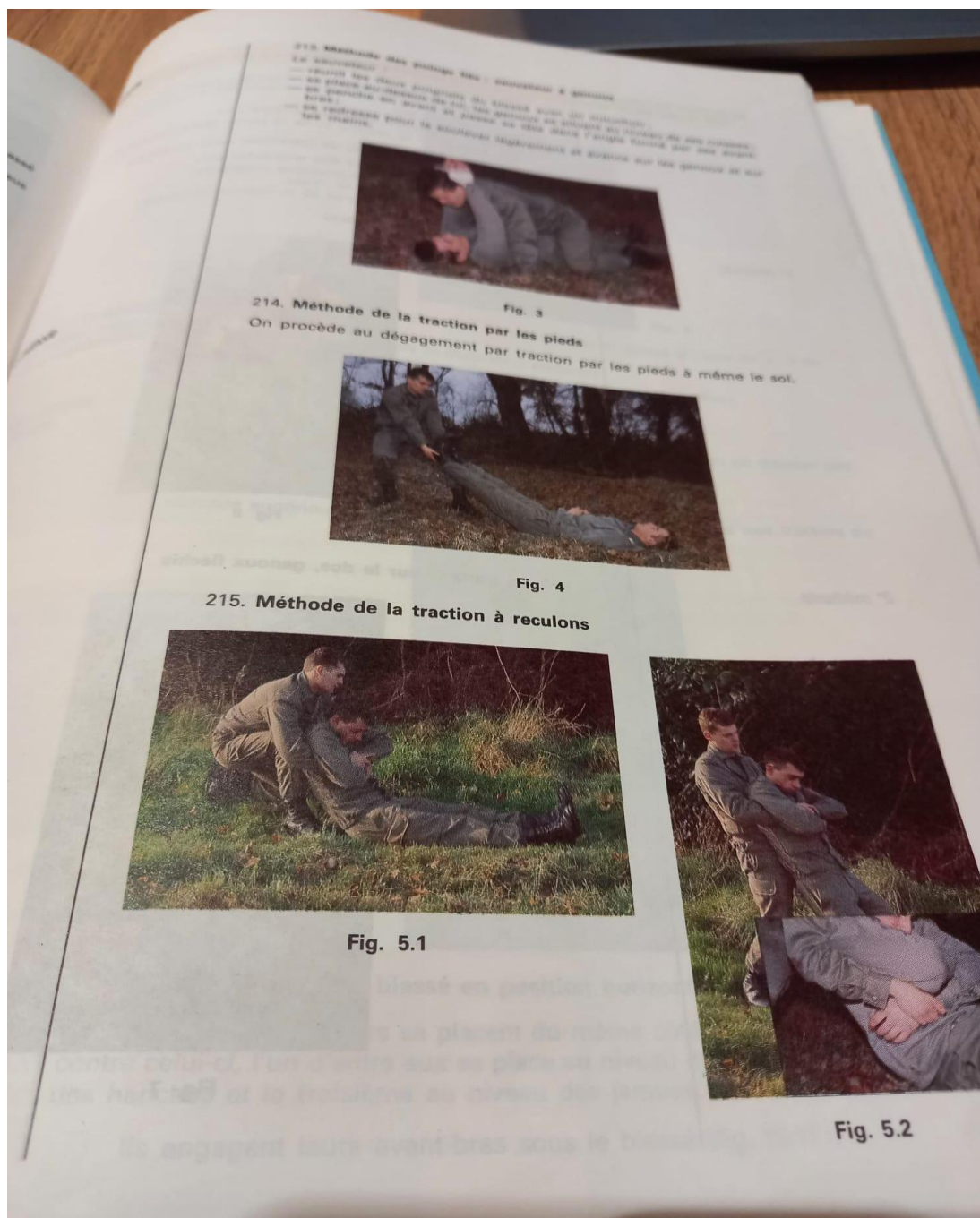
Do eksploatacji w służbie medycznej pododdziałów bojowych weszły ambulanse opancerzone na bazie wozu VAB (*Véhicule de l'avant blindé*). Zwrócono uwagę na dostosowanie zestawów materiałowych wchodzących w skład elementów zabezpieczenia medycznego w rejonie do realnych potrzeb medyków podczas działania w izolacji, w terenie niebezpiecznym. W wyniku tego powstały Punkt opatrunkowy (*Poste de secours -PS*) i Grupa medyczno – chirurgiczna (*Groupe medico – chirurgicale – GMC*). Ewolucja zabezpieczenia medycznego francuskich operacji zagranicznych przyniosła pożądane skutki. Przykładem odpowiedniego przygotowania wojskowej służby zdrowia do działania w strefie wojennej była misja w ramach mandatu ONZ, w bośniackim Sarajewie, która przyniosła tylko jedną ofiarę śmiertelną po stronie Francji. Personel medyczny działający w ramach rozwiniętego Punktu

opatrunkowego mógł się poszczycić wieloma uratowanymi żołnierzami sił własnych, sojuszniczych oraz osobami cywilnymi⁵¹.



Zdjęcie 3. Instrukcja medyczna z okresu wojny w Jugosławii. (zbiory autora)

⁵¹Merat S. et al, *Le blessé de guerre*, Arnettes, Paryż, 2014, s.54.



Zdjęcie 4. Zastosowane fotografie miały ułatwić szkolenie żołnierzy, lepiej oddając rzeczywiste realia. (zbiory autora)

Obecnie zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności sił zbrojnych Francji jest realizowane za pomocą różnorodnych sił i środków, wydzielonych z macierzystych pododdziałów i innych instytucji powołanych do ratowania życia żołnierzy na misjach zagranicznych. W zależności od rozmiarów kontyngentów wojskowych i bliskości teatru działań do stacjonarnej bazy szpitalnej własnej lub państw sojuszników, konfigurowane są odpowiednie komponenty medyczne. Nadrzędnym celem jest organizacja sprawnego łańcucha ewakuacyjno – leczniczego, umożliwiającego poszkodowanym jak najszybsze dotarcie do szpitala, wydatnie poprawiając ich szansę na przeżycie. Złotym standardem jest transport poszkodowanego do szpitala wojskowego w metropolii, w czasie nieprzekraczającym

24 godziny. Niezbędne jest zapewnienie wykwalifikowanego personelu medycznego na każdym z etapów ewakuacji, stabilizującego podstawowe funkcje życiowe rannych, przy pomocy specjalistycznego sprzętu. Najcenniejsze, z punktu widzenia dowódców i poszkodowanych, jest posiadanie fachowej opieki medycznej natychmiast po zranieniu, w bezpośredniej styczności pola walki. Działanie lekarzy i pielęgniarzy, których wykształcenie zajmuje wiele lat, na pierwszej linii jest jednak bardzo problematyczne, z uwagi na wysokie ryzyko strat wśród cennego personelu. Warto nadmienić, że zawodowi żołnierze wojskowej służby zdrowia w rejonach operacji bojowych są często wspierani przez rezerwistów, pochodzących nierzadko ze środowiska cywilnego. Dla tych ostatnich takie doświadczenie jest szczególnie wartościowe, ze względu na możliwość zetknięcia się z problematyką medycyny pola walki. Zdobyta wiedza może służyć do zaszczepienia w swoim codziennym środowisku pracy nawyków i procedur potrzebnych do reagowania na zamachy terrorystyczne i inne zdarzenia z masową ilością poszkodowanych⁵².

Dobrym przykładem harmonijnej współpracy między różnymi rodzajami wojsk umożliwiającej szybką ewakuację rannego z pola walki do metropolii była akcja ratunkowa sierżanta specjalnej grupy spadochroniarzy cudzoziemskich (*Groupement de Commandos-Parachutistes – GCP*), podczas operacji *Bamara* w Republice Środkowoafrykańskiej w 2006 roku. Ciężko ranny żołnierz (w obie kończyny dolne), otrzymał fachową pierwszą pomoc od swojego kolegi z zespołu – lekarza. Następnie, dwie godziny później, leciał już na pokładzie śmigłowca, w kierunku prowizorycznego, polowego lotniska na spotkanie z samolotem transportowym *Transall*, do którego został przeniesiony. Po pięciu godzinach od odniesienia ran poszkodowany był już na stole operacyjnym czołówki chirurgicznej w N'Djamenie, zabezpieczającej działania innej operacji francuskiej w Czadzie. Tam przeszedł pierwszą z wielu operacji ratujących jego życie i kończynę. Następnego dnia został przetransportowany przez załogę samolotu medycznego dalekiego zasięgu *Falcon* do podparyskiego szpitala wojskowego *Begin*, gdzie został poddany dalszemu leczeniu i rekonwalescencji. Sukces jakim był powrót do pełnego zdrowia sierżanta, po pięciu miesiącach od zranienia, był możliwy dzięki perfekcyjnemu działaniu personelu medycznego, na każdym z etapów łańcucha ewakuacyjnego. Szczególne znaczenie miał fakt obecności na miejscu zdarzenia lekarza, będącego w składzie specjalnej grupy komandosów, wraz z odpowiednio wyposażonym zestawem wstępnej projekcji (*Lot de projection initiale – LPI*). Zestaw ten jest kolejnym przykładem pozytywnej ewolucji w zabezpieczeniu materiałowym działań medycznych w warunkach polowych. Należy podkreślić dobre przygotowanie operatorów – sanitariuszy w zakresie ratownictwa pola walki, które było możliwe dzięki odpowiedniej formacji kładącej duży nacisk na szkolenie medyczne w formacjach specjalnych (każdy operator musiał ukończyć staż początkowy *Jedburgh*, którego ważną częścią jest moduł ratownictwa pola walki)⁵³.

W jednostkach wojskowych na terenie metropolii i na francuskich terytoriach zamorskich, m.in. w Gujanie Francuskiej, działają przychodnie stacjonarne, pełniące rolę izb chorych dla lżej poszkodowanych lub chorych (*antennes medicales – AM*). Nadzorowane są przez Wojskowe centra medyczne (*Centre medicale des armées – CMA*). Najbardziej rozwiniętymi polowymi elementami medycznymi w rejonie operacji, o szerokim spektrum diagnostycznym – leczniczym są Grupy medyczno – chirurgiczne (GMC), dysponujące salami

⁵² Cohen E.P., *Médecin de guerre, de l'Afghanistan à Paris*, Le Passeur, Paryż, 2016, s.202-206.

⁵³ Aigle L., dz. cyt., s. 96-100.

operacyjnymi oraz zapleczem diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej. W Afganistanie, gdzie intensywność walk i straty wśród Francuzów były duże (90 zabitych)⁵⁴, na terenie lotniska w Kabulu funkcjonował szpital polowy poziomu III. Była to placówka o najwyższym stopniu referencyjności (zapewniający najlepsze możliwości diagnostyki i leczenia), działająca na teatrze działań⁵⁵. Działania wojsk francuskich w ramach operacji *Barkhane* w afrykańskim Sahelu zabezpieczały 3 szpitale polowe poziomu II. W terenie działały 5 zespołów ewakuacji powietrznej (*Aeromedical evacuation team - AMET*) oraz 23 mobilne zespoły medyczne, będące najbliższymi walczącymi jednostkami, w składzie których znajdował się lekarz i pielęgniarka. Bardzo ważnym elementem działań daleko poza granicami państwa są jednostki zaopatrywania w produkty lecznicze (*Unité de distribution en produits de santé - UDPS*). Prawidłowa organizacja procesu zaopatrzenia, w szczególności precyzyjne określenie potrzeb żołnierzy na polu walki, a następnie sprowadzenie wymaganego asortymentu do pododdziałów jest dużym wyzwaniem logistycznym, często niedocenianym przez planistów i decydentów.

Zabezpieczenie medyczne na okrętach wojennych realizują zaokrętowane zespoły medyczne (*Equipe médicale embarquée - EME*), specjalnie szkolone do specyficznych warunków panujących na morzach i oceanach. Dla przykładu misję *Clemenceau 21*, wyprawę okrętów marynarki wojennej na Morze Śródziemne, Zatokę Perską i Ocean Indyjski, zgrupowanych wokół lotniskowca *Charles De Gaulle*, zabezpieczały 2 zespoły medyczne (*EME*) i szpital polowy poziomu II⁵⁶. Warto odnotować, że dzięki obecności na pokładzie lotniskowca fachowego personelu medycznego, mającego do dyspozycji nowoczesny sprzęt (m.in. system teleinformatyczny łączący w czasie rzeczywistym lekarzy na okręcie z personelem medycznym w metropolii), dostarczony przez szpital wojskowy *St. Anne* w Toulon, udało się przeprowadzić dwie operacje jamy brzusznej techniką laparoskopową. Obie odbyły się bez najmniejszego zaburzenia przebiegu misji⁵⁷.

W 2017 roku, dla przykładu, w misjach poza granicami kraju wzięło udział 1667 żołnierzy wojskowej służby zdrowia. Średnia długość przebywania w rejonie misji wyniosła 62 dni dla personelu szpitali i 92 dni dla samodzielnych zespołów medycznych. W tym czasie przeprowadzono 192 096 interwencji paramedycznych, 65 642 konsultacji lekarskich oraz 1929 zabiegów chirurgicznych. Zużyto 281 ton leków i innych materiałów medycznych⁵⁸.

2.6. Struktury organizacyjne współczesnej służby zdrowia w siłach zbrojnych Francji

Najważniejszym aktem prawnym na podstawie, którego działa służba medyczna w siłach zbrojnych Francji (*Le Service de Santé des Armées - SSA*) jest Zarządzenie Ministra

⁵⁴ B.d., *Pertes militaires françaises en opérations extérieures depuis 1963*, Wikipedia.fr, 26.11.2021, dostęp: https://fr.wikipedia.org/wiki/Pertes_militaires_fran%C3%A7aises_en_op%C3%A9rations_ext%C3%A9rieures_depuis_1963 (28.12.2021)

⁵⁵ Etat-major des armées, *Afghanistan : exercice MASCAL pour le Rôle 3 de KAIA*, defense.gouv.fr, 25.10.2013, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/operations/actualites2/afghanistan-exercice-mascal-pour-le-role-3-de-kaia> (28.12.2021)

⁵⁶ Etat-major des armées, *CLEMENCEAU 21 : Après Suez, le groupe aéronaval entame une nouvelle phase de la mission*, defense.gouv.fr, 11.03.2021, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/operations/actualites2/clemenceau-21-apres-suez-le-groupe-aeronaval-entame-une-nouvelle-phase-de-la-mission> (28.12.2021)

⁵⁷ B.d., *Des opérations chirurgicales réussies à bord du porte-avions Charles de Gaulle*, ActuSanté, 2021, 161, s.18-19.

⁵⁸ B.d., *Rétrospective des engagements du SSA*, ActuSanté, Printemps 2018, Nr 150, s.48.

Obrony (*Ministere des Armees*) z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie organizacji wojskowej służby zdrowia. Powołuje ono Centralny dyktoriat wojskowej służby zdrowia (*La direction centrale du service de santé des armées - DCSSA*) oraz stojącego na jego czele dyktora generalnego sił zbrojnych (*medecin general des armees*)⁵⁹.

Do dyspozycji dyktora jest zastępca w postaci oficera generalnego korpusu medycznego sił zbrojnych i trzech szefów działów wspierających pracę planistyczno – organizacyjną. Szef do spraw operacji odpowiada za misje poza granicami kraju i na terytoriach zamorskich oraz koordynuje wszelką działalność z nimi związaną. Szefowi działu ekspertyz i strategii zdrowotnej podlegają koordynatorzy krajowi do spraw profilaktyki zdrowotnej, psychologii, stomatologii, epidemiologii i zdrowia publicznego. Dział zasobów natomiast posiada komponenty odpowiedzialne za zakupy i finanse, politykę kadrową i logistyczne wsparcie działań⁶⁰.

Elementem wykonawczym służby jest sześć komórek, odpowiedzialnych za poszczególne obszary jej działalności:

- Dyrekcja ds. medycyny sił zbrojnych (*Direction de la médecine des forces - DMF*);
- Dyrekcja ds. szpitali (*Direction des hôpitaux - DHOP*);
- Dyrekcja ds. szkoleń, badań naukowych i innowacji (*Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation – DFR*);
- Dyrekcja zaopatrzenia w środki i produkty medyczne (*Direction des approvisionnements en produit de santé des armées - DAPSA*);
- Dyrekcja ds. systemów informatycznych i cyfrowych (*Direction des systèmes d'information et du numérique - DSIN*);
- Departament zarządzania zasobami ludzkimi (*Département de gestion des ressources humaines - DépGRH*)⁶¹.

Rok	Medycyna szpitalna	Medycyna sił zbrojnych	Szkolenie	Działność naukowo - badawcza	Zaopatrzenie	Dyrekcja	inne
2009	57,1%	15,2%	11,2%	3,3%	4,8%	6,6%	1,8%
2021	55,5%	22,4%	10,4%	2,5%	2,3%	5,1%	1,8%

Tabela 1. Zestawienie procentowe aktywności wojskowej służby zdrowia w latach 2009-2021.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)

⁵⁹ *Arrêté du 11 juillet 2018 portant organisation du service de santé des armées*, Dz. U. (Journal officiel de la République Française - JORF) Republiki francuskiej z dnia 13 lipca 2018 roku.

⁶⁰ Tamże.

⁶¹ B.d., *Touchdown! 6 directions de chaîne pour la transformation du SSA*, ActuSante, Eté – Automne 2018, 151, s.10-11.

2.6.1. Medycyna sił zbrojnych

Dyrekcja ds. medycyny sił zbrojnych (DMF) jest podzielona na trzy działy, pod kierownictwem szefa sztabu każdego z nich. Dział operacyjny składa się z komponentów lądowego, morskiego i powietrznego, stosownie do zabezpieczenia medycznego wojsk w danym środowisku prowadzenia walki. Odpowiada on za przygotowanie podległych komórek i pododdziałów medycznych do praktycznego działania wspierającego siły zbrojne w rejonie misji zagranicznych oraz realizacji zadań związanych ze wsparciem cywilnej służby zdrowia. Są one przydatne w czasie codziennego toku służby, a niezbędne w sytuacjach kryzysowych, takich jak zamachy terrorystyczne na terytorium Francji. Dział zawodowy (DIVMET) zajmuje się techniczną stroną wykonywania zawodów medycznych takich jak lekarz, pielęgniarz czy ratownik. Kontroluje poziom wykonywanych świadczeń medycznych na rzecz pacjentów, wyznacza standardy i kierunki obowiązujące w wojskowej służbie zdrowia. Dział organizacyjny (DIVORG) ma za zadanie zapewnić działalność szesnastu Wojskowych centrów medycznych (*Centres medicaux des armées - CMA*), z podległymi im komórkami medycznymi (*antennes médicales – AM*). Te ostatnie zlokalizowane są przy koszarach jednostek operacyjnych sił zbrojnych oraz w bazach wojskowych w metropolii i na terenach zamorskich. DIVORG jest odpowiedzialny również za organizację zabezpieczenia medycznego niezależnych komponentów takich jak Morskie siły zadaniowe (*Force d'action navale - FAN*), siły podwodne, siły specjalne oraz Wojskowa Służba Ochrony Radiologicznej (*Service de Protection des Radiologie des Armees – SPRA*)⁶².

Kluczowymi dla prawidłowego funkcjonowania opieki medycznej w siłach zbrojnych są wspomniane wyżej Wojskowe centra medyczne, utworzone w 2009 roku, na mocy głębokiej reorganizacji służby medycznej w siłach zbrojnych. Zmiany te, wyłączające pododdziały medyczne (ich liczba wynosiła 286) w składach jednostek operacyjnych i bazach wojskowych spod jurysdykcji ich dowódców, miały na celu konsolidację sił i środków wojskowej służby zdrowia. Dotyczyło to w szczególności jej zasobów administracyjnych. Powstałe centra, początkowo w liczbie 55, a po kolejnej reformie w 2014 roku już tylko 16, z podległymi komórkami medycznymi, zlokalizowanymi w jednostkach, których jest 200, odpowiadają za całokształt zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w metropolii. Procentowe zestawienie aktywności w tabeli poniżej dobrze charakteryzuje zakres obowiązków tych struktur i ich ewolucję na przestrzeni kilku lat. Warto odnotować stabilną liczbę zadań w zakresie medycyny pracy, mimo coraz większej liczby żołnierzy w służbie. Ma to związek z zastąpieniem corocznej wizyty orzeczniczej na wizytę okresową, realizowaną najczęściej co dwa lata. Wyraźnie widać, że największym obciążeniem dla personelu służby medycznej w jednostkach wojskowych jest jego główna misja w postaci przygotowania operacyjnego do misji zagranicznych i realizacja innych zadań na terytorium metropolii⁶³.

⁶² B.d., *La médecine des forces un maillage au plus près du combattant*, ActuSante Printemps 2019, 153, s.28-29.

⁶³ Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)

Rok	Świadczenia medyczne	Medycyna pracy	Inne (w tym przygotowanie operacyjne i misje na terytorium metropolii)	Administracja
2018	24,48%	17,52%	41,05%	16,95%
2019	22,11%	17,82%	42,25%	17,92%
2020	26,77%	16,99%	41,42%	15,12%
2021	26,42%	17,72%	41,49%	14,37%

Tabela 2. Zestawienie aktywności wojskowych centrów medycznych w latach 2018-2021.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)

Służba zdrowia w siłach zbrojnych jest dobrze odbierana przez innych żołnierzy i ceniona za swój profesjonalizm i poświęcenie. Potwierdzają to dane z analiz jakie przeprowadza corocznie dowództwo. Wskaźniki zadowolenia ze służby zdrowia nigdy nie spadły poniżej 90%, nawet podczas pandemii *Covid – 19*, gdzie w środowisku cywilnym dostęp do opieki zdrowotnej był mocno ograniczony. Podobnie zabezpieczenie medyczne aktywności wysokiego ryzyka (skoki spadochronowe, nurkowanie) na rzecz sił zbrojnych jest realizowane w stu procentach. Nie oznacza to, że wszystko funkcjonuje perfekcyjnie i nie ma nad czym pracować.

Plany działań do roku 2030 wskazują na obszary w centrach medycznych i komórkach podległych, nad którymi należy pracować najintensywniej. Jednym z nich jest dalsze doskonalenie i upraszczanie procedur w zakresie medycyny pracy, w szczególności dla kandydatów rozpoczynających służbę w siłach zbrojnych. Obecnie każdy nowoprzyjęty żołnierz przechodzi dwie wizyty lekarskie. Pierwszą podczas wcielenia w centrum rekrutacyjnym oraz kolejną w jednostce docelowej służby. Proponowane zmiany mają umożliwić przeprowadzanie tej drugiej wizyty przez pielęgniarzy ze składu komórek medycznych, co znacznie odciąży personel lekarski i uwolni jego zasoby potrzebne do wykonywania innych aktywności. Kolejnym obszarem wymagającym ciągłej pracy jest cyfryzacja w służbie i doskonalenie systemów teleinformatycznych, odpowiedzialnych za bezpieczne zarządzanie danymi medycznymi żołnierzy. Głównym wyzwaniem jest konsolidacja systemu wojskowego z cywilnym, tak aby dane z konsultacji lub hospitalizacji w środowisku cywilnym znajdowały się w jednym miejscu i były dostępne dla uprawnionego personelu medycznego jednostki macierzystej pacjenta. Należy podkreślić, że korzystanie przez żołnierzy z dostępu do powszechnej opieki zdrowotnej nie jest rzeczą rzadką, co pokazuje wskaźnik hospitalizacji personelu wojskowego w cywilnych szpitalach w latach 2018 i 2019, który wynosił 42 proc. Zabezpieczenie pozyskiwanych danych, a następnie ich przekazywanie i przechowywanie przez odporny na działanie przeciwników system teleinformatyczny jest warunkiem koniecznym w dzisiejszych czasach, naznaczonych rywalizacją w cyberprzestrzeni. Ostatnim z obszarów wyťažonej pracy na jaki wskazują decydenci w kontekście najbliższych

lat, ale na pewno nie mniej ważnym, jest dostosowanie sprzętu do nowych wyzwań operacyjnych, w szczególności możliwego konfliktu o dużej intensywności. Pomóc ma w tym autonomiczność Wojskowych centrów medycznych w kreowaniu własnej polityki finansowo - materiałowej, które nie zależą już w tej domenie od czynników ogólnowojskowych. Potencjalnie jest to bardzo dużym atutem zważywszy na to, że służba zdrowia w siłach zbrojnych nigdy nie zajmowała należnego miejsca w hierarchii wojskowej i zwyczajowo była niedofinansowana⁶⁴.

Najniższym szczeblem organizacyjnym zabezpieczenia medycznego i najbliższym żołnierzom podmiotem opieki zdrowotnej w siłach zbrojnych Francji, są wspomniane komórki medyczne (AM). Odpowiadają one za ogół przedsięwzięć medycznych związanych z funkcjonowaniem wojsk operacyjnych w czasie pokoju, realizowanych w jednostkach i bazach wojskowych w ramach bieżącej działalności. Należą do nich obowiązki w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny pracy, medycyny specjalistycznej (m.in. spadochroniarze, nurkowie, piloci) oraz profilaktyki zdrowotnej (szczepienia ochronne, opieka dentystyczna). Struktury te, w przypadku udziału jednostki w operacji zagranicznej, w ramach, której pełnią działalność, wydzielają personel medyczny ze swojego składu do zabezpieczenia medycznego działań. Wiąże się to z koniecznością spełniania przez personel medyczny specyficznych kryteriów wymaganych od wszystkich żołnierzy jednostki (np. dopuszczenie do skakania ze spadochronem w przypadku jednostek spadochronowych) oraz perfekcyjnego przygotowania psychiczno – fizycznego do wykonywania zadań w trudnych warunkach taktycznych.

Dobrym przykładem takiego pododdziału, w pełni zintegrowanego z jednostką bojową na której korzyść działa, jest komórka medyczna w strukturach kompanii logistycznej 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (*2e Régiment Étranger de Parachutistes – 2 REP*) w Calvi, na Korsyce. Każdy z medyków jest doświadczonym skoczkiem spadochronowym, mogącym w każdej chwili wziąć udział w operacji powietrznodesantowej, w dowolnym zakątku świata. Dodatkowo niektórzy posiadają uprawnienia skoczków operacyjnych z dużej wysokości (4000 metrów i powyżej). Umożliwia im to uzupełnianie składów grup komandosów, na potrzeby operacji specjalnych, dając tym komponentom nieocenione wsparcie eksperckie w zakresie medycyny. Komórka ta posiada zestawy medyczne spakowane w skrzyniach, gotowe do zrzutu ze spadochronem wraz z żołnierzami, co daje autonomię działania jednostki w pierwszych godzinach walki. Personel komórki jest delegowany do pododdziałów bojowych biorących udział w określonej misji, będąc głównym elementem zabezpieczenia medycznego, współpracując z sanitariuszami działającymi w składzie kompani bojowych. Niewielka liczba medyków i duże zapotrzebowanie na ich usługi, sprawiają, że ci żołnierze są w jednostkach operacyjnych jednymi z najbardziej doświadczonych żołnierzy w walce⁶⁵.

Najwyższą jakość i standardy wojskowe prezentuje również 1. Specjalistyczna komórka medyczna z Satory (*1-ère antenne médicale spécialisée - AMS*), zabezpieczająca działalność pododdziału specjalnego żandarmerii (*Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nation – GIGN*). Grupa ta powstała w 1974 roku w odpowiedzi na zamach terrorystyczny podczas olimpiady w Monachium, 2 lata wcześniej. Aby zostać członkiem tego elitarnego

⁶⁴ Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)

⁶⁵ Wywiad przeprowadzony na potrzeby niniejszej pracy z pułkownikiem rezerwy Francois Limas w dniu 30.01.2025 r. w Warszawie.

siedemnastoosobowego pododdziału (lekarzy i pielęgniarzy) należy być aktywnym skoczkiem spadochronowym. Konieczne jest również posiadanie doświadczenia z oddziałów szpitalnych w zakresie medycyny ratunkowej oraz przynajmniej jednej misji zagranicznej w strukturach wojskowej służby zdrowia. Formację medyków *1. AMS* rozpoczyna ośmiotygodniowy kurs specjalistyczny technik interwencyjnych, w ramach, których szkoleni nabywają takie umiejętności jak taktyczne prowadzenie pojazdu, działanie w konwoju, techniki desantowania ze śmigłowców oraz intensywne szkolenie ogniowe. Celem kursu jest doprowadzenie do takiego stanu, w którym medyk jest pełnoprawnym członkiem zespołu bojowego, nie opóźnia jego działania i wskutek tego, nie naraża na szwank powodzenia misji, a członków zespołu na utratę zdrowia i życia. Personel medyczny w składzie *GIGN*, pozostając w gotowości do interwencji w trakcie 30 minut od ogłoszenia alarmu, działa w dwuosobowych zespołach (lekarz i pielęgniarz), zintegrowanych z oddziałami szturmowymi, pod kierownictwem dowódcy akcji. Oprócz sprzętu medycznego, medycy, tak jak inni członkowie zespołu, są uzbrojeni w broń osobistą i środki łączności. Zespół posiada do swojej dyspozycji również pojazd medyczny, wyposażony według standardów *SMUR* (odpowiednik polskiego pogotowia ratunkowego), wzbogacony o najnowsze zdobycze techniczne medycyny wojskowej⁶⁶.

Personel medyczny *1. AMS* odgrywa bardzo ważną rolę w sytuacjach nadzwyczajnych jak ataki przy użyciu broni palnej z masową liczbą poszkodowanych, gdzie podział na strefy dostępu ogranicza innym medykom możliwości działania, utrudniając ewakuację rannych. Operatorzy *GIGN* są w nich łącznikiem między strefą czerwoną, a zieloną, w której rozlokowane jest centrum dowodzenia akcją ratunkową, będąc najlepszym źródłem informacji o aktualnym rozwoju sytuacji na miejscu zdarzenia. Medycy biorą udział we wszystkich operacjach zagranicznych jednostki, jak w przypadku ewakuacji ambasady w Kijowie, po wybuchu wojny w Ukrainie. Jeżeli aktualnie nie wykonują żadnej misji ani nie są w gotowości bojowej, pełnią dyżury w ramach ambulansów pogotowia ratunkowego (*Service d'Aide Médicale Urgente – SAMU*) i wojskowej Brygady Straży Pożarnej z Paryża (*Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris - BSPP*). Pozwala to na stałe utrzymywanie wysokiego poziomu wykonywania praktycznych czynności medycznych. Dodatkowo lekarze pododdziału prowadzą innych członków *GIGN* oraz ich rodziny w ramach praktyki lekarza rodzinnego⁶⁷.

2.6.2. Medycyna szpitalna

Reorganizacja systemu wojskowej służby zdrowia z 2010 roku praktycznie ominęła szpitalnictwo wojskowe. Gruntowne zmiany w tej strukturze nastąpiły dopiero w ramach wdrażania zapisów planu *SSA 2020*. Skoncentrowany na ekonomizacji sił i środków, gotowych do zabezpieczania medycznego operacji o niskiej intensywności, zakładał redukcję stanu osobowego służby medycznej w siłach zbrojnych o 2 tysiące stanowisk etatowych. Cięcia te dotknęły szpitale wojskowe, głównie w postaci zamknięcia legendarnego szpitala *Val de Grace* w 2016 roku, który zatrudniał w tamtym momencie 900 osób. Degradację możliwości leczniczych w poprzednich latach dobrze przedstawiają zestawienia poniżej. Drastyczne

⁶⁶ Bernard S., *L'antenne médicale spécialisée de Satory : une équipe de choc au service du GIGN*, gendarmerie.interieur.gouv.fr, 05.10.2022, dostęp: <https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/gendinfo/dossiers/gign-3.0/l-antenne-medicale-specialisee-de-satory-une-equipe-de-choc-au-service-du-gign> (26.01.2023)

⁶⁷ B.d., *Ire Antenne médicale spécialisée du GIGN : au cœur de l'action*, Les Gueules Cassées Sourire Quand Même, 2022, 32, s.28-37.

ograniczenia finansowe w służbie spowodowały spadek zdolności operacyjnych szpitali, w szczególności w kontekście zagrożenia udziałem Francji w konflikcie o dużej intensywności. Taki rozwój wydarzeń spowoduje masowy napływ poszkodowanych, wymagających zaawansowanych czynności medycznych. Z drugiej strony zmniejszona liczba łóżek w szpitalach wojskowych spowodowała lepszy wskaźnik ich wykorzystania. W związku z tym, że większość pacjentów tych placówek jest cywilami, a świadczenia medyczne są finansowane dla nich z ubezpieczeń społecznych, efektem oczekiwanym zmian okazała się niezachwiana płynność finansowa i dodatkowe środki na rozwój i inwestycje infrastrukturalne⁶⁸.

Szpitale	Liczba łóżek			Liczba dni hospitalizacji i liczba dni przypadająca na jedno łóżko				Pacjenci cywilni	
	2009	2019	Różnica	2009	d/ł	2019	d/ł	2009	2019
Suma	2682	1544	-1138	562 805	210	412 720	267	73%	72,6%

Tabela 3. Zestawienie przedstawiające ograniczenie zdolności operacyjnych szpitali wojskowych w okresie dziesięciolecia cięć budżetowych.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024).

Szpitale	Liczba łóżek			Liczba dni hospitalizacji i liczba dni przypadająca na jedno łóżko				Pacjenci cywilni	
	2020	2019	Różnica	2020	d/ł	2019	d/ł	2009	2019
Suma	1480	1544	-136	360 611	243	412 720	267	68,2%	72,6%

Tabela nr 4. Zestawienie dalszej degradacji szpitali wojskowych w zakresie zdolności operacyjnych.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024).

Zmiany organizacyjne w systemie szpitalnym sił zbrojnych wyodrębniły dwie struktury w ramach, których działają obecnie szpitale wojskowe.

⁶⁸ Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)

Zespoły szpitali wojskowych (*Ensembles hospitaliers militaires - EHM*)

Zespoły te, każdy złożony z dwóch szpitali wojskowych, podporządkowane są bezpośrednio Ministerstwu Obrony. Wojskowe Szpitale Szkoleniowe *Begin* (*Hopital d'Instruction des Armees - HIA Begin*) i *Percy* (*HIA Percy*) w Paryżu, tworzą Zespół szpitali wojskowych aglomeracji paryskiej (*EHM Île de France*). Pierwsza z placówek pełni rolę szpitala zakaźnego, a druga centrum urazowego. Wojskowy Szpital Szkoleniowy *Laveran* (*HIA Laveran*) w Marsylii jako zakaźny i *St. Anne* (*HIA St. Anne*) w Toulon, w roli centrum urazowego, tworzą Zespół szpitali wojskowych Prowansji oraz Alp i Lazurowego Wybrzeża (*EHM Provence Alpes Côte d'Azur*). Taki podział według specjalizacji w ramach zespołu pozwala osiągnąć przez te placówki wyższy poziom wykonywanych świadczeń medycznych w danej dla szpitala dziedzinie, szczególnie ważnej z perspektywy zabezpieczenia działań sił zbrojnych. Sprawia również, że szpitale stają się centrami eksperckimi w dziedzinie badań klinicznych i naukowych, współpracując z najlepszymi instytucjami cywilnymi jak *HIA Begin* z *Instytutem Pasteura*, w zakresie bakteriologii oraz chorób zakaźnych i tropikalnych⁶⁹. Szpital ten stale się rozwija i przechodzi gruntowne renowacje. W latach 2008 – 2017, poświęcono na ten cel 150 milionów euro, a w latach 2017 – 2014, 23,6 miliona. W najbliższym czasie zaplanowane są dalsze środki (7,8 miliona euro), przeznaczone na unowocześnianie infrastruktury szpitala, bardzo ważnego dla sił zbrojnych. Należy nadmienić, że placówka ta, z racji swojego zakaźnego profilu odegrała kluczową rolę w zwalczaniu pandemii *Covid-19*. 25 marca 2020 roku prezydent Republiki Emmanuel Macron ogłosił rozpoczęcie operacji *Resilience*, mającej na celu wsparcie przez siły zbrojne powszechnego systemu zdrowotnego, zmagającego się ze skutkami pandemii. Szpital *Begin* natychmiast przeszedł, na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym z 9 sierpnia 2004 roku⁷⁰, do funkcjonowania w trybie kryzysowym (*Plan Blanc*), jako placówka pierwszej linii w walce z niewidzialnym wrogiem⁷¹.

Szpitale *HIA Percy* i *HIA St. Anne* posiadają najwyższy stopień referencyjności w zakresie leczenia urazów wielonarządowych (centra urazowe 1 stopnia). W składzie ich oddziałów działa personel wykwalifikowany w zaopatrywaniu ran bojowych. Sprawia to, że placówki te są szczególnie istotnym wsparciem cywilnej służby zdrowia w sytuacjach kryzysowych spowodowanych masowym napływem poszkodowanych od broni palnej, np. po zamachach terrorystycznych. W paryskim szpitalu w 2017 roku ruszyło centrum leczenia oparzeń, co znacznie poszerzyło zakres możliwości terapeutycznych oddziału ratunkowego tej placówki. Nowa infrastruktura, której koszt oscyluje wokół 40 milionów euro, obejmuje wielofunkcyjny blok operacyjny, złożony z trzech sal operacyjnych i jednej obserwacyjnej, blok ratunkowy z salą reanimacyjną oraz 18 pomieszczeń dla pacjentów najciężiej poszkodowanych. Wyposażenie centrum dopełnia sektor kryzysowy z czterema salami dla chorych skażonych radiologicznie, chemicznie lub biologicznie. Rozwój szpitala *Percy* jest ujęty w bieżącym planie wydatków na siły zbrojne, pod roboczą nazwą „*Percy odnowiony*”, co ma pochłonąć kolejne 60 milionów euro⁷².

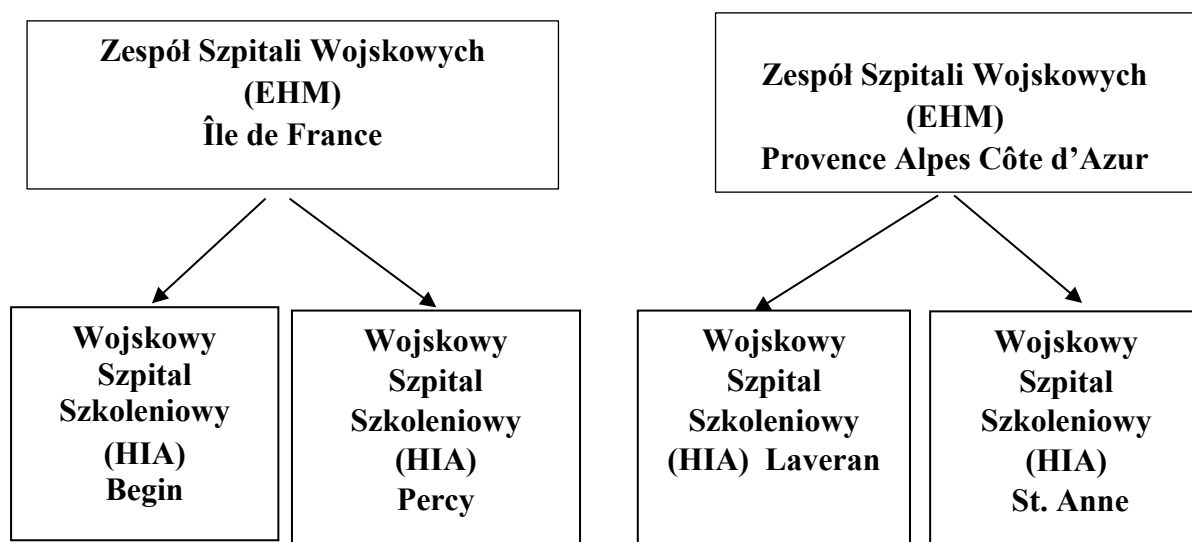
⁶⁹ Merens A., Rapp Ch., *Bactéries multirésistantes et voyages*, CEMI - Institut Pasteur, Paryż, 2014.

⁷⁰ *LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*, Dz.U. nr 0185 z 11 sierpnia 2004.

⁷¹ B.d., *Opération Résilience dossier de presse*, Ministère de Defense, 2020, dostęp : https://archives.defense.gouv.fr/content/download/581623/9918949/20200420_NP_EMA%20CABCOM_DP%20RESILIENCE_V10.pdf (07.11.2024)

⁷² Raport Trybunału Obrachunkowego (*Cour de Comptes*) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)

Wojskowe szpitale w swojej codziennej działalności są istotnym elementem powszechnego systemu opieki zdrowotnej, co najlepiej obrazuje liczba pacjentów szpitala w Toulon. Stosunkowo nowa placówka, która powstała w 2008 roku, rocznie ratuje trzystu chorych znajdujących się w stanie krytycznym, w wyniku urazów wielonarządowych. Dokonuje również ok. 350 interwencji torakochirurgicznych, w tym 20% ze wskazań życiowych⁷³. Szpital *Laveran* w Marsylii (placówka pierwszego wyboru żołnierzy Legii Cudzoziemskiej) wspiera powszechny system opieki medycznej za pomocą rozbudowanego oddziału ratunkowego (zajmującego 2000 m² powierzchni). Jego renowacja (konstrukcja całkiem nowego budynku), przeprowadzona w latach 2015 – 2017, kosztowała 7,7 milionów euro. Leczenie pacjentów urazowych do pełnego powrotu do zdrowia jest możliwe dzięki szerokiej ofercie oddziału rehabilitacji. W 2021 roku oddano do użytku basen mający służyć tym celom. Szpital jest dodatkowo siedzibą pogotowia ratunkowego (*La structure mobile d'urgence et de réanimation - SMUR*) oraz lotniczego zespołu ratunkowego, co wzmacnia kooperację żołnierzy ze strukturami cywilnymi, m.in. obroną cywilną. Ta ostatnia formacja wydziela do działań swoją flotę śmigłowców, na których pokładzie pracuje mieszany, cywilno – wojskowy personel⁷⁴.



Rycina 1. Struktura organizacyjna zespołów szpitali wojskowych.

Źródło: Przesłuchanie przed komisją obrony narodowej i sił zbrojnych dyrektora centralnego wojskowej służby zdrowia Maryline Gygax Généro, dostęp:

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_def/115cion_def1718025_compte-rendu.pdf (22.04.2025)

Zespoły szpitalne cywilno – wojskowe (*Ensemble hospitalier civil et militaire - EHCM*)

W ich skład wchodzi 3 wojskowe szpitale szkoleniowe (*HIA Clermont-Tonnerre* w Brest, *HIA Robert Picqué* w Bordeaux, *HIA Legouest* w Metz). W ramach współdziałania z Agencjami regionalnymi ds. zdrowia (*l'Agence régionale de santé - ARS*), tworzą one Szpitalne zgrupowania terytorialne (*Groupements hospitaliers de territoire - GHT*). Działają

⁷³ B.d, *Le modèle hospitalier*, ActuSante, 2016, 142, s.14.

⁷⁴ Doktryna wykorzystania śmigłowców w ratownictwie medycznym (*Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente*), Samu Urgences de France, Gueblez; 2017, s.7-8.

na rzecz lokalnej służby zdrowia w toku codziennej służby oraz są bardzo ważnym ogniwem w odpowiedzi na sytuacje kryzysowe. Prowadzą również działalność szkoleniową i badawczą, w ramach cywilno – wojskowych ośrodków uniwersyteckich. Pierwszym przykładem sformalizowania współpracy między żołnierzami, a cywilnymi ośrodkami w ramach *EHCM*, było podpisanie umowy o współdziałaniu w lutym 2014 roku, między *HIA Legouest*, a regionalnym centrum szpitalnym. Miało to miejsce w miejscowościach Metz i Thionville (*Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville - CHRMT*)⁷⁵. Wojskowa placówka, której średni procent obłożenia przekraczał 80%, została poddana modernizacji, w wyniku której utworzono Szpitalny oddział wielofunkcyjny (*L'Unité d'hospitalisation polyvalente - UHP*). Zwiększono w ten sposób bazę łóżkową w zakresie chorób zakaźnych i wewnętrznych, wydatnie wzmacniając lokalną służbę zdrowia w tych domenach. O powrót do zdrowia pacjentów w tym oddziale zabiega mieszany wojskowo – cywilny personel. Znacznym minusem tej kooperacji z punktu widzenia wojskowego jest przekazanie wszystkich aktywności w zakresie reanimacji i chirurgii do placówek cywilnych. Powoduje to uzależnienie od nich w tych obszarach, kluczowych z punktu widzenia zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych⁷⁶.

Szpital *HIA Robert Picqué*, pod patronatem pułkownika – lekarza, pioniera ewakuacji medycznej droga lotniczą, od którego wziął swoją nazwę, współpracę z prywatną kliniką (*Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle*) na rzecz lokalnej społeczności rozpoczął w 2012 roku. Powstałą kooperację nazwano *BAHIA*, od pierwszych liter nazw placówek. Początkowo jego działalność została ukierunkowana na uzyskanie zdolności do odpowiedzi przez personel cywilny szpitali na zdarzenia o charakterze masowym. Z uwagi na swoje doświadczenie z misji zagranicznych wojskowi medycy szkolili swoich cywilnych odpowiedników w takich obszarach jak medycyna katastrof i pola walki. Obecnie projekt *BAHIA*, już pod egidą *EHCM*, jest dużo bardziej wielowymiarowy. Łączy całą działalność leczniczą dwóch szpitali, zapewniając opiekę dla czterdziestu czterech tysięcy pacjentów rocznie, a dla czterdziestu tysięcy w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Spośród tysiąca czterystu zatrudnionych pracowników, dwustu pięćdziesięciu jest z szeregów wojskowej służby zdrowia, w tym stu osiemdziesięciu lekarzy. Głównymi rejonami zainteresowania połączonego personelu wojskowo – cywilnego są poszerzenie bazy leczniczej, w szczególności w zakresie medycyny ratunkowej i katastrof, doskonalenie zawodowe personelu wojskowego oraz działalność szkoleniowa⁷⁷.

Bardzo prężnie na niwie współpracy z innymi placówkami funkcjonuje szpital wojskowy w atlantyckim porcie Brest (*HIA Clermont-Tonnerre - HIACT*). Od 2016 roku tworzy zespół cywilno-wojskowy z Regionalnym centrum szpitalno- uniwersyteckim (*Centre hospitalier regionale et universitaire - CHRU*). Od 2018 roku współpracuje również z niemieckim szpitalem z Westerstede, w zakresie szkolenia i innowacji. Umieszczenie szpitala w bezpośrednim sąsiedztwie strategicznej bazy okrętów podwodnych o napędzie jądrowym wyróżnia tą placówkę spośród innych. Szpital ten jest centrum eksperckim w zakresie zabezpieczenia medycznego w tym specyficznym środowisku, posiadając

⁷⁵ Umowa pomiędzy szpitalem wojskowym Legouest a Centrum szpitalnym Metz-Thionville (*Signature accord-cadre HIA Legouest CHR Metz- Thionville*), Dossier de presse, 06.02.2014, dostęp : <https://www.chr-metz-thionville.fr/les-actualites-du-chr/renforcement-du-partenariat-hia-chr> (07.11.2024)

⁷⁶ B.d., *Metz : une nouvelle unité d'hospitalisation*, Republicain Lorraine, 23.06.2015, dostęp: <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-metz-ville/2015/06/23/une-nouvelle-unite-d-hospitalisation> (14.01.2022)

⁷⁷ B.d., *Bahia en 2021*, mspb.com, dostęp: <http://www.mspb.com/bahia-presentation/> (15.01.2022)

niezbędne doświadczenie i wiedzę w domenie zagrożenia skażeniami jądrowymi i radiologicznymi. Tutaj kształci się i przygotowuje personel medyczny do działania w załogach okrętów podwodnych z reaktorem atomowym na pokładzie oraz utrzymuje w stałej gotowości jeden z oddziałów szpitala do opieki nad pacjentami po hipotetycznym zdarzeniu z ich udziałem⁷⁸. Kolejną unikatową aktywnością szpitala w Brest jest leczenie choroby morskiej, wspólnie z naukowcami z kilku innych francuskich instytucji. Celem tej działalności jest poprawa komfortu służby marynarzy oraz ograniczenie do minimum orzekanych niezdolności do pełnienia służby na morzu ze względu na tą częstą przypadłość kandydatów do marynarki wojennej⁷⁹.

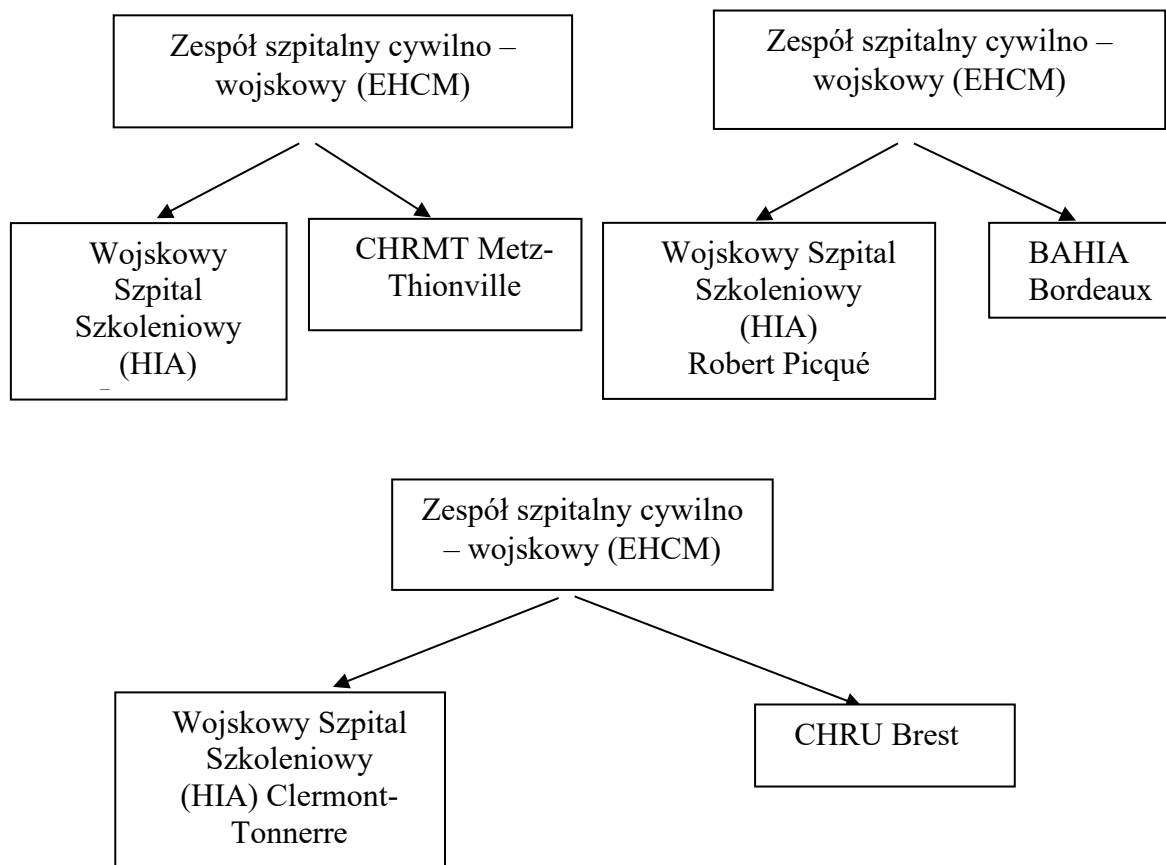
Dobrze zapowiadała się współpraca wojskowo – cywilna w aglomeracji Lyon. 11 grudnia 2017 roku, podpisano porozumienie o partnerstwie pomiędzy szpitalem wojskowym (*HIA Desgenettes - HIAD*), a cywilnymi placówkami służby zdrowia (*Hospices civils de Lyon - HCL*) oraz Uniwersytetem *Claude Bernard*. W wyniku czego zakładano podwojenie możliwości leczniczych w zakresie medycyny ratunkowej, oferując pacjentom 20 sal operacyjnych i 75 stanowisk intensywnej terapii, zlokalizowanych w cywilnym szpitalu *Edouard Herriot*. Kluczowym elementem porozumienia był transfer wojskowego personelu medycznego, w postaci dwudziestu pięciu lekarzy i trzydziestu dwóch paramedyków, do nowo utworzonego oddziału ratunkowego. Głównym obszarem działalności szpitala wojskowego miała być od tej pory ortopedia z pododdziałem rehabilitacji, ze sto siedemdziesięcioma łózkami dla pacjentów po urazach, w tym żołnierzy poszkodowanych na misjach zagranicznych. W tym celu wojskowa placówka miała przyjąć siły i środki cywilnego szpitala *Henry Gabrielle*. Nacisk położono na leczenie oraz rekonwalescencję fizyczną połączoną z opieką psychologiczną i psychiatryczną w przypadkach stwierdzenia poważnych zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego⁸⁰. Początkowy sukces tego przedsięwzięcia nie przetrwał niestety próby czasu. O ile strona wojskowa wywiązała się z transferu swojego personelu do placówki cywilnej, to druga strona porozumienia nie dopełniła swoich zobowiązań, a co gorsza wycofała się ze wspólnego projektu. Wojskowy szpital *HIAD* przekształcenia te okupił stratą 97 łóżek dla swoich pacjentów oraz pomniejszeniem o 28% obsady etatowej szpitala, spośród wydzielonego personelu, który już nie powrócił do swojej macierzystej instytucji. Braki te zmusiły decydentów do zamykania kolejnych oddziałów szpitalnych. W 2019 roku zamknięto oddział intensywnej opieki, a w 2021 roku oddział medycyny wielonarządowej i szpitalny oddział ratunkowy. Nadmienić należy, że wszystkie te zmiany, które ostatecznie nie wyszły jej na dobre, kosztowały wojskową służbę zdrowia 5 milionów euro wkładu w kooperację ze stroną cywilną. Decydenci nie mając innego pomysłu na dalsze funkcjonowanie szpitala postanowili przekształcić go w jednostkę szpitalną (*antenne hospitalière des armées – AHA*), która ma służyć wyłącznie potrzebom operacyjnym sił zbrojnych Francji⁸¹.

⁷⁸ B.d., *HIA Clermont Tonnerre: au service de la dissuasion*, ActaSante, 2018, 151, s.31.

⁷⁹ Borel A., *On a testé pour vous : la plate-forme de rééducation du mal de mer*, defense.gouv.fr, 28.11.2017, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/on-a-teste-pour-vous-la-plate-forme-de-reeducation-du-mal-de-mer> (26.01.2022)

⁸⁰ B.d., *L'HIA Desgenettes vous présente son futur*, ActaSante, 2018, 151, s.32.

⁸¹ Raport Trybunału Obrachunkowego (*Cour de Comptes*) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.11.2024)



Rycina 2. Struktura organizacyjna zespołów szpitalnych cywilno – wojskowych (EHCM).

Źródło: Przesłuchanie przed komisją obrony narodowej i sił zbrojnych dyrektora centralnego wojskowej służby zdrowia Maryline Gygax Généro, dostęp:

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion_def/115cion_def1718025_compte-rendu.pdf (22.04.2025)

2.6.3. Działalność edukacyjna i szkoleniowa w strukturach wojskowej służby zdrowia

Za kształcenie oraz szkolenie przygotowujące personel medyczny do służby w ramach sił zbrojnych odpowiedzialne są przede wszystkim dwie instytucje, których kompetencje wzajemnie się uzupełniają.

- Zespół Wojskowych Szkół Medycznych w Lyon (*Écoles Militaires de Santé Lyon-Bron – EMSLB*).

Uczelnia ta powstała, na podstawie decyzji ministra obrony z 2018 roku, po połączeniu szkoły lekarskiej (*École de Santé des Armées – ESA*) w Bron i szkoły paramedyków (*École du Personnel Paramédical des Armées – EPPA*) w Toulon. Odpowiedzialna jest ona za kształcenie lekarzy i pielęgniarzy. Umieszczenie tych dwóch grup zawodowych w jednej instytucji nie jest przypadkowe. Pozwala na budowanie wzajemnych relacji pomiędzy nimi, co jest niezmiernie ważne z uwagi na przyszłe działanie w mieszanych zespołach w codziennej praktyce służbowej. *EMSLB* kształci ok. 900 studentów różnych specjalności medycznych, zapewniając im dostęp do nowoczesnej bazy dydaktyczno – socjalnej, rozmieszczonej na trzydziestu hektarach powierzchni wschodnich przedmieść miasta Lyon. Uczelnia jest członkiem stowarzyszenia uczelni wyższych (*la Conférence des grandes écoles – CGE*), które zrzesza 285 instytucji naukowych, w tym 227 kształcących studentów na najwyższym

poziomie nauczania⁸². Współpraca z innymi ośrodkami uniwersyteckimi jest platformą wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy środowiskami naukowymi, wojskowymi i cywilnymi oraz stanowi gwarancję odpowiedniego poziomu nauczania w wojskowej szkole.

Kształcenie przyszłych lekarzy wojskowych odbywa się w Wojskowej Szkole Medycznej (*École de Santé des Armées - ESA*), według identycznego programu nauczania jak na cywilnym Uniwersytecie *Claude Bernard Lyon 1*. Kształcenie medyczne jest uzupełnione o 1800 godzin lekcyjnych (w czasie sześciu lat), dedykowanych medycynie wojskowej, na których elewi zgłębiają tajniki specyficznych warunków w jakich przyjdzie im służyć. Nauka odbywa się w ramach takich przedmiotów jak medycyna tropikalna, medycyna pola walki oraz medycyna ratunkowa i katastrof. Duże natężenie zajęć dydaktycznych, które daje praktycznie jeden dodatkowy rok nauki, skompresowany w sześcioletnim programie studiów, powoduje, że kandydaci do służby na stanowisku lekarza wojskowego muszą odznaczać się nieprzeciętną motywacją do wytężonej pracy. Po sześciu latach nauki, podzielonych na dwa cykle, następuje państwowy egzamin końcowy, którego pozytywne zaliczenie warunkuje przystąpienie do etapu trzeciego. Jest to trzyletni okres stażowy dla specjalizacji ogólnej i cztero lub sześć latni staż dla lekarzy specjalistów, który koordynuje szkoła *Val de Grace*. 80% tak wykształconych lekarzy wojskowych ma okazję sprawdzić swoje umiejętności na misji zagranicznej już podczas pierwszych dwóch lat służby⁸³.

Każdy elew uczelni wojskowej jest jednocześnie żołnierzem zawodowym na podstawie kontraktu z ministrem obrony. Szczególną uwagę zwraca długość trwania kontraktów. 27 lat dla lekarza specjalisty, 21 lat dla lekarza ogólnego i 16 dla farmaceuty. Restrykcyjne są również warunki ewentualnego zerwania kontraktu. Po okresie próbnym, który wynosi 6 miesięcy, możliwe jest odstąpienie od umowy tylko w przypadku stwierdzenia przez lekarza wojskowego niezdolności do służby elewa lub z ważnych powodów rodzinnych. W pierwszym przypadku nie są naliczane żadne opłaty kompensacyjne. W drugim natomiast niedoszły kandydat na lekarza musi zwrócić państwu ok. 20 tysięcy euro, za każdy rok nauki w szkole. Podobnie jest w sytuacji stwierdzenia braku postępów w nauce, udokumentowanych kolejnymi nie zdanymi egzaminami oraz w sytuacji rażących problemów dyscyplinarnych. W takich przypadkach elew usuwany jest z uczelni i dodatkowo zobowiązany jest pokryć wszystkie koszty dotychczasowego kształcenia według ww. taryfikatora⁸⁴.

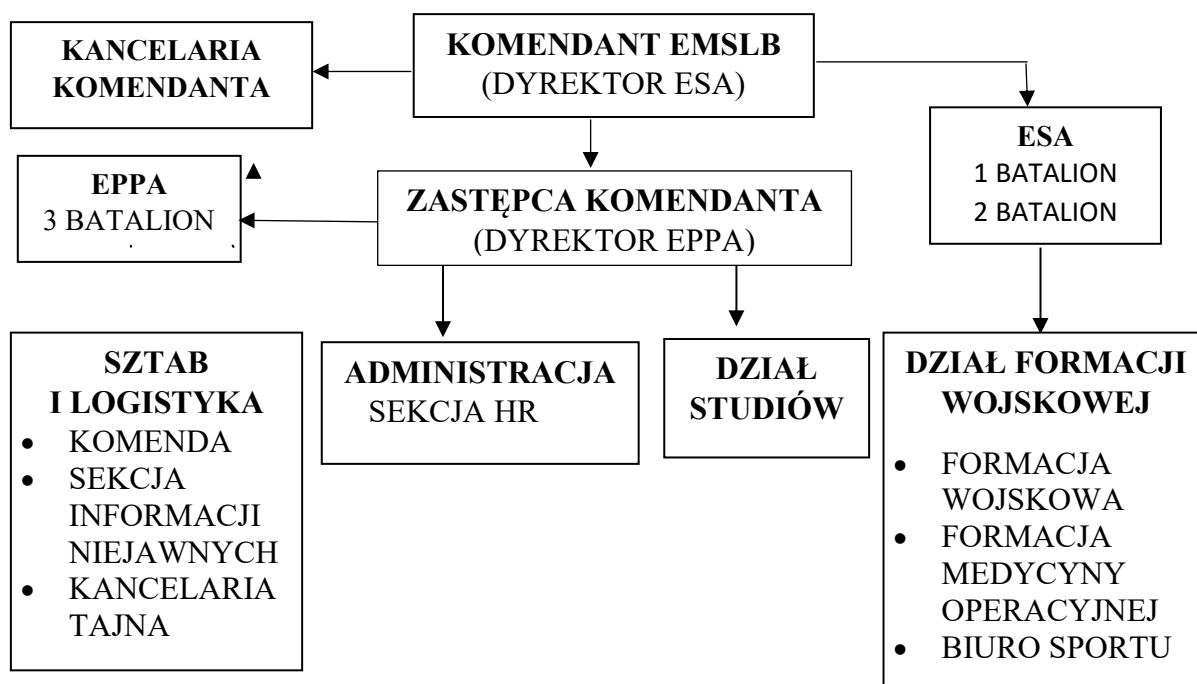
Paramedycy (pielęgniarze) swoje kwalifikacje zdobywają na 3-letnim kursie, organizowanym przez Wojskową Szkołę Personelu Paramedycznego (*L'Ecole du Personnel Paramédical des Armées - EPPA*). Obejmuje on naukę zawodu pielęgniarza od podstaw, w jednym z trzech cywilnych instytutów kształcenia pielęgniarskiego. Kształcenie medyczne uzupełnia formacja wojskowa i specjalistyczna na terenie uczelni *EMSLB*. Kandydaci pochodzą ze środowiska cywilnego oraz z pododdziałów i instytucji sił zbrojnych. W przypadku żołnierzy zawodowych są oni kierowani do szkoły drogą służbową przez swoich przełożonych. Kurs rozpoczyna czterotygodniowe szkolenie podstawowe, po którym kursanci zostają wcieleni do batalionu szkolnego. Kontynuują w nim naukę aż do uzyskania dyplomu licencjata, w jednej z wybranej przez siebie specjalności, pielęgniarza lub asystenta pielęgniarskiego. Naukę w trybie dziennym w cywilnej uczelni, uzupełniają zajęcia wieczorne oraz szkolenie

⁸² B.d., *Qui sommes-nous? Conférence des grandes écoles*, dostęp: <https://www.cge.asso.fr/qui-sommes-nous/> (01.02.2022).

⁸³ B.d., *Ecole de Sante des Armees, Livret d'accueil eleves, EMSLB, 2023*, dostęp : https://www.emslb.defense.gouv.fr/images/A/LIVRETESA2023/livret_accueil_esa_2023-2024v1.pdf (07.11.2024)

⁸⁴ Tamże.

wojskowe (strzelanie, taktyka, terenoznawstwo) na poziomie dowódcy drużyny. Jego program jest ściśle określony, realizowany według programu szkolenia batalionu piechoty, z uwagi na to, że ukończenie kursu jest jednoznaczne z nadaniem stopnia podoficerskiego. Każdy z kursantów przechodzi również staż w szpitalu wojskowym, przygotowujący do praktycznego wykonywania zawodu medycznego. Pozytywne zaliczenie egzaminów końcowych skutkuje otrzymaniem państwowego dyplomu pielęgniarza lub asystenta pielęgniarzkiego, dający uprawnienia do pracy w powszechnym systemie zdrowotnym. Dyplom potwierdzający umiejętności w zakresie zabiegów medycznych w sytuacjach katastrofy daje możliwości do działania w regionalnych komórkach medycznych zajmujących się zarządzaniem kryzysowym. Certyfikat szkolenia operacyjnego natomiast sprawia, że absolwent jest gotowy do wyjazdu na misję zagraniczną jako członek struktur zabezpieczenia medycznego wojskowej służby zdrowia⁸⁵.



Rycina nr 3. Struktura organizacyjna EMSLB.

Źródło: emslb.defense.gouv.fr, dostęp:

<https://emslb.defense.gouv.fr/content/uploads/sites/16/2024/11/livretaccueillea20242025-vf-web.pdf> (23.04.2025)

- Szkoła *Val-de-Grâce* (*École du Val-de-Grâce - EVDG*)

Paryska uczelnia kontynuuje edukację specjalistyczną przyszłych lekarzy wojskowych, po okresie podstawowym spędzonym w EMSLB. Odpowiedzialna jest za bezkolizyjną inkorporację elewów do instytucji i jednostek wojskowej służby zdrowia oraz przygotowanie ich do pełnienia służby w ramach misji zagranicznych. Szkoła *Val de Grace* zapewnia również kształcenie podyplomowe wojskowego personelu medycznego oferując w

⁸⁵ B.d., *Ecole du personnel paramédical des armées. Livret d'accueil élèves*, EMSLB, 2024, dostęp : <https://www.emslb.defense.gouv.fr/images/2024/Livretsaccueil/livretdaccueilleppa2024-VF-1Mo.pdf> (07.11.2024)

tym względzie szeroki wachlarz możliwości, współpracując z innymi ośrodkami uniwersyteckimi we Francji. Poprzez sieć swoich centrów szkoleniowych prowadzi również formację medyczną przygotowującą wszystkich żołnierzy sił zbrojnych do realizacji zadań poza granicami państwa⁸⁶.

Historia paryskiej szkoły sięga 1793 roku, kiedy to konwent rewolucyjny wydał dekret powołujący do życia wojskowy szpital na terenie opactwa benedyktyńskiego. W 1796 roku szpital ten otrzymał miano szkoleniowego i od tego czasu funkcjonuje w świadomości oraz życiu kolejnych pokoleń Francuzów jako szkoła *Val de Grace*. Pomimo faktu, że formalnie placówka ta uczelnią stała się dopiero w 1836 roku. Okres Napoleoński, z uwagi na liczne wyprawy wojenne, był zdominowany przez funkcję leczniczą tej instytucji. Jej 1000 łóżek często nie wystarczało do przyjęcia wszystkich żołnierzy poszkodowanych w boju. Przez kolejne 200 lat *Val de Grace* łączyła leczenie żołnierzy i ludności cywilnej z misją edukacyjną oraz szkoleniową⁸⁷. Kres nastąpił w 2016 roku, kiedy to przekształcenia strukturalne i cięcia budżetowe w wojskowej służbie zdrowia spowodowały zamknięcie szpitalnej części instytucji, koncentrując się na misji edukacyjnej. *EVDG*, będąc członkiem stowarzyszenia francuskich szkół wyższych (*CGE*), kształci adeptów medycyny wojskowej na końcowym etapie ich nauki oraz prowadzi szereg formacji na potrzeby wszystkich rodzajów sił zbrojnych. Jest w dziedzinie medycyny wojskowej centrum eksperckim oraz niekwestionowanym autorytetem we Francji, nawiązując jednocześnie współpracę z odpowiednikami na arenie międzynarodowej. Proces dydaktyczny na paryskiej uczelni odbywa się w ramach czterech działów, którym podlegają jednostki i instytucje szkolnictwa medycznego, wyspecjalizowane w danych obszarach nauczania.

Głównym zadaniem Działu szkolenia wstępnego i specjalizacji (*Département de la formation initiale spécialisée – DFIS*) jest organizacja trzeciego etapu formacji przyszłych lekarzy wojskowych. Rozpoczyna się on od nadania studentowi tytułu stażysty oraz wyboru przez niego kierunku specjalizacji, w której będzie zdobywać wiedzę. Wydział kształcenia uniwersyteckiego (*Le bureau praticiens et enseignement universitaire - BPEU*) nadzoruje kontynuację nauki w zakresie medycyny ogólnej na uczelni. Za proces dydaktyczny w obszarze specjalistycznym odpowiedzialny jest wydział szkolenia medyczno – wojskowego (*Le bureau enseignement médico-militaire - BEMM*). Organizuje on kurs specjalizacyjny, odbywający się głównie w wojskowych szpitalach szkoleniowych, przy udziale komitetu pedagogicznego tych placówek, profesorów uczelni *Val-de-Grace* oraz cywilnych koordynatorów medycznych. Podczas pierwszych trzech lat, ostatniego etapu nauki, elewi przechodzą szkolenie wg. tego samego programu, bez względu na wybraną specjalność. Jest on skoncentrowany na takich dziedzinach jak czynności diagnostyczno – lekarskie na wysuniętych placówkach medycznych, medycyna ratunkowa i pola walki, czynności ratunkowe po użyciu broni masowego rażenia oraz medycyna tropikalna. Ta część nauki dopełniona jest uzyskaniem przez studentów dyplomu w zakresie czynności ratunkowych w sytuacjach kryzysowych (*Diplôme universitaire urgences des temps de crise - DU UTC*)⁸⁸.

Następnie elewi o specjalności ogólnej, po obronie pracy dyplomowej, uzyskują tytuł lekarza wojskowego uprawniający do objęcia pierwszego stanowiska służbowego

⁸⁶ Boisseaux H., *L'Ecole du Val-de-Grace*, *Revue défense national*, 2017/3, 798, s.64-70

⁸⁷ Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées*, ECPAD, Ivry-Sur-Seine, 2008, s.56-57.

⁸⁸ B.d., *Présentation du département de la formation initiale spécialisée (DFIS)*, evdg.sante.defense.gouv.fr, 2021, dostęp: <https://evdg.sante.defense.gouv.fr/formations-et-preparation-operationnelle-sante/formation-initiale-specialisee/> (11.02.2022)

w strukturach wojskowej służbie zdrowia. Warunkiem do tego jest jeszcze ukończenie z wynikiem pozytywnym kursu w ośrodku szkoleniowym, specyficznym dla rodzaju sił zbrojnych, w których planowane jest objęcie stanowiska przez kandydata. Studentów, którzy wybrali ścieżkę kariery lekarza specjalisty czekają jeszcze 2-3 lata stażu w szpitalach wojskowych, podczas których zdobywają adekwatną wiedzę i umiejętności do wybranej specjalności. Kurs *Cachirmex (Cours de chirurgie en mission exterieure)* dedykowany jest przyszłym chirurgom operującym w ramach czołówek chirurgicznych i szpitali polowych na misjach zagranicznych⁸⁹. Kurs *Carmex (Cours des missions exterieures)* odpowiada za przygotowanie specjalistów z dziedziny anestezjologii i medycyny ratunkowej, a *Cammex* za formację lekarzy z innych dziedzin medycyny.

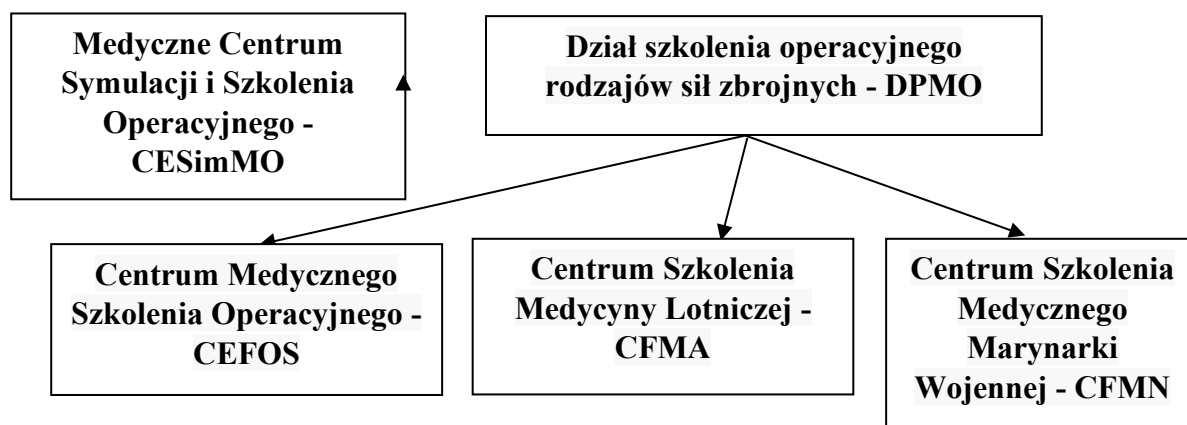
Dział szkolenia personelu paramedycznego i pomocniczego (*Département de formation des personnels para et péri-médicaux - DF3P*) odpowiedzialny jest za formację i wdrażanie do służby w wojskowej służbie zdrowia cywilów i żołnierzy bez wykształcenia medycznego oraz za kształcenie specjalizacyjne w zawodzie pielęgniarz anestezjologiczny lub operacyjny. Prowadzi również szkolenie wstępne i doskonalące w zakresie obsługi technicznej sprzętu służby zdrowia. Katedra ustawicznego rozwoju zawodowego (*Département du développement professionnel continu*) odpowiada za wsparcie w kontynuacji profesjonalnej kariery personelu medycznego wojskowej służby zdrowia, poprzez kształtowanie atrakcyjnych ścieżek rozwojowych w systemach cywilnym i wojskowym.

Najbardziej rozbudowany jest Dział przygotowania środowiskowego i operacyjnego (*Département de la préparation milieux et opérationnelle – DPMO*), który odgrywa kluczową rolę w przygotowaniu personelu medycznego do służby we wszystkich środowiskach walki, w tym w szczególności w misjach zagranicznych. W jego skład wchodzi samodzielne jednostki szkoleniowe odpowiedzialne za poszczególne obszary działalności. Szkolenie ze względu na rodzaj sił zbrojnych odbywa się w trzech centrach dedykowanych dla odpowiedniego środowiska walki. Kandydaci na lekarzy do wojsk lądowych oraz inni żołnierze zawodowi pełniący służbę w tym rodzaju sił zbrojnych szkolą się w Centrum Medycznego Szkolenia Operacyjnego (*Centre de Formation Operationnelle Sante – CeFOS*) w Valbonne. Za przygotowanie personelu medycznego do sił powietrznych odpowiada Centrum Szkolenia Medycyny Lotniczej (*Centre de Formation de Medecine Aeronautique – CFMA*) w Paryżu. Centrum Szkolenia Medycznego Marynarki Wojennej (*Le Centre de Formation de Médecine Navale - CFMN*) szkoli personel do służby na morzach i oceanach⁹⁰. Formację operacyjną na potrzeby misji zagranicznych prowadzi Medyczne Centrum Symulacji i Szkolenia Operacyjnego (*Centre d'Enseignement et de Simulation à la Médecine Opérationnelle - CESimMO*), składające się z czterech oddziałów zlokalizowanych w Paryżu, Lyon i Toulon oraz Centrum symulacji chirurgicznych w Valbonne⁹¹.

⁸⁹ Bonnet S, et al., *The French Advanced Course for Deployment Surgery (ACDS) called Cours Avancé de Chirurgie en Mission Extérieure (CACHIRMEX): history of its development and future prospects*, JR Army Med Corps, 2016, 162, s.343–347.

⁹⁰ B.d., *Préparation milieux et opérationnelle*, evdg.sante.defense.gouv.fr, 2021, dostęp: <https://evdg.sante.defense.gouv.fr/formations-et-preparation-operationnelle-sante/preparation-milieux-et-operationnelle/> (11.02.2022)

⁹¹ Tamże.



Rycina nr 4. Struktura organizacyjna *DPMO*.

Źródło: evdg.sante.defense.gouv.fr, dostęp:

<https://evdg.sante.defense.gouv.fr/preparation-milieux-et-operationnelle/> (24.04.2025)

o Centrum Medycznego Szkolenia Operacyjnego – *CeFOS*

Centrum, zlokalizowane w Valbonne, powstało w 2012 roku, na bazie trzech innych instytucji: Centrum Przygotowania Misji Zagranicznych (*CP OPEX*), Centrum Szkolenia Medycznego Wojsk Lądowych (*CISAT*) oraz wydziału Instytutu Badawczego Biomedycyny Wojskowej (*IRBA*) w Marsylii. Składa się z trzech osobnych wydziałów odpowiedzialnych za dany obszar działalności szkoleniowej. Oferta szkoleniowa *CeFOS* jest bardzo bogata i zawiera 36 różnego rodzaju kursów. Centrum wydziela również fachowy personel do organizacji ćwiczeń, takich jak *Exosan 23*, przeprowadzonych w terminie 22-26 maja 2023 roku, które miały na celu przygotować stu elewów szkoły *Val de Grace*, do działania w warunkach bojowych⁹².

Wydział medycznego przygotowania operacyjnego (*La Division préparation opérationnelle santé - DPOS*) formuje personel medyczny wyjeżdżający na misje zagraniczne. Szkolenia organizowane są w oparciu o najnowszą wiedzę i doświadczenia pochodzące od żołnierzy powracających lub aktualnie służących poza granicami państwa. Spośród kursów organizowanych przez tą instytucję na uwagę zasługują kursy ratownictwa pola walki (*sauvetage au combat – SC*), na których żołnierze pozyskują kompetencje według poziomów zdobywanej wiedzy, w skali od 1 do 3. *SC 3* oznacza najwyższy poziom zaawansowania i jest zarezerwowany dla lekarzy i pielęgniarzy. Formacja ta przeprowadzana jest w parach, tak aby personel medyczny podczas szkolenia pracował w zespole, w którym będzie działał w codziennym toku służby. Poziom 2 dedykowany jest sanitariuszom zabezpieczającym działania plutonu bojowego, a wyszkolenie na poziomie 1 powinien posiadać każdy żołnierz. Nowością są formacje, które zostały stworzone na potrzeby dostosowywania struktur jednostek operacyjnych do wymagań konfliktu o dużej intensywności, w którym szacowane są znaczne straty sanitarne, również wśród personelu medycznego. Kursy ratownictwa (*opérateurs santé - OPSAN*) oraz ratownictwa pola walki (*opérateur de premiers secours au combat - OPSC*) mają formować żołnierzy będących wzmocnieniem komponentu medycznego w składzie jednostki bojowej. Taki personel będzie wydatnym wsparciem dla sanitariuszy, a w przypadku niemożliwości kontynuowania przez nich walki, będzie w stanie ich zastąpić. Tak zorganizowana formacja w zakresie ratownictwa pola walki ma sprawić, że pododdziały

⁹² Maitreau L., *Exosan 2023 pour évaluer les compétences des futurs médecins militaires*, Actusante, 2023, 167, s.15.

bojowe sił zbrojnych będą lepiej przygotowane do działania w warunkach konfliktu na dużą skalę, przy masowych stratach sanitarnych. Pozwoli to również wycofać szczególnie cenny personel lekarski na tyły walczących wojsk⁹³.

Wydział szkolenia medycznego wojsk lądowych (*La Division de formation de médecine des forces terrestres – DFMFT*) odpowiada za przygotowanie absolwentów szkoły lekarskiej i paramedycznej do objęcia pierwszego stanowiska w lądowym komponencie jednostek i instytucji wojskowej służby zdrowia. Szkolenie kandydatów, trwające 11 tygodni, kończy się uzyskaniem patentu medycznego wojsk lądowych (*Brevet de médecine des forces terrestres – BMFT*), który daje przepustkę do służby w charakterze personelu medycznego.

Innym z przedsięwzięć szkoleniowych realizowanych w *DFMFT* jest kurs *Cadismex* (*Cours avancé des infirmiers spécialisés en mission extérieure*), który przygotowuje personel pielęgniarski do służby poza granicami państwa w dwóch specjalnościach, szczególnie ważnych z perspektywy służby w szpitalach polowych w rejonie misji (anestezjologia - *IADE* i chirurgia - *IBODE*). Program szkolenia kładzie nacisk na współpracę w dwuosobowym zespole (*IADE+IBODE*), żeby umożliwić szkolonym poznawanie specyfiki pracy na obu stanowiskach. Istotna jest nauka i doskonalenie procedur wypracowanych latami na poprzednich i obecnych teatrach działań wojennych. Kurs jest realizowany w warunkach taktycznych, odwzorowanych za pomocą zaawansowanych środków technicznych imitujących pole walki jak dźwięk lądującego śmigłowca czy odgłosy wybuchów. Treścią szkolenia jest realizacja czynności ratowniczych w szpitalu polowym wg. symulowanych scenariuszy. Masowy napływ poszkodowanych z urazami wielonarządowymi, konieczność prowadzenia segregacji rannych (tzw. *TRIAGE*), opatrywanie oparzeń i zdarzenia *CBRN* to typowe sytuacje, na które musi być przygotowany każdy członek personelu medycznego sił zbrojnych. Mając na uwadze fakt, że pielęgniarze są formowani w cywilnych placówkach służby zdrowia, gdzie również praktykują zawód medyczny na co dzień, kurs ten odgrywa znaczącą rolę w przygotowaniu pielęgniarzy do misji bojowych⁹⁴.

Wydział szkolenia medycznego sił zbrojnych (*Division instruction santé des armées – DISA*) jest instytucją kształcenia podstawowego sanitariuszy (*auxiliaire sanitaire*) i podoficerów medycznych zajmujących stanowiska w administracji wojskowej służby zdrowia. Po szkoleniu wydział nadaje państwowy dyplom sanitariusza uprawniający do pracy w ambulansach zespołów ratownictwa medycznego na terytorium całej Francji⁹⁵.

- Centrum Szkolenia Medycyny Lotniczej – *CFMA*

Ośrodek utworzony w marcu 2011 roku kontynuuje misję Instytutu Medycyny Lotniczej i Kosmicznej Wojskowej Służby Zdrowia (*Institut de Médecine Aéronautique et Spatiale du SSA*), na którego bazie powstał. Mieści się przy głównym ośrodku eksperckim dla załóg statków powietrznych (*Centre Principal d'Expertise du Personnel Navigant – CPMPN*) w *HIA Percy*. Centrum szkoli personel medyczny na potrzeby takich instytucji jak Siły Powietrzne i Kosmiczne (*Armée de l'Air et de l'Espace*), Lotnictwo Wojsk Lądowych (*Aviation Légère de l'Armée de Terre – ALAT*), Lotnictwo Marynarki Wojennej (*Aéronautique Navale*) oraz Siły Powietrzne Żandarmerii (*Forces Aériennes de Gendarmerie*). Szkolenie podzielone

⁹³ Pasquier P., Dubost C. et al., *Predeployment training for forward medicalisation in a combat zone: The specific policy of the French Military Health Service*, *Injury*, 2014, 45, s.1307-1311.

⁹⁴ B.d., *CADISMEX : une formation opérationnelle pour les IADE et les IBODE du SSA*, *ActuSante*, 2015, 141, s.9-10.

⁹⁵ B.d., *Répertoire national des certifications professionnelles DE – Diplôme d'Etat d'ambulancier*, *francecompetences.fr*, 01.01.19, dostęp: <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/4812/> (11.02.2022)

jest na 4 kategorie, tj.: przystosowanie kandydata do objęcia stanowiska na statku powietrznym, szkolenie doskonalące personelu latającego, szkolenie operacyjne do misji zagranicznych oraz szkolenie kwalifikacyjne dla personelu cywilnego. Koncentruje się ono na specyficznych warunkach pracy w powietrzu, takich jak zmiana ciśnień i temperatur, przyspieszenia i przeciążenia, wibracje i hałas. Kursanci szkolą się również w zakresie obsługi środków technicznych pozwalających ograniczyć szkodliwość dla zdrowia ww. czynników, jak systemy tlenowe, kabiny ciśnieniowe i wodoszczelne, kombinezony antypreciężeniowe i zanurzeniowe⁹⁶. Ważnym elementem szkoleń jest znajomość zasad ewakuacji rannych drogą powietrzną. Patent lotniczego personelu medycznego oraz certyfikat wojsk aeromobilnych i powietrznodesantowych to niektóre z udokumentowanych kompetencji jakie może pozyskać kursant CFMA⁹⁷.

- Centrum Szkolenia Medycznego Marynarki Wojennej - CFMN

Centrum, powstałe w 2011 roku w śródziemnomorskim porcie Toulon, kontynuuje tradycje Instytutu Medycznego Marynarki Wojennej (*L'Institut de Médecine Navale du Service de Santé des Armées - IMNSSA*). Port ten jest równocześnie bazą największej siły uderzeniowej francuskiej Marynarki Narodowej (*Marine Nationale*), w postaci Sił morskiego reagowania (*Force des action navale – FAN*). CFMN prowadzi formację personelu medycznego przeznaczonego do wykonywania zadań na okrętach marynarki wojennej, w roli dowódcy zabezpieczenia medycznego (*medecin - major*) oraz pielęgniarza naczelnego (*infirmier - major*) okrętu. Spośród dwudziestu kursów będących w ofercie centrum, najważniejszy jest ten, uprawniający kandydata do objęcia stanowiska na morzu, potwierdzony uzyskaniem przez kursantów patentu medycyny marynarki wojennej (*le brevet de médecine naval*). Innymi ważnymi i pożądanymi przez siły zbrojne kompetencjami jakie można nabyć w CFMN są medyczne aspekty nurkowania, w tym hiperbarycznego oraz certyfikat personelu medycznego przeznaczonego do pływania na okrętach podwodnych, w tym o napędzie nuklearnym⁹⁸.

Począwszy od 2010 roku, absolwenci wydziału lekarskiego szkoły *Val-de-Grace*, po kursie w CFMN, przed objęciem stanowiska służbowego w marynarce wojennej, nabytą wiedzę i umiejętności sprawdzają w praktyce. Odbywa się to na pokładzie śmigłowcowców klasy *Mistral* (*porte-helicopteres amphibie - PHA*), w ramach corocznej misji *Jeanne D'Arc*. Rejsy trwające z reguły 3 miesiące, najczęściej obejmują baseny Oceanów Spokojnego i Indyjskiego (z wyjątkiem lat 2014 i 2019, kiedy operowały na Atlantyku, we wspólnych manewrach z *US Navy*). Młodzi adepci wojskowej służby zdrowia mają podczas nich doskonałą okazję praktycznego poznania specyfiki służby na morzu. Ograniczone siły i środki medyczne na pokładzie okrętów oraz wydłużony czas ewakuacji ze względu na duże odległości do stacjonarnej bazy służby zdrowia. Długość rejsów powodująca silne obciążenie psychiczne i fizyczne oraz niedogodności związane z chorobą morską to niektóre z trudności jakie musi przezwyciężyć personel medyczny marynarki wojennej⁹⁹. Dodatkowym celem misji *Jeanne D'Arc* jest doskonalenie współdziałania w interpersonalnych i międzynarodowych zespołach.

⁹⁶ B.d., *Capacité de médecine Aérospatiale – Médecine*, kelformation.com, dostęp: <https://www.kelformation.com/formation/formation-capacite+de+medecine+aerospatiale-403812.htm> (11.02.2022)

⁹⁷ B.d., *Préparation milieux et opérationnelle*, evdg.sante.defense.gouv.fr, 2021, dostęp: <https://evdg.sante.defense.gouv.fr/formations-et-preparation-operationnelle-sante/preparation-milieux-et-operationnelle/> (11.02.2022)

⁹⁸ Boisseaux H., *L'Ecole du Val-de-Grace*, *Revue défense national*, 2017/3, Nr 798, s.67.

⁹⁹ Mathieu M.P., *Mission «Jeanne d'Arc 2018» le SSA navigue entre formation et opérations*, *ActuSante*, 2018, 151, s.18.

Przykładem takiej współpracy może być rejs w 2017 roku, kiedy to na pokładzie śmigłowcowca *Mistral* w ramach jednego ćwiczenia współdziałało sześciu lekarzy stażystów, pielęgniarz naczelný okrętu i dwóch sanitariuszy z 21. Regimentu Piechoty Morskiej (21 RIMA) oraz dwóch paramedyków z brytyjskiej i amerykańskiej marynarki wojennej¹⁰⁰.

- Centrum Szkolenia i Symulacji Medycyny Operacyjnej - *CESimMO*

Centrum utworzone na mocy decyzji Ministra Obrony nr 521621/DEF/DCSSA/RH/PF2R z października 2014 roku, zajmuje się przygotowaniem personelu medycznego do misji zagranicznych. Szkolenia organizują i przeprowadzają etatowe zespoły lekarsko – pielęgniarskie, wspierane przez doświadczonych instruktorów z jednostek operacyjnych i innych instytucji wojskowych. Nad procesem dydaktycznym czuwa koordynator naukowy z ramienia szkoły *Val-de-Grace*. Oferta szkoleniowa *CESimMO* jest bardzo różnorodna. Składa się z kursów prowadzonych na bazie obiektów centrum oraz w środowiskach typowych dla warunków, w których kursanci pełnią służbę. Obejmuje szpitale wojskowe, centra szkolące na potrzeby rodzajów sił zbrojnych (*CFMN*, *CFMA*, *CeFOS*), jednostki operacyjne oraz instytucje międzynarodowe. Szkolenia organizowane są na pokładach okrętów wojennych i samolotów ewakuacji strategicznej. Szczególny nacisk kładzie się na stały proces aktualizacji wiedzy i procedur medycznych. Jest to możliwe dzięki zaangażowaniu instruktorów współpracujących z centrum, będących na co dzień praktykami w czynnej służbie na terenie Francji i poza jej granicami¹⁰¹.

Do dyspozycji kursantów jest bogata baza materiałowo – techniczna, dzięki której możliwe jest jak najwierniejsze odwzorowanie warunków panujących na polu walki. W multimedialnych salach ćwiczeń kursanci w ramach treningu poddani są działaniu bodźców świetlnych, dźwiękowych, termicznych i węchowych. Szkoleni korzystają z dwudziestu czterech nowoczesnych fantomów treningowych, wiernie odzwierciedlających procesy fizjologiczne zachodzące w organizmie rannego człowieka, takie jak krwawienie, zaburzenia oddychania i niedrożność dróg oddechowych. Skalę intensywności szkoleń w centrum oddaje liczba kursantów w 2019 roku, która wyniosła 2237 przeszkolonych żołnierzy¹⁰².

Wybrane kursy realizowane przez *CESimMO*

➤ Czynności ratujące życie na polu walki (*Mise en condition de survie du blessé de guerre - MCSBG*).

Jest to stacjonarny kurs przeznaczony dla personelu medycznego organizowany w oparciu o własną bazę dydaktyczną – szkoleniową centrum. Jego rolą jest zapoznanie szkolonych ze specyfiką pola walki, jego oddziaływaniem na żołnierzy oraz doskonalenie procedur udzielania pomocy medycznej w warunkach taktycznych. Warunkiem przystąpienia do części praktycznej w jednej z placówek szkoleniowych jest ukończenie przez szkolonych części teoretycznej, w oparciu o platformę nauczania zdalnego *GEDISSA*. Podczas pięciodniowego cyklu treningowego kursanci zapoznają się ze wszystkimi typami urazów

¹⁰⁰ B.d., *Jeanne d'Arc 2017 : les médecins embarquent*, defense.gouv.fr, 16.03.2017, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/jeanne-d-arc-2017-les-medecins-embarquent> (13.02.2022).

¹⁰¹ B.d., *Préparation milieux et opérationnelle*, evdg.sante.defense.gouv.fr, 2021, dostęp: <https://evdg.sante.defense.gouv.fr/formations-et-preparation-operationnelle-sante/preparation-milieux-et-operationnelle/> (13.02.2022).

¹⁰² B.d., „Enseigner pour sauver”. *Le CESimMO : centre de simulation au carrefour de l'opérationnel et de la formation*, ActuSante, 2020, 159, s.31-32.

i sytuacji nadzwyczajnych z jakimi będą zmuszeni się zmierzyć podczas wykonywania przyszłych zadań na swoim stanowisku służbowym w siłach zbrojnych. W trakcie działania według scenariuszy ułożonych przez instruktorów szkolący się opatrują rany postrzałowe i powybuchowe. Uczą się prowadzić czynności ratownicze w środowisku skażonym po użyciu broni masowego rażenia oraz w sytuacjach nadzwyczajnych z masową liczbą poszkodowanych (*MASCAL*). Instruktorzy kładą nacisk na współpracę w zespole dwuosobowym, lekarzy z pielęgniarkami, gdyż właśnie w takim układzie działają najczęściej w ramach misji zagranicznych, najbliższej walczących wojsk¹⁰³. Istotnym czynnikiem szkolenia jest jak najwierniejsze oddanie warunków pola walki za pomocą nowoczesnych technik świetlnych, dźwiękowych i dymowych. Na najwyższym poziomie jest pozoracja ran, a stan poszkodowanego jest oddawany przez nowoczesne fantomy realnie odzwierciedlające zjawiska fizjologiczne zachodzące w organizmie człowieka.

➤ Medycyna taktyczna w nieprzyjaznym środowisku (*Médicalisation en milieu hostile - MédicHos*).

Dopełnieniem podstawowego kursu *MCSBG* jest kurs *MedicHos*, również trwający 5 dni. To szkolenie, organizowane przez *CESimMO*, odbywa się w jednostkach, instytucjach wojskowych oraz na poligonach i placach ćwiczeń. Kluczowe jest jak najwierniejsze oddanie naturalnego środowiska działania szkolących się pododdziałów. Jednostka lub instytucja wojskowa będąca gospodarzem kursu najczęściej wydziela również personel medyczny do roli instruktorów i funkcji pomocniczych. Wybór miejsca, w którym komponenty medyczne odbywają to szkolenie jest ściśle powiązany ze środowiskiem służby w jakim przyjdzie im służyć w najbliższej przyszłości, najczęściej w ramach misji zagranicznych¹⁰⁴.

W wojskach lądowych kursy *MedicHos* dla personelu medycznego zespołów zabezpieczenia medycznego poziomu I, będących najbliższej pola walki, przeprowadza się najczęściej na poligonach, z wykorzystaniem tamtejszej infrastruktury. Priorytetowo traktowane jest jak najwierniejsze odwzorowanie pola walki poprzez duże nasycenie szkolenia środkami pirotechnicznymi. Zespoły medyczne realizują zadania zabezpieczenia medycznego w warunkach bojowych, wraz z całym pododdziałem ogólnowojskowym, którego są etatową częścią. Powoduje to wzmocnienie wzajemnych relacji i możliwość doskonalenia współpracy pomiędzy żołnierzami oraz poznawanie przez personel medyczny znaczenia podejmowanych procedur medycznych w szerszym kontekście taktyczno – operacyjnym. Znajomość procedur działania oraz ograniczeń jakie często niesie ze sobą dynamiczna i zmienna sytuacja taktyczna na prawdziwym teatrze działań znacznie ułatwia personelowi medycznemu zrozumienie i emancypację przyszłych zdarzeń. Będzie również pozytywnie wpływać na ich kluczowe decyzje na polu walki. Program kursu *MedicHos* dla zespołów medycznych koncentruje się wokół takich zagadnień jak zdarzenia z masową ilością poszkodowanych (*MASCAL*), zasadzki z użyciem *IED* (improwowane ładunki wybuchowe), ataki na konwoje oraz wypadki drogowe¹⁰⁵.

Personel Marynarki Narodowej odbywa ten kurs na pokładach okrętów, a medycy służący w składzie Sił Powietrznych i Kosmicznych, na pokładach statków powietrznych.

¹⁰³ Palmieri B., *Mise en condition de survie des blessés en opération extérieure : procédure et expérience à partir du terrain afghan*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2012, 196, s.893-907.

¹⁰⁴ Truchot M., Balanca B. et al., *Use of a Digital Cognitive Aid in the Early Management of Simulated War Wounds in a Combat Environment, a Randomized Trial*, Military Medicine, 2020, 185, s.1077-1082.

¹⁰⁵ B.d., *Le stage MédicHos (médicalisation en milieu hostile)*, defense-zone.com, 07.12.2021, dostęp: <https://defense-zone.com/blogs/news/stage-medichos-medicalisation-milieu-hostile> (27.03.2022)

Lekarze i pielęgniarze przewidziani do służby w strukturach szpitali polowych w rejonie misji, odbywają szkolenie na oddziałach szpitali wojskowych, gdzie mają okazję szkolić się na salach reanimacyjnych, blokach operacyjnych oraz oddziałach ratunkowych. Dla tych kursantów priorytetowe jest przeciwiczenie procedur i zespołowego działania w sytuacji masowego napływu poszkodowanych z urazami wielonarządowymi (rany postrzałowe, powybuchowe), często powikłanych oparzeniami różnego stopnia. Konieczność zabiegów chirurgii ratunkowej i intensywnych czynności reanimacyjnych u wielu pacjentów, w tym samym czasie, przy ograniczonych siłach i środkach to sytuacja, z którą wielokrotnie byli skonfrontowani instruktorzy kursu w swojej karierze zawodowej. Podczas formacji wymagają od szkolonych tego samego zaangażowania i jakości wykonywanych czynności jakie konieczne są w rzeczywistym działaniu. Jednym z typowych miejsc formacji *MedicHos* dla personelu szpitalnego jest oddział oparzeniowy w paryskim szpitalu Percy¹⁰⁶.

- Moduł reanimacyjny ewakuacji strategicznej (*Module de réanimation pour patient à haute élévation d'évacuation - Morphée*).

Ewakuacja poszkodowanych drogą powietrzną na dalekie odległości realizowana jest za pomocą modułu *Morphée*. W pełni autonomiczny zestaw, składający się z dziesięciu stanowisk intensywnej terapii, montowany jest obecnie na pokładzie statku powietrznego *A330 Phenix* (wcześniej od 2006 roku na samolotach C-135, m.in. na misjach w Kosowie i Afganistanie). Uzyskuje on zdolność operacyjną w czasie 24 godzin i może działać w promieniu do 12 000 kilometrów¹⁰⁷. Każdy członek personelu medycznego załogi samolotu *Morphée* przechodzi dwa razy w roku specjalistyczny kurs organizowany przez *CESimMO*. Odbywa się on w wybranej bazie lotniczej sił powietrznych, na bazie jednego z samolotów *A330 Phenix*. Formacja składa się z dwóch części, teoretycznej i praktycznej. Głównym zadaniem instruktorów jest przekazanie wiedzy w takich obszarach jak praca w interpersonalnych zespołach medycznych (anestezjolodzy, lekarze, pielęgniarze) oraz wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w specyficznych warunkach pokładu statku powietrznego (hałas, niestabilna trajektoria lotu, ograniczona ilość miejsca, personelu i środków medycznych). Niemniej ważna jest współpraca personelu medycznego z załogą samolotu (piloci, technicy pokładowi)¹⁰⁸.

- Przygotowanie operacyjne szpitalnych zespołów chirurgicznych na pokładach okrętów marynarki wojennej (*Préparation opérationnelle des équipes médico-chirurgicales hospitalières à bord des bâtiments de la Marine nationale*).

Na tym kursie pod egidą katedr chirurgii oraz medycyny ratunkowej kursanci przygotowują się do wykonywania obowiązków na pokładach okrętów wojennych, w ramach zabezpieczenia medycznego misji prowadzonych przez Francję na akwenach całego świata. Wstępem do niego jest panel teoretyczny przeprowadzany za pomocą platformy zdalnego nauczania. Następnie realizowana jest część praktyczna na pokładzie wybranego okrętu, zadokowanego w jednym z portów u wybrzeży metropolii. *CESimMO* odpowiedzialne jest za przygotowanie przez swoją etatową kadrę szkoleniową realnych scenariuszy zdarzeń

¹⁰⁶ Tanguy J.M., „*Médichos*” au 2e RIMa, Raid.fr, 31.01.2019, dostęp: <https://raids.fr/premium/medichos-au-2e-rima/> (29.03.2022)

¹⁰⁷ Beck J., *Formation Morphée : une unité de réanimation volante*, defense.gouv.fr, 03.11.2015, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/air/actus-air/formation-morphee-une-unite-de-reanimation-volante> (21.02.2022)

¹⁰⁸ B.d., *BA 125 Istres : formation morphée à bord de l'A330 Phénix*, air.defense.gouv.fr, 30.11.2021, dostęp: https://www.air.defense.gouv.fr/armee-de-lair-et-de-lespace/actualite/BA125_Istres_Morphee_A330_Phenix (21.02.2021)

zagrożających życiu i zdrowiu marynarzy, jakie mogą się wydarzyć podczas przyszłych działań. Zapewnia również środki materiałowe w postaci fantomów wiernie odzwierciedlających anatomię i fizjologię człowieka. Personel centrum wspomagany jest przez marynarzy pełniących służbę na danym okręcie, będącym bazą kursu. Proces szkolenia, w którym dominuje praktyczny trening w zespołach, polega na reagowaniu kursantów na najczęściej spotykane w ramach misji na morzu symulowane zagrożenia. Są to m.in. podjęcie poszkodowanego z innego okrętu czy zdarzenia z masową ilością poszkodowanych na pokładzie macierzystej jednostki. Każdy epizod szkoleniowy, po jego zakończeniu, jest przedmiotem analizy zespołu ćwiczącego i instruktorów. Wykorzystywane są do tego środki audiowizualne, co daje dodatkową sposobność do wychwycenia działania niepożądanego w danej sytuacji, którego nie zauważono w tzw. „ferworze walki”. Sposób ten sprawia, że kursanci dostają informację zwrotną natychmiast, co pozwala na unikanie powielania przez nich tych samych błędów. Dodatkowym atutem szkolenia jest to, że kursanci zapoznają się z codzienną służbą na pokładzie okrętu wojennego w różnych stanach gotowości bojowej, co ma bezpośrednie przełożenie na lepsze zrozumienie natury jego misji przez personel medyczny. Najważniejszymi z wyzwań na jakie wskazuje doświadczony personel medyczny marynarki wojennej to ograniczone siły i środki zaokrętowane na potrzeby misji, utrudniona ewakuacja medyczna, skutek dalekich odległości od stacjonarnej bazy szpitalnej oraz wysokie obciążenie psychofizyczne personelu spowodowane długością misji¹⁰⁹.

- Działania ratownicze w zamachach terrorystycznych z użyciem broni lub materiałów wybuchowych (*Prise en charge des blessés lors d'attentats utilisant des armes de guerre*).

Jednostki i instytucje francuskiej wojskowej służby zdrowia aktywnie wspierają służby cywilne w przypadku zdarzeń z masową ilością poszkodowanych, m.in. podczas zamachów terrorystycznych. Wsparcie to nabrało jeszcze większego znaczenia, obejmując wiele obszarów, po zamachach z 2016 roku w Nicei i Paryżu. Na podstawie wniosków z tych wydarzeń powstało szereg inicjatyw szkoleniowych dla personelu powszechnego systemu ochrony zdrowia. Obejmują one specyficzne zagrożenia, znane dotąd tylko francuskim siłom zbrojnym, mierzącym się z nimi na polu walki w ramach misji zagranicznych. Ataki na ludność cywilną przy użyciu karabinków automatycznych czy wybuchy materiałów wybuchowych w popularnych miejscach spotkań ludności to niektóre z sytuacji, które zostały przeniesione z terenów ogarniętych wojną na ulice francuskich miast. Szesnastogodzinny kurs organizowany przez *CESimMO* dla cywilnego personelu medycznego ma za zadanie przybliżyć szkolonym tematykę działania służb ratunkowych w miejscu niebezpiecznym lub częściowo zagrożonym oddziaływaniem zamachowców. Ważnym elementem szkolenia jest zapoznanie kursantów z podstawami balistyki, patofizjologią ran postrzałowych, powybuchowych i oparzeniowych oraz procedurami pomocy poszkodowanym obowiązującymi w siłach zbrojnych. Dodatkowo część szkolenia przeznaczona jest na przedstawienie schematu organizacji szpitala podczas masowego napływu rannych oraz na pomoc psychologiczną ofiarom zamachu i ich rodzinom¹¹⁰.

¹⁰⁹ B.d., *Préparation opérationnelle des équipes médico-chirurgicales hospitalières à bord du PHA Tonnerre*, ActuSante, 2021, 160, s.16-17.

¹¹⁰ Masquelet C.A, Rigal s., *Prise en charge hospitalière des blessés des membres, victimes de terrorisme urbain. Enseignements des attentats de novembre 2015 à Paris*, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2020, 205, s.665-669.

2.6.4. Działalność naukowo – badawcza

Historia pokazuje, że konflikty zbrojne od zawsze były motorem napędowym badań i innowacji w medycynie. Podobnie jest obecnie. Francuska myśl i procesy naukowo – badawcze w siłach zbrojnych zajmują ważne miejsce w hierarchii, intensywnie dostosowując się do zmieniającego się pola walki. W wojskowej służbie zdrowia za badania i innowacje odpowiada Dyrektoriat Szkolenia, Badań i Innowacji (*Direction de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation - DFRI*), powołany we wrześniu 2018 roku. Jego pionem wykonawczym jest Biuro badań i innowacji (*Bureau Recherche et Innovation - BRI*). Proces prowadzenia badań pod patronatem *DFRI* jest regulowany przez Instrukcję Ministra Obrony o numerze 20340 z 25 marca 2008 roku¹¹¹. Rozpoczyna go zgłoszenie projektu przez pomysłodawcę za pomocą platformy zdalnej. Następnie, po uzyskaniu wstępnej akceptacji, autor prezentuje go w siedzibie *BRI*. Ostateczną decyzję o zatwierdzeniu projektu podejmuje dyrektor *DFRI*, na podstawie opinii swojego elementu wykonawczego i załączonej dokumentacji (prezentacje, plany, kosztorysy, itp.). W przypadku zatwierdzenia projektu, prowadzący badania otrzymuje środki na swoją działalność, z której efektów musi się okresowo rozliczać (postępy w pracy, wydatkowane środki). Cała procedura uwolnienia środków na badania trwa maksymalnie 2 miesiące od przedstawienia projektu w *BRI*¹¹².

Instytucją, która wprowadza indywidualne projekty oraz strategiczne innowacje na potrzeby francuskich sił zbrojnych jest Wojskowa Agencja Innowacji (*Agence de l'Innovation de Défense - AID*), założona we wrześniu 2018 roku. Jej działalność ukierunkowana jest na współpracę w domenie naukowo – badawczej z wiodącymi podmiotami cywilnymi, takimi jak Narodowa Agencja ds. Badań (*Agence Nationale de la Recherche - ANR*) i Narodowe Centrum Badań Naukowych (*Centre National de la Recherche Scientifique - CNRS*). Kooperuje również z wieloma ośrodkami uniwersyteckimi we Francji oraz uczestniczy w międzynarodowych projektach z partnerami zagranicznymi, głównie z Unii Europejskiej. Rozliczenie działalności agencji za poprzedni rok i planowane projekty na rok bieżący publikowane są w dokumencie referencyjnym dla kierunków innowacji (*Document de référence de l'orientation de l'innovation de défense – DROID*). Przykładowo z analizy *DROID 2021* wynika, że w 2020 roku do *AID* wpłynęło 576 projektów złożonych za pośrednictwem strony internetowej przez indywidualnych badaczy, w tym 127, które zakwalifikowano do dalszego procedowania. Rozpoczęto 180 nowych badań naukowych oraz kontynuowano 501 projektów z poprzednich lat. Podpisano 14 nowych umów międzynarodowych dotyczących innowacji. Wypłacono z budżetu agencji 802 miliony euro¹¹³. Medyczna część *AID* w 2020 roku, koncentrowała się na walce z Covid-19, co przyniosło 2584 innowacji, w tym 35 procedowanych, mających na celu zwalczanie skutków pandemii. Opatentowano m.in. platformę cyfrową *Waked-Co*, wspomagającą badania naukowe nad wirusem sars-cov-2, co znacznie ułatwiło analizę techniczną obszernego materiału naukowego dotyczącego tego patogenu. Wojskowe instytucje medyczne w dziedzinie naukowo – badawczej, poza wymienioną pandemią, koncentrują się na

¹¹¹ *Instruction n° 20340/DEF/SGA/DAJ/D2P/EGL relative aux inventions brevetables des agents du ministère de la Défense du 25 mars 2008*. Biuletyn oficjalny Ministra Obrony (BOC) Nr 16 z 25 kwietnia 2008, tekst 1.

¹¹² B.d., *Une démarche de soutien en 6 étapes*, ActoSante, 2019, 155, s.28-29.

¹¹³ B.d., *Documentation sur l'AID*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/aid/mieux-nous-connaître/documentation-laid> (30.03.2022)

takich obszarach jak biologia, biotechnologia, zagrożenia CBRN, biofizjologia, ergonomia wysiłkowa oraz czynniki ryzyka organizmu ludzkiego¹¹⁴.

Bardzo ważnym podmiotem zaangażowanym w procesy naukowo – badawcze mające na celu ochronę zdrowia żołnierzy w rejonie misji oraz w codziennej służbie jest założony 1 marca 2009 w Brétigny-sur-Orge, Instytut Badań Biomedycyny Wojskowej (*l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées - IRBA*). Kontynuuje on tradycję i misję Centrum badań wojskowej służby zdrowia oraz wojskowych instytutów sił powietrznych, marynarki wojennej i tropikalnej.

Działalność instytutu koncentruje się na trzech zasadniczych kierunkach:

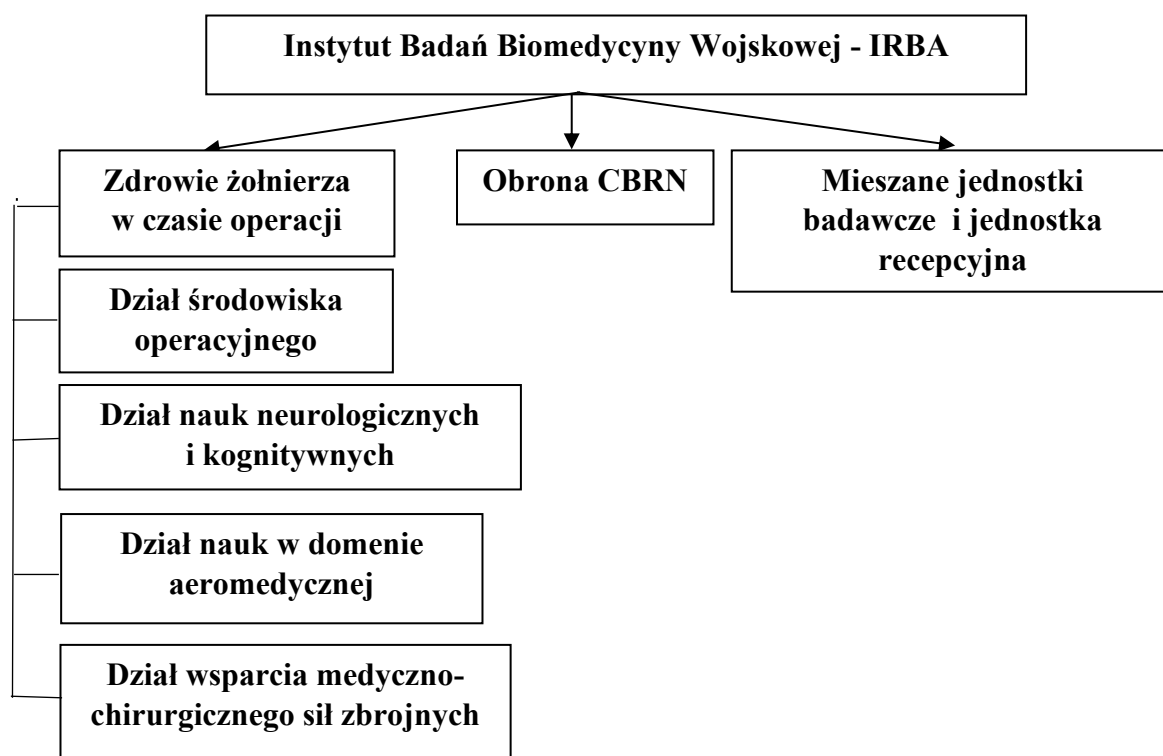
- badania w celu poprawy ochrony zdrowia żołnierzy;
- ekspertyzy naukowo – techniczne na rzecz armii francuskiej;
- szkolenia w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego personelu sił zbrojnych, w tym wojskowej służby zdrowia.

Szczególony akcent w badaniach instytutu jest położony na przygotowanie operacyjne żołnierzy do wykonywania misji na całym świecie, w różnych środowiskach pola walki (klimatycznych, terenowych, socjalnych, zagrożenia CBRN). Na gotowość do wykonywania tego typu zadań składają się działania przed wyjazdem (profilaktyka zdrowotna, badania nad środkami ochrony, szkolenie personelu) oraz podczas misji (adaptacja do nowych warunków, ergonomia wysiłku, innowacyjne środki ratujące życie). Nie mniej ważne są czynności po powrocie z operacji zagranicznej (readaptacja w środowisku cywilnym, leczenie i rehabilitacja poszkodowanych). Zakres kompetencji instytutu jest bardzo obszerny i obejmuje sferę medyczną (w szczególności medycynę pola walki), etyczną, prawną oraz w zakresie nauk o człowieku (fizjologia, neurologia, biologia i psychologia). Ważną częścią badań, z uwagi na bardzo dynamiczny rozwój w tych obszarach, są procesy zachodzące w dziedzinach inżynierijno – technicznych, takich jak mechanika, fizyka, robotyka czy systemy teleinformatyczne. Na sukcesy instytutu *IRBA* pracuje 450 osób (60% żołnierzy), w tym 150 na stanowiskach naukowych, zlokalizowanych w jednostce centralnej i pięciu oddziałach terenowych wyspecjalizowanych w różnych dziedzinach. Placówka w Clamart specjalizuje się w terapii tkankowej i komórkowej. Oddział w Toulon podejmuje tematykę operacji podwodnych, a w Mont-de-Marsan działań w powietrzu¹¹⁵. Dwie jednostki w Marsylii zajmują się parazytologią i chorobami tropikalnymi, będąc narodowym centrum referencyjnym w zakresie arbowirusów i malarii. Naukowcy z tych ostatnich placówek zasłynęli opracowaniem testu *Elisa*, wykrywającego wirus *Zika*, będącego od 2016 roku na liście zagrożeń dla zdrowia publicznego o charakterze globalnym światowej organizacji zdrowia (*WHO*)¹¹⁶

¹¹⁴ B.d., *L'Agence de l'Innovation de Défense : une opportunité pour le SSA*, ActuSante, 2019, 155, s.32-33.

¹¹⁵ B.d., *Missions – Institut de recherche biomédicale des armées*, [irba.sante.defense.gouv.fr](https://irba.sante.defense.gouv.fr/missions/), dostęp: <https://irba.sante.defense.gouv.fr/missions/> (01.04.2022)

¹¹⁶ Denis J., Attoumani S. et al., *High specificity and sensitivity of Zika EDIII-based ELISA diagnosis highlighted by a large human reference panel*, PLoS Neglected Tropical Disease, 2019, 13, s.2-3.



Rycina nr 5. Obszary działalności Instytut badań biomedycyny wojskowej – IRBA.
 Źródło: irba.sante.defense.gouv.fr, dostęp: <https://irba.sante.defense.gouv.fr/domaines-dexpertises/> (25.04.2025)

Globalne aspiracje i interesy Francji sięgają terenów na krańcach świata, na których panuje bardzo zróżnicowany klimat. Przykładem mogą być Saint-Pierre i Miquelon na Atlantyku Północnym lub Dumont D'Urville na Antarktydzie Wschodniej, gdzie dominuje bardzo surowy klimat. Instytut *IRBA* wychodzi naprzeciw potrzebom sił zbrojnych, prowadząc badania mające na celu polepszenie komfortu służby żołnierzy w skrajnie niskich temperaturach. Przy okazji regularnych 21-dniowych misji *Uppick*, realizowanych przez Wojskową Grupę Wysokogórską (*GMHM – Groupe Militaire de Haute Montagne*) na Grenlandii, bada się wpływ niskich temperatur (dochodzących do -30°C) na zdolności żołnierzy do wykonywania zadań. Szczegółnej analizie poddano wzrastające zapotrzebowanie energetyczne organizmu w tak ekstremalnych warunkach, co poskutkowało opracowaniem specjalnej racji żywnościowej przeznaczonej dla personelu działającego w niskich temperaturach. Na podstawie wniosków z misji *Uppick*, analizując takie parametry jak pocenie się, odprowadzanie przez ciało człowieka wilgoci, przy zachowaniu ciepła, wprowadzono szereg innowacji do indywidualnego wyposażenia żołnierzy jak śpiwory, odzież i bielizna termoaktywna¹¹⁷.

Biorąc pod uwagę, że większość dotychczasowej aktywności armii francuskiej przypadała na tereny o klimacie bardzo gorącym (Afryka, Gujana Francuska, tropikalne wyspy Pacyfiku i Oceanu Indyjskiego), ważnym elementem badań instytutu jest wpływ ekstremalnie wysokich temperatur na organizmy żołnierzy. Przedmiotem analiz jest przede wszystkim

¹¹⁷ Peyrebrune M., *L'expertise terrain de l'IRBA en milieu polaire, le suivi de la mission UPPICK*, ActuSante, 2021, 160, s.18-19.

jakość wykonywanych przez nich zadań w tych trudnych warunkach. W 2016 i 2017 roku, na zaproszenie dowódców 13. Półbrygady Legii Cudzoziemskiej (13 DBLE) i 5. Pułku Kirasjerów (5e RC), stacjonujących w Zjednoczonych Emiratach Arabskich, przeprowadzono dwie sesje badań sprawdzających wpływ wysokich temperatur na wydolność żołnierzy podczas pierwszych piętnastu dni po przybyciu w rejon misji. Analizie poddano takie parametry jak częstotliwość pracy serca w czasie wysiłku, temperatura głęboka ciała, obfitość i skład chemiczny potu oraz odczucia subiektywne badanych. Wykazano, że stopniowe zwiększanie obciążenia wysiłkiem fizycznym nowo przybyłego personelu ma pozytywny wpływ na ich zdolności operacyjne. Dodatkowo udowodniono, że możliwości wydolnościowe żołnierzy zależą od ich indywidualnych predyspozycji fizjologicznych i fizycznych, toteż nie wskazane jest jednakowe podejście do wszystkich żołnierzy. Jednym z najciekawszych wniosków badań była teza, że istnieje tzw. pamięć komórkowa u osób, które wcześniej już były eksponowane na wysokie temperatury podczas poprzednich misji. Adaptacja u nich do ekstremalnych warunków następowała zdecydowanie szybciej niż u żołnierzy, dla których była to pierwsza misja. Zwrócono uwagę również na jakość i długość odpoczynku jako czynnika niezbędnego do prawidłowej regeneracji i odtworzenia zdolności bojowej organizmu po wysiłku¹¹⁸.

Priorytetowe traktowanie przez naukowców badań nad ekspozycją żołnierzy na ekstremalne warunki pogodowe podczas wykonywania misji zmaterializowało się w postaci komory bioklimatycznej, oddanej do użytku w grudniu 2020 roku. Pozwala ona na odtworzenie ekstremalnych warunków pogodowych, od -20°C do +70°C, od 0 do 100% wilgotności powietrza oraz do 80 km/h prędkości wiatru. Dzięki niej żołnierze mogą doświadczyć oddziaływania ekstremalnych temperatur na ich organizmy w ramach szkolenia, co ma mieć pozytywny wpływ na przyspieszenie procesu aklimatyzacji w rejonie misji. Komora ta jest używana m.in. przez personel medyczny szkolący się w ramach przygotowania operacyjnego podczas szkoleń *MedicHos*¹¹⁹.

2.6.5. Zaopatrzenie wojskowej służby zdrowia w sprzęt i materiały medyczne

Organem centralnym odpowiedzialnym za zaopatrzenie wojskowej służby zdrowia jest Dyrektoriat zaopatrzenia w środki medyczne wojskowej służby zdrowia (*La Direction des approvisionnements en produits de santé des armées - DAPSA*), utworzony w 1971 roku, w Orléans Chateau. Misję tej organizacji w siłach zbrojnych najlepiej oddaje jej motto: „dostarczyć personelowi wojskowej służby zdrowia najlepsze środki medyczne, w odpowiednim miejscu i czasie, w dobrej cenie”. *DAPSA*, będąc podmiotem planistycznym, zarządczym i nadzorczym, wykonuje swoje zadania poprzez zakupy, produkcję, przechowywanie oraz dystrybucję środków medycznych realizowane przez instytucje podrzędne¹²⁰.

Zakupy materiałów i sprzętu medycznego procedowane są za pomocą utworzonej w 2018 roku platformy zakupów rzeczowych w domenie zdrowia (*La plateforme achats finances santé - PFAF-santé*). Struktura ta odpowiedzialna jest za analizę i prognozowanie wydatków na zaopatrzenie wojskowej służby zdrowia. W jej gestii jest zawieranie umów i kontraktów z podmiotami cywilnymi i wojskowymi na dostarczanie środków medycznych,

¹¹⁸ B.d., *La recherche opérationnelle de l'IRBA sur l'acclimatation à la chaleur*, ActuSante, 2021, 160, s.20-21.

¹¹⁹ Tardo-Dino P.E., Malgoyre A., *La chambre bioclimatique de l'IRBA*, ActuSante, 2021, 160, s.21-22.

¹²⁰ B.d., *Ravitaillement sanitaire*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/index.php/sante/nos-missions/expertises-du-ssa/ravitaillement-sanitaire> (03.04.2022)

rozliczenia wydawanych środków pieniężnych, polityka fiskalna, księgowość oraz gospodarka materiałowa zapasami wojskowej służby zdrowia¹²¹.

Za produkcję i pozyskiwanie medykamentów na potrzeby wojskowej służby zdrowia odpowiada Centralna Apteka Sił Zbrojnych (*La Pharmacie Centrale des Armées - PCA*). Instytucja ta działa na podstawie Zarządzenia Ministra Obrony z 18 listopada 1996 roku powołującego ją oraz wyznaczającego normy i procedury w zakresie obrotu lekami i środkami medycznymi¹²². Zatrudnia ona stu pracowników, w tym dziesięciu farmaceutów - oficerów wojskowej służby zdrowia i jest wyłącznym producentem i importerem środków medycznych na potrzeby wojska. Koncentruje się na opracowywaniu dla żołnierzy materiałów niezbędnych do niesienia pomocy w specyficznych warunkach dla różnych środowisk pola walki, w postaci zestawów ratowniczych odpowiednich do zagrożeń oraz środki do zwalczania broni masowego rażenia - CBRN¹²³.

Organami wykonawczymi, realizującymi politykę zaopatrzeniową, nakreśloną przez dowódców są Centralny Zakład Materiałowy Wojskowej Służby Zdrowia (*L'Établissement Central des Matériels du Service de Santé des Armées - ECMSSA*) i Zakład Medycznego Zaopatrzenia Sił Zbrojnych (*Les Établissements de Ravitaillement Sanitaire des Armées - ERSA*). Obie instytucje ściśle ze sobą współpracują, uzupełniając się nawzajem. Głównymi zadaniami *ECMSSA* są przyjęcie, przechowywanie i konserwacja oraz dystrybucja sprzętu wojskowej służby zdrowia. Instytucja ta wspiera przedsięwzięcia związane z zakupami, nadzoruje procesy technologiczne w służbie zdrowia na terenie metropolii, na terytoriach zamorskich oraz w rejonach misji zagranicznych.

ECMSSA gromadzi i utrzymuje zapasy sprzętu medycznego drugiego rzutu (*T2*), gotowe do dostarczenia do *ERSA* w czasie dwóch miesięcy. W tej drugiej instytucji tworzy się, poprzez uzupełnienie sprzętu środkami opatrunkowymi i lekami, gotowe zestawy medyczne, (*Unités médicales opérationnelles - UMO*) przewidziane dla zaopatrywania jednostek w czasie od 24 do 48 godzin (*T1*). Z uwagi na wysokie koszty utrzymywania materiałów medycznych i leków, które posiadają ograniczony okres przydatności do użycia, komponuje się tylko ograniczoną liczbę *UMO*, na rzecz jednostek o najwyższym stopniu gotowości bojowej lub tych, które udają się w rejon misji. Skład zestawów określają tabele, opracowane przez personel wojskowej służby zdrowia na podstawie doświadczeń z pola walki oraz oddziałów szpitalnych. Celem jest dostarczenie pododdziałom i strukturom na teatrze działań niezbędnych środków, w odpowiedniej ilości. Służą one do zabezpieczenia podstawowych funkcji życiowych poszkodowanych żołnierzy, natychmiast po zranieniu oraz podczas transportu do szpitali wojskowych w metropolii. Asortyment dostarczany żołnierzom jest uzależniony od miejsca pełnienia służby i ma odpowiadać specyficznym potrzebom, które w jednostkach

¹²¹ B.d., *Les établissements de la composante " ravitaillement sanitaire "*, ActuSante, 2020, 156, s.30-31.

¹²² Arrêté du 18 novembre 1996 fixant les formes et conditions de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation d'ouverture des établissements pharmaceutiques de la pharmacie centrale des armées, Dz. U. (JORF) nr 275 z 26 listopada 1996, dostęp: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000380455> (14.02.2025)

¹²³ B.d., *La Pharmacie centrale des armées : De l'approvisionnement de médicaments simples à la fabrication de formes innovantes adaptées aux besoins opérationnels*, Académie Nationale de Pharmacie, 07.03.2018, dostęp: https://www.acadpharm.org/dos_public/CAIRE-MAURISIER_Academie_Pharma_PCA_07mar18_2018.pdf (04.04.2022)

liniowych będą inne od tych w polowych strukturach zabezpieczenia medycznego oraz zespołach ewakuacji medycznej na platformach lądowych, powietrznych i morskich¹²⁴.

Podmiotem odpowiedzialnym za zaopatrzenie szpitali i polowych struktur medycznych w krew i składniki krwiopochodne jest Wojskowe Centrum Krwiolecznictwa (*Centre de Transfusion Sanguine des Armées - CTSA*) „Jean Julliard”, zlokalizowane w podparyskim Clamart, z filią zamiejscową w Toulon. Lokalizacja tych placówek, w bezpośredniej bliskości szpitali wojskowych *Percy* i *St. Anne*, będących centrami urazowymi I stopnia oraz ośrodkami leczniczymi pierwszego wyboru dla poszkodowanych na misjach bojowych poza granicami państwa, nie jest przypadkowa. Powoduje znaczne korzyści dla poprawnego funkcjonowania zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych oraz wspiera jego działanie rzecz lokalnej ludności cywilnej w największych aglomeracjach Francji. Szpitale korzystają z zasobów krwi i jej składników, niezbędnych w każdej akcji ratunkowej z zagrożeniem życia spowodowanym masywnym krwotokiem poszkodowanych, a centra krwiolecznictwa mają doskonałą bazę do prowadzenia działalności naukowo – badawczej. *CTSA* posiada jednocześnie zwierzchnictwo wojskowe, w postaci dyrektora wojskowej służby zdrowia oraz cywilne. Ministerstwo Zdrowia nadzoruje wszystkie procedury i standardy stosowane w centrum przy opracowywaniu produktów krwiopochodnych poprzez Narodową Agencję Bezpieczeństwa Leków (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament – l'ANSM*)¹²⁵.

Działalność centrum opiera się na pozyskiwaniu krwi w jednostkach podległych Ministrowi Obrony, przechowywaniu w odpowiednich warunkach oraz przygotowaniu i dystrybucji produktów gotowych do użycia w podmiotach wojskowej służby zdrowia. Gotowe pakiety są używane w warunkach stacjonarnych oraz polowych. Szczególnie ważna jest rola krwiolecznictwa na teatrze działań wojennych, daleko od infrastruktury szpitalnej, kiedy ewakuacja rannych żołnierzy z pola walki jest utrudniona i czasochłonna lub wręcz niemożliwa. W takiej sytuacji konieczne i kluczowe dla przeżycia rannych jest jak najszybsze zastąpienie utraconej krwi i jej składników. Mówią o tym wytyczne Ministra Obrony nr 506412 z 3 czerwca 2019 roku (*memento de transfusion de l'avant nr 506412*), które dają podstawę prawną personelowi medycznemu do stosowania krwiolecznictwa w warunkach taktycznych. należy nadmienić, że dotąd było to zarezerwowane wyłącznie dla sterylnego środowiska szpitalnego. Jednym z bardziej znanych przykładów środka leczniczego, służącego obecnie medikom na polu walki jest osocze liofilizowane (*PLYO*). Jego skuteczność jest dowiedziona przez badania naukowe oraz potwierdzona przez praktyków w działalności bieżącej w ramach licznych operacji zagranicznych¹²⁶. Aktywność centrum skierowana jest również na takie zagadnienia jak terapia szpikowa oraz leczenie komórkami macierzystymi w chirurgii ortopedycznej i po oparzeniach wielkopowierzchniowych.

Podmiotem odpowiedzialnym za zaopatrzenie pododdziałów medycznych na teatrze działań są Jednostki dystrybucji środków medycznych (*Unités de distribution de produits de santé - UDPS*), zlokalizowane na wszystkich poziomach zabezpieczenia medycznego. Od punktu zranienia (poziom I), poprzez polowe struktury medyczne w rejonie misji (poziom II i III), po szpitale wojskowe w metropolii, odpowiadające za poziom IV systemu

¹²⁴ B.d., *Le ravitaillement sanitaire, l'ingénierie biomédicale au cœur de la chaîne santé*, ActuSante, 2016, 142, s.20-22.

¹²⁵ B.d., *Présentation du CTSA*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://prod-site-internet-minarm-admin.cnmosis.dirisi.defense.gouv.fr/presentation-du-ctsa> (28.04.2022)

¹²⁶ Jost D., Lemoine S., *French lyophilized plasma versus normal saline for post-traumatic coagulopathy prevention and correction: PREHO-PLYO protocol for a multicenter randomized controlled clinical trial*, *Trials*, 2020, 21, s.106.

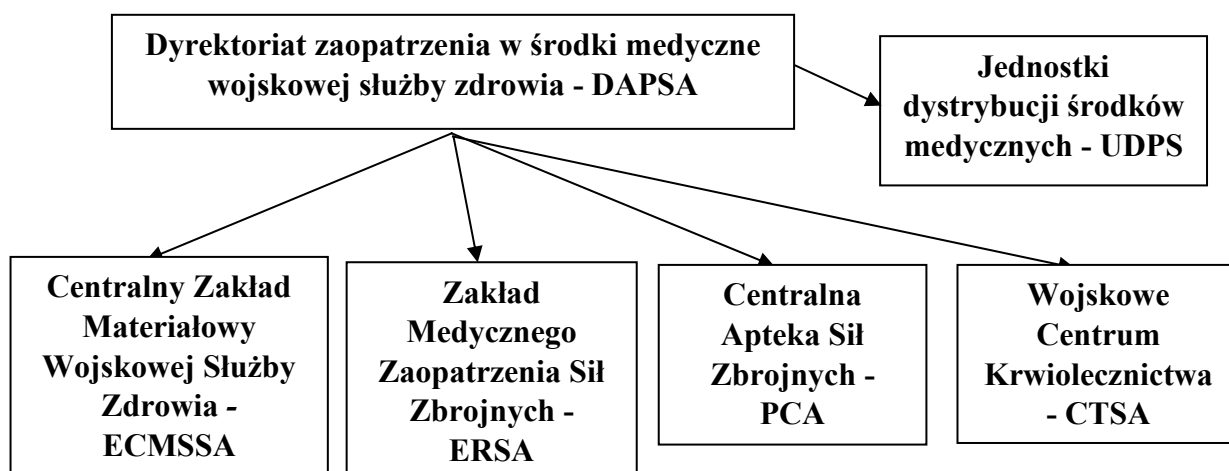
ewakuacyjno – leczniczego we Francji. *UDPS* dysponują odpowiednim do potrzeb zabezpieczeniem materiałowym, w zależności od wielkości zaopatrywanych związków taktycznych i dynamiki strat sanitarnych. Zasadą naczelną jest składowanie tylko niezbędnej ilości zapasów w jednym miejscu, bez tworzenia wielkich składów, z uwagi na ograniczenia mobilności i wysokie koszty utrzymania jakie one generują. W konflikcie na pełną skalę z przeciwnikiem posiadającym zdolności do rażenia celów na dalekie odległości dojdzie jeszcze kryterium bezpieczeństwa. Duże składy materiałowe będą oczywistym celem pierwszego wyboru.

Preferuje się zaopatrywanie jednostek „od dołu”, czyli dynamiczne reagowanie na zmieniające się potrzeby odbiorców. Zużycie środków leczniczych na I poziomie opieki przez personel medyczny na polu walki i zespoły ewakuacyjne najbliższej walczących wojsk generuje konieczność uruchomienia łańcucha dostaw. Aktywowane są kolejno *UDPS* brygadowe, dywizyjne, aż do komórek zaopatrzenia strategicznego, znajdujące się z reguły poza teatrem działań. Istnieją różne warianty konfiguracji tych jednostek dystrybucji, zależne od zadania i bliskości działań bojowych. Dla przykładu, *UDPS* wejścia na teatr działań, zasila w sprzęt i materiały medyczne podmioty odpowiedzialne za przyjęcie żołnierzy w rejonie misji oraz ich ewakuację do metropolii po odniesieniu ran. Jednostki dystrybucji mobilnej natomiast, działają na korzyść pododdziałów będących w bezpośredniej styczności z przeciwnikiem. Kluczem do poprawnego zaopatrywania jednostek jest odpowiednie zarządzanie informacją o stanach magazynowych sprzętu i materiałów medycznych na wszystkich szczeblach zaopatrzenia medycznego. Realizowane jest to przy użyciu systemów teleinformatycznych oraz dzięki natychmiastowym reakcjom wyższego szczebla na potrzeby zgłoszone przez jednostkę podrzędną¹²⁷.

Funkcjonowanie jednostek dystrybucji zabezpiecza kilkusobowy zespół. Dla przykładu *UDPS* na poziomie operacyjnym w mieście N'Djamena, zaopatrujący wschodnią strefę operacji *Barkhane*, złożony był z szefa (lekarz – farmaceuta), dwóch podoficerów odpowiedzialnych za logistykę i obsługę sprzętu oraz czterech magazynierów, w tym dwóch spośród lokalnej ludności. Z uwagi na trudne warunki użytkowania i szybki proces degradacji sprzętu w trudnym rejonie misji, szczególnie ważną rolę odgrywał technik sprzętu medycznego (*technicien des matériel santé -TMS*). Jest to jedyna osoba wspomagająca pododdziały medyczne w rejonie operacji w zakresie instalacji, eksploatacji oraz napraw bieżących coraz bardziej zaawansowanych środków technicznych będących na ich wyposażeniu. Powoduje to konieczność stałego kształcenia i doskonalenia zawodowego tego typu personelu oraz przede wszystkim aktualizowania przez nich swojej wiedzy. Musi ona nadążać za dynamicznym rozwojem technologicznym w pododdziałach wojskowej służby zdrowia. Odpowiednie kwalifikacje techników nabywane są przez nich w instytucjach cywilnych i wojskowych. Ważnym przedsięwzięciem szkoleniowym są kursy organizowane przez producentów nowoczesnego sprzętu¹²⁸.

¹²⁷ B.d., *Le ravitaillement médical : perspectives à l'horizon 2030*, ActuSante, 2020, 156, s.38-39.

¹²⁸ B.d., *Témoignage de techniciens biomédicaux*, ActuSante, 2020, 56, s.34-35.



Rycina nr 6. Schemat zaopatrzenia wojskowej służby zdrowia w sprzęt i materiały medyczne.

Źródło: *Les établissements de la composante “ ravitaillement sanitaire ”*, ActuSante, 2020, 156, s.30-31.

Zabezpieczenie medyczne operacji sił zbrojnych są realizowane w oparciu o gotowe zestawy i moduły wyposażenia medycznego, spośród których najważniejsze są wymienione poniżej.

Szpital medyczno – chirurgiczny (*Hôpital médicochirurgicaux - HMC*)

Strukturą o największych możliwościach diagnostyczno - leczniczych na teatrze działań bojowych jest Szpital medyczno – chirurgiczny (*HMC*), działający na poziomie III zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Posiadając formę modułową na bazie namiotów, może być rozwijany w dowolnym miejscu. Warunkiem niezbędnym jest stabilny i równy grunt, na którym powstać ma placówka oraz dostęp do prądu elektrycznego i bieżącej wody. Najlepszym sposobem na rozłożenie placówki jest wykorzystanie lokalnej infrastruktury i jej zasobów. Wymaganiami minimalnymi tego poziomu opieki medycznej jest posiadanie odpowiednio wyposażonego modułu diagnostyki obrazowej (*TK, RTG, USG*) i laboratoryjnej. Punkt wstępnej segregacji i czynności ratunkowych powinien być wspierany przez blok operacyjny, sale reanimacyjne i sale opieki pooperacyjnej. Ważnym elementem opieki nad poszkodowanymi powinno być wsparcie psychologiczne i w razie potrzeby psychiatryczne. Normy tabelaryczne mówią o wyposażeniu takiego szpitala w 4 bloki chirurgiczne, 3 zespoły chirurgiczne i 60 łóżek dla pacjentów, jednak nie jest to normą. Najbardziej charakterystycznym przykładem ostatnich lat działalności takiego szpitala w ramach misji bojowej francuskich sił zbrojnych była projekcja *HMC KAIA*, na lotnisku w Kabulu, podczas wojny w Afganistanie. Placówka ta, była złożona z oddziału ratunkowego, trzech bloków chirurgicznych, oddziału intensywnej opieki medycznej (4-6 łóżek), oddziału ogólnego (32 łóżka) i ambulatorium. Wspierana była przez moduł diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej. W szpitalu tym wykonano 4318 interwencji medycznych, u 3215 pacjentów, z czego 47% w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia. Pacjentami szpitala byli żołnierze

koalicji oraz cywile. Personel w liczbie 119, wywodził się z francuskich szpitali wojskowych i Regimentu Medycznego z Valbonne (88 osób) oraz żołnierzy z innych państw koalicji¹²⁹.

Punkt medyczny PM 14 (*Le poste médical type 2014*)

Środki materiałowe niezbędne do niesienia pomocy na poziomie I zabezpieczenia medycznego w bezpośredniej bliskości walczących pododdziałów (pułk, batalion) składają się na zestaw *PM 14*. Jest to wariant podstawowy wyposażenia medycznego, który może być wzbogacany, w miarę potrzeb i w zależności od sytuacji taktycznej, o kolejne struktury i elementy medyczne. Znacznie poszerzą one zakres świadczeń medycznych realizowanych na tym etapie. Jednym z takich elementów jest Zestaw chirurgii ratunkowej (*LCV - Lot de chirurgie vitale*), który wraz z personelem tworzy Moduł chirurgii ratunkowej (*MCV - Module de chirurgie vitale*). Jego projekcja przy punkcie medycznym poziomu I, stwarza możliwość interwencji chirurgicznych ze wskazań życiowych natychmiast po zranieniu, wydatnie zwiększając szanse ранego na przeżycie. Często *PM 14* działa w oparciu o ambulanse, zwiększając mobilność tej struktury, będącej najbliższej pierwszej linii walk. Pozwala to na szybkie przemieszczanie sił i środków, w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację taktyczną i położenie wojsk własnych. Istotą działalności personelu punktu medycznego jest jak najszybsze dotarcie do poszkodowanych lub przejęcie ich w miejscu własnej dyslokacji, zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych i szybka ewakuacja na następny poziom zabezpieczenia medycznego. Zaletą *PM 14* jest jego kompaktowa kompozycja. Umieszczony na trzech paletach (przy masie 3 t. i wielkości 20 m³), może być zrzucony na teatr działań bojowych ze spadochronem¹³⁰.

Częścią składową punktu medycznego jest Zestaw wstępnej projekcji (*LPI - lot précurseur de projection initiale*), debiutujący we francuskich siłach zbrojnych w 2004 roku, podczas operacji *Licorne* w Wybrzeżu Kości Słoniowej. Jego zadaniem jest zabezpieczenie materiałowe żołnierzy komórek medycznych, na samym początku misji lub w sytuacji działania mniejszych pododdziałów. *LPI* pozwala na wykonywanie podstawowych czynności ratunkowych, w newralgicznym czasie organizacji i rozkładania bardziej zaawansowanych komponentów medycznych. Taki wstępny zestaw powinien posiadać zdolności do zabezpieczenia medycznego dwustu żołnierzy, podczas siedmiu dni działań. Składa się on z sześciu skrzyń, każda z innym asortymentem (leki dożylnie, płyny infuzyjne, zestaw ratunkowy, inne leki, zestaw chirurgiczny, środki opatrunkowe). Całość waży 250 kg., obejmuje 1 m³ i również może być desantowana ze statku powietrznego, jako odrębna część zabezpieczenia działań bojowych, w szczególności przy działaniu mniejszych pododdziałów¹³¹.

Moduł reanimacyjny ewakuacji strategicznej (*Module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation - MORPHÉE*)

¹²⁹ Barbier O., Malgras M., *Expérience chirurgicale française à l'hôpital medico-chirurgical de KAIA (Kaboul International Airport Afghanistan): place de la chirurgie orthopédique*, *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, 2014, 100, s.498-502.

¹³⁰ B.d., *Les UMO, les capacités du SSA pour le soutien médical des Forces*, *ActuSante*, 2018, 156, s.61-63.

¹³¹ Tamże, s. 61-63.

Ewakuacja poszkodowanych i chorych na dalekie odległości (poziom strategiczny), ze struktury medycznej w rejonie misji lub na terenach zamorskich, do szpitala wojskowego na terenie metropolii, odbywa się przy pomocy środków materiałowych składających się na moduł *Morphée*. Początkowo przewidziany był dla samolotów *Boeing C-135 FR*, na których pokładzie był wielokrotnie sprawdzany w ramach misji w Kosowie i Afganistanie. Obecnie montowany jest głównie na pokładzie platformy *Airbus A-330 Phenix*. Personel medyczny na pokładzie tego statku powietrznego stanowi pięciu lekarzy i ośmiu pielęgniarzy. Moduł ten, jest dostosowany do transportu sześciu pacjentów w warunkach intensywnej opieki medycznej, co wydatnie zwiększa możliwości ewakuacji poszkodowanych na duże odległości w przypadku masowych strat sanitarnych. Dla porównania statki powietrzne typu *Falcon 20*, które dotąd były jedynymi samolotami ewakuacji strategicznej we francuskich siłach zbrojnych, mogą transportować tylko dwóch pacjentów wymagających respiratora. *A - 330 Phenix* w wariantcie *Morphée* odegrał ważną rolę podczas operacji *Resilience*, która polegała na wsparciu powszechnego systemu opieki zdrowotnej przez wojskową służbę zdrowia w trakcie kryzysu sanitarnego wywołanego przez pandemię *Covid-19*. Tą drogą ewakuowano trzydziestu sześciu pacjentów, w sześciu misjach. Transport odbywał się z ośrodków leczniczych przeciążonych masowym napływem chorych, do placówek w innych rejonach kraju oraz poza jego granice (Niemcy, Szwajcaria). Z kilku powodów była to misja pionierska. Pierwszy raz użyto tego modułu na samolocie *A 330 Phenix*. Samoloty startowały z lotnisk z terytorium francuskiego, inaczej niż podczas misji bojowych, a na pokładzie zamiast rannych żołnierzy znajdowali się chorzy cywile. Do tego załoga musiała mierzyć się z trudnościami pracy w warunkach skażonych¹³².

¹³²b.d., *BA 125 Istres : formation Morphée à bord de l'A330 Phénix*, [air.defense.gouv.fr](https://www.air.defense.gouv.fr/armee-de-lair-et-de-lespace/actualite/BA125_Istres_Morphee_A330_Phenix), 30.11.2021, dostęp: https://www.air.defense.gouv.fr/armee-de-lair-et-de-lespace/actualite/BA125_Istres_Morphee_A330_Phenix (13.05.2022)



Zdjęcie 5. Wyposażenie Punktu medycznego *PM 14* zapakowane w skrzyniach, w pełnej gotowości do projekcji na teatr działań, w jednej z jednostek operacyjnych francuskich sił zbrojnych. Skrzynie ładunkowe, po rozstawieniu punktu w miejscu dyslokacji, pełnią funkcję pomocnicze, przykładowo jako stoły i krzesła (zbiory autora).



Zdjęcie 6. Druga część zestawu *PM 14*. Przezroczyste ściany skrzyń oraz precyzyjne opisy umieszczone na ich froncie, ułatwiają lokalizację środków medycznych (zbiory autora).



Zdjęcie 7. Zestaw wstępnej projekcji (*LPI*), przygotowany do działania. W wiodących jednostkach operacyjnych przygotowanych jest kilka takich zestawów, pozwalających na jednoczesną projekcję kilku zespołów w różnych rejonach działania (zbiory autora).



Zdjęcie 8. Sprzęt medyczny jest niezbędnym uzupełnieniem wszystkich zestawów. Opisy na półkach pozwalają na uniknięcie pomyłki po ogłoszeniu alarmu w doborze odpowiedniego sprzętu przypisanego do konkretnego zestawu (zbiory autora).

Moduł reanimacyjny ewakuacji operacyjnej (Module de réanimation pour les opérations - MEROPE)

Zestawem dedykowanym ewakuacji na poziomie operacyjnym, w rejonie zagrożonym działaniem przeciwnika, jest moduł *Merope*, stworzony dla statku powietrznego *Airbus A 400M Atlas*. W założeniu ma być naturalnym następcą używanych jeszcze starszych zestawów typu *Casa – Nurse*. Do nowego samolotu wprowadzono liczne rozwiązania techniczno – taktyczne, takie jak opancerzony kokpit i systemy samoobrony przeciw atakom rakietowym, co znacznie poprawia bezpieczeństwo załogi i transportowanych rannych. Zdolność do lądowania na lądowiskach polowych, pozbawionych infrastruktury i długiego, utwardzonego pasa startowego, bardzo dobrze wpływa na mobilność samolotu, znacznie zwiększając możliwości operacyjne całego łańcucha ewakuacyjnego w rejonie misji. Platforma ta, zapewnia stabilną trajektorię lotu, szczególnie przy startach i lądowaniach, co ma znaczący wpływ na polepszenie komfortu pracy dla personelu medycznego, służącego na pokładzie samolotu. Duża wysokość przelotowa (do 11 300 m.) pozwala natomiast na uniknięcie turbulencji. Moduł *Merope* zapewnia transport czterech ciężko rannych pacjentów, wymagających zaawansowanych czynności ratujących życie, przez cały okres lotu. Jego możliwości również zostały wykorzystane i przetestowane w ramach walki z pandemią *Covid-19*, m.in. na terytoriach zamorskich, w Gujanie Francuskiej, Gwadelupie i Martynice. W siedmiu misjach, przy udziale dziewięcioosobowej załogi medycznej, przetransportowano dwudziestu trzech chorych wymagających respiratora¹³³.

Inne zestawy ewakuacyjne

Ewakuację na poziomie operacyjnym i taktycznym umożliwiają zestawy medyczne montowane na samolotach CASA. Śmigłowce i pojazdy opancerzone typu VAB-San odpowiadają za transport poszkodowanych na poziomie taktycznym. W najbliższych latach te mocno wysłużone wozy opancerzone mają być całkowicie zastąpione przez nowe pojazdy *Griffon* w wariantach medycznym. Te według założeń planistów będą mieć znacznie lepsze wyposażenie przedziału sanitarnego oraz dzięki większym gabarytom będą oferować załodze dużo bardziej komfortowe warunki pracy. Na pokładach statków powietrznych *CASA CN-235* używa się zestawów *CM 30*, które jak nazwa wskazuje są przystosowane do zabezpieczenia medycznego transportu trzydziestu rannych. Podczas operacji *Serval*, w Mali, zespół *CASA MEDEVAC*, składający się z dziesięciu członków załogi, w tym trzech medyków, korzystał z połowy tego zestawu, uzyskując możliwości ewakuacji do piętnastu rannych, w tym dwóch wymagających intensywnej opieki medycznej. Od stycznia do października 2013 roku, w ramach ewakuacji taktycznej, transportowano tą drogą, ze struktur polowych w bezpośredniej bliskości pola walki do placówek medycznych zlokalizowanych na teatrze działań dwustu pięćdziesięciu czterech poszkodowanych¹³⁴.

Wyższą mobilność kosztem mniejszych możliwości ładunkowych oferują wojskowej służbie zdrowia pokłady śmigłowców, do których dostosowane są odpowiednie zestawy

¹³³ Tanguy J.M., *ARMEE DE L'AIR : Un kit de réanimation sur Airbus A400M Atlas*, Air&Cosmos, 21.04.2022, dostęp: <https://air-cosmos.com/article/arme-de-lair-kit-de-ra-sur-airbus-a400m-atlas-22963> (14.05.2022)

¹³⁴ Bareau L., Richa G., *Le CASA MEDEVAC: un nouveau vecteur pour les evacuations aeriennes tactiques*, Reunion de la societe francaise de Medecine aeronautique et spatiale, 26.04.2014, dostęp: https://www.soframas.asso.fr/images/soframas/presentations/CASA_MEDEVAC.pdf (14.05.2022)

ewakuacyjne (*Lot d'évacuation médicale par hélicoptère - EVMH*). Wskutek ograniczonego miejsca wewnątrz wiropłatów używanych do celów medycznych (*Puma, Caracal, NH90 Caiman*) personel medyczny dysponuje tylko podstawowym sprzętem do ratowania życia ludzkiego, w postaci modułowych plecaków *TOM* (zestaw przeciwwstrząsowy) i *FobAero* (zestaw do tlenoterapii). Na wyposażeniu pierwszego z plecaków znajdują się przede wszystkim materiały do tamowania krwotoków i opanowania wstrząsu hipowolemicznego. Plecak zawiera opaski uciskowe, indywidualne opatrunki kompresyjne i hemostatyczne środki do wypełniania łożyska naczyniowego oraz podstawowe leki przeciwwstrząsowe. W zestawie jest również podstawowy sprzęt do monitorowania parametrów życiowych poszkodowanego (kardiomonitor, pulsoksymetr) oraz defibrylator półautomatyczny do reagowania w sytuacji nagłego zatrzymania akcji serca. Drugi zestaw posiada środki do zabezpieczenia dróg oddechowych i wspomagania oddechu pacjenta. Na jego wyposażenie składa się butla z tlenem o pojemności trzech litrów, respirator, sprzęt pozwalający monitorować jakość oddechów (kapnometr), zestaw do drenażu klatki piersiowej oraz podstawowe leki stosowane przy niewydolności oddechowej¹³⁵.

Opisane powyżej plecaki modułowe należą również do zestawów ewakuacji drogowej (*lot MEDEVAC VR*) i stanowią wyposażenie pojazdów opancerzonych w konfiguracji sanitarnej (*VAB-SAN*). Do dyspozycji personelu zespołów medycznych tego typu wozów są również inne zestawy. Plecak typu *Roll-Pack* w formie cylindra, po rozwinięciu, tworzy modułowy panel, mocowany do ściany pojazdu. Zaletą lekkiego plecaka interwencyjnego *Fobsol*, jest posiadanie elastycznych noszy, uzupełniających typowe wyposażenie plecaka w środki ratownicze, w szczególności zwalczające skutki masywnych krwotoków. Doświadczenia z misji bojowych oraz możliwość konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale skłaniają decydentów do wdrażania coraz nowocześniejszych środków do ręcznego transportu poszkodowanych. Medycy muszą być gotowi do działania w sytuacji braku możliwości ewakuacji z pola walki przy pomocy dedykowanych środków transportowych. Taka sytuacja będzie miała miejsce wskutek przewagi ogniowej przeciwnika lub zagrożenia ze strony niekonwencjonalnych środków rażenia jak zminiaturyzowane drony uderzeniowe. Trwają prace nad robotyzacją tej najniebezpieczniejszej fazy ewakuacji, jaką jest wynoszenie rannego spod ostrzału. Póki co do dyspozycji żołnierzy pozostają środki używane na polach bitew od pokoleń, jak różnego rodzaju nosze transportowe.

Zadaniem personelu medycznego pododdziałów bojowych, będącego najbliżej walki, jest nieść pomoc poszkodowanym natychmiast po zranieniu. Ograniczone środki transportowe lub ich brak, w przypadku przemieszczania się pieszo, powodują, że muszą oni dokonywać wyboru co do wyposażenia jakie zabiorą ze sobą na misję. Przedmiotem kompromisu jest zawartość, rozmiar i waga plecaka, która nie może ograniczać mobilności ratownika. Należy zaznaczyć, że sprzęt medyczny jest dla medyków dodatkiem, do standardowego wyposażenia żołnierza w broń osobistą, środki łączności i innego wyposażenia indywidualnego¹³⁶. Planując dobór środków medycznych do zabezpieczenia działań bojowych, ratownik musi sobie postawić kilka zasadniczych pytań. Jaką ilość żołnierzy muszą zabezpieczyć? Jaki jest przewidywany czas misji? Jakie jest ryzyko kontaktu z przeciwnikiem? Jaki będzie stopień mojej izolacji i czy mogę liczyć na wsparcie innych zespołów medycznych? Jakim sposobem

¹³⁵ Taton P., Daube S. et al, *Modernisation du lot « Medevac » du Service de santé des armées*, Médecine et armées, 2015, 43, s.413-416.

¹³⁶ Le Bars R., Conte B., Polly V., *Les sacs médicaux à visée opérationnelle dans le Service de santé des armées*, Médecine et Armées, 2013, 41, s.91-96.

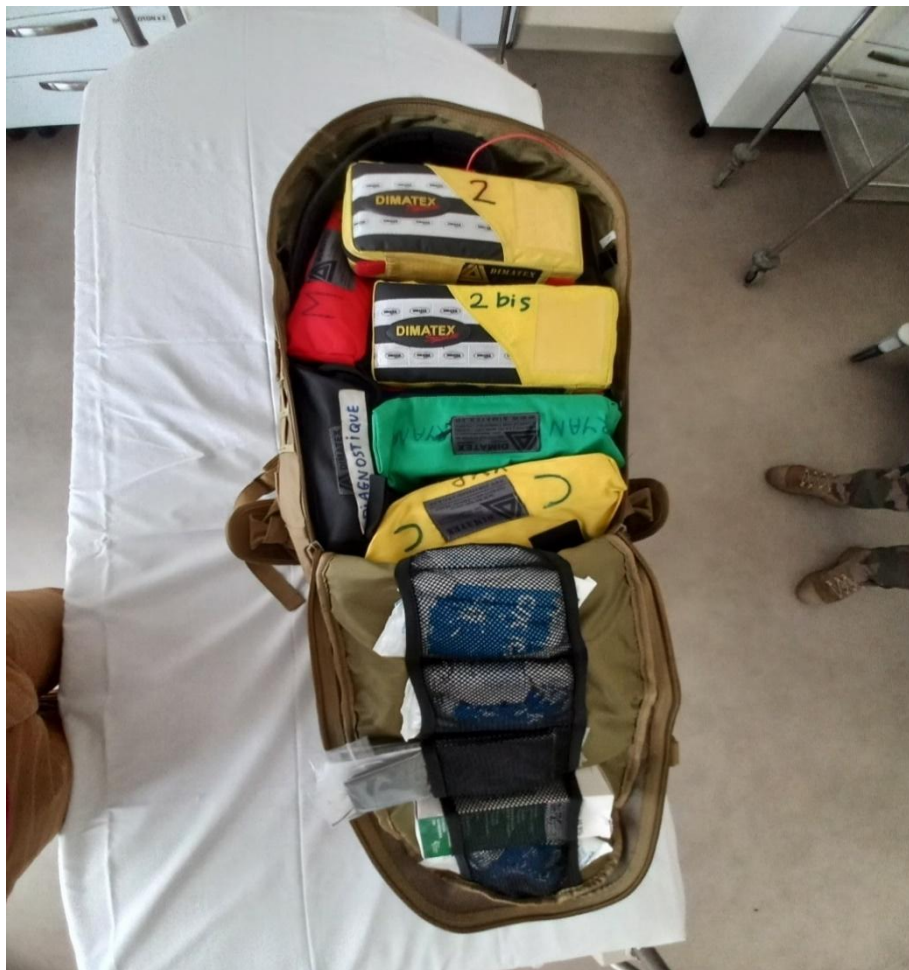
będę się przemieszczać oraz w jakim środowisku naturalnym i klimatycznym? Profesjonalny żołnierz musi zakładać najgorsze scenariusze i być do nich przygotowany.



Zdjęcie 9. Najnowsza odmiana noszy taktycznych dostarczonych do pododdziałów bojowych francuskich sił zbrojnych. Budowa z ultralekkich materiałów minimalizuje wagę noszy co ma zasadnicze znaczenie dla możliwości przenoszenia ich przez ratowników w swoich plecakach (zbiory autora).



Zdjęcie 10. Nosze taktyczne po złożeniu. Miniaturyzacja sprzętu jest niezbędnym krokiem, wychodzącym naprzeciw potrzebom ratowników pola walki (zbiory autora).



Zdjęcie 11. Wnętrze plecaka medycznego sanitariusza w jednostce operacyjnej. Zwraca uwagę kolorystyczne i opisowe oznaczenie kieszeni, co ułatwia dobycie potrzebnego sprzętu w warunkach taktycznych (zbiory autora).

Zestawy specjalistyczne

Wojskowa służba zdrowia posiada na swoim wyposażeniu i korzysta, w szczególności w rejonach misji zagranicznych, z szerokiej gamy zestawów specjalistycznych. Przykładami takich zestawów, montowanych najczęściej na bazie kontenerów są kontenerowa pracownia tomografii komputerowej, laboratorium polowe typu *LC/18*, zestaw do badań epidemiologicznych w rejonie misji zagranicznych (*EPIDOPEX*) oraz wojskowy zestaw do badań biologicznych (*EMIBE*). Moduły te rozstawione przy podstawowych strukturach zabezpieczenia medycznego, takich jak Punkt medyczny poziomu I, znacznie poszerzają ich możliwości w zakresie diagnostyki oraz mogą być szczególnie przydatne w rejonie o niskim stanie sanitarno – higienicznym. Ostatni z ww. zestawów jest niezbędnym elementem do walki z zagrożeniem ze strony broni biologicznej. Ich projekcja jest oczywiście uwarunkowana sytuacją taktyczną i oddziaływaniem przeciwnika na siły własne. Wojskowa służba zdrowia posiada zdolności do przeciwdziałania skutkom użycia broni masowego rażenia w warunkach polowych, przy użyciu Wojskowych jednostek dekontaminacyjnych (*Unités médicales de décontamination des armées - UMDA*). Za ich rozstawienie i działalność odpowiedzialny jest Pułk Medyczny z Valbonne (*Régiment Médical - RMED*)¹³⁷.

¹³⁷ B.d., *Régiment Médical*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/terre/notre-organisation/commandement-logistique/regiment-medical> (14.05.2022)

Indywidualny pakiet medyczny (TIC - *La trousse individuelle du combattant*)

Będący na wyposażeniu każdego żołnierza, indywidualny pakiet medyczny zapewnia środki do udzielania pierwszej pomocy poszkodowanemu natychmiast po zranieniu. Jest ona niesiona przez innego żołnierza z drużyny, sanitariusza plutonu lub przez samego rannego w ramach samopomocy. Wszystkie środki materiałowe składające się na ten pakiet są zminiaturyzowane i o małej masie, tak aby zminimalizować obciążenie personelu niezbędnym wyposażeniem. Hermetyczne opakowania opatrunków zapewniają jałowość, wodoszczelność i odporność na zniszczenie. *TIC* składa się z dwóch autostrzykawek morfiny, środka pierwszego wyboru na polu walki w zwalczaniu silnego bólu u rannego. Lek ten jest dystrybuowany do pakietów już po projekcji na teatr działań, z uwagi na silne właściwości uzależniające i ryzyko używania niezgodnie z jego przeznaczeniem. Do tamowania masywnych krwotoków służą taktyczna opaska uciskowa oraz opatrunek osobisty typu izraelskiego. W pakiecie znajdują się również środki do płukania ran oraz zestaw do zabezpieczenia dostępu dożylnego, w postaci małego worka soli fizjologicznej (250 ml), aparatu do przetoczeń, kilku wenflonów, stazy i środka do odkażania skóry. Obecność w indywidualnym pakiecie każdego żołnierza tego ostatniego elementu, mimo, że jego posiadacze nie mają kompetencji do jego użycia jest ewenementem na skalę światową i ma swój głębszy sens. Dzięki zastosowaniu tego rozwiązania sanitariusz plutonu lub pielęgniarz komórki medycznej działający na korzyść kompanii bojowej ma do dyspozycji znaczną ilość środków do zabezpieczenia dostępu dożylnego i rozpoczęcia płynoterapii. Będzie to szczególnie ważne w warunkach izolacji i przedłużającej się nie możliwości ewakuacji. Najważniejsze jest to, że medyk nie musi dźwigać dodatkowych materiałów medycznych na własnych barkach, tylko ciężar rozłożony jest równomiernie na wszystkich żołnierzach pododdziału. Za dostarczenie do żołnierzy kompletnych pakietów i bieżące uzupełnianie zużytych materiałów odpowiedzialny jest *UDPS* zaopatrujący pododdziały na danym obszarze działania¹³⁸.

¹³⁸Gillot H., *TIC (trousse individuelle du combattant), conditionnée dans le stock de la pharmacie centrale des armées gérée par l'UDPS (unité de distribution des produits sanitaires), au camp M'Poko de Bangui, ECPAD*, dostęp: <https://imagesdefense.gouv.fr/fr/tic-trousse-individuelle-du-combattant-conditionnee-dans-le-stock-de-la-pharmacie-centrale-des-armees-gere-par-l-udps-unite-de-distribution-des-produits-sanitaires-au-camp-m-poko-de-bangui.html#> (13.05.2022)



Zdjęcie 12. Francuski indywidualny pakiet medyczny (*TIC*), będący na wyposażeniu każdego żołnierza. Zawiera, między innymi, zestaw do zapewnienia dostępu dożylnego, co czyni go unikatowym w skali światowej (zbiory autora).

2.7. Współpraca cywilno – wojskowa na rzecz systemu powszechnej opieki zdrowotnej.

2.7.1. Otwarcie wojskowej służby zdrowia na środowisko cywilne

Projekt modernizacyjny wojskowej służby zdrowia *SSA 2020* zawierał dwa zasadnicze cele. Oprócz stałego doskonalenia zdolności operacyjnych wojskowych struktur medycznych na rzecz misji poza granicami państwa, wskazał na konieczność zaangażowania się żołnierzy we współpracę z instytucjami cywilnymi w metropolii, zajmującymi się szeroko pojmowaną ochroną zdrowia. Argumentowano, że przyniesie to korzystne rezultaty państwu i jego obywatelom, poprzez poszerzenie oferty dla pacjentów o ośrodki wojskowe działające w sektorze zdrowotnym. Wojskowa służba zdrowia miała zyskać na konsolidacji niektórych obszarów medycyny szpitalnej ze środowiskiem cywilnym. W rezultacie liczone na uwolnienie znacznych sił i środków na potrzeby operacyjne sił zbrojnych. Nie bez znaczenia były również czynniki ekonomiczne. Z uwagi na wieloletnie, poniekąd celowe dystansowanie się żołnierzy i nacisk na niezależność ich struktur od środowiska cywilnego, wachlarz zadań związanych z otwarciem się na sektor cywilny był bardzo rozległy. Nawiązano współdziałanie na poziomie ministerialnym i samorządowym. Utworzono wojskowo – cywilne struktury organizacyjne w domenach udzielania świadczeń zdrowotnych, zarządzania kryzysowego, działalności naukowo – badawczej i szkoleniowej. Współpraca w ramach tworzenia zintegrowanych systemów teleinformatycznych i komunikacyjnych poprawiła jakość i dostępność usług medycznych. Kreowanie układów partnerskich między instytucjami, umowy dwustronne i wielostronne, integracja zasobów intelektualnych, materialnych i ludzkich poprawiła odbiór wojskowych przez środowisko cywilne. Sprawiała również, że wzrosła jakość usług i świadczeń medycznych realizowanych przez wojskową służbę zdrowia w rejonach misji poza granicami państwa i na terenie Francji. Było to efektem implementacji dobrych praktyk ze środowiska cywilnego do własnej działalności operacyjnej¹³⁹.

Ramy do wymienionych przedsięwzięć zostały określone w wielu dokumentach wykonawczych, między różnymi podmiotami wojskowymi i cywilnymi. Podpisano m.in.:

- Protokół ustaleń między Ministrem Obrony a Ministrem Zdrowia i Spraw Społecznych z 6 kwietnia 2017 roku w sprawie wzmocnienia współpracy w celu wspierania reagowania na potrzeby zdrowotne ludności, w tym społeczności obronnej, oraz odporności Narodu¹⁴⁰.
- Umowę ramową o partnerstwie między wojskową służbą zdrowia, a Wysoką izbą ds. zdrowia (*La Haute autorité de santé – HAS*)¹⁴¹ (publiczną instytucją o charakterze naukowym).

W celu poprawy dostępności służby zdrowia dla żołnierzy i weteranów poszkodowanych na misjach nawiązano współpracę z Narodowym instytutem inwalidów (*l'Institution nationale des invalides – INI*), na podstawie Rozporządzenia Prezydenta Republiki z 17 stycznia 2018

¹³⁹ Projekt *SSA 2020* nr 515697/DEF/DCSSA/PS z 25 listopada 2013 roku, [defense.gouv.fr](https://archives.defense.gouv.fr/content/download/227155/2530702/file/1.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020%20-%20version%20courte.pdf), dostęp: <https://archives.defense.gouv.fr/content/download/227155/2530702/file/1.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020%20-%20version%20courte.pdf> (08.11.2024)

¹⁴⁰ *Protocole d'accord entre le ministère de la défense et le ministère des affaires sociales et de la santé relatif au renforcement de leur coopération afin de soutenir la réponse aux besoins de santé de la population, y compris de la communauté de défense, et de la résilience de la Nation* du 6 avril 2017. Biuletyn oficjalny sił zbrojnych (BOC)

¹⁴¹ *Accord-cadre de partenariat entre L'Etat (ministère des armées) et La Haute Autorité de Santé* du 27 juin 2017, dostęp: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir87/accord_cadre_ssa-has.pdf (06.11.2022)

roku¹⁴². Dzięki takim strukturom jak Zespoły szpitalne cywilno – wojskowe (*EHCM*), Zgrupowania terytorialne szpitali (*GHT*) oraz Agencje regionalne ds. zdrowia (*ARS*) ułatwiono koordynację opieki zdrowotnej dla żołnierzy i ludności cywilnej na poziomie szpitalnym. Ta ostatnia instytucja przejęła również część finansowania placówek wojskowej służby zdrowia na podstawie Instrukcji Ministra Zdrowia z 1 kwietnia 2016 roku w sprawie wprowadzenia regionalizacji finansowania służby zdrowia w siłach zbrojnych¹⁴³. Dwustronne umowy o partnerstwie podpisano z organizacjami pozarządowymi, mającymi w swoim statusie ochronę zdrowia oraz prowadzenie misji humanitarnych, takimi jak francuski Czerwony Krzyż i Organizacja Maltańska (*l'Ordre de Malte*).

2.7.2. Wsparcie działań państwa w sytuacji kryzysowej przez wojskowy personel medyczny, na przykładzie zamachów terrorystycznych w 2015 roku

Wydarzenia ostatnich lat, takie jak zamachy terrorystyczne na dużą skalę w 2015 i 2016 roku oraz pandemia *Covid-19* wywołały dyskusję na temat roli wojskowej służby zdrowia w reagowaniu systemu powszechnej opieki zdrowotnej na zdarzenia kryzysowe. W obu przypadkach doszło do znacznego przeciążenia służby zdrowia, wskutek masowego napływu rannych oraz chorych do jej placówek. Podkreśla to znaczenie wsparcia ze strony sił zbrojnych. Przezorność decydentów i planistów w zakresie zarządzania kryzysowego zmaterializowała się w 2014 roku poprzez wprowadzenie do użytku procedury koordynacji i organizacji odpowiedzi systemu ochrony zdrowia na sytuacje nadzwyczajne, pod nazwą *Plan Orsan*. Miało to pozytywny wpływ na organizację akcji ratunkowej w momencie próby, podczas zamachów terrorystycznych w 2015 roku. Wnioski wyciągnięte po tych dramatycznych wydarzeniach miały swoje odzwierciedlenie w dokumentach normatywnych. Przykładowo w dekrete nr 2016-1327 Ministra Zdrowia i Spraw Społecznych z 6 października 2016 roku, o organizacji powszechnego systemu zdrowia i innych podmiotów medyczno-psychologicznych w razie nadzwyczajnych zdarzeń sanitarnych¹⁴⁴.

W instrukcji i rozporządzeniu Ministra Zdrowia wprowadzającej Plan *Orsan* i *Orsec*, będący rozszerzeniem działań podczas sytuacji kryzysowej o obronę cywilną, wyszczególniono kilka najbardziej prawdopodobnych rodzajów zagrożeń, zarówno naturalnych jak i tych spowodowanych przez człowieka:

- *ORSAN AMAVI* – nagły napływ pacjentów do jednostek powszechnej opieki zdrowotnej, bez związku z bronią masowego rażenia;
- *ORSAN CLIM* – sytuacja kryzysowa wskutek gwałtownego czynnika klimatycznego;
- *ORSAN EPI-VAC* – zarządzanie kryzysem spowodowanym pandemią lub epidemią wymagającym nadzwyczajnych akcji masowych szczepień;
- *ORSAN BIO* – zwalczanie katastrof, w wyniku działania czynnika biologicznego;

¹⁴² Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides. Dz. U. (JORF) nr 0014 z 18 stycznia 2018.

¹⁴³ Instruction n° DGOS/R1/SG/2016/106 du 1er avril 2016 relative à l'organisation de la simulation par les agences régionales de santé d'une régionalisation du financement du service de santé des armées

¹⁴⁴ Décret no 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. Dz. U. (JORF) nr 0235 z 08 października 2016, dostęp: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033203698/> (08.11.2024)

- *ORSAN CRN* – zapobieganie zdarzeniom z udziałem broni masowego rażenia¹⁴⁵.

Na podstawie planu *Orsan*, instytucje i placówki medyczne uruchamiają stworzone dla siebie, szczegółowe plany (*Plan Blanc*). Przyjęto, że struktury wojskowe wspierają cywilną służbę zdrowia wtedy, kiedy jej zasoby do zwalczania sytuacji kryzysowej są nieobecne, niewystarczające, niedostosowane do zagrożenia lub niedostępne w danej chwili. Zakres i specyfika zdarzenia nie mogą przekraczać kompetencji sił zbrojnych, a efekt ich użycia powinien być widoczny i uzasadniony finansowo. Wsparcie powszechnego systemu zdrowia nie powinno powodować zagrożenia dla misji zasadniczej wojskowej służby zdrowia. Jest to bez wątpienia zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności sił zbrojnych Francji, na terenie metropolii, na terytoriach zamorskich oraz poza granicami państwa, w obronie jego interesów¹⁴⁶. Narastające napięcia społeczne na tle ekonomicznym, narodowościowym i religijnym, powodują radykalizację części społeczeństwa. Dodatkowo aktywna rola francuskich sił zbrojnych w zwalczaniu tzw. Państwa Islamskiego i innych organizacji ekstremistycznych na Bliskim Wschodzie i w Afryce, spowodowały, że zagrożenie zamachami terrorystycznymi w ostatnich latach we Francji zdecydowanie wzrosło. Miało to odzwierciedlenie w świadomości zbiorowej obywateli, którzy nie czuli się bezpiecznie w swoim kraju. Pomimo to, ogromna skala uderzenia w społeczeństwo francuskie w dniu 13 listopada 2015 roku w Paryżu, zaskoczyła ludność cywilną stolicy oraz służby zajmujące się bezpieczeństwem i ochroną zdrowia.

Masakrę rozpoczęła sekwencja trzech wybuchów dokonanych przez zamachowców – samobójców, przy użyciu ładunków własnej produkcji w okolicy podparyskiego stadionu *Stade de France*. Po kilku minutach, katastrofę dopełnił atak terrorystów, przy użyciu karabinów szturmowych, na wypełnione kawiarenki ścisłego centrum stolicy i salę koncertową *Bataclan*. Efektem tych zdarzeń był największy kryzys sanitarny od II wojny światowej, w postaci setek zabitych i rannych, w kilku lokalizacjach stołecznej aglomeracji. Po raz pierwszy od puczu algierskiego z 1958 roku, na terenie całego kraju wprowadzono stan wyjątkowy. Paryskie placówki i instytucje służby zdrowia przeszły do działania wg. procedur kryzysowych wynikających z planu *Orsan*. W celu lepszej organizacji transportu poszkodowanych i umożliwienia ich równomiernego rozwiezienia do różnych miejsc udzielania świadczeń medycznych, powołano komórkę koordynującą ewakuację rannych. Pozwoliło to na uniknięcie przeniesienia katastrofy z miejsc ataków do najbliższych szpitali, wskutek przeciążenia ich możliwości przyjęcia i udzielania pomocy rannym. Podzielenie aglomeracji paryskiej na rejony odpowiedzialności odpowiednich jednostek SAMU¹⁴⁷, w przypadku skoordynowanych ataków w wielu miejscach stolicy (wg. *Planu Camembert*)¹⁴⁸, pozwoliło na uniknięcie chaosu. Miało również decydujący wpływ na optymalne wykorzystanie sił i środków służby zdrowia

¹⁴⁵ Instrukcja Ministra Zdrowia i Spraw Socjalnych nr DGS/DUS/SGMAS/2014/153 z 15 maja 2014 o przygotowaniu systemu ochrony zdrowia do działania w sytuacjach nadzwyczajnych (*Instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*), dostęp: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Instruction_DGS_2014_153_preparation_du_systeme_de_sante_a_la_gestion_des_SSE.pdf (08.11.2024)

¹⁴⁶ Projekt SSA 2020 nr 515697/DEF/DCSSA/PS z 25 listopada 2013 roku, [defense.gouv.fr](https://archives.defense.gouv.fr/content/download/227155/2530702/file/1.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020%20-%20version%20courte.pdf), dostęp: <https://archives.defense.gouv.fr/content/download/227155/2530702/file/1.%20Projet%20de%20service%20SSA%202020%20-%20version%20courte.pdf> (08.11.2024)

¹⁴⁷ SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) – odpowiednik polskiego pogotowia ratunkowego, dysponującego numerem ratunkowym 15.

¹⁴⁸ Carli P., Nahon M., Telion C., *Attentats avec sites multiples – la stratégie du « camembert à Paris*, *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 2016, 28, 2-3, s.109-111.

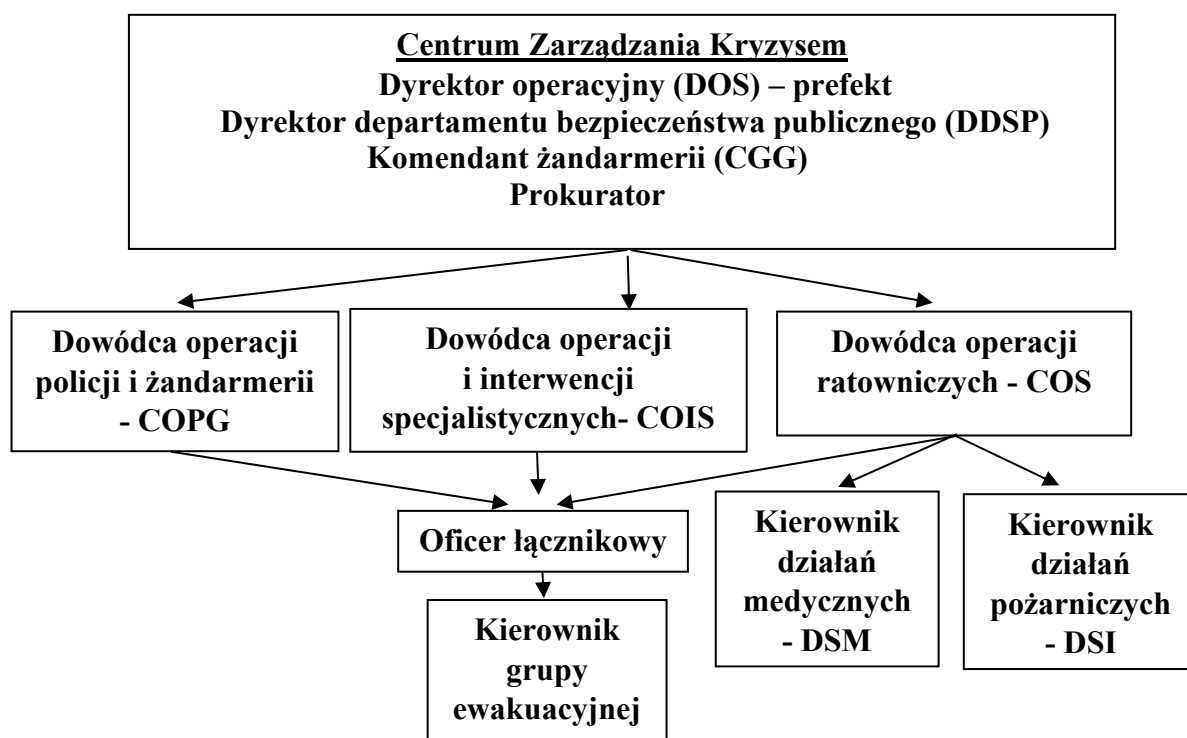
biorących udział w akcji ratunkowej. Szybko okazało się, że znajomość realiów wojennych oraz medycyny pola walki, powszechna wśród personelu wojskowej służby zdrowia, może być bardzo przydatna w niesieniu pomocy poszkodowanym na ulicach wielkiego miasta oraz na oddziałach szpitalnych, w sercu Europy. Podobnie jak wyposażenie ambulansów w środki medyczne do zwalczania masywnych krwotoków jak opaski uciskowe i opatrunki indywidualne wg. standardów francuskich sił zbrojnych.

Na miejscach zdarzenia do akcji ratowniczej przystąpili spontanicznie, w miarę swoich umiejętności, świadkowie wydarzeń, żołnierze biorący udział w operacji *Sentinelle*¹⁴⁹ oraz w przypadku *Stade de France*, służby ratownicze zabezpieczające mecz piłkarski na stadionie. Rozmiar tragedii i jej nagłośnienie w mediach tradycyjnych i społecznościowych, spowodował masowy napływ wolontariuszy, chętnych do wsparcia służb, o zróżnicowanym poziomie wykształcenia i przygotowania do tego typu sytuacji. W celu ulepszenia współpracy i dyspozycji sił i środków, o różnej podległości ministerialnej, prezydent Republiki uruchomił plan *Orsec-novi*¹⁵⁰, dedykowany zwalczaniu zdarzeń o masowej liczbie poszkodowanych. Utworzono centrum zarządzania kryzysowego na szczeblu departamentu (województwo), na czele z prefektem (wojewoda). Powołano osoby funkcyjne do kierowania akcją ratowniczą na poziomie operacyjnym i taktycznym. Za czynne zwalczanie zagrożenia w postaci uzbrojonych terrorystów odpowiadał dowódca operacyjny ze składu Policji. Organizacją czynności medycznych kierował dowódca Brygady Paryskiej Straży Pożarnej (*Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris – BSPP*), odpowiedzialny za rejon, w którym doszło do ataku. W celu skrócenia łańcucha decyzyjnego i decentralizacji podejmowanych kluczowych decyzji, co umożliwiło przejęcie inicjatywy przez służby na miejscu zdarzenia, wydzielono osobne dowództwa dla każdego rejonu dotkniętego zamachami¹⁵¹.

¹⁴⁹ Misja wsparcia przez siły zbrojne służb bezpieczeństwa publicznego polegająca na patrolowaniu najczęściej uczęszczanych miejsc we francuskich miastach.

¹⁵⁰ Znany również pod nazwą Czerwony plan alfa (*Plan Rouge alpha*).

¹⁵¹ Pasquier P. et al., *Le blessé par attentat terroriste*, Arnette, Paryż, 2017, s. 37-43.



Rycina 7. Schemat łańcucha dowodzenia służb francuskich szczebla wojewódzkiego wg. planu *Orsec-novi*, w trakcie zamachów terrorystycznych w Paryżu, w 2015 roku.

Źródło: Pasquier P., et al, *Le blesse par attentat terroriste*, Arnette, Paryż, 2016, s. 45-55.

Jednym z zadań dowódcy akcji ratunkowej w zakresie zabezpieczenia medycznego obejmowało wyznaczenie osób funkcyjnych spośród najbardziej doświadczonego personelu służby zdrowia dla każdego z miejsc zdarzenia. Kierownik działań medycznych (*directeur des secours médicaux - DSM*) ściśle współpracował z dowódcą grupy bojowej i kierownikiem grupy ewakuacyjnej. Na wzór działań wojennych, wydzielono strefy dostępu, w zależności od poziomu zagrożenia. Od czerwonej charakteryzującej się ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia, do zielonej, względnie bezpiecznej. Wyznaczono również specyficzne dla pola walki elementy zabezpieczenia medycznego jak Punkt zbiórki poszkodowanych (*Point de regroupement des victimes - PRV*) i Wysunięty punkt medyczny (*Poste médical avancé - PMA*), w których udzielano natychmiastowych czynności ratunkowych ze wskazań życiowych¹⁵².

Kluczową jednostką dla powodzenia akcji ratunkowej w Paryżu była wspomniana *BSPP*. Zdecydowana większość jej członków przeszła formację w placówkach i instytucjach wojskowej służby zdrowia, a część strażaków pełni dyżury w szpitalach wojskowych. Aktywności te łączą z codziennymi obowiązkami w jednostkach straży pożarnej. Formacja ta, przy użyciu siedmiu zespołów medycznych, natychmiast po otrzymaniu sygnału o ataku oraz kolejnych czterech, zmobilizowanych po czterdziestu minutach, przetransportowała do szpitali trzystu osiemdziesięciu jeden poszkodowanych. Dwustu pięćdziesięciu jeden z nich

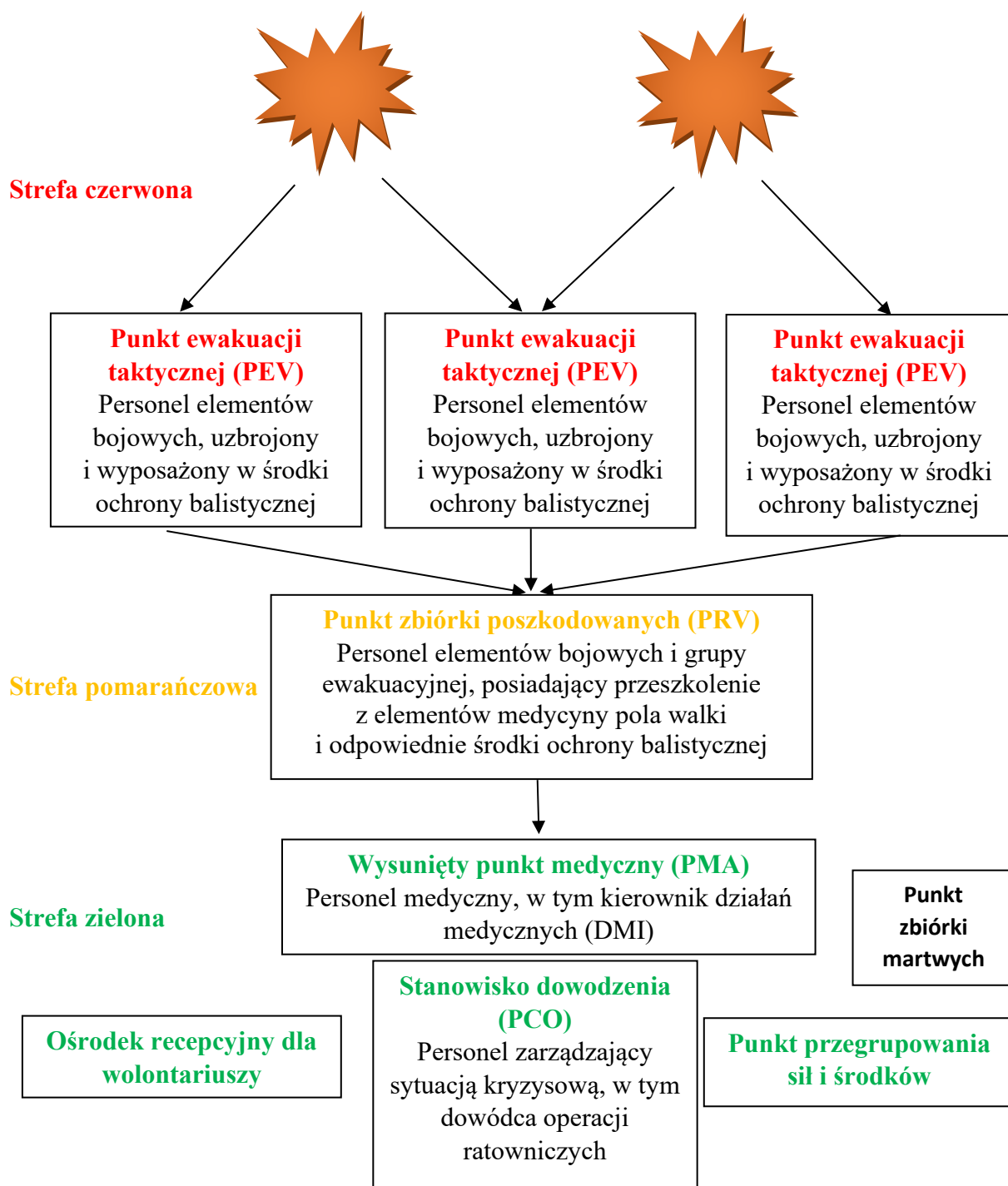
¹⁵² Czerwona oznacza strefę niebezpieczną, gdzie dostęp mają tylko uzbrojeni operatorzy służb. Pomarańczowa jest strefą względnie bezpieczną, w której personel medyczny powinien posiadać ochronę balistyczną (hełmy, kamizelki) i przebywać jak najkrócej to możliwe. W zielonej strefie zlokalizowany jest punkt zbiórki poszkodowanych i stanowisko dowodzenia akcji ratunkowej.

posiadało rany postrzałowe. W trakcie transportu cały czas prowadzono zaawansowane czynności ratunkowe, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i doświadczeniem¹⁵³.

Znajomość procedur z misji zagranicznych, organizacji pracy przy masowym napływie poszkodowanych z ranami postrzałowymi i wybuchowymi oraz specyficznych czynności ratunkowych, wymaganych przy tego rodzaju obrażeniach, okazała się kluczowa dla personelu medycznego wojskowych szpitali na terenie stołecznej aglomeracji. Szpital *Begin* i *Percy* przeszły na funkcjonowanie kryzysowe wg. swoich białych planów. W wyniku wewnątrzszpitalnych przesunięć pacjentów, niewymagających intensywnej opieki medycznej oraz wezwania dodatkowego personelu medycznego, niebędącego w aktualnej obsadzie dyżurnej, w ciągu godziny uzyskano potrojenie możliwości przyjęcia poszkodowanych. Oddziały ratunkowe działały wg. znanych personelowi wojskowej służby zdrowia zasad *damage control*¹⁵⁴, skupiając się na zabezpieczeniu funkcji życiowych jak największej liczby osób, kwalifikowanych następnie do zabiegów chirurgicznych. Zidentyfikowano tzw. „wąskie gardła”, miejsca, gdzie kanalizował się przepływ pacjentów, w postaci pracowni diagnostyki obrazowej i bloków operacyjnych. Bardzo ważną rolę odegrało Wojskowe Centrum Transfuzji (*CTSA*), które zapewniało stały dopływ krwi pełnej i jej składników do szpitali, m.in. dzięki spontanicznej akcji krwiodawstwa okolicznych mieszkańców (tej nocy krew oddało pięciuset dawców). Na wysokości zadania stanął również Zakład Medycznego Zaopatrzenia Wojsk (*ERSA*), który doposażył wszystkie wojskowe placówki medyczne w okolicach Paryża w niezbędne środki do ratowania życia. Żołnierzy biorących udział w operacji *Sentinelle*, doposażono w 2 tysiące opasek uciskowych, tyle samo opatrunków jednorazowych i kilkadziesiąt plecaków medycznych.

¹⁵³ B.d., *Attentats de Paris : le SSA en première ligne*, ActuSante, 2015, 141, s.7.

¹⁵⁴ *Damage control* – Procedura pochodząca od chirurgów armii Stanów Zjednoczonych, polegająca na zabezpieczeniu podstawowych funkcji życiowych poszkodowanych, poprzez krytyczne interwencje, takie jak tamowanie masywnych krwotoków przy pomocy zabiegów chirurgicznych, natychmiastowe wypełnienie łóżyska naczyniowego za pomocą transfuzji krwi pełnej i jej składników oraz aktywne ogrzewanie zwalczające hipotermię.



Rycina 8. Schemat akcji ratunkowej po zamachu terrorystycznym, z podziałem na strefy dostępu dla służb ratunkowych.

Źródło: Pasquier P., et al, *Le blessé par attentat terroriste*, Arnette, Paryż, 2016, s. 45-55.

13 listopada 2015 roku do dwóch wojskowych szpitali w Paryżu przyjęto pięćdziesięciu ośmiu poszkodowanych w zamachach, w tym pięćdziesięciu dwóch z ranami postrzałowymi, spośród których osiemnastu zakwalifikowano jako nagły stan zagrożenia życia (*urgence absolue* – *UA*). Podczas kolejnych czterdziestu ośmiu godzin po atakach, przeprowadzono 50 zabiegów chirurgicznych, o różnym poziomie skomplikowania. Zarejestrowano ponad 100 konsultacji psychologicznych dla ofiar, ich rodzin oraz personelu

medycznego. Ze zdarzeń tych wyciągnięto wiele wniosków. Na ich podstawie opracowano podręcznik dla służby zdrowia dotyczący akcji ratunkowej po zamachach z użyciem broni palnej, będący wspólną pracą lekarzy wojskowych i cywilnych¹⁵⁵. Opracowano również koncepcję użycia pociągu sanitarnego do przewozu poszkodowanych, w przypadku masowego ataku, skutkującego przeciążeniem lokalnego systemu opieki zdrowotnej¹⁵⁶.

2.7.3. Operacja Odporność (*Resilience*). Rola jednostek i instytucji wojskowych w zwalczaniu pandemii *Covid-19*

Kryzys sanitarny spowodowany masowym napływem pacjentów, znacznie przekraczającym możliwości placówek służby zdrowia, był doskonałą okazją do wsparcia cywilnego systemu opieki medycznej przez wojskową służbę zdrowia. 25 marca 2020 r. Prezydent Francji ogłosił rozpoczęcie operacji Odporność (*Resilience*), która dała podstawę do kompleksowej działalności żołnierzy na rzecz zwalczania skutków pandemii Covid-19, w domenach zdrowotnej, logistycznej i bezpieczeństwa. Jako pierwsze do walki z nieznanym jeszcze i niewidzialnym przeciwnikiem przystąpiły wszystkie wojskowe szpitale. Te, po ogłoszeniu stanu pandemii na terenie całego kraju, przeszły na funkcjonowanie kryzysowe, realizując założenia swoich białych planów¹⁵⁷.

Jednym z najbardziej znaczących przykładów zaangażowania wojskowego personelu medycznego na rzecz wsparcia cywilnej służby zdrowia było rozłożenie i działanie szpitala polowego (*Élément Militaire de Réanimation - EMR*), obok miejskiej lecznicy w Mulhouse. Dziewięćdziesięciu jeden żołnierzy, wydzielonych do pracy na rzecz tego elementu, pochodziło z różnych jednostek i instytucji wojskowej służby zdrowia z całego kraju. Trzydziestu żołnierzy, w tym ośmiu sanitariuszy, wydzielali do szpitala polowego Pułk Medyczny (*REM*) z Valbonne. Ich głównym zadaniem było zapewnienie szeroko rozumianej logistyki, od przetransportowania elementów szpitala i montażu na miejscu, do dowozu materiałów i środków medycznych w trakcie jego działania. Modułowy system reanimacyjny na bazie namiotów, dla trzydziestu pacjentów wymagających intensywnej opieki medycznej o wadze 182 ton, mieścił się w dwudziestu trzech kontenerach. Gotowość do działania struktury uzyskano po 48 godzinach od otrzymania rozkazu do przemieszczenia. Po wykonaniu zadania w metropolii, *EMR* wspierał następnie służbę zdrowia na terenach zamorskich Francji (w Majocie, Gujanie Francuskiej, Nowej Kaledonii, Martynice i Gwadelupie). Obciążenie fachowego wojskowego personelu medycznego w tym czasie, ukazuje fakt, że od 24 marca 2020 r., kiedy przyjęto pierwszego pacjenta na oddział w Mulhouse, do 30 października 2021 r., ponad połowa lekarzy anestezjologów służących we francuskich siłach zbrojnych,

¹⁵⁵ Vademecum pt. *Agresja zbiorowa z użyciem broni palnej. Wytyczne dla pracowników służby zdrowia (Agressions collectives par armes de guerre. Conduites à tenir pour les professionnels de santé)*, Minister Zdrowia, 2018.

¹⁵⁶ Braun F., Ammirati C et al., *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Organisation des renforts par les Samu de province*, Lavoisier SAS 2016, 13.01.2016, dostęp: https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/article_11_-_braun.pdf (09.11.2024)

¹⁵⁷ Dokument prasowy z operacji Odporność (*Dossier de Presse — Opération RÉSILIENCE*), Ministerstwo Obrony, 29.03.2020, dostęp: https://archives.defense.gouv.fr/content/download/581623/9918949/20200420_NP_EMA%20CABCOM_DP%20RESILIENCE_V10.pdf (18.02.2025)

co najmniej raz wykonywała swoje obowiązki w składzie tej polowej struktury. Wielu dwukrotnie, a niektórzy kilkakrotnie¹⁵⁸.

Dużym wsparciem powszechnego systemu opieki zdrowotnej i okazją do rozwijania zdolności w domenie ewakuacji medycznej wojskowej służby zdrowia były przedsięwzięcia w zakresie transportu chorych z miejsc, w których siły i środki lokalnej służby zdrowia były niewystarczające. Do lata 2021 r., dzięki siłom i środkom ze składu sił zbrojnych, ewakuowano w związku z zachorowaniem na *Covid-19* trzystu pacjentów wymagających respiratora, co stanowiło 20 % wszystkich ewakuacji medycznych we Francji. Drogą lotniczą transportowano pacjentów za pomocą modułu *Morphee*, po raz pierwszy zamontowanego na pokładzie samolotów transportowych *A330 Phenix*. Dwudziestoosobowa załoga, w tym czternastoosobowy zespół medyczny, tego statku powietrznego mogło przyjąć na pokład jednorazowo sześciu chorych, wymagających zabiegów intensywnej terapii. Do transportu pacjentów w ciężkim stanie dostosowano również wojskowe śmigłowce *NH 90 Caiman*, które mogły transportować jednocześnie dwie osoby wymagające zaawansowanych czynności ratunkowych. To działanie było wzorcowym przykładem prawidłowej współpracy środowiska cywilnego z wojskowym. Wiropląty wraz z obsługą (piloci, technik pokładowy) pochodziły ze składu sił zbrojnych, podobnie jak specjaliści w zakresie protekcji *CBRN*, a personel medyczny był wyznaczany z zasobów cywilnego *SAMU*. Drogą powietrzną transportowano chorych na terenie kraju oraz poza jego granice, m.in. do Niemiec i Szwajcarii.

Mniej nagłośnione przez media, aczkolwiek w danym momencie bardzo potrzebne, było wsparcie służby zdrowia w zakresie transportu chorych drogą morską, realizowane przez Marynarkę Narodową Francji (*Marine Nationale*). Śmigłowcowiec *Le Tonnerre* 21 marca 2021 r. ewakuował z korsykańskiego Ajaccio do Marsylii, dwunastu pacjentów, w tym sześciu w warunkach intensywnej terapii¹⁵⁹. Dopełnieniem wojskowych działań na rzecz walki z pandemią, w zakresie transportu chorych, była współpraca w opracowaniu koncepcji pociągu sanitarnego, w ramach operacji *Chardon*. Plan, przewidziany początkowo do masowych ewakuacji poszkodowanych w wyniku zamachów terrorystycznych, stworzony po atakach w 2015 roku, perfekcyjnie sprawdził się w przypadku przepełnionych szpitali stołecznej aglomeracji, wskutek masowego napływu chorych. 10 pociągów przewiozło dwustu dwóch pacjentów, a żołnierze byli odpowiedzialni przede wszystkim za transport chorych do pociągu, ich odbiór i przewóz do szpitali w miejscu docelowym. Personel sił zbrojnych zabezpieczał również trasy przejazdu oraz dworce kolejowe¹⁶⁰.

2.7.4. Zarządzanie zasobami rezerwy wojskowej służby zdrowia w dobie niedoborów kadrowych w czynnej służbie

Trudna sytuacja demograficzna, niskie bezrobocie i konkurencyjny rynek pracy powodują, że we Francji, podobnie jak w innych państwach wysokorozwiniętych, bardzo trudne staje się odpowiednie kształtowanie polityki kadrowej w siłach zbrojnych. Zapewnienie stałego napływu kandydatów, posiadających wymagane kwalifikacje oraz odznaczających się odpowiednią kondycją psychofizyczną do służby jest obecnie dużym wyzwaniem. Jednym z pomysłów wojskowej służby zdrowia na przeciwdziałanie tym trendom jest poprawa

¹⁵⁸ Lanteri D., *Le SSA en appui de la résilience de la Nation*, ActuSante, 2021, 162, s.34-35.

¹⁵⁹ Pellistrandi J., *Le PHA Tonnerre en mission d'évacuation sanitaire en Corse*, defnat.com, 23.03.2020, dostęp: https://www.defnat.com/e-RDN/affiche_breve.php?cid=260 (09.11.2024)

¹⁶⁰ Jerome P., *Séminaire sur les évacuations médicales par voie ferrée*, ActuSante, 2020, 159, s.22.

zarządzania zasobami rezerwistów, posiadających niezbędne wykształcenie medyczne. Ma to spowodować ułatwienie obejmowania stanowisk w strukturach medycznych sił zbrojnych, w czasie pokoju, wojny i w działaniach kryzysowych. W latach 2020 – 2021 nastąpiły dynamiczne zmiany ukierunkowane na uproszczenie procedury wstąpienia w szeregi rezerwy sił zbrojnych personelu medycznego oraz szeroka akcja informacyjna przedstawiająca zalety tego rodzaju służby. Zorganizowana została przez Sekcję oddziaływania i szkolenia rezerwy (*Section de rayonnement et de formation de la réserve - SeRFRÉM*), a jej głównym odbiorcą były cywilne instytucje szkolnictwa medycznego oraz placówki powszechnego systemu zdrowia. Zasoby wielu komórek i instytucji rozproszonych dotychczas na terenie całego kraju, skonsolidowano w jednym urzędzie zlokalizowanym w Tours, odpowiadającym za całość przedsięwzięć administracyjnych związanych z wcieleniem żołnierza rezerwy do służby oraz jego dalszą karierą¹⁶¹. Akcent położono na wzmożoną komunikację na linii rezerwista – biuro, poprzez wyznaczenie koordynatorów, mających za zadanie kształtować i nadzorować indywidualny rozwój zawodowy każdego z nich. Zwiększenie atrakcyjności służby w rezerwie ma spowodować odpowiedni dobór stanowiska, zapewnienie atrakcyjnej ścieżki rozwoju oraz bogatej oferty szkoleniowej. W celu powoływania rezerwistów bez odbytej służby wojskowej w przeszłości, stworzono dwumodułowy program szkolenia wstępnego rezerwy (*Formation militaire initiale des réservistes - FMIR*), dzięki któremu rezerwiści nabywają wiedzę i umiejętności wojskowe na poziomie podstawowym. Tematyka tego szkolenia obejmuje organizację i sposób funkcjonowania sił zbrojnych, prawa i obowiązki żołnierzy, musztrę indywidualną i zespołową. Formację uzupełniają praktyczne ćwiczenia z obsługi broni, szkolenia ogniowego, medycyny pola walki i terenoznawstwa. Ww. aktywności odbywają się w różnych warunkach terenowych i klimatycznych. Posiadanie przez Francję licznych terytoriów zamorskich sprawia, że szkolenia te odbywają się również w tak egzotycznych i atrakcyjnych dla rezerwisty miejscach jak Polinezja Francuska, niewątpliwie zachęcając kandydatów do służby. Formacja taka miała miejsce w terminie 14 - 18 października 2022 roku. Przeszkolono dwóch lekarzy, czterech pielęgniarzy i jedną osobę spośród personelu administracyjnego służby zdrowia¹⁶².

Praktyczne aspekty służby w rezerwie są obsługiwane metodą „online”. Wypełnienie formularza akcesyjnego, podpisanie pierwszego kontraktu, zgłaszanie się na różne aktywności szkoleniowe i zawodowe oraz realizacja wyjazdów służbowych (zwrot kosztów, bezpłatne bilety na komunikację zbiorową) obsługiwane są za pomocą systemu teleinformatycznego Rezerwista operacyjny w sieci (*ROC - Réserve opérationnel connecté*)¹⁶³.

We Francji wyróżnia się 2 główne rodzaje rezerwy wojskowej:

- rezerwa operacyjna, złożona z:
 - rezerwy operacyjnej poziomu 1 (*ROI*),
 - rezerwy operacyjnej poziomu 2 (*RO2*),
- rezerwa obywatelska obrony i bezpieczeństwa.

Rezerwa operacyjna poziomu 1 stanowi bezpośrednie wsparcie wojskowej służby zdrowia w czasie pokoju, wojny i kryzysu w jednostkach operacyjnych sił zbrojnych

¹⁶¹ Ndoudi E., La division « Réserve » à Tours : le nouvel atout stratégique du Service de santé des armées, *defense.gouv.fr*, 24.10.2024, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/division-reserve-tours-nouvel-atout-strategique-du-service-sante-armees> (09.11.2024)

¹⁶² May M.C., *Polynésie Française: première formation militaire initiale des soignants réservistes*, *ActuSante*, 2022, 165, s.41.

¹⁶³ B.d., 2020-2021 : *La réserve du SSA se transforme*, *ActuSante*, 2021, 161, s.38-39.

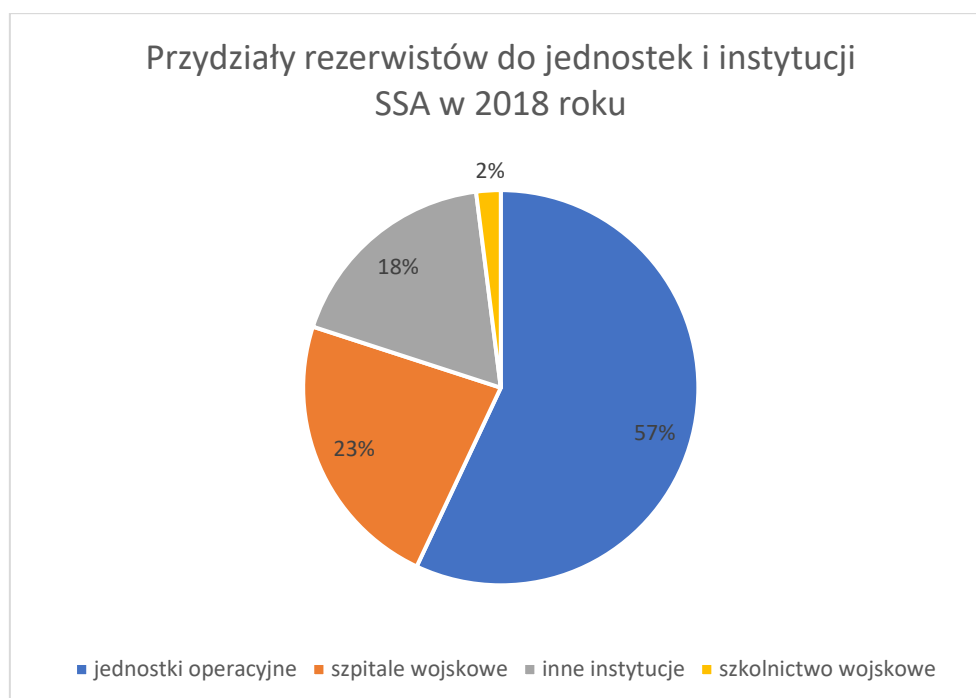
oraz w szpitalach i instytutach naukowo – badawczych. Rezerwista tego najwyższego poziomu gotowości posiada zatrudnienie w placówkach powszechnego systemu zdrowia (często w cywilnych i wojskowych jednocześnie), będąc aktywnym zawodowo profesjonalistą w zawodzie medycznym. Może być powołany do służby w ramach wsparcia swojej etatowej struktury wojskowej w sytuacjach nagłych lub być desygnowany do misji poza granicami państwa, oczywiście po wcześniejszym wyrażeniu przez siebie zgody. Żołnierze rezerwy poziomu 2 rekrutują się spośród osób, które zakończyły pracę w zawodzie medycznym nie dawniej jak 5 lat temu. Powoływani są tylko w razie wystąpienia kryzysu na wielką skalę, na podstawie krajowych planów bezpieczeństwa, wdrażanych przez odpowiednie struktury państwowe, na okres do 30 dni, z możliwością przedłużenia o kolejne. Rezerwę obywatelską stanowią osoby cywilne, niebędące uprawnione do noszenia broni, które ochotniczo pełnią obowiązki w strukturach wojskowej służby zdrowia, najczęściej w administracji, szkolnictwie lub instytutach naukowo – badawczych¹⁶⁴.

Wojskową służbę zdrowia wspiera obecnie ponad 4 tysiące rezerwistów, z czego 73 proc. ogółu to osoby cywilne, bez wcześniejszej przeszłości w armii. Ma to związek z celową polityką odmładzania rezerwy operacyjnej poziomu 1, ukierunkowanej na pozyskiwanie personelu bezpośrednio ze środowiska cywilnego, posiadającego mniej niż 30 lat. Nacisk kładzie się na odpowiednią formację takich osób i zapewnienie atrakcyjnej ścieżki zawodowej, poprzez możliwości awansu i pozyskania solidnego źródła zarobkowania (doradztwo zawodowe). Aktywna rezerwa jest kolejnym pomostem łączącym personel cywilny z wojskową służbą zdrowia. W 2018 roku wyliczono, że ponad 3 tysiące rezerwistów odpowiedzialnych było za 73 268 dni aktywności w placówkach wojskowych, z czego 9 proc. przypadało na misje poza granicami państwa. Zdecydowana większość (57 proc.) zasilala jednostki operacyjne sił zbrojnych. Do szpitali wojskowych trafiło 23 proc. rezerwistów, 18 proc. wykonywało obowiązki w innych strukturach i instytucjach, a 2 proc. w szkolnictwie wojskowym¹⁶⁵. Wartość rezerwy wojskowej dla służby zdrowia w siłach zbrojnych pokazują statystyki z 2021 roku, gdzie ponad 4 tysiące rezerwistów spędziło 110 tysięcy dni na służbie w jej placówkach, w tym 6 660 w ramach misji zagranicznych¹⁶⁶.

¹⁶⁴ B.d., *Comment s'organise la réserve du SSA?*, ActuSante, 2019, 154, s.27-28.

¹⁶⁵ Tamże.

¹⁶⁶ Martin-Perez S., *La réserve du SSA: valeurs partagées et nouveaux projets*, ActuSante, 2022, 165, s.33.



Wykres 1. Zestawienie pokazujące procentowy przydział rezerwistów do poszczególnych podsystemów wojskowej służby zdrowia w 2018 roku.

Źródło: B.d., *Comment s'organise la réserve du SSA?*, ActuSante, 2019, 154, s.27-28.

2.7.5. Współpraca cywilno – wojskowa na rzecz lokalnej ludności poza granicami państwa

Rola personelu wojskowej służby zdrowia we wspieraniu wysiłku żołnierzy kontyngentów francuskich w osiągnięciu celów operacji jest znana od dawna. Lekarz wojskowy lub pielęgniarz oferujący opiekę zdrowotną i pomoc miejscowej ludności w sytuacjach nagłych, w szczególności w miejscach, gdzie system opieki zdrowotnej od dawna nie istnieje, był i wciąż jest uznawany za doskonałego „agenta wpływu” sił zbrojnych. Dzięki swojej, z pozoru, altruistycznej postawie, bezpośrednio pozyskuje dusze i umysły tubylców dla sprawy. Jest również perfekcyjnie zakamuflowaną osobą do zbierania informacji. Oficer wojsk kolonialnych i pierwszy zarządca protektoratu w Maroku, Hubert Lyautey mawiał, że lekarz jest pierwszym z wyboru i najbardziej efektywnym narzędziem pacyfikacji i penetracji szeregów przeciwnika¹⁶⁷. Podobną rolę personel medyczny sił zbrojnych odgrywał w Algierii, Indochinach i innych konfliktach z udziałem wojsk francuskich.

Poza aspektem operacyjnym, wzmożona działalność wojskowej służby zdrowia na rzecz lokalnych społeczności wynika też z poczucia obowiązku, wobec drastycznego odwrócenia stosunku ofiar konfliktów zbrojnych, cywilnych do militarnych. Jeśli podczas I Wojny Światowej 80 proc. poszkodowanych było żołnierzami, to obecnie jest dokładnie odwrotnie i tylko 20 proc. ofiar działań zbrojnych jest aktywnymi uczestnikami walk. 80 proc. to cywile, przypadkowo znajdujący się w niebezpiecznym rejonie. Wsparcie w zakresie ochrony zdrowia dla ludności cywilnej znajdującej się wbrew jej woli na teatrze działań jest poniekąd obowiązkiem żołnierzy i warunkiem do pozyskiwania społeczeństwa dla osiągnięcia celów długoterminowych. Fakt ten skłonił decydentów francuskich do sformalizowania

¹⁶⁷ Gouraud H., *Lyautey – Les vies illustres*, Hachette, Paryż, 1938.

współpracy żołnierzy ze środowiskiem cywilnym w rejonie misji, za pomocą Dyrektywy szefa Sztabu Generalnego z 11 lipca 1997 roku. Obecnie działalność ta jest regulowana przez Doktrynę sił zbrojnych o współpracy cywilno-wojskowej z 17 lipca 2019 roku¹⁶⁸. O problematyce tej (*civil-military co-operation - CIMIC*) traktuje również doktryna *NATO AJP-3.19* z listopada 2018 roku¹⁶⁹.

Pierwszy z wymienionych aktów prawnych był podstawą do wysłania wojskowego personelu medycznego do zespołu *CIMIC*, w składzie francuskiego kontyngentu misji w Kosowie, w lipcu 1999 roku. Zadania tego zespołu wynikające z dyrektywy polegały na działaniach wspierających siły własne w rejonie, poprzez przełamywanie barier i tworzenie atmosfery zaufania z lokalną społecznością oraz bezpośrednią pomoc dla ludności cywilnej. Miała ona na celu odbudowanie struktur, instytucji i placówek państwowych, odpowiedzialnych za zapewnienie obywatelom możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Trzecim filarem działań zespołu realizowanym w Kosowie była pomoc humanitarna, która według założeń powinna być niesiona, w krótkim okresie czasu, jako odpowiedź na sytuację kryzysową w domenie sanitarnej. Działania takie powinny być jak najszybciej przekazane strukturom lokalnym lub organizacjom pozarządowym (*non-governmental organization- NGO*), obecnym w rejonie. Zespół medyczny ds. *CIMIC*, składał się z dwóch sekcji. Sekcja oceny (lekarz i dwóch asystentów medycznych) miała za zadanie określić, analizować i regularnie raportować stan sanitarny lokalnej społeczności. Sekcja szpitalna (lekarz, dwóch pielęgniarzy i dwóch asystentów medycznych) miała wesprzeć funkcjonowanie miejskiego szpitala w Mitrovicy, który miał służyć cywilom oraz całemu personelowi misji *NATO* i innych organizacji, działających w Kosowie¹⁷⁰.

Skomplikowana sytuacja polityczno – społeczna na obszarze działań, cechująca się dużymi napięciami pomiędzy grupami etnicznymi oraz zniszczona lub nieobecna infrastruktura sanitarna powodowała, że skala trudności zadania francuskiego personelu medycznego była na bardzo wysokim poziomie. Wyzwaniem pierwszorzędym było przywrócenie poprawnego funkcjonowania szpitala, począwszy od zapewnienia wykwalifikowanej siły roboczej do pracy. Długotrwała, serbska dyskryminacja ludności pochodzenia albańskiego, poskutkowała stworzeniem przez tych drugich równoległych struktur medycznych niezależnych od instytucji państwowych, do których odnoszono się z ograniczonym zaufaniem. Sytuacja ta miała bardzo negatywny wpływ na dostęp służby zdrowia do profesjonalnego personelu medycznego. Od początku wdrażano niezbędne, podstawowe zasady obowiązujące w służbie zdrowia jak nieprzerwane zaopatrywanie placówki w wodę i prąd, środki opatrunkowe, leki oraz odpowiednia gospodarka odpadami medycznymi. Problemem był stan techniczny sprzętu, który od lat nie był obsługiwany i konserwowany poprawnie. Należało zadbać o zapewnienie usług pralniczych oraz wyposażenie i obsadzenie personelem kuchni. Wysokie ryzyko epidemiologiczne stwarzał brak prawidłowo funkcjonującej kostnicy szpitalnej.

¹⁶⁸ Dyrektywa nr 796/DEF/EMA/EMP.1/DR z 11 lipca 1997 roku w zakresie prowadzenia działalności cywilno – wojskowej (*Directive no 796/DEF/EMA/EMP.1/DR du 11 juillet 1997 relative a la conduite des actions civilo – militaires*) oraz Doktryna sił zbrojnych nr 125/ARM/CICDE/NP (*Doctrine interarmées DIA-3.19 CIMIC(2019) N° 125/ARM/CICDE/NP du 17 juillet 2019*), dostęp: https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/cicde/20190718_DIA-3.19_CIMIC2019_VF.pdf (09.11.2024)

¹⁶⁹ *NATO Standard AJP-3.19 Allied Joint Doctrine For Civil-Military Cooperation*, 11.2018, dostęp: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-3.19_EDA_V1_E_2509.pdf (09.11.2024)

¹⁷⁰ Rey J.L., *Service de sante des armees et actions civilo-militaires au Kosovo, de la theorie a la pratique*, Medecine et Armees, 2001, 29, s.165-167.

Praca zespołu medycznego *CIMIC* w terenie polegała na przeprowadzeniu bilansu sanitarno – epidemiologicznego lokalnej społeczności. Współpracowano z elementami miejscowych struktur medycznych, żołnierzy ze składu sił zbrojnych NATO, zabezpieczających działanie wojsk oraz organizacji pozarządowych, zajmujących się dostarczaniem pomocy humanitarnej. Najważniejszym zadaniem było wsparcie i stymulacja lokalnych samorządów do odbudowania swoich struktur tak, aby jak najszybciej, niezależnie od pomocy innych podmiotów, przejmowały obowiązki zapewnienia podstawowych świadczeń medycznych dla obywateli. Zagrożeniem dla powodzenia misji i działaniem niepożądanym było wyręczanie miejscowej ludności we wszystkich czynnościach organizacyjnych i medycznych, skutkujące jej całkowitym uzależnieniem od czynników zewnętrznych i brakiem jakiegokolwiek inicjatywy w działaniach mających na celu polepszenie swoich warunków życiowych. Należało również pamiętać o wciąż delikatnej sytuacji etniczno – kulturalnej, powodującej nieufność i napięcia na linii społeczeństwo – personel misji. W związku z tym wypracowano następujące zasady wsparcia miejscowej służby zdrowia, których należało ściśle przestrzegać:

- pomoc dla miejscowej służby zdrowia nigdy nie powinna faworyzować jednej grupy, ze względu na religię, przynależność etniczną czy kulturową; w przypadku wątpliwości preferuje się odstąpienie od czynności, z uwagi na negatywne konsekwencje zaognienia konfliktów między zwaśnionymi grupami;
- konieczne jest zapewnienie kontynuacji fachowego leczenia, po wykonaniu świadczenia; wykonanie skomplikowanej operacji i brak opieki pooperacyjnej jest w tej sytuacji błędem;
- wsparcie miejscowych placówek służby zdrowia powinno być ukierunkowane na najpilniejsze interwencje; świadczenia medyczne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dla miejscowej społeczności mogą być realizowane tylko w przypadku zabezpieczenia zabiegów ze wskazań życiowych;
- siły i środki pomocowe nie powinny być substytutem miejscowej służby zdrowia, w dziedzinach, których ta posiada zdolności, lecz działać w porozumieniu z nią jako uzupełnienie braków i luk w systemie opieki zdrowotnej (w Kosowie były to przede wszystkim profilaktyka i edukacja zdrowotna, medycyna szkolna i medycyna pracy¹⁷¹).

Działalność zespołu medycznego *CIMIC* w ramach francuskiego kontyngentu wojskowego w Kosowie okazała się bardzo ważna dla powodzenia misji. Wsparcie powszechnego systemu zdrowotnego i lokalnych społeczeństw dawało legitymację siłom zbrojnym do działania na terytorium kraju, szczególnie w oczach dyskryminowanej wcześniej ludności pochodzenia albańskiego. Francuski lekarz biorący udział w codziennych konsultacjach na oddziale pediatrycznym szpitala w Mitrovicy, przełamywał barierę nieufności i sprawiał, że żołnierzom łatwiej było wykonywać zadania w terenie, w którym dominowała pozytywnie nastawiona do nich ludność. Wszystkie czynności wg. doktryny *CIMIC* (wsparcie sił zbrojnych, wsparcie lokalnej społeczności, pomoc humanitarna) wzajemnie się przenikały. Niezwykle ważna w tej sytuacji była współpraca oraz wzajemne określenie i zrozumienie kompetencji między szefem zespołu a dowódcą zabezpieczenia medycznego kontyngentu.

¹⁷¹ Raport informacyjny nr 3167 Zgromadzenia Narodowego z 20 czerwca 2001 roku w sprawie działań cywilno – wojskowych na zagranicznych teatrach (*Rapport D'information Assemblée Nationale N° 3167 sur l'action civile des armées sur les théâtres extérieurs - action civilo-militaire*), dostęp: <https://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i3167.asp> (09.11.2024)

Współdziałanie z instytucjami cywilnymi zajmującymi się pomocą humanitarną pozwalało na korzystanie ze środków zaopatrzenia sprowadzanych w znacznych ilościach na potrzeby miejscowej ludności, bez konieczności zużywania zasobów własnych¹⁷².

Współpraca z podmiotami cywilnymi wojskowej służby zdrowia jest traktowana priorytetowo również na kontynencie afrykańskim, szczególnie w rejonie tradycyjnych wpływów Francji, w tzw. państwach „frankofońskich”, gdzie dominującym językiem jest francuski. Modelowym przykładem jest zaangażowanie sił zbrojnych Republiki w rozwój wojskowej służby zdrowia w Gabonie, gdzie służba ta dynamicznie się rozwija i stanowi dominujący podmiot całego systemu powszechnej opieki zdrowotnej. Wyrazem i platformą prężnej współpracy jest działalność Wojskowej Szkoły Służby Zdrowia (*L'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire de Libreville - EASSML*), w Libreville, stolicy Gabonu. Instytutka ta kształci przyszłych lekarzy wojskowych na potrzeby wielu państw afrykańskich. Dzieje się to w ramach projektu Szkoła Narodowa o zasięgu regionalnym (*L'Ecole Nationale à vocation régionale - ENVR*), pod patronatem Ministerstwa Spraw Zagranicznych Francji. Absolwenci tej uczelni pochodzą m.in. z takich państw jak Burkina Faso, Kamerun, Wybrzeże Kości Słoniowej, Mali, Niger, Republika Środkowoafrykańska, Czaad i Togo. Dodać należy, że lekarz wojskowy z Francji piastuje stanowisko doradcy technicznego dyrektora wojskowej służby zdrowia Gabonu, będąc jednocześnie dyrektorem studiów w wyżej wymienionej szkole¹⁷³.

W ramach projektu *ENVR*, przy czynnym udziale francuskich lekarzy wojskowych, działa Szkoła Wojskowej Służby Zdrowia (*L'école du service de santé des Armées de Lomé - ESSAL*) i Wojskowa Szkoła Personelu Paramedycznego (*l'École du Personnel Paramédical des Armées - EPPA*) w Lome (Togo). Obie instytucje posiadają podpisane umowy partnerskie z paryską szkołą *Val de Grace*, co umożliwia im wysyłanie na staże do Francji swoich studentów¹⁷⁴. Wspomniane aktywności dają Francji oczywiste korzyści, w postaci poszerzania i utrzymywania swojej strefy wpływów w regionie. Dodatkowo wpływają pobudzająco na rozwój i jakość służby zdrowia w krajach, w których obecni są żołnierze francuscy, co ma kluczowe znaczenie dla ich bezpieczeństwa. Jako przykład mogą służyć wydarzenia, które rozegrały się 26 maja 2021 roku w Mali, podczas operacji *Barkhane*. Ciężko ranny (uraz czaszkowo-mózgowy) żołnierz francuski, był operowany przez miejscowego neurochirurga pułkownika - lekarza Abdoulaye Kane, wykształconego, m.in. w placówkach wojskowej służby zdrowia Francji, w tym podczas siedmioletniego pobytu w Paryżu. Jego interwencja umożliwiła transport pacjenta na pokładzie samolotu ewakuacji strategicznej *Falcon* i dalsze leczenie w metropolii zakończone sukcesem. Państwa afrykańskie, poza oczywistymi zaletami obecności Francuzów, w postaci rozwoju własnych zdolności w zakresie opieki zdrowotnej, mogą liczyć na wsparcie partnerskie w zakresie sytuacji kryzysowych. Podczas pandemii *Covid-19*, dzięki m.in. donacji finansowej (4 miliony euro) oraz zapleczu technicznemu i materiałowemu płynącemu z Francji, udało się wyekwipować 80 stanowisk intensywnej terapii w szpitalu w Libreville. Utworzono również dwie mobilne jednostki reanimacyjne na

¹⁷² Rey J.L., *Service de sante des armees et actions civilo-militaires au Kosovo, de la theorie a la pratique*, Medecine et Armees, 2001;29;s.168-170.

¹⁷³ B.d., *Organisation*, eassml.org, 2022, dostęp: <https://eassml.org/organisation/> (20.12.2022)

¹⁷⁴ Ministerstwo ds. Europy i Spraw Zagranicznych. *Szkoły i akademie bezpieczeństwa i obrony partnerskie dla Dyrektoriatu współpracy w zakresie bezpieczeństwa i obrony (Ecoles et académies de sécurité et de défense partenaires de la DCSD)*, diplomatie.gouv.fr, 2024, dostęp: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/livret_envr_-_2024_-_vfinale_3_cle0431e1.pdf (13.11.2024)

bazie namiotów oraz przeszkolono sześciuset pięćdziesięciu trzech pracowników służby zdrowia w zakresie zaawansowanych czynności medycznych¹⁷⁵.

Działalność na rzecz ludności cywilnej poza obszarem państwa w sytuacjach kryzysowych mają w swoim statucie Jednostki szkolenia i interwencji Obrony Cywilnej (*Unités d'instruction et d'intervention de la Sécurité Civile - UIISC*), w których skład wchodzi żołnierze wojskowej służby zdrowia. Podstawowym elementem wykonawczym *UIISC*, odpowiedzialnym za niesienie pomocy po katastrofach, jest Modułowy komponent szybkiego reagowania medycznego (*L'Élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale - ESCRIM*). Brał on udział dotychczas w siedemnastu operacjach poza granicami państwa, m.in. przy usuwaniu skutków katastrof naturalnych jak trzęsienia ziemi, tsunami, cyklony (np. Haiti, Turcja, Indonezja) oraz w rejonie działań wojennych (Kongo, Kosowo, Sri Lanka)¹⁷⁶. Jest to szpital polowy rozkładany na bazie dwudziestu dwóch namiotów, zajmujący 1000 m² i posiadający 60 ton masy własnej. Może być transportowany drogą lotniczą. Zapewnia 15 godzin autonomii w zakresie zaopatrzenia w środki medyczne. Szpital ten składa się z trzech części: logistycznej i dowodzenia, chirurgicznej oraz szpitalnej, z blokami operacyjnymi, pracownią radiologiczną, apteką i laboratorium. W terminie 04-08 kwietnia 2022 r. *ESCRIM* przechodził certyfikację *Emergency Medical Team (EMT2)* pod egidą *WHO*, pozwalającej działać w strukturach międzynarodowych, w ramach misji humanitarnych organizowanych m.in. przez Unię Europejską¹⁷⁷.

Jednym z najnowszych przykładów działalności humanitarnej w sytuacji kryzysowej *UIISC* jest udział stu czterdziestu ratowników, w tym żołnierzy Brygady Straży Pożarnej z Paryża (*Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris*) i batalionu z Marsylii (*Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille*) w akcji poszukiwawczo – ratowniczej, po trzęsieniu ziemi w Turcji, które nawiedziło ten kraj 6 lutego 2023 roku. Francuzi, którzy operowali w ramach mandatu europejskiej obrony cywilnej, dzięki wojskowym samolotom transportowym *A330 i A440M* błyskawicznie znaleźli się na miejscu zdarzenia, gdzie zaoferowali nieocenioną pomoc miejscowym służbom. Szpital polowy osiągnął gotowość do działania po 30 godzinach od wylądowania, co, biorąc pod uwagę niekorzystne warunki atmosferyczne (temperatura dochodząca do -15°C), było sporym osiągnięciem załogi¹⁷⁸.

¹⁷⁵ Lanteri D., *Former les partenaires pour mieux se protéger : un enjeu majeur de la coopération internationale médicale*, ActuSante, 2021, 161, s.20-21.

¹⁷⁶ Couret A., Roux E., et al., *L'Élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale (ESCRIM) certifié EMT2 par l'OMS*, ActuSante, 2022, 164, s.18.

¹⁷⁷ Brunier C., *Nous avons secouru les victimes du séisme en Turquie*, Esprit Défense, 2023, 8, s.56-57.

¹⁷⁸ B.d., *Au secours des victimes en Turquie*, TIM, 2023, 337, s.10.

ROZDZIAŁ III

Nowe wyzwania geostrategiczne, a zmiana modelu wojskowej służby zdrowia.

3.1. Nowe wyzwania geopolityczne dla interesów Republiki francuskiej a zaangażowanie sił zbrojnych na światowym teatrze działań

Najważniejszym dokumentem we Francji dotyczącym szeroko rozumianego bezpieczeństwa narodowego jest Biała księga obrony i bezpieczeństwa narodowego (*Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale – LBDSN*). Jednym z głównych założeń tej wydanej w 2013 r., a mającej obowiązywać w latach 2013-2025, był brak bezpośredniego zagrożenia terytorium europejskiego pełnowymiarowym konfliktem zbrojnym. Jako największe zagrożenia dla Republiki wskazano terroryzm, także w przestrzeni cybernetycznej, przestępczość zorganizowaną, rozpowszechnianie i handel bronią, w tym broni masowego rażenia oraz kryzys i zależność finansową od międzynarodowych instytucji. Wyzwaniem o znaczeniu strategicznym dla Francji miały być dynamiczne zmiany i destabilizacja gospodarczo-polityczna na terenach leżących w tradycyjnej strefie jej interesów, szczególnie w Afryce¹⁷⁹. Podobne tezy postawiono w kolejnym dokumencie o strategicznym znaczeniu, pt. Strategiczny przegląd obrony i bezpieczeństwa narodowego z 2017 roku (*Revue stratégique de défense et de sécurité nationale – 2017*). Zredagowany został przez specjalnie powołany do tego zadania komitet (przez prezydenta Republiki), złożony z autorytetów zajmujących się tematyką bezpieczeństwa¹⁸⁰.

24 lutego 2022 roku, we wczesnych godzinach porannych, wszystkie dotychczasowe, optymistyczne założenia przestały obowiązywać. Europa obudziła się w nowej rzeczywistości geopolitycznej, otwartego ataku zbrojnego jednego państwa na drugie, u samych granic Unii Europejskiej i NATO. Dodatkowego znaczenia nabiera fakt, że agresorem jest państwo posiadające znaczący potencjał nuklearny, które było i jest tradycyjnym przeciwnikiem tzw. "świata zachodu" po II wojnie światowej i główną przyczyną powstania największego sojuszu militarnego w najnowszej historii jakim jest Pakt Północnoatlantycki. Ofiarą napadu natomiast, jest państwo zaatakowane z powodu swoich europejskich aspiracji, sprzeciwiające się woli podporządkowania swojemu większemu sąsiadowi. Sytuację Francji i jej aspiracji na arenie międzynarodowej komplikują wszystkie wyzwania wymienione w białej księdze. W szczególności otwarte przejmowanie wpływów przez układ chińsko – rosyjski, które odbywa się od kilku lat na terytoriach uznanych przez pokolenia za strefę wyłącznych interesów francuskich jak Republika Środkowoafrykańska i Sahel w Afryce oraz Nowa Kaledonia na Pacyfiku. Chcąc pełnić kluczową rolę w tworzeniu europejskiego środowiska bezpieczeństwa oraz stanowić państwo, z którym należy się liczyć w wymiarze światowym, siły zbrojne Republiki muszą angażować się czynnie w działania odstrasżające agresora na flance wschodniej NATO, nie tracąc również inicjatywy na arenie globalnej. Taka narracja głośno rozbrzmiewa wśród fachowców zajmujących się tematyką bezpieczeństwa narodowego, bez względu na przynależność polityczną¹⁸¹.

¹⁷⁹ *Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale 2013*, Wydział Informacji Prawnej i Administracyjnej (DILA), 2013, dostęp: <https://www.vie-publique.fr/rapport/33131-livre-blanc-sur-la-defense-et-la-securite-nationale-2013> (16.03.2025)

¹⁸⁰ *Revue stratégique de défense et de sécurité nationale – 2017*, Delegacja ds. Informacji i Komunikacji Obronnej (DICO), dostęp: <https://www.vie-publique.fr/rapport/36946-revue-strategique-de-defense-et-de-securite-nationale-2017> (21.05.2022)

¹⁸¹ Pellistrandi J., *Editorial*, *Revue Defense National*, 2022, 848, s.1-2.

Również elity rządzące dostrzegają fundamentalne zagrożenie dla strategicznych interesów Francji, czego wyrazem jest pogłębianie integracji w ramach Sojuszu Północnoatlantyckiego przez wspólne ćwiczenia i zwiększoną obecność na najbardziej zagrożonym obecnie kierunku. Powiększony o pododdział piechoty górskiej został kontyngent armii francuskiej w Estonii, w ramach wzmocnionej, wysuniętej obecności NATO (*NATO enhanced Forward Presence – eFP*), pod kryptonimem *Lynx*. Dodatkowo 22 czerwca 2022 roku, w odpowiedzi na agresywną retorykę Rosji w stosunku do państw bałtyckich dokonano desantu kompanii 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (*2REP*), w ramach operacji *Thunder Lynx*. Była to manifestacja wsparcia francuskiego dla Estonii i sygnał dla przeciwnika, że Francja nie będzie przyglądać się biernie wydarzeniom, a co najważniejsze posiada zdolności do natychmiastowej projekcji istotnych sił uderzeniowych. Dowodem na to, że nie była to akcja jednorazowa, a francuskie jednostki operacyjne są w stałej gotowości do podjęcia działań było powtórzenie ćwiczenia niespełna rok później, w ramach misji *Thunder Lynx II*, które odbyło się 19 maja 2023 roku. Tym razem wzięły w niej udział pododdziały 8. Pułku Spadochroniarzy Piechoty Morskiej (*8e Régiment Parachutiste d'Infanterie de Marine – RPIMa*). Dla ochrony nieba nad państwami bałtyckimi, pod auspicjami wzmocnionej kontroli przestrzeni powietrznej NATO (*enhanced Air Policing – eAP NATO*), wysłano dodatkowe 4 samoloty myśliwskie *Mirage 2000-5F* wraz ze stu osobową grupą pilotów i personelu obsługi naziemnej¹⁸².

Francuskie statki powietrzne (wielozadaniowe *Rafale* wraz z tankowcami powietrznymi *A-330 MRTT* oraz zwiadowcze *E3F*), począwszy od 24 lutego 2022 roku, są obecne nad Polską, w ramach codziennych misji patrolowania i odstraszania potencjalnego agresora. W Rumunii natomiast od 28 lutego 2022 roku, w oparciu głównie o 27. Batalion Strzelców Alpejskich (*27e Bataillon de Chasseurs Alpains – 27e BCA*) działa pododdział Grot (*Spearhead*). Kontyngent, wykonujący obowiązki w ramach operacji pod kryptonimem *Aigle*, liczy ok. 800 żołnierzy, a od 9 marca 2022 roku został dodatkowo wzmocniony komponentem sił zbrojnych Belgii (ok. 300 żołnierzy)¹⁸³. Ugrupowanie to jest częścią sił odpowiedzi NATO szybkiego reagowania (*NRF VJTF – Very high readiness Joint Task Force*). W 2022 roku Francja wydzielala do NRF ponad 8000 swoich żołnierzy, dowodząc komponentami lądowym, powietrznym oraz zwalczania zagrożeń *CBRN*. Część tych sił i środków, w postaci trzech tysięcy dwustu żołnierzy, ponad pięciuset pojazdów różnego typu, dwóch okrętów (śmigłowcowca *Dixmude* i fregaty wielozadaniowej *Languedoc*) oraz samolotów patrolowania morskiego *ATL2* i zwiadowczego *E3F*, wzięło udział w ćwiczeniu *Cold Response 22* w Norwegii, będącym odpowiedzią na agresywne działania Rosji u granic NATO¹⁸⁴.

Na Morzu Śródziemnym swoją misję odstraszania i kontrolowania sytuacji w rejonie kontynuowała największa siła uderzeniowa marynarki wojennej Francji, w postaci zgrupowania powietrzno-morskiego (*Groupe aeronaval – GAN*) z jedynym francuskim lotniskowcem *Charles De Gaulle*. W jego skład wchodziły dodatkowo fregata przeciwlotnicza *Forbin*, fregata wielozadaniowa obrony powietrznej *Alsace*, fregata wielozadaniowa *Normandie* oraz amerykański niszczyciel *USS Ross*. Zgrupowanie to było wspierane przez okręt dowodzenia i logistyki *Marne*, jednego okrętu podwodnego ze składu marynarki wojennej Francji. Rozpoznanie dostarczały samoloty zwiadowcze *ATL2* i amerykański *P8*.

¹⁸² EMAFR, *Dossier de Presse Mission Opérationnelle Lynx Estonie*, defense.gouv.fr, 2022, s.5.

¹⁸³ B.d., *Renforcement du flanc est de l'OTAN*, defense.gouv.fr, dostęp:

<https://www.defense.gouv.fr/operations/operations/otan/renforcement-du-flanc-est-lotan> (17.05.2022)

¹⁸⁴ tamże.

Zadaniem zgrupowania, które w związku z atakiem na Ukrainę, zostało wzmocnione fregatą wielozadaniową *Auvergne* i jednym samolotem patrolowania morskiego, było kontrolowanie przestrzeni powietrznej sojuszników z Rumunii, Bułgarii oraz Chorwacji. Siły (ok. 3000 żołnierzy) i środki *GAN* wspierały również misję *EUFOR-ALTHEA* w będącej w skomplikowanej sytuacji wewnętrznej Bośni i Hercegowinie¹⁸⁵.

Siły zbrojne Francji (ok. 10 000 żołnierzy) pilnują interesów państwowych i jego obywateli na całym świecie w ramach stałej obecności na terytoriach zamorskich (Siły suwerenności - *Forces de souveraineté*) takich jak Nowa Kaledonia, Martynika, Reunion, Polinezja Francuska i Gujana Francuska. Działają również w państwach sojusznicznych (Siły projekcji - *Forces de présence*), na podstawie umów dwustronnych z ich rządami. W ten sposób żołnierze francuscy są obecni w Wybrzeżu Kości Słoniowej, Gabonie, Senegal, Dżibuti oraz Zjednoczonych Emiratach Arabskich. W połączeniu z aktywnością w ramach operacji zagranicznych, w tym wielonarodowych, w strategicznie ważnych dla Francji miejscach jak *Chammal* w Iraku i *Daman* w Libanie, daje to pełen obraz zaangażowania militarno – politycznego na rzecz zabezpieczenia statusu mocarstwa średniej wielkości o globalnym zasięgu¹⁸⁶.

Posiadanie i unowocześnianie odstraszającej broni jądrowej oraz rozbudowa i modernizacja techniczna wojsk konwencjonalnych. Innowacyjność i inwestycje w przemyśle zbrojeniowym oraz mobilne siły zbrojne, zdolne do projekcji w krótkim czasie, w każdym zakątku świata, stanowią podstawy do odgrywania ważnej roli w kształtowaniu międzynarodowego bezpieczeństwa. Atak Rosji na Ukrainę znacznie skomplikował sytuację geostrategiczną w najbliższej bliskości metropolii i narusza podstawowe interesy Republiki francuskiej. Natychmiastową reakcją władz państwowych i dowódczych kręgów wojskowych jest zmiana dogmatu przygotowania armii do potencjalnego konfliktu. Siły zbrojne, przyzwyczały się przez wiele lat do operacji zagranicznych angażujących niewielkie siły i środki do konfrontacji z przeciwnikiem o znacznie mniejszym potencjale militarnym i ekonomicznym. Obecnie muszą zmierzyć się z sytuacją zagrożenia konfliktem zbrojnym o wysokiej intensywności z państwem o podobnym potencjale wojskowym. Wymaga to fundamentalnych zmian w wielu domenach, ukierunkowanych głównie na zwiększenie możliwości operacyjnych dużych związków taktycznych, formatu korpusu i dywizji. Konieczna jest konsolidacja całego systemu bezpieczeństwa państwa, poprzez wzmacnianie koordynacji i współpracy między resortami oraz mobilizację i zaangażowanie całego społeczeństwa. Do nowych wymagań muszą dostosować się pododdziały i instytucje wojskowej służby zdrowia. Chcąc sprostać zadaniom ochrony życia i zdrowia żołnierzy oraz ludności cywilnej, w warunkach masowych strat sanitarnych, jakie są nieuniknione w konflikcie o dużej intensywności, należy znacznie zwiększyć swój potencjał osobowy i materialny. Przygotowaniom do takiego konfliktu służyły m.in. ćwiczenia *Orion-23*, przeprowadzone na początku 2023 roku. Pokazuje to, że decydenci francuscy odpowiednio

¹⁸⁵ B.d., *Activités du GAN dans la posture dissuasive et défensive du flanc Est*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/operations/operations/otan/activites-du-gan-posture-dissuasive-defensive-du-flanc-est> (18.05.2022)

¹⁸⁶ B.d., *Forces prépositionnées*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/operations/forces-prepositionnees> (19.05.2022)

diagnozują ryzyko jego wystąpienia i nie zamierzają dać się zaskoczyć takiemu rozwojowi zdarzeń¹⁸⁷.

Przygotowania militarne mają odpowiednie umocowanie w dokumentach doktrynalnych o strategicznym znaczeniu jak Narodowy przegląd strategiczny z 2022 roku (*Revue nationale stratégique – 2022*)¹⁸⁸. Reakcją komponentu medycznego sił zbrojnych na zmieniające się zagrożenia jest stworzenie planu zmian pt. Ambicje strategiczne SSA 2030 (*Ambition stratégique SSA 2030*), które mają przygotować służbę do nowych wyzwań. Przedsięwzięcia podejmowane w domenach doktrynalnej, planistycznej i operacyjnej są wzmacniane przez odpowiedni przekaz kręgów politycznych i wojskowych skierowany do przeciwnika, który nie wyklucza użycia francuskich sił zbrojnych w konflikcie na Ukrainie.

3.2. Rozwój zdolności operacyjnych zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w kierunku autonomii strategicznej

Złożona sytuacja międzynarodowa wymaga od wojskowej służby zdrowia zdecydowanych działań w zakresie organizacji zabezpieczenia medycznego operacji na wielu teatrach działań równocześnie, w odległych od siebie stronach świata. Następujące zmiany organizacyjne mające na celu dostosowanie opieki zdrowotnej w siłach zbrojnych do tych wymagań mają odzwierciedlenie w aktach prawnych. Ustawa Zgromadzenia Narodowego (francuski parlament) z 2016 roku o modernizacji systemu zdrowotnego we Francji wyznacza ważną rolę dla wojskowej służby zdrowia w powszechnym systemie opieki zdrowotnej na terenie kraju i poza jego granicami, w ramach zabezpieczanych przez nią działań sił zbrojnych¹⁸⁹. Ponadto lekarz wojskowy wspierający miejscową ludność na terenach, gdzie infrastruktura sanitarno-higieniczna uległa zniszczeniu lub jest nieobecna, może być bardziej skuteczny w pozyskiwaniu serc i umysłów miejscowego społeczeństwa niż brygada zmechanizowana z całym swoim zapleczem.

Transformacja wojskowej służby zdrowia według projektu *SSA 2020* przebiegała, a w myśl ambicji strategicznych 2030 ma przebiegać na wielu poziomach. Modernizacja struktur organizacyjnych i zarządczych oraz zwiększenie finansowania ma spowodować uwolnienie znacznych sił i środków na potrzeby działalności operacyjnej służby. Nawiązanie współpracy ze środowiskiem cywilnym oraz otwarcie żołnierzy na nowoczesne technologie ma zwiększać jakość świadczeń medycznych dla żołnierzy na terenie metropolii oraz w rejonach misji na całym świecie. Celem nadrzędnym jest uzyskanie autonomii strategicznej przez służbę medyczną sił zbrojnych poprzez stworzenie łańcucha ewakuacyjno – leczniczego prowadzącego do metropolii z dowolnego zakątka świata. Jego uruchomienie rozpoczyna zdarzenie na polu walki, bezpośrednio po odniesieniu ran przez żołnierza. Następnie obejmuje zespoły ewakuacji medycznej korzystające z pojazdów, śmigłowców i samolotów oraz struktury polowe zabezpieczenia medycznego na teatrze działań. Łańcuch ten kończy przyjęcie poszkodowanego lub chorego do szpitala wojskowego na terenie metropolii,

¹⁸⁷ B.d., *Dossier de presse – Orion-23*, 02.2023, defense.gouv.fr, dostęp:

https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/operations/EXERCICE_ORION_dossier-de-presse.pdf (10.04.2024)

¹⁸⁸ B.d., *Revue nationale strategique 2022*, sgdsn.gouv.fr, 28.12.2022, dostęp:

<https://www.sgdsn.gouv.fr/publications/revue-nationale-strategique-2022> (10.04.2024)

¹⁸⁹ *LOI no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

w którym dochodzi on do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej. System ten powinien być całkowicie niezależny od sojuszników i innych struktur lub instytucji międzynarodowych oraz elementów infrastruktury miejscowej. Nie wyklucza to oczywiście współpracy z ww. podmiotami, która jest pożądana. Każda kooperacja bowiem znacznie poszerza możliwości ewakuacyjno – lecznicze wojsk na teatrze, powoduje ekonomizację sił i środków, co ostatecznie zwiększa szanse na uratowanie jak największej liczby poszkodowanych żołnierzy. Działanie w strukturach sojuszniczych będzie miało jeszcze większe znaczenie w konflikcie o dużej intensywności, gdzie straty sanitarne prawdopodobnie znacznie przekroczą możliwości francuskiego oraz każdego innego sojuszniczego systemu zabezpieczenia medycznego działającego samodzielnie¹⁹⁰.

Konkretne środki finansowe na rozbudowę zdolności operacyjnych wojskowej służby zdrowia zostały przyznane na podstawie najważniejszego dokumentu planowania finansowego w siłach zbrojnych, tj. planu rozwoju wojskowego na lata 2019-2025 (*Le projet de loi de programmation militaire - PLM 2019-2025*)¹⁹¹. Podstawowe kierunki rozwojowe zostały potwierdzone w kolejnym planie na lata 2024-2029. Na potrzeby zmian organizacyjnych poprawiających funkcjonowanie służby medycznej oraz zakupy sprzętu wojskowego przeznaczono 924 miliony euro z budżetu państwa. Na inwestycje w infrastrukturę natomiast zaplanowano 374 miliony euro. Najważniejsze projekty, bezpośrednio zwiększające możliwości działania personelu medycznego, są związane z ewakuacją poszkodowanych z pola walki na szczeblu taktycznym (*Scorpion*), operacyjnym (*Merope*) oraz strategicznym (*Morphee*). Program modernizacji floty wozów bojowych obejmuje pojazdy ewakuacji medycznej realizowane dotychczas za pomocą platformy *VAB-SAN*. Cechą charakterystyczną nowego wozu *Griffon – san*, operującego na I poziomie zabezpieczenia medycznego, jest dużo większa odporność na miny i broń strzelecką przeciwnika, co ma korzystny wpływ na bezpieczeństwo członków załogi i pacjentów. Moduł ewakuacyjny *Merope* na samolotach *Airbus A400M Atlas*, wskutek stabilnej trajektorii tej platformy podczas manewrów oraz możliwości lądowań i startów z lotnisk polowych, zwiększa możliwości operacyjne wojskowej służby zdrowia w rejonach misji o wysokim ryzyku kontaktu ogniowego z przeciwnikiem. Moduł *Morphee* na pokładzie statku powietrznego *Airbus A330 Phenix* odpowiedzialny jest za ewakuację poszkodowanych na dalekie odległości. Możliwość transportowania jednocześnie sześciu ciężko rannych pacjentów powoduje zwiększenie zdolności w zakresie ewakuacji strategicznej, co będzie miało ogromne znaczenie w przypadku konfliktu o wysokiej intensywności działań bojowych daleko poza granicami państwa.

3.3. Globalizacja zagrożeń zdrowotnych na podstawie wniosków z pandemii Covid-19

Największym wyzwaniem organizacyjnym ostatnich lat dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie była pandemia *Covid-19*. Błyskawiczne rozprzestrzenianie się wirusa *SARS-CoV-2*, w świecie bez granic, z nieograniczonym dostępem do szybkiego

¹⁹⁰ Bouix J., Hoffmann C., *Médecine d'urgence et engagements opérationnels : rôle de l'infirmier militaire*, Urgence2015 Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence At: Paris, 2015; 107; s. 2-6, dostęp: https://www.researchgate.net/publication/281451684_Medecine_d'urgence_et_engagements_operationnels_role_de_l'infirmier_militaire (08.11.2024)

¹⁹¹ Ustawa nr 2018-607 z 13 lipca 2018 dotycząca programowania wydatków militarnych na lata 2019-2025 (*LOI n° 2018-607 du 13 juillet 2018 relative à la programmation militaire pour les années 2019 à 2025 et portant diverses dispositions intéressant la défense*), DZ.U. nr 0161 (JORF n°0161) z 14 lipca 2018, dostęp: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037192797> (18.02.2025)

transportu materiałów, usług i ludzi, spowodowało, że choroba szybko stała się problemem o zasięgu globalnym. Nieprzygotowanie krajowych systemów służby zdrowia do działania w warunkach pandemii objawiło się przede wszystkim brakiem wiedzy i specjalistycznych procedur działania w zakresie organizacji i zarządzania kryzysem spowodowanym przez chorobę zakaźną. Nie wypracowano metod leczenia chorych. Infrastruktura szpitalna nie była gotowa do napływu pacjentów (brak izolatorów). Niedobory indywidualnych środków ochrony dla personelu medycznego, sprawiały, że następowała jego masowa kontaminacja i braki kadrowe wskutek wyłączenia pracowników z obowiązków służbowych. Wszystko to, spowodowało, że sytuacja zdrowotna na całym świecie znacznie się pogorszyła (zwiększona śmiertelność, ograniczenie dostępności do służby zdrowia, choroby psychiczne będące skutkiem długotrwałych kwarantann) przyjmując znamiona kryzysowej¹⁹².

Francja bardzo szybko, bo już 23 lutego 2020 roku, przeszła na kryzysowy tryb funkcjonowania państwa. Wdrożono do działania plan *Orsan*, wprowadzony do Kodeksu zdrowia publicznego¹⁹³, poprzez Dekret Premiera Republiki o numerze 2016-1327 z 6 października 2016 roku¹⁹⁴. Zestaw procedur państwowych do zwalczania sytuacji kryzysowych w takich domenach jak masowy napływ pacjentów do służby zdrowia, zagrożenia *CBRN* i katastrofy klimatyczne pozwolił na skoordynowane zarządzanie kryzysem przez instytucje państwowe oraz uruchomienie sił i środków z zasobów podporządkowanych Ministrowi Obrony. Biorąc pod uwagę konieczność zabezpieczenia interesów na terytoriach zamorskich Francji oraz liczne misje zagraniczne sił zbrojnych Republiki oczywistym było, że operacja *Resilience*, ogłoszona przez prezydenta Emmanuela Macrona 25 marca 2020 roku, będzie miała zasięg globalny. Misja wsparcia państwa przez siły zbrojne, a w szczególności przez służbę medyczną, objęła 3 kontynenty. Odbывała się na lądzie, morzu i w powietrzu oraz zaangażowała tysiące żołnierzy ze składu wojsk lądowych, powietrznych i marynarki wojennej¹⁹⁵.

Równie szybko dostrzeżono, że pandemia *Covid-19* i jej światowy zasięg, oprócz zagrożeń, niesie ze sobą również wiele możliwości państwom, posiadającym aspiracje oraz aktywa do odgrywania ważnej roli na międzynarodowej scenie politycznej. Powszechnie znana jest aktywność na polu „pomocy humanitarnej” Chińskiej Republiki Ludowej, mierzona w tonach sprzętu i materiałów medycznych przewożonych do Europy na pokładach największych samolotów transportowych na świecie. Francja nie mogła pozostawić swoich terenów zamorskich bezbronnych na oddziaływanie tak poważnego rywala i aktywnie wsparła lokalną służbę zdrowia w walce z pandemią. Natychmiast po ogłoszeniu operacji *Resilience*, w rejon Oceanu Indyjskiego wyszedł śmigłowcowiec *Mistral* z całym swoim zapleczem ewakuacyjno – sanitarnym, zabezpieczając wyspy Reunion i Majota. W rejs na północny Atlantyk udał się natomiast śmigłowcowiec *Dixmude*, przewożąc na swoim pokładzie 138 ton

¹⁹² Horton R., *The COVID Catastrophe: What's Gone Wrong and How To Stop It Happening Again*, 2nd Edition, Polity, Cambridge, 2021.

¹⁹³ Najważniejszy, stale aktualizowany, akt prawny regulujący ochronę zdrowia we Francji.

¹⁹⁴ Dekret nr 2016-1327 z dnia 6 października 2016 r. w sprawie organizacji reagowania systemu opieki zdrowotnej („ORSAN”) i krajowej sieci oddziałów ratownictwa medyczno-psychologicznego do zarządzania wyjątkowymi sytuacjami zdrowotnymi (*Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*), DZ. U. (JORF) nr 0235 z 8 października 2016, dostęp: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033203698> (18.02.2025)

¹⁹⁵ EMA, *Dossier de presse Opération Résilience*, asafrance.fr, 29.03.2020, dostęp: https://www.asafrance.fr/images/ema_dossier-de-presse-operation-resilience.pdf (17.06.2022)

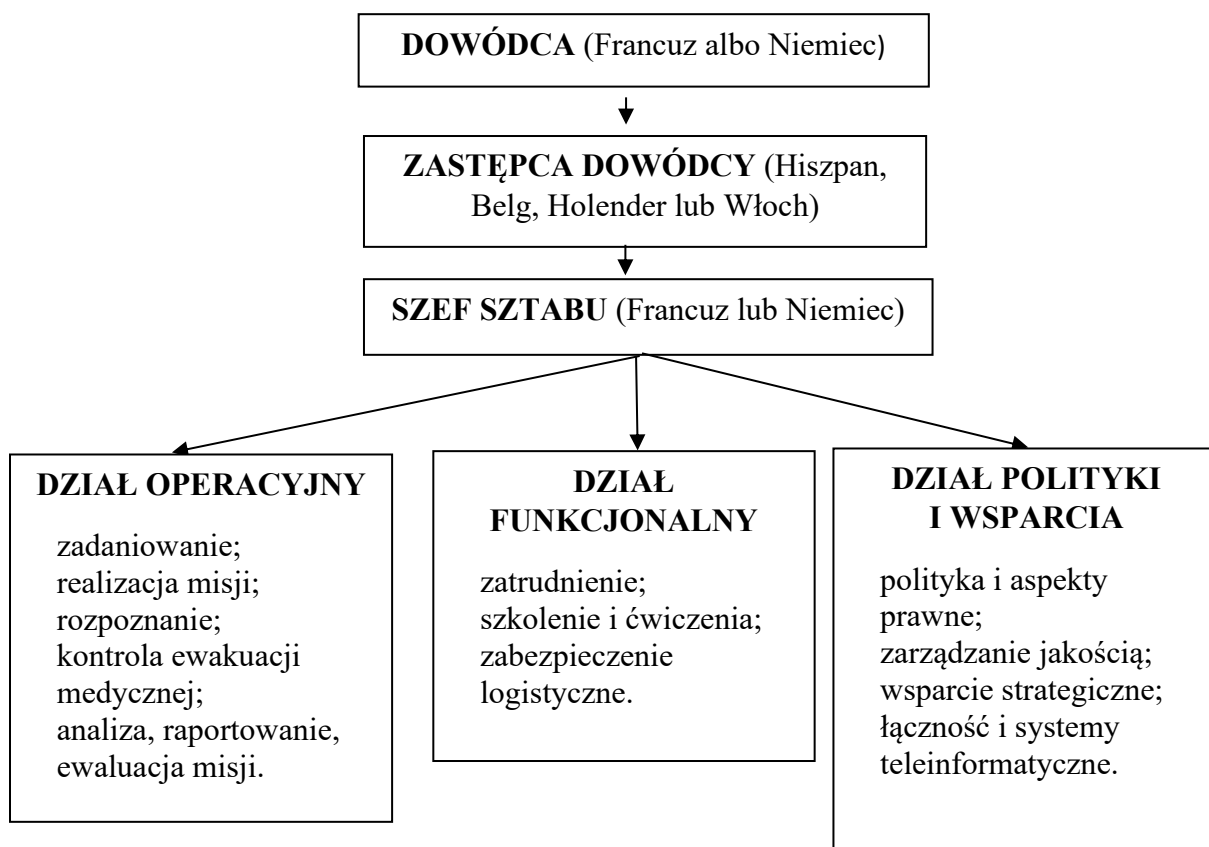
materiałów medycznych, 2 śmigłowce transportowe Puma wojsk lądowych i mały wiropląt obrony cywilnej *EC-145*, działający na korzyść ludności Martyniki, Gwadelupy i Gujany Francuskiej¹⁹⁶.

W ramach zwalczania zagrożenia, które nie zna granic państwowych, Francja postanowiła skorzystać z istniejących kanałów współpracy międzynarodowej, w szczególności w domenie transportu, takich jak Dowództwo Europejskiego Transportu Powietrznego (*European Air Transport Command - EATC*). Stworzona w 2010 roku w niderlandzkim Eindhoven instytucja, zrzesza Francję, Niemcy, Holandię, Belgię, Włochy, Hiszpanię i Luksemburg. Jej celem jest koordynacja działań w zakresie mobilności powietrznej, używając zasobów poszczególnych członków dowództwa. Zadanie to wykonuje poprzez unifikację procedur państwowych w ramach międzynarodowego centrum eksperckiego oraz innowacje i rozwój w takich obszarach jak transport pasażerski i towarowy, tankowanie w powietrzu, ewakuacja medyczna oraz zrzuty spadochronowe ludzi i sprzętu¹⁹⁷. Dzięki tej platformie korzystano z możliwości ewakuacji drogą lotniczą pacjentów z rejonów najciężiej obciążonych masowym napływem chorych do placówek służby zdrowia. Dobrym przykładem ww. kooperacji był transport dwóch chorych 29 marca 2020 roku, ze szpitala w Strasburgu do Ulm, zrealizowany przez załogę niemieckiego *A400M*, oddelegowanego do działania w ramach *EATC*¹⁹⁸.

¹⁹⁶ Pinel-Fereol P., *Le "Dixmude" est arrivé en Martinique pour apporter un soutien logistique dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19*, [la1ere.francetvinfo.fr](https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/le-dixmude-est-arrive-en-martinique-824532.html), 19.04.2020, dostęp: <https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/le-dixmude-est-arrive-en-martinique-824532.html> (22.06.2022)

¹⁹⁷ B.d., *The vision and core values*, eatc-mil.com, dostęp: <https://eatc-mil.com/en/who-we-are/the-vision-and-core-values> (17.06.2022)

¹⁹⁸ Lert F., *Le transport aérien militaire européen en première ligne sur le Covid-19*, [aerobuzz.fr](https://www.aerobuzz.fr), 02.04.2020, dostęp: <https://www.aerobuzz.fr/defense/le-transport-aerien-militaire-europeen-en-premiere-ligne-sur-le-covid-19/> (18.06.2022)



Rycina 9. Struktura organizacyjna Dowództwa europejskiego transportu powietrznego - *EATC*.

Źródło: eatc-mil.com, dostęp: <https://eatc-mil.com/en/who-we-are/the-vision-and-core-values> (29.04.2025)

Również cywilne instytucje europejskie posiadają struktury współpracy międzynarodowej wspierające państwa w sytuacji kryzysu sanitarnego. Parlament europejski decyzją o numerze 2119/98/EC z 24 Października 1998 powołał do życia System wczesnego ostrzegania i odpowiedzi (*Early warning and response System - EWRS*). Koordynuje on wysiłki sojuszników na rzecz zwalczania zagrożeń dla zdrowia publicznego wywołanych chorobami zakaźnymi i innymi czynnikami biologicznymi. Ww. akt prawny regulował kompetencje i wzajemne relacje między instytucjami unijnymi a państwowymi podmiotami zajmującymi się ochroną zdrowia¹⁹⁹. *EWRS* na mocy decyzji o numerze 1082/2013/EU z 22 października 2013 roku, uchylającej poprzednią, podporządkowano Europejskiemu Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC*), utworzonej w 2004 roku. Celem tej instytucji jest identyfikacja, ocena i kontrola zagrożeń zdrowotnych wynikających z rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Odbywa się to przy współpracy z Komisją Europejską, narodowymi ministerstwami ds. zdrowia oraz międzynarodowymi podmiotami takimi jak Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization - WHO*)

¹⁹⁹ Guglielmetti P., Coulombier D. et al., *The Early Warning and Response System for communicable diseases in the EU: an overview from 1999 to 2005*. Euro Surveill;2006; 11(12); s.215-220.

i Europejska Agencja Leków (*European Medicines Agency - EMA*)²⁰⁰. Francja jest aktywnym członkiem obu struktur, wydzielając do nich swoje siły i środki.

Co ciekawe, procedury i kanały komunikacji stworzone na potrzeby zwalczania chorób zakaźnych, świetnie sprawdzają się w warunkach aktywnego konfliktu wojennego w Ukrainie, wspierając ewakuację poszkodowanych Ukraińców do europejskich placówek służby zdrowia. Tego typu operację przeprowadzono 11 maja 2022 roku, kiedy to samolot *C-27 J Spartan* rumuńskich sił powietrznych przetransportował dwóch pacjentów na trasie Otopeni – Rzeszów Jasionka – Otopeni, umożliwiając hospitalizację poszkodowanych w bukareszteńskich szpitalach²⁰¹.

3.4. Zjawiska niepożądane dla prawidłowego funkcjonowania wojskowej służby zdrowia

Wspomniany *Projekt SSA 2020* wskazał na cztery główne zagrożenia dla rozwoju pododdziałów i instytucji medycznych w siłach zbrojnych, w tak wymagającym jak obecne środowisku światowego bezpieczeństwa. Pierwszym z nich jest odizolowanie od powszechnego systemu zdrowotnego, będące świadomym wyborem wojskowych medyków, dające im swobodę działania, niezależność i możliwość samodzielnego dobierania sił i środków do realizacji specyficznych misji. Najczęściej wypełniane są one w trudnych warunkach, nieznanymi dla środowiska cywilnego. Okazało się, że działanie na marginesie powszechnego systemu zdrowotnego miało poważne, negatywne konsekwencje dla rozwoju wojskowej służby zdrowia. Z uwagi na brak zaangażowania w leczenie pacjentów na terenie metropolii służba ta miała trudności w przebicciu się do świadomości politycznych decydentów, co miało bezpośredni wpływ na ograniczone możliwości pozyskiwania finansów. Brak współpracy z placówkami i instytucjami cywilnymi przekładał się na opóźniony rozwój w takich obszarach jak działalność naukowo – badawcza oraz procedury i warunki nowoczesnej opieki medycznej. Poskutkowało to ograniczoną konkurencyjnością wojskowej służby zdrowia i obniżeniem standardów opieki nad pacjentami. Niewykorzystywanie wojskowej bazy szpitalnej na rzecz ludności cywilnej powodowało natomiast dublowanie wydatków na służbę zdrowia przez państwo i sytuację, w której spory potencjał sił i środków pozostawał nieużywany. Obecnie podjęto wysiłki, aby ten stan zmienić. Stworzono Zespoły szpitalne cywilno – wojskowe (*EHCM*) działające na rzecz pacjentów w ramach Agencji regionalnych ds. zdrowia (*ARS*). Nawiązano współpracę poprzez umowy partnerskie między ośrodkami szkoleniowymi i naukowymi. Wszystko to w celu podnoszenia jakości usług wojskowej służby zdrowia na rzecz żołnierzy na polu walki oraz środowiska cywilnego w kraju²⁰².

Kolejnym z zagrożeń jakie wskazano, ściśle powiązanim z pierwszym jest rozproszenie zasobów wojskowych służby zdrowia, zarówno ludzkich jak i materiałowych. Utrzymywanie rozbudowanych struktur administracyjnych, instytutów badawczych powielających swoje kompetencje oraz specjalistów w zakresie rzadkich dziedzin medycyny

²⁰⁰ Regulation (EC) No 853/2004 of the European Parliament and of the Council of 21 April 2004 establishing a European Centre for disease prevention and control. Official Journal of the European Union z 30.04.2005 roku.

²⁰¹ Ministry of Defence, *Romanian Air Force Humanitarian Mission conducted to take over two Ukrainian patients*, english.mapn.ro, 11.05.2022, dostęp: https://english.mapn.ro/cpresa/5668_Romanian-Air-Force-Humanitarian-Mission-conducted-to-take-over-two-Ukrainian-patients (22.06.2022)

²⁰² b.d., *Médecins et hôpitaux des armées*, techniques-hospitalieres.fr, 08.10.2010, dostęp: <https://www.techniques-hospitalieres.fr/blog/Medecins-et-hopitaux-des-armees-n163> (29.06.2022)

było konieczne wyłącznie na potrzeby pokrycia etatowego sił zbrojnych. Powodowało to niedostatki w codziennej działalności na rzecz pacjentów w wojskowych szpitalach na terenie metropolii i w strukturach zabezpieczenia medycznego w rejonie misji zagranicznych. Program naprawczy tego stanu rzeczy koncentruje się na reorganizacji archaicznych komórek administracyjnych oraz konsolidacji wielu instytucji naukowo – badawczych w większe struktury, posiadające szersze możliwości działania, wykorzystując efekt skali. Akcent na kształcenie i utrzymywanie w służbie specjalistów z dziedzin najbardziej pożądanych w siłach zbrojnych i przydatnych w środowisku cywilnym, takich jak chirurgia i medycyna ratunkowa mają wypełnić lukę w obsadzie etatowej struktur operacyjnych²⁰³.

Trzecim zjawiskiem zagrażającym prawidłowemu funkcjonowaniu służby medycznej w siłach zbrojnych Francji są procedury i wymogi obowiązujące w cywilnych placówkach służby zdrowia. Nie przystają one do warunków operacyjnych i taktycznych na teatrze działań wojennych, które charakteryzują się najczęściej obniżonym standardem sanitarno – higienicznym i nieobecną infrastrukturą medyczną. Powoduje to sytuację, w której personel medyczny wykształcony i wyspecjalizowany w komfortowych warunkach szpitalnych, przy pełnym wsparciu zabezpieczenia materiałowo – technicznego, ma trudności w odnalezieniu się w rejonie misji. Tam dysponuje ograniczonym zasobem środków materiałowych i nie posiada żadnego zaplecza technicznego. Podobnie żołnierz, doskonale sprawdzający się w interpersonalnych zespołach szpitalnych w metropolii może mieć problemy w samodzielnym działaniu w izolacji, w ramach operacji zagranicznej, gdzie decyzje i czynności medyczne musi podejmować sam. Dodatkowych problemów przysparza przełożenie i respektowanie wszystkich aspektów prawnych i etycznych obowiązujących pracowników służby zdrowia we Francji, na działanie w warunkach bojowych oraz niedostosowanie prawa lokalnego w rejonie misji do francuskiego. Rozwiązaniem mają być szkolenia przygotowujące personel przewidziany do misji poza granicami państwa, kładące nacisk na praktyczne czynności ratujące życie. Uwzględnić należy specyfikę danego obszaru działania jak obowiązujące prawo, uwarunkowania kulturalno – społeczne, klimat oraz lokalną florę i faunę²⁰⁴.

Ostatnim, być może najważniejszym problemem stojącym na drodze rozwoju służby medycznej sił zbrojnych na jaki wskazali analitycy opracowujący plan działania według projektu *SSA 2020* jest nazbyt scentralizowana struktura dowódcza. Powoduje to sytuację, w której zarządzanie poszczególnymi działami wojskowej służby zdrowia odbywa się z poziomu dyrektoriatu centralnego (*DCSSA*). Wskazano na skomplikowany proces dowodzenia, wzajemne nakładanie się kompetencji poszczególnych komórek i rozbudowaną biurokrację, co znacząco wydłuża łańcuch decyzyjny na poszczególnych szczeblach organizacyjnych służby zdrowia. Nadmierna ingerencja centralnych organów zarządczych na poziomie operacyjnym i wykonawczym powoduje ograniczenie ich działalności w obszarach, do których zostały powołane, czyli koncepcyjnym, planistycznym i pilotażowym na potrzeby wyznaczania kierunków rozwoju służby. Aby dostosować strukturę dowodzenia do działania w dynamicznie zmieniającej się sytuacji geostrategicznej przeprowadzono szereg reform na przestrzeni ostatnich lat, o których pisała w 2018 roku ówczesna dyrektorka centralnej wojskowej

²⁰³ Debonne J.M., *Un nouveau livre blanc pour la défense et la sécurité nationale...Un nouveau projet pour le service de santé des armées*, Actusante;2013;132;s.4.

²⁰⁴ b.d., *La préparation opérationnelle au sein de la chaîne du service du commissariat des armées*, Soutenir;2020;16;s.

służby zdrowia Marylin Genero-Gygax²⁰⁵. Ostatnim aktem prawnym wprowadzającym zmiany w organizacji i dowodzeniu było zarządzenie Ministra Obrony z 11 lipca 2018 roku w sprawie organizacji wojskowej służby zdrowia²⁰⁶.

Ambicje strategiczne służby medycznej w armii francuskiej w perspektywie 2030 roku, oprócz wszystkich zagrożeń wymienionych wcześniej w projekcie *SSA 2020*, wskazują na fundamentalne znaczenie odpowiedniego zarządzania czynnikiem ludzkim dla powodzenia misji w coraz bardziej skomplikowanym środowisku bezpieczeństwa. Możliwość udziału Francji w konflikcie o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale militarnym wymaga od wojskowej służby zdrowia rozwijania znacznie większych struktur zabezpieczenia medycznego niż w dotychczasowych operacjach ekspedycyjnych, charakteryzujących się niskimi stratami sanitarnymi. Sytuacja taka generuje dużo większe zapotrzebowanie na wykształcony i profesjonalny personel medyczny, gotowy do podjęcia wyzwania jakim niewątpliwie jest służba w siłach zbrojnych, w momencie zagrożenia pełnoskalową wojną. Powoduje jednocześnie konflikt interesów i rywalizację o zasoby ludzkie ze środowiskiem cywilnym, które również boryka się z problemami kadrowymi. Ograniczone siły i środki wojskowej służby zdrowia nie pozwolą jej na autonomiczność i samowystarczalność podczas sytuacji kryzysowej charakteryzującej się masowymi stratami sanitarnymi. W takiej sytuacji niezbędne będzie wsparcie powszechnego systemu opieki zdrowotnej, toteż osłabianie go poprzez „drenaż” z wyspecjalizowanego personelu nie leży w interesie służby.

Rozwiązaniem tych problemów ma być dalsza konsolidacja systemu opieki zdrowotnej, wymuszająca na strukturach cywilnych i wojskowych ściślejszą współpracę i elastyczne reagowanie na sytuacje kryzysowe, poprzez wzajemne wspomaganie się siłami i środkami. Wojskowa służba zdrowia niewątpliwie braki kadrowe, w szczególności w kontekście przygotowań do wojny o dużej intensywności, zamierza niwelować poprzez wzmożoną rekrutację do szkół medycznych oraz intensyfikację szkolenia w zakresie ratownictwa taktycznego. Ta druga koncepcja ma w założeniu dostarczyć do pododdziałów jednostek operacyjnych dużą grupę żołnierzy wyszkolonych w zakresie podstawowych czynności ratunkowych na polu walki, w krótkim czasie. Ważnym czynnikiem pozytywnie wpływającym na ukompletowanie polowych struktur zabezpieczenia medycznego w czasie wojny ma być aktywna rekrutacja do rezerwy operacyjnej jednostek i instytucji medycznych. Cel wyznaczony przez dowódcę sił zbrojnych w postaci posiadania w aktywnej rezerwie sił zbrojnych jednego rezerwisty przypadającego na dwóch żołnierzy zawodowych, według decydentów wojskowej służby zdrowia jest jak najbardziej osiągalny. Pozwoli to na obsadzenie ponad 7 tysięcy stanowisk służbowych przez żołnierzy rezerwy²⁰⁷.

3.5. Współpraca międzynarodowa w obszarze ochrony zdrowia sił zbrojnych

Wszystkie cytowane już w tej pracy dokumenty strategiczne dotyczące obrony państwa francuskiego, jak Biała księga obrony i bezpieczeństwa narodowego z 2013 roku

²⁰⁵ Genero-Gygax M., *Le Service de santé des armées : une histoire ancienne en plein renouveau*, Revue Défense Nationale 2018;809),s.46-53.

²⁰⁶ *Arrêté du 11 juillet 2018 portant organisation du service de santé des armées*. Dz. U. (JORF) nr 0160 z 13 lipca 2018.

²⁰⁷ Raport Trybunału Obrachunkowego (*Cour des comptes*) z 07.06.2023, pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (08.11.2024)

i Strategiczny przegląd obrony i bezpieczeństwa narodowego z 2017 i 2022 roku, dużo uwagi poświęcają konieczności współpracy w ramach międzynarodowych instytucji, w szczególności NATO i Unii Europejskiej. Platformą do kooperacji w zakresie wojskowych służb medycznych jest Międzynarodowy Komitet Medycyny Wojskowej (*Comité International de Médecine Militaire - CIMM*). Został założony w 1921 roku, w Brukseli, z inicjatywy dwóch lekarzy wojskowych, generała Julesa Vockena z Belgii i kapitana Williama S. Bainbridge'a z marynarki wojennej USA. W 1952 roku instytucja ta uzyskała rekomendację Światowej Organizacji Zdrowia (*WHO*) jako międzynarodowej organizacji wyspecjalizowanej w medycynie wojskowej²⁰⁸.

Celem komitetu, skupiającego reprezentantów ponad stu państw, będących członkami Organizacji Narodów Zjednoczonych, jest utrzymywanie i wzmacnianie partnerskich kontaktów między państwowymi służbami medycyny wojskowej. Obszarami głównego zainteresowania są działalność naukowo - badawcza w dziedzinie profilaktyki zdrowotnej oraz wszelkie aspekty związane z zabezpieczeniem medycznym operacyjnej działalności sił zbrojnych. Komitet promuje również prawo humanitarne konfliktów zbrojnych oraz współpracuje na rzecz zwalczania sytuacji kryzysowych o charakterze sanitarnym. Dużą wagę przykładają do medycyny katastrof i zdarzeń o charakterze masowym. *CIMM* posiada w swoich strukturach radę naukową, złożoną z ekspertów w dziedzinie ochrony zdrowia z całego świata. Nadzoruje ona i koordynuje szereg aktywności na polu naukowym jak konferencje, szkolenia, badania i publikacje mające na celu promowanie postawy prozdrowotnej żołnierzy i polepszenie losu poszkodowanych w konfliktach zbrojnych. Ważną rolę w tych gremiach pełnią francuscy specjaliści. Pełnią oni często funkcje prezydentów i wiceprezydentów rady. Głównymi platformami wymiany myśli pomiędzy państwami członkowskimi komitetu są organizowany, co dwa lata w innym miejscu, Międzynarodowy kongres medycyny wojskowej (*International congress of military medicine*) oraz kwartalnik Międzynarodowy przegląd wojskowych służb zdrowia (*International review of the armed forces medical services*). I na tym polu ważne role odgrywają Francuzi. Dla przykładu w numerze tego wydawnictwa z marca 2022 roku, pięć z siedmiu artykułów było autorstwa francuskich wojskowych. Poruszano w nim tak różnorodne i ważne zagadnienia jak urazowość spadochroniarzy podczas skoków taktycznych z niskich wysokości, obrót lekami w siłach zbrojnych czy zarządzanie kryzysem sanitarnym na dużą skalę na przykładzie działalności 12. Wojskowego Centrum Medycznego (*CMA 12*) w Bordeaux podczas pandemii *Covid-19*²⁰⁹.

Francuscy wojskowi aktywnie działają w europejskim odpowiedniku *CIMM*, czyli Międzynarodowym Centrum Koordynacji Medycznej (*Multinational Medical Coordination Centre/European Medical Command - MMCC/EMC*), powstałym 1 kwietnia 2018 roku, w niemieckim Koblenz. Instytucja, dowodzona obecnie przez generała Bundeswehry, ma za zadanie koordynowanie wspólnych wysiłków państw członkowskich w obszarze zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w odpowiedzi na kryzysy sanitarne na dużą skalę. Mogą one być wywołane przez różne wydarzenia, takie jak pandemia, zamachy terrorystyczne, działania hybrydowe obcych państw oraz konflikt zbrojny o dużej intensywności. Istotą działalności centrum jest ekonomizacja sił i środków poszczególnych państw, poprzez tworzenie dużych, międzynarodowych struktur medycznych, które dodatkowo znacznie zwiększają możliwości leczniczo – ewakuacyjne w stosunku do komponentów narodowych.

²⁰⁸ Boisseaux H., *Le CIMM, Comité International de Médecine Militaire*, ActaSante, 2018;150;s.20-22.

²⁰⁹ b.d., *The Mandate and Missions of the International Committee of Military Medicine*, cimm-icmm.org, dostęp: <http://www.cimm-icmm.org/page/anglais/MandateandMissionsANG.php> (01.07.2022)

Wspólne działanie odbywa się głównie w takich obszarach jak planowanie operacyjne zabezpieczenia medycznego wojsk, zintegrowane ćwiczenia i szkolenia, logistyka medyczna oraz współpraca cywilno – wojskowa. Obecnym zastępcą dyrektora ds. Unii Europejskiej jest Francuz, co pokazuje zaangażowanie sił zbrojnych Republiki również na tej płaszczyźnie. Warto nadmienić, że Polska w 2020 roku stała się członkiem centrum, które podczas szczytu NATO w Madrycie, 30 maja 2022 roku uzyskało status pełnej zdolności operacyjnej (*Full Operational Capability – FOC*)²¹⁰.

Bardzo dobrze układa się współpraca bilateralna francuskiej wojskowej służby zdrowia z odpowiednikami w sojuszniczych państwach. Szczególnie bliskie relacje wiążą medyków Francji z Niemcami, które zapoczątkował podpisany przez kanclerza Adenauera i generała de Gaulle'a w 1963 roku *Traktat Wersalski*²¹¹. Pozwolił on na nawiązanie kooperacji w wielu dziedzinach działalności państwowej jak ekonomia, kultura, nauka oraz obszar szeroko rozumianego bezpieczeństwa, w tym siły zbrojne i inne służby mundurowe. Współpracę w domenie militarnej sformalizował protokół dodatkowy do wyżej wspomnianego traktatu, podpisany 22 stycznia 1988 roku. Na jego mocy utworzono Radę francusko-niemiecką ds. obrony i bezpieczeństwa (*Conseil franco-allemand de défense et de sécurité - CFADS*). Głównym zadaniem tego gremium jest współpraca w sześciu zasadniczych grupach roboczych, tj. strategia i kontrola zbrojeń, polityka uzbrojenia, kooperacja w przemyśle zbrojeniowym, rozpoznanie, umowy cywilno-prawne oraz współpraca wojskowa w kolejnych podgrupach, w tym w medycznej²¹².

Efektom kooperacji obu państw na szczeblu politycznym i strategicznym jest tworzenie wspólnych struktur zabezpieczenia medycznego misji zagranicznych, na rzecz żołnierzy działających w terenie. Pierwszym przykładem takiej współpracy była działalność niemieckiego szpitala polowego w miejscowości Rajlovac. Zabezpieczał on wielonarodowy kontyngent (w jego skład wchodził żołnierze francuscy) misji stabilizacyjnej *NATO SFOR* (*NATO's Stabilisation Force*) w Bośni i Hercegowinie, w 1997 roku. Na wielu szczeblach łańcucha ewakuacyjnego współpracowali medycy obu państw w ramach misji w Afganistanie. Medyczne centrum koordynacyjne (*Medical regulation command capital - Med RCC*) zlokalizowane w Kabulu obsługiwała mieszana francusko – niemiecka załoga, złożona z lekarza i pielęgniarki. Francuski szpital polowy trzeciego poziomu przy stołecznym lotnisku wspierała grupa neurochirurgów Bundeswehry. Natomiast w niemieckiej placówce o tym samym stopniu referencyjności w Mazar-e-Sharif, pracowało kilka grup chirurgów wojskowych ze składu sił zbrojnych Republiki Francuskiej²¹³.

Również podczas operacji w Afryce wojskowe kontyngenty Niemiec i Francji wzajemnie polegają na zabezpieczeniu medycznym obu państw. Począwszy od 2017 roku niemiecka wojskowa służba zdrowia wydzieliła na 3 miesiące zespół chirurgiczny do

²¹⁰ b.d., *Multinational Medical Coordination Centre/European Medical Command*, Wikipedia, 09.06.2022, dostęp: https://en.wikipedia.org/wiki/Multinational_Medical_Coordination_Centre/European_Medical_Command#:~:text=The%20Multinational%20Medical%20Coordination%20Centre%2FEuropean%20Medical%20Command%20%28MMCC%2FEMC%29,Medical%20Service%20Command%20and%20the%20German%20Surgeon%20General. (13.07.2022)

²¹¹ b.d., *Le Traité de l'Elysée en 5 questions*, diplomatie.gouv.fr, 21.01.19, dostęp: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/Allemagne/relations-bilaterales/le-traite-de-l-elysee-en-5-questions/> (05.07.2022)

²¹² Gareis B., Leonhard N., *La coopération militaire franco-allemande : fer de lance des forces armées européennes?*, AFRI;11;s.481-496.

²¹³ Barbier O., Malgras B. et al., *Expérience chirurgicale française à l'hôpital médico-chirurgical de KaIA (Kaboul International Airport, Afghanistan) : place de la chirurgie orthopédique*, *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, 2014;100;s.498-502.

Wojskowego Centrum Medyczno-Chirurgicznego Dominique Mattei (*Centre Médico-Chirurgical Interarmées Dominique Mattei - CMCIA*) w Dżibuti, w ramach zabezpieczenia operacji w tym newralgicznym rejonie świata. Mają ona na celu ochronę szlaków morskich w okolicy tzw. rogu Afryki (ze szczególnym uwzględnieniem wybrzeża Somalii i Jemenu), gdzie aktywność piratów oraz grupy militarnej Huti stwarzają zagrożenie dla swobodnej żeglugi. Wzorowo układała się współpraca w Mali w ramach operacji francuskich sił zbrojnych pod kryptonimem *Barkhane* i *MINUSMA* pod egidą ONZ, w której to czynny udział brali Niemcy. Kontyngent Bundeswehry działający w centralnej części Mali korzystał z opieki polowych elementów zabezpieczenia medycznego Francuzów, a niemiecki szpital polowy poziomu II, rozwinięty w miejscowości Koulikoro działał na korzyść wojsk francuskich, operujących w rejonie Bamako²¹⁴.

Kolejnym obszarem, w którym pogłębiane są bilateralne relacje wojskowych służb zdrowia jest utworzona w 1989 roku, Brygada francusko – niemiecka. Jednostka ta stacjonuje na pograniczu obu państw, wzdłuż rzeki Ren, ze sztabem brygady w miejscowości Mulheim. Zabezpieczenie medyczne jednostki realizowane jest poprzez biuro ds. zdrowia podporządkowane bezpośrednio dowódcy brygady. Komendantem tej komórki jest z reguły francuski lekarz wojskowy, a jego zastępcą i jednocześnie oficerem administracyjnym, odpowiedzialnym za pracę sekretariatu, jest lekarz Bundeswehry. Żołnierze brygady korzystają z sił i środków wojskowych służb zdrowia zlokalizowanych po obu stronach granicy. Szczególnie zaangażowane w działalność brygady są, 4 i 5. Wojskowe Centrum Medyczne (*CMA*) w Metz i Strasbourgu, po stronie francuskiej oraz wojskowa placówka w miejscowości Stetten am kalten Markt, na terytorium niemieckim²¹⁵.

Ostatnią inicjatywą w zakresie współpracy Francji i Niemiec, której warto poświęcić uwagę, jest utworzenie w październiku 2020 roku, w 105 bazie powietrznej (*BA 105*) w normandzkim Évreux, francusko – niemieckiej eskadry transportu taktycznego. Jednostka, posiada 10 statków powietrznych *C130J* (zmodyfikowaną wersję samolotu *Hercules*, amerykańskiego koncernu *Lockhead Martin*), w tym 6 dostarczonych przez *Luftwaffe* i 4 przez francuskie siły powietrzne. Personel jednostki, która na początku 2022 roku osiągnęła gotowość operacyjną, stanowi ok. 260 żołnierzy z obu krajów. Dowodzi nią podobnie jak w przypadku brygady francusko – niemieckiej, Francuz, a za zabezpieczenie techniczne odpowiada Niemiec. Rozbudowa bazy, która objęła konstrukcję nowych budynków i tworzenie nowych przestrzeni stacjonowania samolotów, pochłonęła 82 miliony euro²¹⁶. Wśród zadań lotników eskadry, obok transportu sił i środków sojusznicznych, tankowania w powietrzu, zrzutów spadochronowych jest również ewakuacja medyczna, w ramach misji bojowych i humanitarnych. W sierpniu 2021 roku jeden z samolotów eskadry, podczas sześciu rotacji w czasie dziesięciu dni, ewakuował ok. 600 cywilów i kilka ton ładunku z oblężonego Kabulu do Zjednoczonych Emiratów Arabskich²¹⁷.

Francuskie siły zbrojne nie pozostają obojętne na współpracę z największym sojusznikiem w *NATO*, czyli ze Stanami Zjednoczonymi. Korzysta na tym również wojskowa służba zdrowia, która uczestniczy we wspólnych ćwiczeniach i misjach zagranicznych. 21 listopada 2017 roku okręt dowodzenia i projekcji siły (*BPC*) *Tonnerre*, w towarzystwie

²¹⁴ b.d., *Coopération entre les services de santé français et allemands*, ActuSante, 2020;156;s.22-23.

²¹⁵ b.d., « *Brigadearzt* », *au cœur du soutien médical franco-allemand*, ActuSante, 2019;155;s.21-22.

²¹⁶ b.d., *L'escadron franco-allemand prend ses quartiers à Evreux*, defense.gouv.fr, 11.03.2022, dostęp : <https://www.defense.gouv.fr/sga/actualites/escadron-franco-allemand-prend-ses-quartiers-a-evreux> (04.10.2024)

²¹⁷ Philippot L., *PHOTOS - Au cœur de l'escadron franco-allemand de la base aérienne d'Évreux*, francebleu.fr, 04.04.2022, dostęp : <https://www.francebleu.fr/infos/international/photos-au-coeur-de-l-escadron-franco-allemand-de-la-base-aerienne-d-evreux-1643903090> (06.07.2022)

fregaty obrony powietrznej (FDA) *Chevalier Paul*, wypłynął z portu w Toulon w kierunku Oceanu Indyjskiego, na trzymiesięczną misję pod kryptonimem *Bois Belleau 100*. Jednym z celów tego przedsięwzięcia było przeciwienie sojuszniczej współpracy w ramach wspólnego zgrupowania amerykańsko – francuskiego pod dowództwem tych pierwszych. Na pokładzie *Tonnerre* stworzono szpital polowy poziomu II. Jego obsadę zapewnił francuski personel (lekarz, lekarz-stomatolog, trzech pielęgniarzy, technik laboratoryjny i radiologiczny), wzmocniony personelem amerykańskim (dwóch lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej, chirurg, trzech pielęgniarzy oraz sanitariusz). Podczas misji, oprócz ćwiczeń według symulowanych scenariuszy podjęcia swoich obywateli z zagrożonych terytoriów (*RESEVAC*), zrealizowano z sukcesem dwie operacje chirurgiczne na rzecz żołnierzy piechoty morskiej USA (*Marines*)²¹⁸.

Zagrożenie konfliktem na dużą skalę, który może objąć całe terytorium Europy, powoduje, że dodatkowego znaczenia nabierają wszelkie inicjatywy szkoleniowe wypracowujące procedury współpracy międzynarodowej. Mają one pozwolić na właściwe zarządzanie sytuacją kryzysową związaną z masowymi stratami sanitarnymi w godzinie próby. Wieloletnie zaniedbania państw europejskich w domenie obronnej, poskutkowały osłabieniem ich potencjału i zdolności do prowadzenia wojny z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale. Dotyczy to również struktur zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, które nie są w stanie przyjąć tylu rannych w działaniach bojowych, ilu przyjmuje służba zdrowia, przykładowo w Ukrainie. Wydaje się, że najlepszym i być może jedynym rozwiązaniem ograniczającym skutki tych niedociągnięć jest wzmożona kooperacja międzysojusznicza oraz konsolidacja sił i środków we wspólnym celu, w ramach takich struktur jak NATO i Unia Europejska. W ramach tej pierwszej instytucji odbyły się, od 9 do 12 października, jednocześnie we Francji i w Szwecji, ćwiczenia *CAMO (CAssualty MOve) 2024*. Udział w nim wzięli żołnierze i personel cywilny reprezentujący szesnastu członków Sojuszu Północnoatlantyckiego. Istotą ćwiczenia była koordynacja swobodnego przepływu masowej ilości rannych pomiędzy strukturami medycznymi państw w nim partycypujących w konflikcie na dużą skalę. Spowoduje to odciążenie najbardziej obleganych placówek i umożliwi im powrót do normalnego funkcjonowania. Dodatkowym elementem, wyróżniającym tegoroczną edycję ćwiczenia od poprzednich, było zaangażowanie do niego profesjonalistów służby zdrowia ze środowiska cywilnego. Jest to dowód na to, że powoli dla wszystkich staje się jasne, że wojna na pełną skalę z przeciwnikiem o takim potencjale jak Rosja będzie wymagała konsolidacji i mobilizacji nie tylko wojskowych, ale wszystkich zasobów państw europejskich²¹⁹.

3.6. Projekt *SSA 2020* a zdolności operacyjne wojskowej służby zdrowia

Francuskie siły zbrojne, wraz ze swoją służbą medyczną, mierzą się od początku obecnego wieku z licznymi wyzwaniami jakimi niewątpliwie są misje zagraniczne w obronie strategicznych interesów francuskich na całym świecie. Do tej aktywności dochodzi stała obecność na terytoriach zamorskich i w państwach sojuszniczych. Aby sprostać tym wymaganiom decydenci wojskowej służby zdrowia ogłosili gruntowny plan przebudowy

²¹⁸Alvaro E., *Premier rôle 2 franco-américain embarqué*, ActaSante;2018;150; s.23-24.

²¹⁹Ndoudi E., *Exercice CAMO 2024 : gestion des blessés militaires à la haute intensité*, defense.gouv.fr, 07.10.24, dostęp:<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/exercice-camo-2024-gestion-blesses-militaires-haute-intensite> (21.10.24)

i rozwoju jej operacyjnych zdolności pod nazwą Projekt „SSA 2020”. Celem drugorzędnym planu było wzmocnienie współpracy z cywilnymi instytucjami na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej, powodujące znaczne oszczędności sił i środków w codziennej działalności w metropolii. W ramach realizacji założeń teoretycznych zaplanowano szereg przedsięwzięć organizacyjnych i finansowych. Miały one poprawić kondycję pododdziałów medycznych w składzie jednostek operacyjnych oraz instytucji wojskowych powołanych do wydzielania personelu do misji zagranicznych, w szczególności szpitali wojskowych.

Analizę potrzeb prowadzono na podstawie luk i słabych punktów w zabezpieczeniu medycznym dwóch największych operacji zagranicznych Francji w ostatnich latach, jakimi były *Pamir* w Afganistanie oraz *Barkhane* na terenie afrykańskiego Sahelu. Jak pokazała szczególnie ta druga misja, toczona na bardzo rozległym obszarze, przy nieistniejącej infrastrukturze drogowej, istotną rolę w projekcji siły Republiki stanowiły wojska aeromobilne. Biorąc pod uwagę ćwiczenia przeprowadzane w ostatnich latach (*Orion-23*, *ThunderLynx I i II*), w których ważną rolę odgrywały pododdziały powietrznodesantowe, istnieje uzasadnione prawdopodobieństwo, że w najbliższym czasie to się nie zmieni. Ze względu na fakt posiadania przez najważniejszych przeciwników strategicznych sporego arsenału broni masowego rażenia, niezbędnym elementem odpowiedzi państwa na te zagrożenia, kluczowym dla jego bezpieczeństwa i egzystencji, jest skuteczna obrona przed tego typu bronią. Wojskowa służba zdrowia podjęła działania na rzecz ochrony wojsk oraz obywateli przed bronią *CBRN*, w ramach projektów krajowych oraz międzynarodowych. Różnorodność środowisk walki, obejmująca praktycznie całą kulę ziemską i coraz większą część kosmosu sprawiają, że wzrastają wymagania wobec personelu medycznego odpowiedzialnego za zabezpieczenie medyczne obecności sił zbrojnych, stojących na straży interesów państwa francuskiego.

3.6.1. Organizacja zabezpieczenia medycznego działań bojowych na poziomie strategicznym i operacyjnym na podstawie doświadczeń z operacji *Barkhane* w latach 2013-2022

Zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności sił zbrojnych Francji opiera się na trzech głównych fundamentach:

- natychmiastowa pomoc medyczna na polu walki realizowana przez wyspecjalizowany personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) ze składu jednostek bojowych;
- dostępność polowych struktur reanimacyjno – chirurgicznych jak najbliżej walczących żołnierzy;
- szybka ewakuacja poszkodowanych (nieprzekraczająca 24 godzin), w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, do szpitali wojskowych w metropolii.

Czynności medyczne zorganizowane są wg. doktryny NATO dotyczącej zabezpieczenia medycznego działań bojowych, podobnie jak w większości państw sojuszu, na czterech poziomach pomocy²²⁰. Poziom I stanowią zespoły medyczne w składzie jednostek bojowych. W pierwszej fazie pomocy, z uwagi na bliskość przeciwnika, działalność ratownicza jest mocno uwarunkowana sytuacją taktyczną. W myśl zasady, że dobra medycyna może okazać się błędną taktyką, a dobry ratownik to ten, który jest żywy. Podczas aktywnego ostrzału to poszkodowany sam sobie udziela pierwszej pomocy, np. poprzez zatamowanie krwotoku,

²²⁰ NATO. *AJP-4.10 Allied joint doctrine for medical support*. NATO Standardization Office (NSO), 2019, dostęp: https://www.coemed.org/files/stanags/01_AJP/AJP-4.10_EDC_V1_E_2228.pdf (08.11.2024)

jeżeli jego stan na to pozwala, w ramach samopomocy. Pomagają w tym nowoczesne środki materiałowe, jak opaski uciskowe, które są łatwe w obsłudze i nie wymagają pomocy innych osób. Na tym etapie łańcucha ewakuacyjnego równie ważna jest pomoc koleżeńska żołnierzy będących najbliższymi zdarzenia. Natychmiastowe działanie w sytuacji poważnych urazów z masowymi krwotokami jest kluczowe dla przeżycia rannego. Na I poziomie zabezpieczenia medycznego działań bojowych podstawowymi strukturami polowej opieki są gniazda rannych (*nid de blessés*), organizowane przez sanitariuszy na szczęblu plutonu. Punkty medyczne (*poste médicale*), za których działalność odpowiadają lekarze i pielęgniarze, organizowane są na poziomie kompanii. Elementy te, przy korzystnej sytuacji taktycznej, mogą być wzmocnione mobilnymi zespołami chirurgicznymi i podstawową bazą diagnostyczną na bazie kontenerów znacznie zwiększając zakres możliwości leczniczych tych punktów. Za transport poszkodowanych odpowiadają zespoły ewakuacji medycznej w oparciu o ambulanse, w których czynności ratujące życie kontynuowane są podczas ewakuacji poszkodowanego na wyższy poziom zabezpieczenia medycznego

Na poziomie II i III, które z reguły są oddalone od pola walki na bezpieczną odległość, tworzone są polowe struktury zabezpieczenia medycznego, takie jak zespoły szpitalne i szpitale polowe. Na tym etapie priorytetem jest stabilizacja podstawowych czynności życiowych, w szczególności przez zabiegi chirurgii ratunkowej, umożliwiające transport ciężko rannych żołnierzy do metropolii. Dostęp do bogatszej infrastruktury i techniki diagnostycznej (laboratoryjnej i obrazowej) oraz możliwość telekonsultacji w czasie rzeczywistym ze specjalistami w metropolii powoduje, że możliwe jest precyzyjne określenie stanu poszkodowanego. Następuje ocena pod kątem konieczności ewakuacji poza teatr działań lub powrotu do macierzystej jednostki celem kontynuowania misji. Poziom IV zlokalizowany jest na terenie metropolii, w oparciu o wojskowe szpitale, które priorytetowo traktują wszystkie repatriacje z rejonu misji ze wskazań medycznych. Celem jest objęcie rannego kompleksową opieką, obejmującą sferę fizyczną i psychiczną, umożliwiającą jego powrót do pełnej sprawności w jak najkrótszym czasie²²¹.

Wyróżnia się 3 rodzaje ewakuacji medycznej, ze względu na odległość od miejsca zdarzenia:

- ewakuacja taktyczna jest realizowana w bezpośredniej styczności z polem walki, przez zespoły medyczne ambulansów i śmigłowców z poziomu I na II i III, w zależności od obrażeń i stanu poszkodowanego;
- ewakuacja operacyjna odpowiada za transport rannych w obrębie teatru działań, wymagających bardziej zaawansowanych czynności diagnostyczno – leczniczych, do placówek o wyższym stopniu referencyjności w danej dziedzinie medycyny. Odbywa się z reguły drogą lotniczą przy użyciu samolotów i śmigłowców sanitarnych, pomiędzy strukturami medycznymi;
- ewakuacja strategiczna zapewnia transport poszkodowanych lub chorych, nie będących w stanie kontynuować misji ze struktur medycznych na teatrze do szpitali wojskowych w metropolii, stanowiące poziom IV zabezpieczenia medycznego. Realizowana jest

²²¹ DIA-4.0.10 *Doctrine du soutien médical aux engagements opérationnels*. Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations, 2022, dostęp: https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/cicde/20220706_NP_DIA-4C_SOUT2018_L1_V-amende_5-juillet-2022-VF.pdf (08.11.2024)

przy użyciu samolotów sanitarnych dostosowanych do przewozu pacjentów na dalekie odległości²²².

Najwyższym ośrodkiem decyzyjnym wojskowej służby zdrowia we Francji w domenie operacyjnej jest lekarz odpowiedzialny za służbę zdrowia w sztabie operacyjnym sił zbrojnych (*État-major opérationnel santé* - *EMO-sante*). Do jego obowiązków i kompetencji należy zarządzanie ewakuacją strategiczną poprzez przyjęcie meldunku (*Patient Movement Request* - *PMR*), w zgodzie z procedurą NATO w języku angielskim, o koniecznym transporcie poszkodowanego²²³. Następnie przekazuje on pozyskane dane do Europejskiego Centrum Transportu Lotniczego (*EATC*), które wydziela siły i środki do realizacji zadania. Jeżeli *EATC* nie dysponuje odpowiednimi zasobami do jego wykonania, lekarz *EMO - sante* wydziela statki powietrzne z zasobów francuskich sił zbrojnych lub podejmuje decyzję o skorzystaniu z floty samolotów cywilnych. Bez względu na to jakim środkiem transportu poszkodowany lub chory przylatuje do metropolii, lekarz operacyjny jest odpowiedzialny za jego podjęcie i przekazanie odpowiedniej do stanu pacjenta placówce medycznej, na dalsze leczenie. Aby proces ewakuacji strategicznej był sprawny i szybki konieczna jest kooperacja z odpowiednimi do miejsca przylotu regionalnymi strukturami wojskowej służby zdrowia²²⁴.

Na teatrze działań poza granicami państwa najwyższym decydentem w domenie zabezpieczenia medycznego jest lekarz wojskowy zajmujący stanowisko dyrektora medycznego (*DIRMED*). Podczas operacji *Barkhane*, kierował on komponentem medycznym (*JMED*) w składzie zintegrowanego stanowiska dowodzenia teatrem (*Poste de commandant interarmées de théâtre* - *PCIAT*), zlokalizowanym w miejscowości N'djamena (Czad). Pełnił równocześnie rolę doradcy dowódcy generalnego misji (*CONSMED*). Oprócz tego, lekarz wojskowy na tym stanowisku odpowiedzialny był za wszystkie elementy zabezpieczenia medycznego w rejonie działania, w szczególności za organizację prawidłowo funkcjonującego łańcucha ewakuacyjnego z pola walki do metropolii. Dodatkowo sprawował nadzór nad infrastrukturą, istniejącą i nowo tworzoną oraz regulował procesy zaopatrzenia materiałowego i zabezpieczenia technicznego struktur medycznych. W jego kompetencji była również detekcja zagrożeń w obszarze sanitarno – epidemiologicznym oraz środowiskowym i wdrożenie odpowiedniego przeciwdziałania bezpośrednio z nimi związanych. *DIRMED* pełnił funkcję łącznika między żołnierzami w terenie, a metropolią, zarządzając ewakuacją strategiczną rannych oraz rotacją personelu medycznego²²⁵. Z uwagi na bardzo rozległy teatr działania w Sahelu (blisko 5 milionów km²), wyznaczano również lekarza na stanowisko zastępcy dyrektora medycznego (*DIRMED adjoint*), który operował w Gao (Mali). Lokalizacja ta, w rejonie największej aktywności przeciwnika, powodowała wiele wyzwań natury organizacyjnej i operacyjno – taktycznej, związanej przede wszystkim z ewakuacją rannych i dowozem zaopatrzenia. Tylko odpowiednie przygotowanie do tej misji lekarzy na tym stanowisku i ich bogate doświadczenie operacyjne z poprzednich konfliktów, pozwalało pokonywać wszystkie problemy i przeciwności. Zapewniło to realizację zabezpieczenia

²²² Carfantan C., Ravinet B., *La régulation médicale: un concept opérationnel indissociable de la planification*, Médecine et armées, 2018; 46;s.359-366.

²²³ NATO. *STANAG 3204: Aeromedical Evacuation*. NATO Standardization Office (NSO), 2020, dostęp: https://www.coemed.org/files/stanags/04_AAMEDP/AAMedP-1.1_EDB_V1_E_3204.pdf (08.11.2024)

²²⁴ Renard B., *Présentation de l'European Air Transport Command (EATC) et de son retentissement sur l'organisation des évacuations aéromédicales stratégiques par le Service de santé des armées*, Médecine et armées, 2011;40;s.255-265.

²²⁵ B.d., *DIRMED Barkhane : une expérience passionnante*, ActuSante,2018;150;s.57-58.

medycznego na wymaganym poziomie znacznych kontyngentów wojsk własnych w trudnym środowisku taktycznym²²⁶.

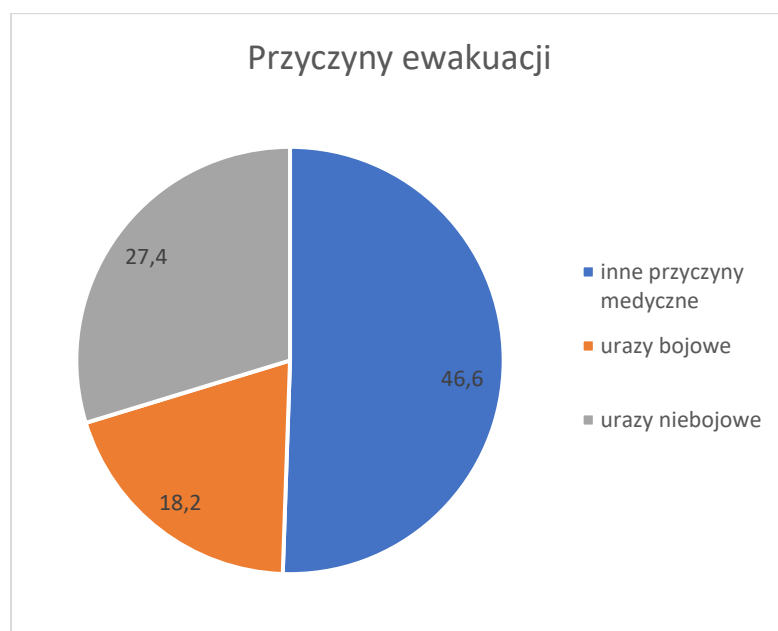
Za koordynację zabezpieczenia medycznego na szczeblu operacyjnym odpowiadała Komórka koordynacyjna ewakuacji pacjentów (*Patient evacuation coordination cell - PECC*), wprowadzona po raz pierwszy do działań w siłach zbrojnych Francji w 2009 roku, w ramach misji w Afganistanie. Realizując założenia doktryny wsparcia medycznego działań *NATO.AJP-4.10*, należało utworzyć Medyczne centrum koordynacyjne (*Medical coordination cell - MEDCC*), złożone z dwóch komponentów. Wspomnianego *PECC* i Komórki medycznego planowania operacyjnego (*Medical Ops / Plan Cell - MEDOPS*). Podczas operacji *Pamir* w Afganistanie i *Sangaris* w Republice Środkowoafrykańskiej obie funkcje łączył jeden lekarz, który do pomocy miał pielęgniarkę. Rozległość i trudna dostępność obszarów działania w rejonie Sahelu (przeważający teren pustynny o zdegradowanej infrastrukturze) znacznie utrudniała działalność operacyjną oraz ewakuację medyczną. W wyniku tego, począwszy od 2018 roku, w ramach operacji *Barkhane*, powoływano również lekarza na stanowisko *MEDOPS*. Odpowiedzialny był on za planowanie zabezpieczenia medycznego działań bojowych, uzupełniając się w tym względzie z koordynatorem ewakuacji – *PECC*. Oba stanowiska podlegały bezpośrednio dyrektorowi medycznemu (*DIRMED*), który nadzorował ich pracę²²⁷.

Lekarz wyznaczony na stanowisko *PECC* w ramach operacji *Barkhane*, pełnił służbę przez 4 miesiące, w trakcie których pozostawał w gotowości bojowej przez 24 godziny na dobę. Jego zadaniem było zebranie wszystkich danych na temat zdarzenia, uruchomienie procedury ewakuacji taktycznej z pola walki oraz kierowanie dalszym transportem rannego w ramach teatru działań. Przeanalizowano 533 przypadki ewakuacji medycznej koordynowanych przez *PECC* w rejonie Sahelu (na 1272 zarejestrowanych). Z otrzymanych rezultatów wynika, że rany odniesione w boju były przyczyną tylko 18,2% ewakuacji medycznych. Urazy niebojowe odpowiadały za 27,4%, a inne przyczyny medyczne wskazano u 46,6% żołnierzy wymagających transportu poza teatr działań. Najpilniejszy priorytet ewakuacyjny (*Alfa*) nadano 12,4% rannym. 28,1% żołnierzy posiadało status średni (*Bravo*), a większość z ewakuowanych, czyli 59,5% otrzymało priorytet najmniej pilny (*Charlie*). Średni czas, od uruchomienia procedury ewakuacyjnej, do przybycia poszkodowanego lub chorego do struktury zabezpieczenia medycznego poziomu II, wynosił 253 minuty, co było czasem zdecydowanie niezadowalającym w kontekście tzw. złotej godziny funkcjonującej w procedurach ratownictwa medycznego²²⁸.

²²⁶ Blandine M.C., *Témoignage d'un DIRMED adjoint en opération*, ActoSante, 2019;152;s.16-17.

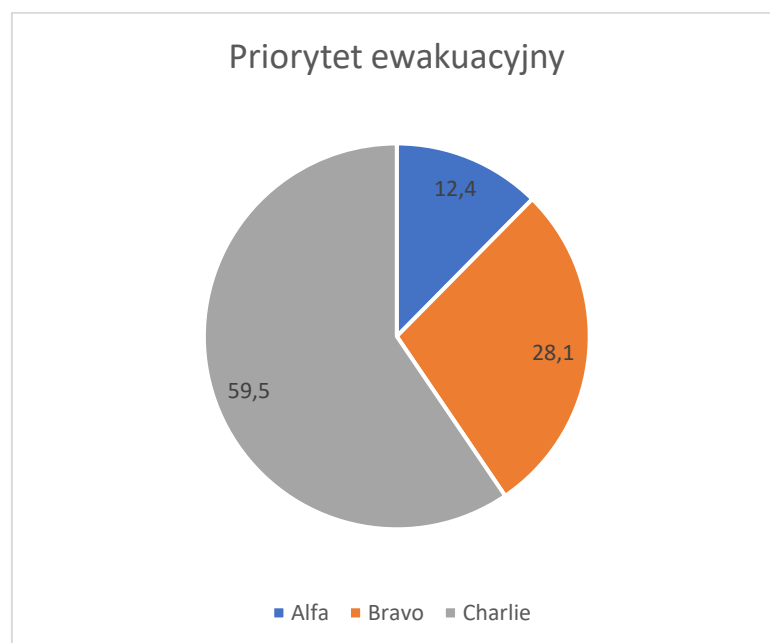
²²⁷ Carfantan C., Ravinet B., *La régulation médicale: un concept opérationnel indissociable de la planification*, Médecine et armées, 2018; 46;s.359-366.

²²⁸ Carfantan C., Even J.P., et al., *Médecin inséré dans le PCIAT Barkhane : de la planification à la régulation*, Médecine et armées, 2018;46;s.99-106.



Wykres 2. Przyczyny ewakuacji medycznej podczas operacji *Barkhane* w rejonie afrykańskiego Sahelu.

Źródło: Carfantan C., Even J.P., et al., *Médecin inséré dans le PCIAT Barkhane : de la planification à la régulation*, Médecine et armées, 2018;46;s.99-106.



Wykres 3. Priorytety ewakuacji medycznej nadane poszkodowanym przez personel medyczny natychmiast po zranieniu.

Źródło: tamże.

Będąc integralną częścią stanowiska dowodzenia, lekarz *PECC*, utrzymywał stałą łączność z zespołami medycznymi w terenie, poprzez systemy komunikacyjne i teleinformatyczne. Posiadał również najlepszą wiedzę operacyjno – taktyczną dotyczącą zdarzenia (miejsce, ilość poszkodowanych, rodzaj obrażeń), dostępnych środków transportu (samoloty ewakuacji strategicznej, śmigłowce, ambulanse) oraz bazy szpitalnej (czołówki

chirurgiczne w terenie, szpitale polowe, szpitale wojskowe w metropolii). Stanowił centrum ekspertyz dla personelu medycznego na polu walki, potrzebujących wsparcia specjalisty w ocenie stanu poszkodowanego i określenia możliwości ewakuacyjnych. W razie potrzeby bardziej szczegółowej konsultacji lekarskiej, przewyższającej kompetencje lekarza – koordynatora, był on łącznikiem między I poziomem pomocy medycznej, a II i III poziomem zabezpieczenia medycznego. Koordynował łączność między lekarzami i pielęgniarkami w punktach medycznych, zlokalizowanych bezpośrednio przy walczących pododdziałach oraz ratownikami pola walki w składzie pododdziałów bojowych ze szpitalami polowymi na teatrze działań. Organizował również łączność między teatrem działań, a specjalistami dyżurującymi w szpitalach wojskowych w metropolii, odpowiadającymi za poziom IV. Dzięki zaawansowanym systemom teleinformatycznym, pozwalającym na przesyłanie danych medycznych w czasie rzeczywistym (parametry życiowe ранego, opis obrażeń, zdjęcia RTG, wyniki badań laboratoryjnych), konsultacje takie są bardzo dużym wsparciem dla personelu medycznego najbliższego pola walki. Pozwalają na szybsze postawienie diagnozy i podjęcia kluczowych decyzji ewakuacyjnych dla przeżycia pacjenta. Ważną rolę regulacyjną lekarz – PECC pełni w zakresie transportu do metropolii żołnierzy ze wskazań medycznych, lecz niewymagających asysty wykwalifikowanego personelu. W tym przypadku korzysta się z zasobów Centrum koordynacyjnego transportu wojskowego (*Centre de coordination interarmées de transit et de transport militaire - CCITTM*), co ma realny wpływ na ekonomię i dostępność wyspecjalizowanych sił i środków, gotowych do użycia w przypadku pacjentów znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia²²⁹.

Lekarz wojskowy wyznaczony na stanowisko MEDOPS, pełni rolę planistyczną, będąc w składzie Centrum operacyjnego sił zbrojnych (*Centre opérationnel interarmées – COLA*). Każda misja musi być przeanalizowana i zaopiniowana pod kątem zabezpieczenia medycznego. Kluczowe jest rozmieszczenie sił i środków w rejonie działań, tak aby zapewniona była jak najszybsza pomoc, respektując 3 fundamentalne zasady francuskiej wojskowej służby zdrowia (natychmiastowa pomoc medyczna na polu walki, wczesna interwencja chirurgiczna ze wskazań życiowych, szybka ewakuacja strategiczna poza teatr działań). Lekarz MEDOPS musi brać pod uwagę wszystkie czynniki mogące zaburzyć przebieg misji. Należą do nich ryzyko kontaktu ogniowego, określenie przybliżonych strat sanitarnych, dostępność środków transportu oraz zagrożenia sanitarno – epidemiologiczne i środowiskowe w rejonie działań²³⁰. Wskazana jest ekonomia sił i środków w planowaniu zabezpieczenia medycznego, tak aby cały czas dysponować odwodem, uruchamianym w przypadku nagłego zdarzenia powodującego masowe straty. Podczas operacji *Barkhane* funkcjonowanie łańcucha ewakuacyjnego drogą lądową zapewniały Mobilne zespoły medyczne (*d'équipes médicales mobiles – EMM*) z pojazdami VAB-San. Złożone były z lekarza, pielęgniarka i dwóch sanitariuszy. Drogą powietrzną transportowano poszkodowanych śmigłowcami ze składu wojsk lądowych (*SA330-Puma* i *NH90 Caïman*) oraz sił powietrznych (*EC725-Caracal*). Każdorazowo załogę wiroplątów medycznych stanowił lekarz i pielęgniarka. Na dłuższych dystansach, co w rejonie Sahelu było normą, ewakuację zapewniał samolot transportowy, specjalnie wyposażony na potrzeby wojskowej służby zdrowia (*CASA-nurse*). Jego załogę stanowił lekarz, pielęgniarka – asystent powietrzny i pielęgniarka. Trudny teren, brak

²²⁹ Carfantan C, Goudard Y, et al. *Forward medevac during Serval and Barkhane operations in Sahel: A registry study*. *Injury*, 2017;48(1); s.58-63.

²³⁰ Choroby układu pokarmowego, malaria, udary cieplne i odwodnienia odpowiadają najczęściej za większy procent niezdolności do służby żołnierzy niż rany bojowe.

infrastruktury (drogi, lądowiska) i dalekie odległości między elementami zabezpieczenia medycznego, miały bezpośredni wpływ na wydłużenie czasu ewakuacji poszkodowanych z pola walki. Nie miało to jednak negatywnego wpływu na znacząco większą śmiertelność żołnierzy tej misji w porównaniu z innymi konfliktami, co niewątpliwie było spowodowane znacznie mniejszą intensywnością walk w rejonie Sahelu niż przykładowo w Afganistanie²³¹.

3.6.2. Zabezpieczenie medyczne działań bojowych na poziomie taktycznym na przykładzie misji w Afganistanie

Najbardziej skomplikowanym zadaniem dla francuskiej wojskowej służby zdrowia w ostatnich latach, obfitującym w straty sanitarne, było zabezpieczenie medyczne działań grupy zadaniowej *La Fayette*, w ramach sojuszniczej misji *NATO* w Afganistanie. Francuskie siły zbrojne działały na bazie dwóch Zgrupowań taktycznych sił zbrojnych (*Groupements tactiques interarmes – GTIA*), każda odpowiedzialna za swój rejon odpowiedzialności. *GTIA Altor* przykładowo, wykonując misję w pierwszej połowie 2010 roku, liczyła 850 osób, pochodzących w zdecydowanej większości ze składu 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (*2REP*). Zabezpieczenie medyczne realizowane było przez sześciu lekarzy, siedmiu pielęgniarzy i dwudziestu sanitariuszy. Każda z bojowych kompanii miała w swoim składzie zespół medyczny (lekarz, pielęgniarz i sanitariusze), który dysponował zestawem medycznym typu Punkt opatrunkowy 2005 (*Poste de secours - PS*), będący wcześniejszą wersją obecnie używanego *PM 2014*. Działania plutonów bojowych zabezpieczali sanitariusze, którzy posiadali swoje zestawy *SC2*, wyposażone w podstawowe środki ratujące życie jak opaski uciskowe, opatrunki indywidualne, środki do odbarczania odmy oraz udrażniania dróg oddechowych. Na poziomie plutonu tworzone gniazda rannych, odpowiednio do potrzeb i sytuacji taktycznej. Priorytetem była jak najszybsza ewakuacja z pola walki, po wykonaniu czynności ratujących życie, takich jak zatrzymanie aktywnego krwotoku. Każdy z żołnierzy posiadał na swoim wyposażeniu Indywidualny pakiet medyczny wz. 2009 (*Trousse individuelle du combattant - TIC*), który zaimplementowano do armii francuskiej po krwawej zasadzce w dolinie Uzbin w 2008 roku²³².

²³¹ Carfantan C., Even J.P., et al., *Médecin inséré dans le PCIAT Barkhane : de la planification à la régulation*, Médecine et armées, 2018;46;s.99-106.

²³² W dolinie Uzbin w 2008 roku, podczas kilkunastu godzinnej bitwy z Talibami życie straciło 10 żołnierzy francuskich, a 22 odniosło rany. Raport wyjaśniający przyczynę tak wysokich strat sanitarnych, wskazał na nieadekwatne wyposażenie medyczne walczących jako jedną z głównych przyczyn.

Lp.	Zestaw indywidualny wz. II/93 (trousse individuelle II/93)		Lp .	Indywidualny pakiet medyczny wz. II/08 (trousse individuelle du combattant - TIC II/08), wersja 2019.	
1.	Krępilec bawełniany	1	1.	Opaska uciskowa wz. SOFTT	1
2.	Kompresy jałowe 8x4 cm	5	2.	Opatrunek osobisty wz. izraelski	1
3.	Opatrunek osobisty wz.1995	1	3.	Zestaw do dostępu dożylnego	1
4.	Gazik odkażający	2		NaCl 7,5% 250 ml	1
5.	Immodium tabletki	10		Aparat do przetoczeń	1
6.	Paracetamol 500 mg. tabletki	8		Wenflon G16	1
7.	Aquatabs	10		Wenflon G18	1
8.				Wenflon G20	1
9.				Plaster do mocowania wenflonu	1
10.				Staza z lateksu	1
11.				Rękawiczki nitrylowe	2
12.			4.	Zestaw bazowy	
13.				Morfina autostrzykawka	2
14.				Chlorhexidine 20 ml	3
15.				Probówki do pobrania materiału	2
16.				Opatrunki z kompresem 6x7 cm	10
17.				Kompres jałowy 7,5x7,5 cm	1
18.				Przylepiec bez opatrunku	1

Tabela 5. Porównanie wyposażenia zestawów indywidualnych wz. II/93 i TIC II/08.
 Źródło: Instrukcja Ministra Obrony z 2001 r., pt. “Dodatkowe szkolenie z pierwszej pomocy wojskowej” (*Formation complementaire de secourisme militaire*) oraz spis wyposażenia z Zestawu indywidualnego żołnierza wz. II/08 (*trousse individuelle du combattant - TIC II/08*), wersja 2019.

Ewakuacja taktyczna odbywała się drogą lądową pojazdami *VAB-san* oraz powietrzną, przy pomocy śmigłowców. Wezwanie pomocy odbywało się drogą radiową poprzez złożenie dziewięciolinijkowego meldunku (*MEDEVAC 9-liner*), wg. standardów *NATO*. Odbierał go lekarz – regulator PECC, na swoim stanowisku w centrum dowodzenia w Nijrab, położonym 120 kilometrów na północny-wschód od Kabulu. Ranni trafiali do szpitala polowego poziomu III, zlokalizowanego przy stołecznym lotnisku *KAIA* lub rzadziej do amerykańskiego

szpitala w Bagram. Taka sytuacja zdarzała się w przypadku masowego napływu poszkodowanych, przewyższającego możliwości lecznicze francuskiej placówki²³³.

Należy wspomnieć o intencjonalnych, planowanych atakach afgańskich partyzantów na struktury medyczne oznaczone czerwonym krzyżem, chronionym przez międzynarodowe prawo humanitarne. Powodowało to konieczność wykonywania czynności ratunkowych pod ostrzałem przeciwnika i wywoływało dyskusję na temat miejsca i roli medyków na współczesnym polu walki, które nie respektuje zapisów Międzynarodowego prawa humanitarnego konfliktów zbrojnych. Wnioski były jednoznaczne i poskutkowały dostosowaniem się wojskowej służby zdrowia do istniejących uwarunkowań taktycznych. Położono nacisk na szkolenie bojowe personelu wojskowej służby zdrowia przed planowaną projekcją na misje poza granicami państwa. Utworzono wiele formacji o tematyce taktycznej pomocy w terenie niebezpiecznym, w tym najważniejszy kurs w dziedzinie ratownictwa pola walki (*Sauvetage au Combat – SC*). Nadaje on personelowi medycznemu kwalifikacje według posiadanej wiedzy i umiejętności, od poziomu 1 do 3. Następnie umiejętności medyków są stale weryfikowane i potwierdzane co 3 lata, w jednej z placówek Centrum symulacji medycyny operacyjnej (*CeSimMo*). Dla lekarzy i pielęgniarzy wymagane jest legitymowanie się certyfikatem na poziomie SC3, a sanitariusze wyznaczeni do działania w rejonie misji powinni posiadać wyszkolenie według standardu SC2. Dodatkowo pododdziały przed wyjazdem realizują kursy zespołowe (*MedicHos*) w ramach ćwiczeń ogólnowojskowych, w których udział bierze cała jednostka. Realizowane są one w warunkach bojowych i odznaczają się one najwierniejszym odwzorowaniem pola walki. Czynności medyczne są wykonywane w ramach etatowych struktur zabezpieczenia medycznego rozwiniętych w terenie przygodnym²³⁴.

Skalę trudności w niesieniu pomocy przez personel medyczny, w ramach konfliktu afgańskiego, doskonale oddają wydarzenia jakie rozegrały się 7 czerwca 2010 r. w dolinie Tagab. Podczas operacji realizowanej przez pododdział do zadań specjalnych (*Groupe de commandos-parachutistes – GCP*) ze składu 2 REP, ranny w obie nogi i głowę został jeden z żołnierzy. Podczas ewakuacji kolegi spod ostrzału, sanitariusz zespołu został postrzelony w kończynę dolną, co poskutkowało złamaniem obu kości udowych. Zdarzenie to spowodowało upadek ratownika i rannego, który doznał kolejnych urazów, będących wynikiem upadku i ognia przeciwnika. Zaciekłość i przewaga ogniowa partyzantów uniemożliwiła interwencję lekarza, będącego w składzie zespołu, który dotarł do najpoważniej rannego, dopiero po godzinie, już po jego śmierci. W tym momencie jedyny medyk w pełni sił na polu walki (lekarz), skoncentrował się na ratowaniu swojego kolegi (sanitariusza), który utracił przytomność, będąc w stanie wstrząsu hipowolemicznego. Kolejnym wyzwaniem okazało się, niepozorne podczas przebiegu walki, ukłucie przez skorpiona jednego z operatorów GCP. Wskutek, obecnych w jadzie skorpiona kardio i neurogennych toksyn, stan poszkodowanego bardzo szybko się pogarszał. W wyniku tego konieczna była intubacja dotchawicza, sztuczna wentylacja oraz wprowadzenie rannego w śpiączkę farmakologiczną. Wszyscy ranni zostali ewakuowani przez załogę VAB-San na lądowisko śmigłowca, który przetransportował ich do szpitala polowego w Kabulu. Pogarszający się wciąż stan żołnierza

²³³ Palmier B., *Mise en condition de survie des blessés en opération extérieure : procédure et expérience à partir du terrain afghan*, academie-medecine.fr, 24.04.12, dostęp: <https://www.academie-medecine.fr/mise-en-condition-de-survie-des-blesses-en-operation-exterieure-procedure-et-experience-a-partir-du-terrain-afghan/?lang=en> (07.09.2022)

²³⁴ Pasquier P, Dubost C., et al., *Predeployment training for forward medicalisation in a combat zone: the specific policy of the French Military Health Service*. Injury, 2014;45; s.1307-11.

po ukłuciu skorpiona, mimo zaawansowanych zabiegów reanimacyjnych przez wykwalifikowany personel lekarski na każdym z etapów łańcucha ewakuacyjnego, spowodował konieczność ewakuacji ранego do metropolii na pokładzie samolotu ewakuacji strategicznej *Falcon*. W wyniku tej bitwy jeden żołnierz *GCP* zmarł, dwóch ciężko rannych zostało wyłączonych z działań bojowych²³⁵.

Najważniejszą lekcją dla medyków jaką wyniesiono z tych zdarzeń to konieczność dokonywania trudnych wyborów na polu walki, umożliwiających uratowanie lżej rannych, mających lepsze rokowania na przeżycie. Odbywa się to kosztem tych, których obrażenia i stan wskazują na bezcelowość czynności ratowniczych. Drugim, równie ważnym, wnioskiem było podkreślenie niezwykle ważnej roli ciągłego monitorowania stanu pacjentów i stała aktualizacja priorytetów ewakuacyjnych. Z pozoru błahe ukłucie skorpiona, biorąc pod uwagę niekorzystny przebieg walki i ich zaciekłość, spowodowało drastyczne załamanie się mechanizmów obronnych zatrutego organizmu poszkodowanego i bezpośredni stan zagrożenia życia. Trzecią konstatacją była kluczowa obecność lekarza w składzie pododdziału bojowego, umożliwiająca prowadzenie zaawansowanych czynności reanimacyjnych na wczesnym etapie, dzięki czemu uratowano życie jednemu z żołnierzy. Ciekawostką i potwierdzeniem legendarnych cech psychofizycznych spadochroniarzy Legii Cudzoziemskiej jest fakt, że żołnierz ten, 6 miesięcy po tym zdarzeniu, ukończył jako ochotnik jeden z najtrudniejszych kursów na świecie, przeznaczony dla żołnierzy sił specjalnych, w Centrum szkolenia do walki w dżungli, w brazylijskim Manaus²³⁶.

Różnorodność zagrożeń podczas misji w Afganistanie opisuje sytuacja z 20 stycznia 2012 roku, do której doszło w tymczasowej wysuniętej placówce wojsk francuskich, 10 kilometrów od *FOB (Forward Operation Base) Gwan*, w tej samej dolinie Tagab. Podczas porannego rozruchu fizycznego żołnierzy, do biegających, ogień z broni maszynowej otworzył „sojusznik” z armii afgańskiej. Po wstępnej ocenie poszkodowanych, dokonanej przez „ad hoc” stworzony zespół medyczny, złożony z lekarza (*SC3*), sanitariusza (*SC2*) i trzech żołnierzy przeszkolonych z zasad medycyny taktycznej (*SC1*), stwierdzono dwóch martwych i szesnastu rannych (w tym jeden pielęgniarz). Po przewiezieniu poszkodowanych pojazdami typu *pick`up* do stołówki w *FOB Gwan*, przekształconej na potrzeby służby zdrowia w prowizoryczny punkt medyczny i kolejnej ocenie, bilans wynosił już czterech zmarłych i czternastu poszkodowanych. Ośmiu z nich zakwalifikowano do kategorii *Alfa* (pacjenci o najwyższym priorytecie ewakuacyjnym), a sześciu do *Bravo*. W akcji ratunkowej wziął cały personel medyczny bazy wynoszący dwóch lekarzy i sześciu sanitariuszy (*SC2*) oraz sześciu żołnierzy przeszkolonych z taktycznej pomocy na polu walki. Dodatkowo siły bazy zostały wzmocnione przez zespół medyczny (lekarz i pielęgniarz), który przyleciał pierwszym śmigłowcem ewakuacyjnym. Poszkodowani żołnierze trafili do szpitali polowych w Kabulu (francuski) i Bagram (amerykański), na pokładach francuskich śmigłowców *AS 332 Cougar* (medyczny) i *EC 725 Caracal* (niemedyczny) oraz amerykańskich *Blackhawk*.

Akcja koordynowana była przez lekarza – *PECC* w Nijrab, co powodowało możliwość koncentracji całego personelu lekarskiego na miejscu zdarzenia tylko i wyłącznie na czynnościach ratowniczych. W prowizorycznym punkcie medycznym wykonano takie zabiegi jak drenaż klatki piersiowej, skutkujący ewakuacją 1500 ml. krwi, autotransfuzję, intubację dotchawiczą oraz kilka igłowych odbarczeń odmy opłucnej. Dynamiczna interwencja całego personelu obecnego na miejscu zdarzenia oraz sprawnie zorganizowana akcja ratunkowa

²³⁵ Aigle L., dz. cyt., s.104-108.

²³⁶ tamże..

spowodowały, że nie zanotowano dalszych ofiar śmiertelnych (średni czas transportu śmigłowcem podczas tej akcji do szpitala poziomu III nie przekroczył 30 minut)²³⁷.

Najważniejszym wnioskiem z tej akcji było ponowne potwierdzenie słuszności tezy o koniecznej obecności lekarza ze znajomością medycyny ratunkowej oraz wyszkolonego personelu w dziedzinie medycyny taktycznej wśród żołnierzy na wysuniętej placówce w niebezpiecznym terenie. Zagrożenie, powodujące masowe straty sanitarne może przyjść nagle, z najmniej spodziewanej strony, a wydłużony czas oczekiwania na ewakuację (w standardzie NATO 60 minut) może poważnie ograniczać szanse na przeżycie poszkodowanych żołnierzy. Na brak dalszych ofiar spośród czternastu rannych wpłynęła również zdolność do adaptacji personelu medycznego do działania w warunkach improwizowanych, co było wielokrotnie ćwiczone na kursach przed projekcją na misję.

3.6.3. Czołówka resuscytacyjno – chirurgiczna (*l'Antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage - ARCS*) jako podstawowa komórka wsparcia pododdziałów na polu walki

Jednym z kluczowych obszarów, które należało dostosować do wymogów skomplikowanej i wymagającej sytuacji geopolitycznej trzeciej dekady XXI wieku, było zwiększenie mobilności elementów zabezpieczenia medycznego, tak aby fachowy personel wojskowej służby zdrowia był jak najbliżej walczących żołnierzy. Wyrazem tego było przekształcenie podstawowego komponentu wspierającego pododdziały bojowe, czyli Czołówki chirurgicznej aeromobilnej wz. 2005 (*l'Antenne chirurgicale aérotransportable - ACA 05*) w Czołwkę reanimacyjno – chirurgiczną (*l'Antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage – ARCS*). Po zmianach *ARCS* dysponuje możliwością projekcji do 48 godzin, w dowolnym miejscu na świecie i gotowością do działania po dwóch godzinach od przybycia w rejon operacji. W skład trzynastoosobowego zespołu wchodzi: lekarz – anestezjolog, trzech lekarzy – chirurgów, o specjalnościach w zakresie głowy i szyi (neurochirurg, otolaryngolog lub chirurg twarzowy) oraz chirurgii ogólnej i urazowej. Personel paramedyczny tworzą czterej pielęgniarze o specjalności ogólnej, dwóch pielęgniarzy anestezjologicznych i taka sama liczba pielęgniarzy bloku operacyjnego. Personel uzupełnia podoficer do spraw logistycznych, który odpowiada za wszystkie zagadnienia w domenie operacyjno – taktycznej oraz materiałowej. Tak skonstruowany zespół może przyjąć ośmiu pacjentów dziennie, w tym czterech poszkodowanych z kategorii *Alfa*, o najwyższym priorytecie ewakuacyjnym. Równocześnie może realizować dwie interwencje chirurgii ratunkowej ze wskazań życiowych, dwie reanimacje pacjentów we wstrząsie oraz prowadzić zabiegi w zakresie intensywnej opieki medycznej dla czterech poszkodowanych przez 12 godzin. *ARCS* pozostaje całkowicie autonomiczna przez 48 godzin²³⁸.

Na wyposażenie zestawu składają się 4 namioty, zajmujące przestrzeń 200 m kw. utwardzonego podłoża. Pierwszy z nich jest miejscem wstępnej segregacji, tzw. *triage*, gdzie pacjentowi nadawany jest priorytet ewakuacyjny, odpowiedni do jego obrażeń. W drugim namiocie przeprowadzane są zabiegi reanimacyjne, podstawowe badania obrazowe (*USG-fast*²³⁹), laboratoryjne i kliniczne, w oparciu o dwa symetryczne stanowiska, powodujące

²³⁷ Planchet M., Delbart C., Prise en charge d'un afflux saturant de blessés de guerre français en Afghanistan, *Medécine et Armées*, 2013;41;s. 175-182.

²³⁸ Sylvain M.P., *L'ARCS remplace L'ACA 05*, *ActuSante*, 2020; 159; s.20-21.

²³⁹ *USG-fast* – szybkie badanie ultrasonograficzne mające na celu wykrycie krwotoku wewnętrznego.

automatyzm w działaniu personelu. Trzeci namiot jest blokiem operacyjnym, w którym poszkodowani poddawani są ratunkowym interwencjom chirurgicznym na dwóch stanowiskach. Czwarty odpowiada za opiekę pooperacyjną i jest również salą intensywniej opieki medycznej. Posiada 4 łóżka dla pacjentów oczekujących na pilny transport na wyższy szczebel łańcucha ewakuacyjnego. Zaletą ARCS jest łatwość montażu systemu, znajdującego się w lekkich skrzyniach, oznaczonych i opisanych, według przynależności do poszczególnego namiotu. Ergonomię zestawu zwiększa wykorzystanie wszystkich elementów, takich jak puste skrzynie, pojemniki i pokrywy jako stoły i krzesła dla personelu. Materiały i sprzęt medyczny w miejscu pracy znajdują się w szafkach szufladowych, dzięki czemu dostęp do nich jest ułatwiony. Transport między namiotami odbywa się za pomocą specjalnie skonstruowanego i składanego wózka, wskutek czego zachowana jest „zasada jednych noszy”, ograniczająca konieczność wielokrotnego przenoszenia poszkodowanego. Ma to bardzo korzystny wpływ na stan rannego oraz na oszczędzanie sił i zdrowia personelu medycznego²⁴⁰.

ARCS zadebiutował w siłach zbrojnych Francji w ramach operacji *Barkhane*, w 2020 roku, w wysuniętej bazie operacyjnej (*base opérationnelle avancée* - BOA) w miejscowości Menaka, przetransportowany następnie do Gossi (Mali). Kompletny zestaw został rozstawiony przez 7. Czołówkę Chirurgiczną Spadochroniarzy (*Antenne Chirurgicale Parachutiste* - 7e ACP), dowodzoną przez lekarza – anestezjologa, wspieraną personelem lekarskim i pielęgniarskim z wojskowych szpitali. Placówka ta dopełniająca punkt medyczny poziomu I, była etapem przejściowym pomiędzy polem walki w najbardziej niebezpiecznym rejonie operacji, określanym jako strefa trzech granic (Mali, Niger i Burkina Faso), a szpitalem polowym poziomu II, zlokalizowanym w Gao²⁴¹.

Skróconą wersją ARCS jest Moduł chirurgii ratunkowej (*Le Module de chirurgie de sauvetage* - MCS), posiadający w swym składzie lekarza – anestezjologa, dwóch lekarzy – chirurgów i trzech pielęgniarzy. Rozkładany na bazie namiotu lub kontenera posiada jedno pomieszczenie funkcyjne, podzielone na dwie strefy. W pierwszej prowadzi się *triage* i czynności reanimacyjne, a w drugiej interwencje chirurgii ratunkowej. Ograniczony personel i bardzo mała przestrzeń robocza pozwalają na jednoczesne czynności ratunkowe w stosunku do dwóch ciężko i dwóch lekko rannych. Wskutek braku oddzielnego oddziału intensywniej opieki medycznej pobyt poszkodowanego w MCS nie powinien przekraczać 12 godzin. Autonomia tego zestawu, ważącego dwie tony wynosi 48 godzin. Wyposażenie modułu w sprzęt i materiały medyczne, identyczne jak ARCS, powoduje bezkolizyjne przejście w jednostkę o większych możliwościach, przy odpowiednim wzroście liczby personelu. Sprawia również, że cały personel medyczny wojskowej służby zdrowia pracuje na zunifikowanym sprzęcie. Ma to pozytywny wpływ na szkolenie przed projekcją i powoduje bezproblemowy proces adaptacji medyków do służby poza granicami państwa. MCS jest idealnym komponentem wsparcia medycznego dla jednostek specjalnych, co zostało potwierdzone w praktyce podczas zabezpieczenia działań zgrupowania taktycznego *Takuba*, w malijskiej Menace²⁴².

²⁴⁰Wey R. et al, *Histoire de la Médecine aux Armées*, Editions Pierre de Taillac, Paryż, 2025.

²⁴¹B.d., *BARKHANE – Présentation de l'antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage*, defense.gouv.fr, 01.02.2022, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/barkhane-presentation-lantenne-reanimation-chirurgie-sauvetage> (13.09.2022)

²⁴²Avaro J.P., Gintte J., *Chirurgie de sauvetage : adapter le soutien chirurgical de l'avant à la mission*, ActuSanté, 2022;163;s.19-20.

3.6.4. Zabezpieczenie medyczne wojsk aeromobilnych

Jednostki powietrznodesantowe odgrywają znaczącą rolę w najnowszej historii konfliktów zbrojnych z udziałem wojsk francuskich. Podczas wojny w Indochinach, dokonano 250 operacji bojowych desantowania żołnierzy ze statków powietrznych. Większość z nich kończyła się sukcesem w postaci zaskoczenia przeciwnika, nagłym zwrotem akcji na polu walki, osiągnięciem przewagi i inicjatywy taktycznej przez Francuzów i odwrotem przeciwnika. Momentem przełomowym była operacja *Castor*, podczas której zrzucono kilka batalionów spadochroniarzy, w okolicy miejscowości Dien Bien Phu. Niekorzystny przebieg bitwy z wielokrotnie liczniejszymi żołnierzami *Viet Minh* i ostateczna klęska Francuzów, z których większość nie powróciła do swoich domów, nie oznaczała definitywnego końca operacji tego typu. Aczkolwiek należy zauważyć, że odtąd przeprowadzano je z dużo większym namysłem, co miało decydujący wpływ na znacznie mniejszą ich częstotliwość. W czasie ostatnich pięćdziesięciu lat wojska powietrznodesantowe brały udział w misjach zgodnie ze swoim przeznaczeniem 67 razy, w tym 56 podczas operacji *Serval* i *Barkhane*, w afrykańskim Sahelu. Pokazuje to, że ten sposób walki odgrywa ważną rolę w działaniach bojowych wojsk francuskich i nie ma podstaw do twierdzenia, że to się zmieni w najbliższym czasie. Potwierdza tę tezę przebieg operacji *Orion-23*, w którym jednostki powietrznodesantowe odgrywały kluczową rolę sił ekspedycyjnych natychmiastowego reagowania, przejmujących inicjatywę w obronie sojuszników. Zrzut żołnierzy 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (2REP) 22 czerwca 2022 roku, w ramach misji *Thunder Lynx* oraz 8. Pułku Spadochroniarzy Piechoty Morskiej (8RPiMA) podczas operacji *Thunder Lynx II*, niespełna rok później w Estonii, podkreślił poważne podejście Francuzów do sojuszniczych obowiązków²⁴³.

Najczęstszym powodem użycia spadochroniarzy francuskich było zadanie bojowe, polegające na zajęciu określonego obiektu lub obszaru o bardzo ważnym znaczeniu strategicznym jak lotniska, porty oraz szlaki komunikacyjne (przykładowo operacja *Serval* w Mali). Innym powodem wykorzystania spadochroniarzy może być demonstracja siły mająca odstraszyć potencjalnego agresora (*DC04* w Kosowie), zabezpieczenie ewakuacji ludności cywilnej z terenu objętego walkami (*Bonite* w Kongo) oraz wsparcie walczących pododdziałów wojsk własnych lub sojuszniczych (*Barkhane* na terenie afrykańskiego Sahelu). Drogą powietrzną (zrzut spadochronowy z dużych wysokości) przedostają się operatorzy pododdziałów specjalnych w ramach operacji o charakterze rozpoznawczym oraz kinetycznym, w celu likwidacji szczególnie groźnych przeciwników. Przeprowadzano również operacje powietrznodesantowe w celach humanitarnych. Personel wojskowej służby zdrowia, będąc najszybciej na miejscu zdarzenia, odgrywa kluczową rolę dla powodzenia misji niesienia pomocy medycznej dla ludności cywilnej, poszkodowanej w katastrofach naturalnych jak cyklony i trzęsienia ziemi²⁴⁴.

Niekwestionowaną zaletą operacji powietrznodesantowych jest element zaskoczenia przeciwnika, dzięki szybkości przerzutu pododdziałów w określony rejon działań, gotowych natychmiast po wylądowaniu do wykonania zadania bojowego. Największym zagrożeniem dla spadochroniarzy jest możliwość intercepcji i neutralizacji w fazie swobodnego opadania na ziemię przez przygotowanego do walki przeciwnika. Taka sytuacja najczęściej jest

²⁴³ B.d., *Opération aéroportée Thunderlynx*, strategic-bureau.com, 27.06.2022, dostęp: <http://www.strategic-bureau.com/operation-aerportee-thunderlynx/> (16.09.2022)

²⁴⁴ Becker J.M., *Intervention aéroportée humanitaire*, Médecine et Armées, 1991;19;s.107-109.

spowodowana przez niedostateczne lub błędne rozpoznanie strefy zrzutu. Kolejne poważne ryzyko wynika z potencjalnej izolacji wojsk powietrznodesantowych od sił własnych lub sojuszników, bez dostępu do logistyki i wsparcia ogniowego w postaci artylerii i lotnictwa. Niewielkie możliwości ładunkowe i mała powierzchnia statków powietrznych transportujących spadochroniarzy narzucają żołnierzom znaczne ograniczenia sprzętowe i materiałowe. Dotyczy to uzbrojenia i wszystkich środków materiałowych, w tym medycznych. Ogólne zasady dotyczące użycia pododdziałów spadochronowych w siłach zbrojnych Francji są wyszczególnione w Regulaminie działań wojsk powietrznodesantowych (*Règlement interarmées sur la mise à terre des troupes aéroportées*), potocznie zwanym instrukcją TAP²⁴⁵.

Zdecydowana większość operacji powietrznodesantowych Francuzów, bez względu na ich charakter, odbywają się przy udziale personelu medycznego ze składu wojskowej służby zdrowia. Spośród sześćdziesięciu siedmiu misji tego typu, przeprowadzonych w ostatnich latach, 47 było zabezpieczane przez co najmniej jednego lekarza (71%), a 33 przez pielęgniarkę. 27 operacji odbywało się przy udziale zespołu medycznego złożonego z przedstawicieli obu wymienionych profesji. Przeważają zrzuty spadochronowe małych grup specjalnych z dużej wysokości (49 skoków), wymagających od personelu medycznego posiadania kwalifikacji i umiejętności skoczka operacyjnego, dopuszczonego do skakania z wysokości ponad czterech tysięcy metrów. Jedenastu lekarzy i czterech pielęgniarek zostało dostarczonych w rejon działania jako pasażerowie skoku w tandemie. Sposób ten nie jest preferencyjną metodą przedostania się personelu medycznego w rejon działania, z uwagi na większe ryzyko kontuzji u obu skoczków, co stanowi zagrożenie dla powodzenia całej misji. Oprócz zdolności do oddania skoku, który jest tylko sposobem dotarcia na teatr działań, medycy muszą być zaznajomieni z taktyką wojsk specjalnych i posiadać odpowiednie przygotowanie psychiczne – fizyczne, pozwalające im znosić trudy misji, na równi z innymi operatorami. Na stopień trudności zadania dla personelu medycznego zabezpieczającego operacje specjalne wpływa dyscyplina świetlna i dźwiękowa w trakcie misji oraz ograniczone zasoby materiałowe, przenoszone na własnych barkach. Wymagana jest zdolność do szybkiego, pieszego przemieszczania się na duże odległości, podczas którego istnieje duże ryzyko kontaktu ogniowego z przeciwnikiem. W przypadku strat własnych sytuację komplikuje utrudniona możliwość ewakuacji poszkodowanych²⁴⁶.

Operacje powietrznodesantowe mogą się komplikować już w początkowej ich fazie ze względu na duże ryzyko odniesienia kontuzji, wskutek nieudanego lądowania skoczka. Wpływ na zwiększenie wypadkowości mają czynniki zewnętrzne jak ukształtowanie terenu strefy zrzutu, wysokość nad poziomem morza, warunki pogodowe (silny wiatr, wysoka temperatura zwiększająca prędkość opadania skoczka), nocna pora skoku oraz duże obciążenie sprzętem spadochroniarzy. Ryzyko wypadków wzrasta również podczas masowych zrzutów z użyciem największych statków powietrznych na wyposażeniu armii. Podczas operacji w Sahelu zespoły medyczne tworzyły własne zestawy do zaopatrywania kontuzji związanych ze skokiem (pas unieruchamiający kręgosłup typu *K-E-D*, pasy miedniczne, szyny do stabilizacji urazów kończyn), które niepotrzebne na dalszym etapie misji, pozostawiano wraz

²⁴⁵Regulamin *PIA 3.2.1.1 (A) MAT-TAP (2013) No D-13-004387/DEF/EMA/EMP.3/NP*. z 2013 roku., nowelizowany w 2022 roku, dostęp: https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/cicde/20220623-PIA-3.2.1.1A_MAT-TAP-L1_Vf.pdf (08.11.2024)

²⁴⁶ Carbonnel N., Dubecq C. et al., *Cinquante ans de soutien médical des opérations aéroportées françaises: bilan et perspectives*, Médecine et Armées, 2019;47;s. 93-106.

ze spadochronami w strefie zrzutu. Kolejnym czynnikiem mogącym spowodować duże straty sanitarne na początku operacji, powodujące zagrożenie jej powodzenia, jest ekspozycja żołnierzy na oddziaływanie przeciwnika podczas fazy swobodnego opadania na spadochronie. Żołnierze są wtedy bezbronni, gdyż nie mają dostępu do swojej broni osobistej. Poszkodowanym, niezależnie od przyczyny odniesienia kontuzji, należy udzielić natychmiastowej pomocy medycznej oraz określić konieczność i priorytet ewakuacyjny. Jeśli sytuacja taktyczna na to pozwala, należy ewakuować najciężiej rannych tak szybko jak to możliwe poza rejon działania, zwiększając ich szanse na przeżycie oraz umożliwiając kontynuację misji przez resztę pododdziałów. Sprawne wykonanie tych czynności zależy od obecności wśród skaczących, odpowiednio wyszkolonych i wyposażonych zespołów medycznych. Dopuszcza się, korzystając z przyjętych norm amerykańskich, 6% strat, w wyniku nieudanego skoku, które nie powinny mieć negatywnego wpływu na przebieg misji²⁴⁷.

W przeszłości (np. w Indochinach) standardem była obecność lekarza na szczuble batalionu, liczącego około 600-700 żołnierzy. Obecnie przyjmuje się, że zespół medyczny złożony z lekarza, pielęgniara i sanitariuszy zabezpiecza działania bojowe kompanii, czyli około 120 spadochroniarzy. Oczywiście jest to możliwe w warunkach konfliktu o niskiej intensywności przy niewielkich stratach sanitarnych. Dodatkowo każdy pluton (ok. 30 żołnierzy) posiada swoich sanitariuszy. Zabezpieczenie medyczne operacji specjalnych powinno być realizowane przez lekarza lub doświadczonego paramedyka dla sekcji 10-osobowej. Charakter takich misji, często na terytorium przeciwnika, wymaga dyskrecji i wczesna ewakuacja medyczna przy użyciu śmigłowców lub pojazdów może narazić żołnierzy na dekonspirację i niepowodzenie całej operacji. Szczególnie ważna jest więc obecność wykwalifikowanych i doświadczonych medyków w składzie zespołów operacji specjalnych oraz indywidualne wyszkolenie medyczne każdego operatora²⁴⁸.

Dużym wzmocnieniem dla jakości zabezpieczenia medycznego operacji powietrznodesantowych jest obecność w składzie skaczących żołnierzy, elementów czołówki chirurgicznej spadochroniarzy (*L'Antenne chirurgicale parachutiste – ACP*). Zadaniem personelu medycznego tej struktury jest stabilizacja stanu krytycznie rannych żołnierzy przed ewakuacją na wyższy poziom pomocy medycznej, poprzez zabiegi z zakresu chirurgii ratunkowej. Materiały i środki medyczne wchodzące w skład wyposażenia tych elementów są pakowane w skrzyniach i paczkach, a następnie zrzucone ze spadochronami razem z żołnierzami, co znacznie ułatwia proces uruchomienia struktury. Po wylądowaniu priorytetem jest jak najszybsze dotarcie do sprzętu i przygotowanie go do użycia.

Gotowe moduły sprzętowe opisywane w poprzednich rozdziałach, konfekcjonowane są na potrzeby danej misji, w zależności od rozmiarów operacji i sposobu działania żołnierzy. Większe zgrupowania, posiadające przewagę taktyczną w rejonie działań oraz dominację w przestrzeni powietrznej mogą rozwinać pełniejsze elementy zabezpieczenia medycznego, jak czołówka reanimacyjno – chirurgiczna (*ARCS*). W takiej sytuacji możliwe jest ciągle zaopatrywanie pododdziałów w sprzęt drogą lotniczą, co jest metodą preferencyjną, z uwagi na szybkość dostaw. Istotnym czynnikiem warunkującym przeżycie poszkodowanego jest wczesne przetoczenie krwi pełnej lub jej składników, co powoduje konieczność dostarczania

²⁴⁷ Knapik J., Steelman R., *Risk Factors for Injuries During Military Static-Line Airborne Operations: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Journal of Athletic Training 2016;51; s.962–980.

²⁴⁸ Gaubert J., Aigle L. et al., *A propos d'un accident insolite de parachutisme en saut à ouverture automatique: quelles perspectives pour la prise en charge sur zone de saut isolé?* Médecine et Armées, 2012;40; s.327-331.

tych produktów na pole walki, przy użyciu specjalnie zaprojektowanego do tego celu zasobnika. Personel medyczny w małych zespołach jednostek specjalnych operujący na wrogu lub w najlepszym razie kontestowanym terytorium będzie działać w oparciu o najmniejsze elementy jak Zestaw wstępnej projekcji (*LPI*), a niekiedy tylko o to co zmieści w swoim plecaku. Poważnym problemem dla takich misji jest maksymalna waga skoczka wraz z wyposażeniem, którą może udźwignąć spadochron. Biorąc pod uwagę, że lekarz tak jak każdy żołnierz musi posiadać broń osobistą, zapas amunicji, środki łączności, optykę oraz żywność i wodę, materiały medyczne jakie może zabrać ze sobą są ograniczone do minimum. Ważną determinantą zabezpieczenia medycznego jest mobilność pododdziałów, na rzecz których jest ono wykonywane. Statyczne misje, gdzie żołnierze wykonują zadania na ograniczonym, niedużym terenie jak lotnisko czy port mogą być zabezpieczane przez większe, stacjonarne komponenty. Operacje wymagające ciągłego przemieszczania, często skrytego, muszą posiadać w swoim składzie elementy mobilne, wykorzystujące minimalne wyposażenie do działania w warunkach improwizowanych²⁴⁹.

Stałym przedmiotem zainteresowania francuskiej wojskowej służby zdrowia jest doskonalenie i miniaturyzacja sprzętu medycznego, szczególnie ważna dla operacji powietrznodesantowych. Pośród najnowszych zdobyczy technologicznych używanych przez zespoły medyczne zabezpieczające tego typu misje są monitory do kontrolowania parametrów życiowych, pompy infuzyjne na baterie oraz respiratory mogące wentylować poszkodowanego przy użyciu wysokich ciśnień ze źródła tlenu oraz bez niego, zaopatrując się w powietrze atmosferyczne. Problemатyczne jest transportowanie butli tlenowych, ze względu na masę i objętość, toteż trwają prace nad stworzeniem wersji ultralekkiej, możliwej do zaakceptowania przez spadochroniarzy. Innymi sprzętami medycznymi podlegającymi miniaturyzacji są ssaki do udrażniania dróg oddechowych, aparaty USG oraz siatkowe nosze, w pozycji złożonej mieszczące się w kieszeni żołnierza. Prawdziwą rewolucją w medycynie taktycznej są systemy teletransmisji danych w formie tabletów o wzmocnionej konstrukcji, wykorzystujących zabezpieczoną łączność satelitarną. Dzięki nim parametry życiowe ранego, zdjęcia, obrazy z wykonywanych badań są widoczne dla wszystkich elementów łańcucha ewakuacyjnego. W czasie rzeczywistym łączą lekarzy czołówki chirurgicznej na I poziomie zabezpieczenia medycznego, lekarza – koordynatora (*PECC*) w centrum operacyjnym, oraz personel medyczny szpitali polowych i szpitali wojskowych w metropolii. Stałym wyzwaniem dla sił zbrojnych jest ochrona cybernetyczna dla tych urządzeń, tak aby nie powodowały dekonspiracji pododdziału poprzez namierzenie jego sygnału przez przeciwnika. Zagrożeniem jest również obca ingerencja, w celu pozyskiwania poufnych danych osobowych i medycznych żołnierzy²⁵⁰.

Dobrym przykładem zabezpieczenia medycznego działań francuskich wojsk powietrznodesantowych w trudnym, pustynnym terenie północnego Nigru, są dwie misje, pk. *Kounama 2 i 3*. Zrealizowali je w 2015 roku spadochroniarze cudzoziemscy z 2 *REP*, w ramach Pustynnego zgrupowania taktycznego - Wschód (*Groupement tactique desert – Est - GTD-E*), podczas operacji *Barkhane*. W pierwszej z nich (*K2*) udział wzięło osiemdziesięciu pięciu żołnierzy. Działania tego komponentu zabezpieczał zespół medyczny złożony z lekarza, pielęgniarki i dwóch sanitariuszy, ulokowany w środku zgrupowania, przy stanowisku dowodzenia. Jak się później okazało minusem takiej lokalizacji było oddalenie od skrajnych

²⁴⁹Barbier O., Malgras B., *Bilan de l'activité de l'antenne chirurgicale implantée à Gao (Mali), au cours de l'opération „Serval”*, *Medécine et Armées*, 2017;45; s.429-434.

²⁵⁰Carbonnel N., Dubecq C. et al., *Cinquante ans de soutien médical des opérations aéroportées françaises: bilan et perspectives*, *Medécine et Armées*, 2019;47;s. 93-106.

elementów wojsk własnych o ponad 9 kilometrów, co utrudniało reakcję na zdarzenia i prawidłową organizację ewakuacji rannych w tych częściach ugrupowania. Każdy z trzech plutonów bojowych posiadał w swym składzie sanitariusza wyszkolonego w zakresie ratownictwa pola walki na poziomie SC2. Zespół medyczny dysponował sprzętem, mocno ograniczonym przez restrykcyjne limity wagowe statków powietrznych i spadochronów. Wszyscy żołnierze w swoim zasobniku posiadali pakiety indywidualne, odpowiednie do swoich kompetencji. Dodatkowo w skrzyni zrzuconej razem ze skoczkami, o masie dwudziestu ośmiu kilogramów, umieszczono zestaw reanimacyjny, pozwalający na prowadzenie zaawansowanych czynności ratunkowych przez 1 godzinę (czas potrzebny na dołot śmigłowca ratunkowego), jednocześnie u dwóch ciężko rannych żołnierzy. W jego skład wchodził respirator, dwie butle tlenowe o pojemności trzech litrów, ssak do udrażniania dróg oddechowych i płyny infuzyjne. Wyposażenie zespołu medycznego uzupełniały leki przeciw ukłuciom skorpiona, szybkie testy malaryczne oraz zestaw urazowy, zapakowany do zasobnika zespołowego GC 23. W skład tego pakietu wchodziła kamizelka typu K-E-D, pas stabilizujący złamania miednicy, kołnierz szyjny i komplet szyn unieruchamiających kończyny²⁵¹.

Splot niekorzystnych okoliczności takich jak wysoka temperatura powietrza (25°C), wysokość bezwzględna (850 metrów n.p.m.), nocna pora i przede wszystkim duże obciążenie sprzętem skoczków były przyczyną wysokich strat sanitarnych spowodowanych kontuzjami przy niefortunnym lądowaniu. Czterech żołnierzy ucierpiało wskutek urazu kręgosłupa (w tym dwóch poważnie), a jeden złamał kość ogonową. Ciężki stan poszkodowanych, uniemożliwiający im samodzielne poruszanie się, piaszczysty, nierówny teren utrudniający transport rannych na noszach, nocna pora oraz konieczność szybkiego przemieszczenia się na daleką odległość całego pododdziału, postawiły dowódcę zgrupowania w trudnej sytuacji. W porozumieniu z lekarzem, podjął niełatwą decyzję o uruchomieniu procedury ewakuacji medycznej drogą powietrzną, co naraziło całe zgrupowanie na dekonspirację i utratę elementu zaskoczenia w planowanej zasadzce. Lądowanie śmigłowca medycznego, poprzedzone było skanem terenu o promieniu trzydziestu kilometrów od lądowiska, w poszukiwaniu przeciwnika, wykonanym za pomocą bezzałogowego statku powietrznego należącego do sojuszników ze Stanów Zjednoczonych. Ranni trafili najpierw do czołówki chirurgicznej w wysuniętej bazie tymczasowej (*base avancee temporaire – BAT*) w miejscowości Madama (Niger), po czym na pokładzie samolotu medycznego *CASA-nurse* zostali przetransportowani do szpitala polowego w N'Djamena (Czad)²⁵².

Lekcje wyniesione z misji *Kounama 2*, zaprocentowały przy planowaniu kolejnej (*Kounama 3 – K3*). Postanowiono zredukować wagę indywidualnych zasobników żołnierzy, poprzez wcześniejsze ukrycie w rejonie działania wody i racji żywnościowych. Nakazano również spadochroniarzom otwarcie spadochronów zapasowych, obok głównego, co spowodowało zmniejszenie prędkości opadania. Skutkiem tych działań była mniejsza urazowość przy zetknięciu skoczków z ziemią (tylko dwóch poszkodowanych, niewymagających ewakuacji). Umiejscowiono personel zabezpieczenia medycznego, który tym razem stanowili dwaj lekarze i pielęgniarz, tak aby skrajne elementy ugrupowania bojowego, oddalone od siebie o ponad 15 kilometrów, posiadały w swoim składzie lekarza. Miało to umożliwić natychmiastową reakcję na zdarzenia i możliwość kierowania ewentualną akcją ratunkową. Mimo dużego nacisku na limit wagowy na pokładzie statków powietrznych

²⁵¹ Aigle L., Bay C., *Soutien santé de deux opérations aéroportées aux confins du nord Niger: bilan et enseignements*, Médecine et Armées, 2017; 45; s. 435-444.

²⁵² Tamże.

medycy posiadali do swojej dyspozycji te same zestawy co w poprzedniej misji. W obu operacjach nie było strat sanitarnych w wyniku kontaktu ogniowego, a największym przeciwnikiem w rejonie działania okazały się skrajnie trudne warunki atmosferyczne. Podczas operacji K3 najbardziej we znaki dawały się amplitudy temperatur sięgające 34°C (od 12 w nocy, do 46°C w dzień), a w trakcie K2 niskie temperatury w nocy, spadające do 6°C. Kluczowe do działania w takich warunkach okazały się dobre przygotowanie psychiczne – fizyczne żołnierzy, odpowiednie wyposażenie (siatki maskujące na dzień, ciepła odzież na noc) oraz edukacja i kontrola w zakresie prawidłowego odżywiania, w szczególności nawadniania żołnierzy. Pozwoliło to na natychmiastowe reagowanie na przypadki odwodnienia i udarów cieplnych²⁵³.

3.7. Kontrola zagrożeń CBRN

Agresywna postawa i retoryka jednego z posiadaczy największych zasobów broni masowego rażenia na świecie (oraz zdolności do jej przenoszenia i użycia) jakim jest Federacja Rosyjska, stawia bardziej aktualne niż kiedykolwiek pytanie o stan przygotowań do obrony przed tego typu zagrożeniami innych ważnych graczy na międzynarodowej arenie. Pytanie to w szczególności powinno dotyczyć państw członkowskich NATO, największego obecnie sojuszu o charakterze militarnym, mającego stanowić przeciwwagę do ofensywnych działań Rosji. Próbkę swoich możliwości Rosjanie pokazali na terytorium Wielkiej Brytanii, usiłując zabić swoich politycznych przeciwników, w miejscach publicznych. Najpierw skutecznie, przy użyciu radioaktywnego polonu, w przypadku Aleksandra Litwinienki. Następnie podczas zakończonej niepowodzeniem próby zabójstwa Siergieja i Julii Skripal, używając gazu bojowego *Novichok*. Reakcją tzw. zachodu było potępienie tego typu działania oraz wspólna deklaracja o współpracy w zakresie ich zwalczania przez szefów rządów Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Kanady, Niemiec i Francji²⁵⁴.

3.7.1. Działania w ramach struktur międzynarodowych na rzecz zwalczania broni masowego rażenia

Istnieje szereg cywilnych międzynarodowych organizacji powołanych do reagowania na zagrożenia o takim charakterze (np. *Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej – MAEA i Organizacja ds. Zakazu Broni Chemicznej – OPCW*), w których Francja bierze czynny udział, będąc członkiem organów zarządczych²⁵⁵. Na polu militarnym najważniejszą instytucją, która zwalczanie zagrożeń z zakresu CBRN traktuje priorytetowo, a Francuzi odgrywają w niej ważną rolę, jest wspomniane *NATO*. Atak na Ukrainę i groźby użycia broni masowego rażenia, wypowiedziane pod adresem państw Sojuszu Północnoatlantyckiego przez polityków z kręgów władzy Rosji, spowodowały konieczność dalszego doskonalenia systemów zwalczania tego

²⁵³ Aigle L., Bay C., *Soutien santé de deux opérations aéroportées aux confins du nord Niger: bilan et enseignements*, Médecine et Armées, 2017; 45; s. 435-444.

²⁵⁴ B.d., *Déclaration commune entre les dirigeants français, allemand, américain, canadien et britannique*, elysee.fr, 06.09.2018, dostęp: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/06/declaration-commune-entre-les-dirigeants-francais-allemand-americain-canadien-et-britannique> (23.09.2022)

²⁵⁵ B.d., *Board of Governors*, dostęp: <https://www.iaea.org/about/governance/board-of-governors> (28.09.2022) oraz b.d., *Executive Council The governing body of the OPCW*, opcw.org, dostęp: <https://www.opcw.org/about-us/executive-council> (28.09.2022)

rodzaju zagrożeń, o czym mówi tekst polityki obronnej *CBRN NATO*²⁵⁶ oraz doktryna o zaopatrywaniu medycznym po ataku *CBRN*²⁵⁷.

Głównym komponentem wykonawczym sojuszu przeznaczonym do reagowania na ataki na ludność, terytorium lub siły zbrojne państw członkowskich bronią o charakterze masowym jest Wielonarodowa połączona grupa zadaniowa *CBRN* (*Combined joint chemical biological radiological nuclear defence Task Force – CJ-CBRND-TF*). Jest ona częścią sił odpowiedzi NATO (*Nato Response Forces – NRF*). Działanie grupy na co dzień odbywa się poprzez Połączony zespół oceny (*Joint assessment team – JAT*), składający się z dziesięciu specjalistów analizujących zagrożenia. Jest to organ doradczy dowództw na poziomie strategicznym i operacyjnym. Elementem wykonawczym jest Wielonarodowy batalion *NRBC*, gotowy do osiągnięcia zdolności bojowej w krótkim czasie i realizowania zadań na rzecz wojsk sojuszniczych na teatrze działań. W 2022 roku w obu strukturach główne role odgrywali Francuzi. Zespół oceny tworzył personel Centrum połączonych sił *NRBC* z Saumur (*Centre Interarmées – CIA NRBC*), wsparty żołnierzami sił powietrznych, a rdzeniem wielonarodowego batalionu był 2. Pułk Dragonów (*2e Régiment de Dragons*) z Fontevraud l Abbaye. Łącznie daje to liczbę dziewięćset dwóch żołnierzy, szkolących się i wykonujących obowiązki w swoich macierzystych jednostkach, a w razie uruchomienia *NRF* działających zgodnie z przeznaczeniem w ramach struktur *NATO*, pod dowództwem naczelnego dowódcy na Europę (*Supreme Allied Commander Europe – SACEUR*)²⁵⁸.

Kolejnym przykładem zaangażowania francuskich sił zbrojnych na arenie międzynarodowej w obronę przeciw broni masowego rażenia jest stworzenie, wspólnie z Rumunią i Włochami, poligonu *CBRN* w Rumunii. Obiekt ten jest przeznaczony do treningów indywidualnych żołnierzy oraz ćwiczeń z wojskami, w ramach projektu stałej współpracy strukturalnej w dziedzinie obrony i bezpieczeństwa Unii Europejskiej (*Permanent Structured Cooperation – PESCO*). Dzięki nowoczesnej infrastrukturze i technologii zastosowanej przy budowie ośrodka, szkolenie odbywa się w warunkach o wysokim poziomie realności. Na obiekcie tym badany i testowany jest specjalistyczny sprzęt i środki ochronne mające wejść na wyposażenie wojsk oraz instytucji cywilnych powołanych do zwalczania zagrożeń *CBRN*²⁵⁹.

3.7.2. Założenia doktrynalne francuskiej obrony przed bronią o charakterze masowym

Rozróżnia się cztery rodzaje możliwych uderzeń o charakterze masowego rażenia, które opisuje skrót *CBRN*:

- C – chemiczny;
- B – biologiczny;
- R – radiologiczny;

²⁵⁶ B.d., *NATO's Chemical, Biological, Radiological and Nuclear (CBRN) Defence Policy*, nato.int, 05.07.2022, dostęp: https://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_197768.htm (28.09.2022)

²⁵⁷ *AMedP-7.1: Medical Management of a CBRN Incident*. NATO, 2022, dostęp: https://www.coemed.org/files/stanags/02_AJMEDP/AJMedP-7_EDB_V1_E_2596.pdf (08.11.2024)

²⁵⁸ Raport informacyjny o obronie *NRBC* komisji obrony narodowej i sił zbrojnych z 23 lutego 2022 roku (*Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission de la défense nationale et des forces armées en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la défense NRBC*), dostęp: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion_def/115b5112_rapport-information (08.11.2024)

²⁵⁹ B.d., *CBRN DEFENCE TRAINING RANGE (CBRNDTR)*, pesco.europa.eu, dostęp: <https://www.pesco.europa.eu/project/cbrn-defence-training-range-cbrndtr/> (29.09.2022)

- N - nuklearny.

Doktryna francuskiej obrony CBRN mówi o czterech potencjalnych scenariuszach takiego ataku:

- bezpośrednia agresja na siły zbrojne Francji w rejonie działań bojowych;
- atak na ludność cywilną;
- przypadkowe zdarzenie przemysłowe lub laboratoryjne na masową skalę, uwalniające środki chemiczne, biologiczne lub radiologiczne;
- kryzys sanitarny spowodowany czynnikiem biologicznym o charakterze epidemii lub pandemii.

Odpowiedź sił zbrojnych koncentruje się na trzech głównych zadaniach jakie stoją przed jednostkami i instytucjami podległymi w zakresie zwalczania zagrożenia:

- ochrona wojsk własnych i sojuszniczych przed atakami bronią masowego rażenia;
- wsparcie instytucji cywilnych na rzecz ochrony społeczeństwa;
- czynne działania mające na celu ograniczenie proliferacji broni CBRN.

Misje te realizowane są poprzez prowadzenie działań prewencyjnych, ochronę wojsk własnych po wystąpieniu ataku oraz jak najszybsze odtworzenie zdolności operacyjnych sił zbrojnych, w pięciu obszarach:

- obserwacja, detekcja, identyfikacja;
- środki ochrony osobistej i zespołowej;
- dekontaminacja personelu i sprzętu;
- medyczne środki zaradcze;
- środki komunikacji i dowodzenia²⁶⁰.

Wojskowa służba zdrowia, poprzez swoje wyspecjalizowane instytucje i jednostki organizacyjne, odgrywa kluczową rolę w zwalczaniu zagrożeń CBRN. Leczenie i zaopatrywanie pacjentów są realizowane przez wojskowe szpitale i struktury polowe rozwinięte w terenie. Działalność naukowo - badawcza ukierunkowana na medyczne środki zaradcze, prowadzona jest w szczególności przez Instytut Badań Biomedycznych (IRBA). Za utrzymywanie i odnawianie zasobów środków ochrony osobistej i materiałów leczniczych odpowiada Wojskowa Apteka Główna (PCA). Żołnierze wojskowej służby zdrowia, rekrutujący się w szczególności z biura NRBC w dyrektoriacie centralnym, pełnią funkcje doradczo – eksperckie przy szefie Sztabu Generalnego Sił Zbrojnych oraz na szczeblach ministerialnych w czasie sytuacji kryzysowych obejmującej terytorium całego państwa²⁶¹.

Działania wojskowego personelu medycznego na terenie metropolii opierają się na podstawach prawnych obowiązujących w środowisku cywilnym. Należą do nich Okólnik Ministra Pracy i Solidarności z 2002 roku w sprawie organizacji leczenia w przypadku zdarzenia o charakterze nuklearnym lub radiologicznym²⁶² oraz Państwowe wytyczne czynności medycznych po ataku nuklearnym lub biologicznym. Organem redagującym te dokumenty jest Krajowy Urząd ds. Bezpieczeństwa Nuklearnego (*l'Autorité de Sûreté*

²⁶⁰ Doktryna państwa w zakresie prewencji i zwalczania ataków CBRN (*Doctrine de l'État de prévention et de lutte contre le terrorisme NRBC*). Okólnik premiera n°747/SGDN/PSE/PPS z 30 października 2009.

²⁶¹ Raport informacyjny o obronie NRBC komisji obrony narodowej i sił zbrojnych z 23 lutego 2022 roku.

²⁶² *Circulaire DHOS/HFD/DGSNR N° 277 du 2 mai 2002 Relative a L'Organisation des soins medicaux en cas d'accident nucleaire ou radiologique*, dostęp : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-23/a0232151.htm> (08.11.2024)

Nucléaire – ASN)²⁶³. Zagrożeniom chemicznym poświęcony jest Okólnik do doktryny narodowej dotyczącej ochrony przed atakami terrorystycznymi z użyciem środków chemicznych²⁶⁴. Natomiast Okólnik Ministra Pracy i Solidarności w sprawie organizacji systemu szpitalnego podczas masowego napływu pacjentów, wprowadził do użycia tzw. Biały plan (*Plan blanc*)²⁶⁵.

Francuska wojskowa służba zdrowia pełni bardzo ważną rolę w budowaniu odporności i zdolności do odpowiedzi na atak CBRN systemu bezpieczeństwa państwa. Choć kluczowe role w przypadku takiego zdarzenia pełnią inne formacje, takie jak Straż Pożarna, Żandarmeria, Policja i obrona cywilna, to wojskowy personel medyczny aktywnie je wspiera. W szczególności poprzez diagnozowanie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia, określenie skali i rodzaju ataku, alarmowanie społeczeństwa oraz zaopatrywanie poszkodowanych (izolowanie, dekontaminacja, leczenie). Wojskowe instytucje działają w obszarze szkolenia personelu powszechnego systemu opieki zdrowotnej przeciw zagrożeniom CBRN, m.in. poprzez Narodowe centrum cywilno – wojskowe ds. szkolenia przeciw zagrożeniom CBRN (*Centre national civil et militaire de formation et d'entraînement aux événements de nature nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive*). Instytucja ta została powołana na podstawie Dekretu Ministra Spraw Wewnętrznych nr 2014-338 z 14 marca 2014 r.²⁶⁶. Istotną rolę w prewencji i leczeniu odgrywają wojskowe instytuty (np. *IRBA*) w ramach działalności naukowo – badawczej. Ich praca ukierunkowana jest na opracowaniu antidotum i leków, niezbędnych dla ludności cywilnej po ataku z użyciem broni masowego rażenia. Rolę personelu medycznego francuskich sił zbrojnych podkreślają wszystkie akty prawne i plany państwowe dotyczące obrony przed bronią masowego rażenia jak Plan rządowy *NRBC* z 2016 roku²⁶⁷ i Dekret Premiera z 6 października 2016 roku w sprawie organizacji odpowiedzi systemu opieki zdrowotnej w sytuacjach nadzwyczajnych, znany jako *Plan Orsan*²⁶⁸.

²⁶³ *Guide national d'intervention médicale en cas d'événement nucléaire ou radiologique*, 2023, dostęp : <https://www.asn.fr/l-asn-reglemente/guides-de-l-asn/guide-national-d-intervention-medical-en-situation-d-urgence-nucleaire-ou-radiologique> (08.11.2024)

²⁶⁴ *Circulaire relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques*, 02/10/2018 (700/SGDN/PSE/PPS), dostęp : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44286> (08.11.2024)

²⁶⁵ *Circulaire DHOS/HFD N° 2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes*, dostęp : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_du_2_mai_2003-2.pdf (08.11.2024)

²⁶⁶ *Décret no 2014-338 du 14 mars 2014 portant création d'un service à compétence nationale dénommé « Centre national civil et militaire de formation et d'entraînement aux événements de nature nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosive »*. Dz. U. (JORF) nr 0064 z 16 marca 2014.

²⁶⁷ *Plan gouvernemental NRBC n°10222/SGDSN/PSE/PSN/CD* z 23 grudnia 2016. Sekretariat generalny obrony i bezpieczeństwa narodowego (Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale - SGDSN).

²⁶⁸ *Dekret nr 2016-1327 z 6 października 2016 w sprawie organizacji odpowiedzi systemu opieki zdrowotnej i narodowych komórek medyczno – psychologicznych po zaistnieniu sytuacji nadzwyczajnych, modyfikujący artykuł R3131-107 Kodeksu zdrowia publicznego wprowadzający Plan Orsan. (Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles modifiant l'article R3131-107 du code de la santé publique*. Dz. U. (JORF) nr 0235 z 8 października 2016, dostęp : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033203698> (08.11.2024)

3.7.3. Jednostki organizacyjne wojskowej służby zdrowia przeznaczone do reagowania na zdarzenia CBRN

Jednostką referencyjną ze składu wojsk lądowych, odpowiedzialną za zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych w rejonie misji oraz wsparcie krajowego systemu antykryzysowego, w tym zwalczanie potencjalnych ataków z użyciem broni masowego rażenia, jest Pułk Medyczny z Valbonne (*Régiment Médical - RMED*). Zadania w zakresie ochrony przed zagrożeniami CBRN, realizuje przy pomocy Medycznej jednostki dekontaminacyjnej sił zbrojnych (*Unité médicale de décontamination des armées - UMDA*). Polegają one na jak najszybszej neutralizacji czynnika szkodliwego oddziałującego na organizm poszkodowanych, zapobieganiu kontaminacji wtórnej poprzez kontakt z pacjentem personelu medycznego i innych żołnierzy oraz wdrożeniu natychmiastowej terapii leczniczej. *UMDA* to modułowy zestaw, którego wielkość i możliwości operacyjne będą się różnić, w zależności od skali ataku i potrzeb wojsk, na których korzyść działa. Może być on dopełnieniem dużych struktur zabezpieczenia medycznego jak szpital polowy lub działać jako samodzielna jednostka. W pełni rozłożony zestaw składa się z punktu wstępnych czynności reanimacyjnych w warunkach skażonych, punktu rozbierania pacjenta, punktu mycia i punktu dalszych czynności medycznych. Wszystkie wymienione elementy są ułożone w formie łańcuchowej, tak aby wyeliminować ryzyko ponownej kontaminacji pacjenta lub personelu²⁶⁹.

W przypadku gdy nie jest możliwe rozłożenie kompletnego *UMDA* (niekorzystna sytuacja taktyczna, brak możliwości transportowych, ograniczony personel medyczny) lub występuje mała skala zagrożenia CBRN, wojskowa służba zdrowia działa w oparciu o Zestawy dekontaminacji interwencyjnej (*LDI - Lot de décontamination interventionnelle*). Posiadając ok. połowę wyposażenia pełnego komponentu, zestawy te mają znacznie mniejsze możliwości operacyjne. Działając w ramach mniejszych elementów zabezpieczenia medycznego jak Punkt medyczny (*PM 14*) i Czołówka resuscytacyjno – chirurgiczna (*ARCS*), stanowią część wstępną pełnej dekontaminacji w *UMDA*²⁷⁰.

Zadania w ramach ochrony przed atakami CBRN wykonują wszystkie wojskowe szpitale na terenie metropolii, przy pomocy Mobilnych jednostek dekontaminacji chemicznej (*Unité mobile de décontamination chimique - UMDC*). Są to elementy polowe na bazie namiotów, rozkładane w miarę potrzeb. Dodatkowo siedem z dziewięciu szpitali posiada w swych strukturach stacjonarne elementy zwalczania zagrożeń o niekonwencjonalnym charakterze w postaci Centrów leczenia skażonych radiologicznie (*Centres de traitement des blessés radiocontaminés - CTBRC*). Z badań klinicznych wynika, że 90% materiału radioaktywnego osadza się na ubraniach, a szczególnie narażone na skażenie są odkryte części ciała i rany. Mówi się wtedy o skażeniu zewnętrznym. Do zakażeń wewnętrznych dochodzi drogą pokarmową, oddechową lub przezskórną, w wyniku przeniknięcia czynnika radioaktywnego do organizmu człowieka.

Leczenie pacjenta, napromieniowanego wskutek ekspozycji na działanie czynnika promieniotwórczego lub zakażonego czynnikiem radioaktywnym, odbywa się w trzech strefach. Pierwszą z nich jest strefa przyjęcia, triage i ekspozycji, w której poszkodowany

²⁶⁹ B.d., *Protection NRBC*, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/expertises-du-ssa/protection-nrbc> (01.10.2022)

²⁷⁰ B.d., *Formation NRBC à la 186e antenne médicale de Cazaux*, [archives.defense.gouv.fr](https://archives.defense.gouv.fr/sante/actualites/formation-nrbc-a-la-186e-antenne-medicale-de-cazaux), 28.10.2020, dostęp: <https://archives.defense.gouv.fr/sante/actualites/formation-nrbc-a-la-186e-antenne-medicale-de-cazaux> (05.10.2022)

poddany jest wstępnej ocenie stanu zdrowia, po uprzednim rozebraniu skażonej odzieży oraz natychmiastowym zabiegom ratunkowym, jeśli są konieczne. Na tym etapie istnieje największe ryzyko zakażenia personelu, toteż konieczne jest używanie specjalistycznych środków ochrony osobistej jak kombinezony, fartuchy, maski i rękawice. Ważne jest, aby środki te były adekwatne do ryzyka kontaminacji i wywierały jak najmniejszy wpływ na techniczne czynności realizowane podczas reanimacji oraz zabiegów chirurgicznych ze wskazań życiowych. Następnie pacjent przechodzi zabiegi dekontaminacyjne w drugiej strefie, polegające, w głównej mierze, na intensywnym myciu całego ciała i oczyszczeniu ran, w przypadku skażeń zewnętrznych. Do dyspozycji personelu strefy dekontaminacji są specjaliści w dziedzinie medycyny radiologicznej i nuklearnej, którzy dysponują odpowiednim sprzętem (dozymetr, antroporadiometr). Zaplecze laboratoryjne (radiotoksykologiczna analiza kału i moczu) pozwala na detekcję skażenia i precyzyjne określenie jego poziomu. Trzecią strefę tworzy oddział reanimacyjny z blokiem chirurgicznym. Pacjent, który przeszedł kompletny cykl dekontaminacyjny na tym etapie nie stwarza już żadnego zagrożenia dla personelu. W tej strefie nieodzowna jest obecność personelu medycznego wyspecjalizowanego w zakresie radiologii i medycyny nuklearnej, będącego wsparciem merytorycznym i diagnostycznym dla lekarzy reanimacyjnych i chirurgów. W przypadku skażeń wewnętrznych celem jest wspomaganie organizmu w procesie szybkiego wydalania i eliminacji czynnika radiologicznego, aby uniknąć zakażenia głębokiego na poziomie organów niezbędnych dla funkcjonowania człowieka²⁷¹.

Centrum referencyjnym do zwalczania zagrożeń radiologicznych w wojskowej służbie zdrowia jest Wojskowa Służba Ochrony Radiologicznej (*Service de Protection Radiologique des Armées - SPRA*). Instytucja ta oprócz głównej działalności naukowo – badawczej i eksperckiej, posiada możliwości interwencyjne po wykryciu zagrożenia lub awarii, na terenie Francji oraz poza jej granicami. Odpowiedzialny za to jest Mobilny zespół dozymetryczny (*Cellule de reconstitution dosimétrique opérationnelle - CReDO*), złożony z lekarza i technika. Wyposażony jest w kalkulatory *Monte Carlo C2MC*, wykorzystujące system symulacji i pomiarów dozymetrycznych *SEED*. Specjaliści SPRA brali czynny udział m.in. w pracach centrum zarządzania kryzysowego podczas pożaru na pokładzie okrętu podwodnego o napędzie atomowym *Perle* w bazie morskiej w Toulon, w 2020 roku. Wspierali również fachową wiedzą francuski personel misji humanitarnej w Japonii, po awarii elektrowni atomowej Fukushima w 2011 roku²⁷².

Zagrożenia CBRN są jedną z dziedzin jakimi zajmują się Wojskowy Instytut Badań Biomedycznych (*Institut de Recherche Biomédicale des Armées - IRBA*) i Wojskowa Apteka Centralna (*La Pharmacie Centrale des Armées - PCA*). Instytucje te wspólnie opracowały antidotum przeciwko bojowym gazom trującym, w postaci dwukomorowej ampułkostrzykawki (*auto-injecteur bicompartiment - AIBC*), zawierającej trzy różne środki zwalczające efekty działania broni masowego rażenia tego typu²⁷³. Kolejną wojskową instytucją posiadającą w swoim obszarze zainteresowania broń o charakterze masowym jest Wojskowe Centrum Epidemiologii i Zdrowia Publicznego (*Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des*

²⁷¹ Laroche P., de Carbonnières H., et al., *Risque radiologique : prise en charge médicale des victimes d'accidents radiologiques*. EMC Médecine d'urgence, 2007;2(3);s. 1-12.

²⁷² Gagna G., *Le service de protection radiologique des armées : près d'un demi-siècle de radioprotection au service des forces*, SFRP.asso.fr, 16.06.2015, dostęp: <https://sfrp.asso.fr/wp-content/uploads/2021/11/201506-S1-Gagna-G.pdf> (08.11.2024)

²⁷³ B.d., *Protection NRBC*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/expertises-du-ssa/protection-nrbc> (20.10.2022)

Armées - CESPA). Identyfikuje ona zagrożenia dla zdrowia publicznego na terenie Francji oraz dla żołnierzy realizujących zadania w rejonach misji na całym świecie, za pomocą systemu teleinformatycznego monitorowania i ostrzegania *ASTER*²⁷⁴.

3.7.4. Reagowanie na zagrożenia w zakresie CBRN na przykładzie organizacji zabezpieczenia medycznego bazy okrętów podwodnych Ile Longue

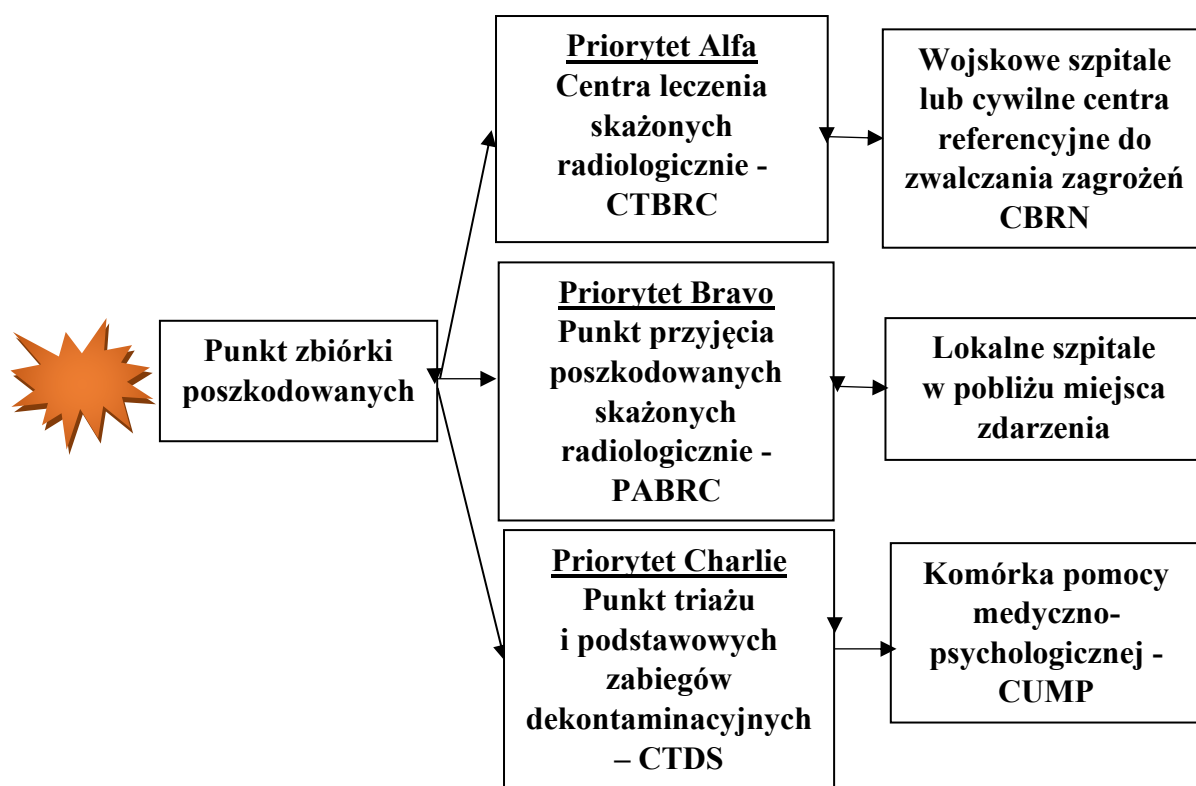
Jednostką wojskową, w której, z uwagi na jej wyposażenie i zadania, priorytetowo traktowane są zagrożenia CBRN, jest baza okrętów podwodnych z pociskami balistycznymi o napędzie jądrowym (*Sous-marins nucléaires lanceurs d'engins - SNLE*) Ile Longue, w okolicy atlantyckiego portu Brest. Organizacja zabezpieczenia medycznego bazy jest modelowym przykładem przewidywania i przygotowywania się francuskiej wojskowej służby zdrowia do zdarzeń o charakterze niekonwencjonalnym. Realizowane jest ono przez Centrum medyczne złożone z trzech komponentów. Punkt opatrunkowy działający w systemie całodobowych dyżurów zajmuje się bieżącą działalnością profilaktyczną – leczniczą. Punkt przyjęcia poszkodowanych skażonych radiologicznie (*Poste d'accueil des blessés radiocontaminés – PABRC*) ma za zadanie wstępnie określić poziom napromieniowania lub skażenia pacjenta albo personelu ratowniczego. Wykonuje to przy użyciu dozymetrów indywidualnych, antroporadiometrii oraz przez system detektorów zainstalowanych przy wejściu i wyjściu z punktu. Prowadzone są tu podstawowe czynności medyczne u poszkodowanych zakwalifikowanych jako względne zagrożenie życia (priorytet Bravo) oraz powierzchowna dekontaminacja. Ranni, których stan określa się na bezwzględne zagrożenie życia (priorytet Alfa) trafiają do modułowej struktury na bazie kontenerów (*les éléments techniques modulaires - ETM*). Składa się ona z sali reanimacyjnej przeznaczonej do leczenia czterech pacjentów w zakresie intensywnej terapii oraz bloku chirurgicznego. Oba oddziały wyposażone są według standardów obowiązujących w szpitalach stacjonarnych. *PABRC* połączony z *ETM*, tworzy Centrum leczenia rannych skażonych radiologicznie Ile Longue (*Centre de traitement pour blessés radiocontaminés/Éléments techniques modulaires de l'Île Longue - CTBRCEM*)²⁷⁵.

Całością sił i środków medycznych bazy dowodzi lekarz główny (*médecin major*) bazy, będący równocześnie dowódcą *PABRC*. Dowódczy personel lekarski uzupełnia, lekarz – anestezjolog kierujący *ETM*, oddelegowany na to stanowisko ze szpitala wojskowego Clermont – Tonnerre z Brest. W skład obsady dyżurnej *CTBRCEM* wchodzi dwaj lekarze - chirurdzy, lekarz – anestezjolog, lekarz – radiolog, sześciu pielęgniarzy (w tym dwóch anestezjologicznych i jeden bloku operacyjnego), technik medyczny i kierowca. Każda akcja ratunkowa na terenie bazy wspierana jest przez pododdział Straży Pożarnej marynarki wojennej (*Marins pompiers*). Dowódca tej formacji kieruje akcją ratunkową oraz wspólnie z lekarzem głównym bazy, koordynuje przepływ poszkodowanych do szpitali. Monitorowaniem zagrożeń radiologicznych w marynarce wojennej zajmuje się Laboratorium analiz monitorowania i ekspertyz marynarki (*laboratoires d'analyses de surveillance et d'expertise de la Marine – LASEM*), prowadzone przez lekarzy - farmaceutów wojskowych. Obecni w każdej bazie morskiej, w których obecne są okręty o napędzie atomowym, prowadzą pomiary

²⁷⁴ B.d., *Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/expertises-du-ssa/epidemiologie/centre-depidemiologie-sante-publique-armees> (20.10.2022)

²⁷⁵ Laroche P., Doussot P., *Organisation de l'intervention en cas d'accident à caractère radiologique sur la base des sous-marins nucléaires lanceurs d'engins de l'île Longue*, Radioprotection 2003;38; s.167-186.

aktywności radiologicznej oraz opracowują plany i procedury w przypadku wykrycia anomalii²⁷⁶.



Rycina 10. Schemat łańcucha ewakuacyjnego akcji ratunkowej w zdarzeniach o charakterze nuklearnym i radiologicznym.

Źródło: Laroche P., Doussot P., *Organisation de l'intervention en cas d'accident à caractère radiologique sur la base des sous-marins nucléaires lanceurs d'engins de l'île Longue*, Radioprotection 2003;38; s.167-186.

3.8. Zabezpieczenie medyczne misji w różnych środowiskach działania.

Obecność francuskich sił zbrojnych na całym świecie, zabezpieczających interesy państwa oraz globalne wyzwania dla Republiki w trzeciej dekadzie XXI wieku, wiążą się dla nich z koniecznością operowania w zróżnicowanych środowiskach pola walki. Wojskowa służba zdrowia poświęca tym zagadnieniom wiele uwagi, angażując duże siły i środki w przedsięwzięcia szkoleniowe i naukowo – badawcze, ukierunkowane na poprawę zdolności żołnierzy do realizowania zadań w nietypowych a czasami wręcz ekstremalnych warunkach. Zapewnia również zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych podczas ich działalności operacyjnej na morzach, lądzie i w powietrzu.

²⁷⁶ Gervot H., Lecompte Y., *La surveillance radiologique de l'environnement par les LASEM*, ActuSante, 2021;161;s.26.

3.8.1. Działalność 66. komórki medycznej (66-eme antenne medicale - AM) Chamonix-Mont-Blanc w rejonie wysokogórskim oraz rola lekarza w ekspedycjach polarnych sił zbrojnych

66. komórka medyczna, posiadająca w swym składzie dwóch lekarzy, dwóch pielęgniarzy i dwóch sanitariuszy, jest wysuniętym elementem 7. Wojskowego Centrum Medycznego (*Centre Medical des Armees – 7-eme CMA*) w Lyon. Jej głównym zadaniem jest zabezpieczenie medyczne jednostek armii francuskiej wyspecjalizowanych do walki w środowisku wysokogórskim. Są to Wojskowa Szkoła Wysokogórska (*l'École Militaire de Haute Montagne - EMHM*) i Wojskowa Grupa Wysokogórska (*Groupe Militaire de Haute Montagne - GMHM*). Działa również na korzyść jednostek żandarmerii takich jak kompania tej formacji z Chamonix i Bonneville, pluton Żandarmerii Wysokogórskiej (*peloton de Gendarmerie de Haute Montagne - PGHM*) oraz Narodowe Centrum Szkolenia Narciarstwa i Alpinizmu Żandarmerii z Chamonix (*Centre National d'Instruction de Ski et d'Alpinisme de la Gendarmerie - CNISAG*). Oprócz realizacji zadań związanych z działalnością bieżącą jak badania wstępne kandydatów do służby, badania okresowe, konsultacje lekarskie i opieka ambulatoryjna, personel placówki bierze czynny udział w zabezpieczeniu medycznym żołnierzy francuskich w ekspedycjach wysokogórskich. Przykładem jest współdziałanie, na rzecz misji krajowych i zagranicznych, z *GMHM*, dziesięcioosobową grupą specjalistów wysokogórskich najwyższej klasy w siłach zbrojnych Francji, m.in. podczas wypraw w Himalaje i Andy. Podczas nich, prowadzi się większość praktycznych przedsięwzięć badawczo – naukowych w zakresie ekstremalnych warunków atmosferycznych działających na organizm żołnierza w środowisku wysokogórskim (niskie temperatury, silne wiatry, niedobory tlenowe, itp.)²⁷⁷.

66 AM jest jednocześnie centrum referencyjnym wojskowej służby zdrowia w zakresie szkolenia medycznego w rejonie górskim. W ramach tej działalności jednostka współpracuje z uczelnią *Val-de-Grace (EVDG)*, organizując takie kursy jak Medycyna taktyczna w nieprzyjaznym środowisku – *MédicHos*, panel górski. Przygotowuje on lekarzy – kadetów oraz cały personel medyczny wojskowej służby zdrowia do działania w tym trudnym terenie. Żołnierze komórki odpowiedzialni są za merytoryczne i techniczne zabezpieczenie zagadnień szkoleniowych z zakresu pierwszej pomocy i medycyny ekstremalnej w kursach organizowanych przez Wojskową Szkołę Wysokogórską (*EMHM*), kończących się uzyskaniem przez kursantów Świadectwa kwalifikacji wojsk górskich (*Brevet de qualification des troupes de montagne – BQTM*). Biorą również udział w doskonaleniu umiejętności żołnierzy Grupy komandosów górskich (*Groupement commandos montagne – GCM*), ze składu 27. Brygady Piechoty Górskiej (*27e Brigade d'Infanterie de Montagne - BIM*), przed coroczną misją *Uppick* w Grenlandii. Jest to misja badająca wpływ ekstremalnie niskich temperatur na kondycję i zdolność żołnierzy do realizacji wymagających zadań. Wyniki tych badań mają zasadniczy wpływ na doskonalenie umundurowania, wyekwipowania oraz racji żywnościowych, poprawiających zdolności operacyjne pododdziałów w ekstremalnych warunkach. Standardem, koniecznym do poprawnej i bardzo zaawansowanej współpracy oraz kluczem do wzajemnego zrozumienia specyfiki zadań, między 66. komórką medyczną, a 27. brygadą, jest zasada obsadzania stanowiska lekarza w tym pierwszym pododdziale, który posiada doświadczenie zawodowe ze służby w komponentach medycznych drugiego z nich²⁷⁸.

²⁷⁷ B.d., Les expéditions, gnhm.fr, dostęp : <https://www.gnhm.fr/les-expeditions/> (08.11.2024)

²⁷⁸ M.P. Claire, *La 66e antenne médicale de Chamonix-Mont-Blanc*, ActaSante, 2021;160;s.34-35.

Równie ekstremalnym i wymagającym przedsięwzięciem jak misja w Grenlandii jest zabezpieczenie medyczne francuskiej obecności w rejonie antarktycznym, w jednym z najdalej wysuniętych terytoriów zamorskich, jakimi są Francuskie Ziemie Południowe i Antarktyczne (TAAF). Personel bazy naukowo – badawczej na Ziemi Adeli (Terre-Adélie) *Dumont d'Urville*, złożony z kilkudziesięciu osób, korzysta ze świadczeń medycznych jedyne w tej grupie przedstawiciela służby zdrowia, w postaci lekarza wojskowego. Wytypowany lekarz do tego zadania, które przebiega w pełnej, wielomiesięcznej izolacji, przechodzi wszechstronne szkolenie. Jego rdzeniem są piętnastodniowe kursy specjalistyczne, rozłożone na kilka miesięcy przed projekcją, uzupełniające pracę na stanowisku w placówce medycznej na terenie metropolii. Formacja taka obejmuje staż na oddziale chirurgicznym, bloku operacyjnym i stomatologicznym. Kurs kończy tygodniowe seminarium, we wspomnianej 66. komórce medycznej w Chamonix, laboratorium anatomicznym w Caen oraz Instytucie polarnym w Brest.

Wydłużony czas ewakuacji z antarktycznego rejonu działania (w sezonie zimowym, często niemożliwej do przeprowadzenia) powoduje konieczność podejmowania natychmiastowych, samodzielnych decyzji lekarza zabezpieczającego misję. Są one kluczowe do odpowiedniego reagowania na zagrożenie życia i zdrowia kogokolwiek z załogi bazy. Wsparciem lekarza jest bogate wyposażenie punktu medycznego, blok operacyjny, wspomagany elementami diagnostyki obrazowej (*RTG*, *USG*), zaawansowana aparatura do monitorowania czynności życiowych i wspomagania oddechu, bank krwi do ewentualnych transfuzji oraz gabinet dentystyczny. System teleinformatyczny pozwala na całodobową konsultację, drogą poczty elektronicznej lub w postaci wideokonferencji na żywo, ze szpitalem referencyjnym, który dla tego rejonu znajduje się w Reunion. Dodatkowo cała załoga bazy jest przeszkolona w zakresie pierwszej pomocy, tak aby każdy mógł brać udział w akcji ratunkowej w przypadku poważniejszych zdarzeń zagrażających życiu i zdrowiu personelu. Istotnym obowiązkiem lekarza jest odpowiednie wyposażenie apteki w leki i materiały medyczne, pozwalające na realizowanie zadania w wielomiesięcznej izolacji. Głównymi problemami medycznymi z jakimi należy się zmierzyć podczas tych antarktycznych misji, są urazy i rany, spowodowane trudnymi warunkami terenowymi, choroby przewodu pokarmowego oraz zaskórniaki, wskutek wyczerpania organizmu. Ważne jest stałe monitorowanie stanu fizycznego i psychicznego personelu, które odbywa się w trakcie czterech, okresowych wizyt lekarskich w skali roku²⁷⁹.

3.8.2. Zabezpieczenie medyczne działań w tropikalnej dżungli Gujany Francuskiej

Siły zbrojne Francji w Gujanie Francuskiej (*Les forces armées guyanaises - FAG*) liczą ok. 2300 żołnierzy i personelu cywilnego. Ich trzonem są dwie duże jednostki: 3. Pułk Cudzoziemski Piechoty (*3e Régiment Étranger d'Infanterie – 3 REI*), stacjonujący w miejscowości Kourou oraz 9. Pułk Piechoty Morskiej (*9e Régiment d'Infanterie de Marine – 9 RIMa*), zlokalizowany w Cayenne. Najważniejszymi zadaniami tych sił pod względem operacyjnym jest ochrona i obrona Europejskiej Stacji Kosmicznej oraz walka z licznymi zbrojnymi grupami przemytników i handlarzy narkotyków działających na rozległych obszarach trudno dostępnej dżungli amazońskiej, w ramach operacji *Harpie*. Zapoczątkowana w 2008 roku, trwa nieprzerwanie do dziś. Brak infrastruktury drogowej i socjalnej, ekstremalny

²⁷⁹M.P. Claire, *Mission en Terre Adélie pour le médecin principal Claire*, ActaSante, 2021;160;s.32-34.

klimat, mnogość bakterii i wirusów chorobotwórczych, niebezpiecznych dla organizmu człowieka oraz nieprzewidywalna flora i fauna powodują, że zabezpieczenie medyczne na tym terenie jest dużym wyzwaniem dla wojskowej służby zdrowia. Personel medyczny musi być odpowiednio przygotowany i wyposażony do walki z wymienionym szerokim spektrum zagrożeń²⁸⁰.

Jedną z placówek realizujących te zadania jest komórka medyczna (*antenne médicale* - AM) w Kourou, w której obowiązki, w ramach misji krótkiej długości (4-6 miesięcy), pełnią lekarze wojskowi w czynnej służbie oraz lekarze – rezerwiści. Personel komórki uzupełniają pielęgniarze i sanitariusze ze składu Legii Cudzoziemskiej, odbywający trzyletnie projekcje długoterminowe. Placówka w Kourou, prowadzi działalność typową dla przychodni w metropolii, jak konsultacje lekarskie, badania okresowe i drobne zabiegi ambulatoryjne. Specyfiką tutejszego regionu jest bardzo duża liczba chorób tropikalnych, takich jak malaria, różnego rodzaju gorączki (denga) i leishmanioza. Przed skierowaniem do zabezpieczenia medycznego operacji sił francuskich w dżungli, personel medyczny musi przejść wstępny kurs w zakresie przetrwania w lesie równikowym (*Stage d'initiation à la vie en forêt équatoriale* - SIVFE). Odbywa się on w Centrum szkolenia w dżungli równikowej (*Centre d'entraînement en forêt équatoriale* - CEFÉ) Legii Cudzoziemskiej. Podczas intensywnych trzydniowych zajęć kursant uczy się koegzystencji z niebezpieczną florą i fauną, budowania prowizorycznych schronień, pozyskiwania pożywienia oraz podstaw profilaktyki zdrowotnej w zakresie chorób tropikalnych²⁸¹.

Misje w trudno dostępnej dżungli charakteryzują się wydłużonym czasem ewakuacji medycznej (kilkugodzinne loty śmigłowcem lub wielogodzinne spływy łodziami), co powoduje konieczność pełnej autonomiczności i samodzielności w działaniu medyków. Dla przykładu trzytygodniową operację *Otumba*, w głębokiej dżungli, z dala od infrastruktury i baz wojskowych, realizowaną przez piętnastoosobowy zespół złożony z legionistów i żandarmów, zabezpieczał jeden lekarz, wspierany przez sanitariusza. Jego rolą był nadzór nad przestrzeganiem przez żołnierzy zasad profilaktyki żywieniowej i odpowiedniej podaży płynów. Skrajnie trudne warunki w równikowej dżungli wymagały działań prewencyjnych w zakresie skutków oddziaływania wysokich temperatur na organizmy żołnierzy. Lekarz interweniował również w razie problemów wynikających z infekcji i zakażeń, zaopatrywał rany i kontuzje oraz uruchamiał łańcuch ewakuacji medycznej w przypadku zdarzenia, które przerastało jego kompetencje i wymagało natychmiastowych działań ewakuacyjno - leczniczych²⁸².

3.8.3. Specyfika służby pielęgniarza na pokładzie okrętów podwodnych o napędzie nuklearnym

Kolejnym miejscem, gdzie warunki i specyfika służby personelu medycznego diametralnie odbiegają od standardów znanych z innych rodzajów sił zbrojnych jest pokład okrętu podwodnego o napędzie nuklearnym. Z reguły zabezpieczenie medyczne tego typu

²⁸⁰ B.d., Forces armées en Guyane, [defense.gouv.fr](https://www.defense.gouv.fr/operations/forces-prepositionnees/forces-souverainete/forces-armees-guyane), 29.04.2024, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/operations/forces-prepositionnees/forces-souverainete/forces-armees-guyane> (08.11.2024)

²⁸¹ B.d., Centre d'entraînement à la forêt équatoriale, [defense-zone.com](https://defense-zone.com/blogs/news/foret-equatoriale-jungle-cefe-guyane-legion), 05.01.23, dostęp: <https://defense-zone.com/blogs/news/foret-equatoriale-jungle-cefe-guyane-legion> (08.11.24)

²⁸² Louis A.M., *L'aspirant médecin Louis, en immersion au cœur de « l'enfer vert »*, ActoSante, 2021;160;s.45-46.

okrętów, operujących pod powierzchnią wody, realizowane jest przez jednego pielęgniarza. Pozostaje on w stałym kontakcie z lekarzem dyżurnym Eskadry okrętów podwodnych o napędzie atomowym w Toulon (*l'Escadrille des sous-marins nucléaires d'attaque*), który jest koordynatorem łańcucha ewakuacyjnego marynarki wojennej dla tego typu działań. Długie rejsy, trwające nawet do 120 dni, powodują, że pielęgniarz wyznaczony do tej roli musi posiadać odpowiednie cechy psychofizyczne pozwalające podjąć służbę w izolacji oraz być doskonale przygotowanym merytorycznie do podejmowania jednoosobowych decyzji i działań ratowniczych. Każdorazowo przed rozpoczęciem misji, kandydat na to stanowisko przechodzi intensywne szkolenie w instytucjach wojskowych, poświęcone specyfice okrętów atomowych w Szkole wojskowych zastosowań energii atomowej (*l'Ecole des applications militaires de l'énergie atomique - EAMEA*) w Cherbourg oraz Wojskowym Centrum Ochrony Radiologicznej (*Service de Protection Radiologique des Armées - SPRA*) w Clamart. Medyczne czynności doskonalą na dyżurach w oddziałach ratunkowych, blokach operacyjnych szpitali wojskowych oraz ambulansach ratownictwa medycznego (*SAMU*). Formację przed projekcją kończy szkolenie w zakresie wpływu zamkniętego obiegu powietrza na organizm człowieka na pokładzie okrętu podwodnego organizowane przez Dyрекcję Generalną Uzbrojenia (*Direction Générale de l'Armement - DGA*)²⁸³.

Ewakuacja rannego z pokładu okrętu podwodnego w warunkach taktycznych jest bardzo skomplikowanym przedsięwzięciem, toteż realizowana jest tylko w przypadku poważnego zagrożenia życia lub zdrowia marynarzy. Każdorazowo taka operacja jest zatwierdzana przez lekarza Dowództwa Operacyjnego Sił Zbrojnych (*EMO-sante*). Łączność pielęgniarza z lekarzem – koordynatorem w metropolii możliwa jest tylko na głębokości peryskopowej, co poważnie wpływa na zdolności operacyjne okrętu i może być przyczyną jego dekonspiracji. Najczęściej konieczna jest zmiana kursu, a dotarcie do bezpiecznych wód, na których możliwe będzie podjęcie poszkodowanego trwa wiele godzin lub w niektórych przypadkach nawet kilka dni. W okrętach podwodnych starszego typu transport poszkodowanego z miejsca zdarzenia, przez punkt opatrunkowy do kiosku, skąd możliwe jest podjęcie poszkodowanego, przysparza załodze wiele problemów. W najnowszych francuskich okrętach podwodnych projektu *Suffren*, które osiągnęły zdolność operacyjną w 2022 roku, dokonano szereg modyfikacji ułatwiających pracę medykowi na pokładzie. Zaprojektowano przestrzenie tak, aby można było swobodnie poruszać się z poszkodowanym na noszach. Stworzono punkt medyczny, autonomiczny i wyposażony w nowoczesny sprzęt medyczny wg. standardów szpitala wojskowego w metropolii. Co bardzo istotne, mieści się on w bezpośredniej bliskości miejsca podjęcia pacjenta przez śmigłowiec (odległość, którą załoga musi pokonać przy ręcznym transporcie rannego to kilkanaście metrów w linii prostej, dzieląca punkt medyczny od kiosku). Opracowano mechaniczny system dźwigowy podnoszący rannego, co wydatnie usprawniło najtrudniejszą fazę jego ewakuacji z kiosku do śmigłowca, za pomocą specjalnych noszy i wyciągarki. Transport drogą powietrzną z pokładu okrętu podwodnego na poziomie ewakuacji operacyjnej, powinien zakończyć się w strukturze medycznej 1 lub 2 poziomu zabezpieczenia medycznego. W praktyce oznacza to lotniskowiec *Charles de Gaulle's*, inny okręt marynarki wojennej na morzu lub placówkę w najbliższym położonym państwie sojusznym na lądzie. Z uwagi na częste działania okrętów podwodnych na wielkich akwenach wodnych, w całkowitej izolacji od wojsk i infrastruktury własnej

²⁸³ Julien M.C, Ellie B. et al., *L'infirmier en SNA : une pratique isolée sous les mers*, ActuSante, 2021;160;s.36-37

oraz dalekie odległości od wymienionych wyżej komponentów, transport uszkodzonego realizowany jest przy wsparciu innych okrętów, np. fregat²⁸⁴.

Francuscy pielęgniarze służący na okrętach podwodnych są wysokiej klasy specjalistami w nurkowaniu oraz posiadają szeroką wiedzę w zakresie medycyny hiperbarycznej. Swoje kompetencje stale rozwijają, również w kooperacji z marynarzami innych państw sojuszniczych, w szczególności z Brytyjczykami i Norwegami. Okazją do tego typu współpracy były ćwiczenia ratownictwa podwodnego NATO pk. *Dynamic Monarch*, które odbyły się w norweskim Arendal, od 07 do 14 października 2024 r. Francję reprezentowała siedemnastoosobowa grupa lekarzy i pielęgniarzy, specjalistów w zakresie nurkowania i sił podwodnych. Scenariusz ćwiczenia zakładał, m.in. treningową ewakuację masową (*Exercice d'évacuation massive – MASSEVEX*) marynarzy z okrętu podwodnego, który w wyniku awarii osiadł na dnie morskim. Akcja ratownicza w tak kompleksowym środowisku wymaga zaawansowanych środków technicznych jak pojazdy ewakuacji podwodnej (*submarine rescue vehicle*) i komora hiperbaryczna, mogąca pomieścić jednorazowo siedemdziesięciu marynarzy, poddanych zabiegom dekompresji. Największym zagrożeniem dla życia i zdrowia ludzkiego jest zbyt szybkie wynurzenie i przejście do ciśnienia atmosferycznego, gdy organizm jest przyzwyczajony do ciśnienia panującego na uszkodzonym okręcie, które może być nawet sześciokrotnie wyższe. Ćwiczenia były uzupełnione przez dwudniowy panel konferencyjny, podczas którego uczestnicy wymieniali swoje doświadczenia i poglądy w zakresie ratownictwa podwodnego²⁸⁵.

3.8.4. Rola pielęgniarza asysty powietrznej na pokładach samolotów ewakuacji medycznej

Podstawą zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych Francji jest sprawne funkcjonowanie łańcucha ewakuacyjnego, pozwalające na szybki oraz bezpieczny transport uszkodzonych lub chorych z najdalej oddalonych zakątków świata do szpitali wojskowych w metropolii. Jest to możliwe dzięki oddanemu i gotowemu do poświęceń personelowi medycznemu, pełniącemu służbę na pokładach samolotów francuskich Sił Powietrznych i Kosmicznych (*Armée de l'Air et de l'Espace – AAE*). Na przykładzie jednej z dwudziestu pielęgniarek asysty powietrznej (*convoyeuse de l'air*) ze składu Eskadry aerosanitarnej (*L'Escadrille aérosanitaire 6/560 „Étampes”*), stacjonującej w bazie lotniczej nr 107 w Villacoublay, można się przekonać jak trudna i wymagająca jest to służba. Dodać należy, że w całych siłach powietrznych są tylko 24 tego typu stanowiska (kolejne 4 w bazie powietrznej nr 125 w Istres), co podkreśla elitarność tej grupy zawodowej w siłach zbrojnych. Pielęgniarka Sarah swoją przygodę z medycyną rozpoczęła w 2016 roku, kiedy to otrzymała państwowy dyplom pielęgniarstwa. Podczas trzeciego roku studiów medycznych brała udział w obowiązkowym stażu w wojskowym centrum medycznym, co nie pozostało bez znaczenia na dalszy przebieg jej kariery zawodowej. Rok później była już żołnierzem kontraktowym, na stanowisku pielęgniarki na oddziałach anestezyjologicznym i chirurgicznym szpitala wojskowego *Percy*. Po przeszło trzech latach spędzonych w tej placówce, co było wymogiem

²⁸⁴ tamże.

²⁸⁵ Gradella V., *DYNAMIC MONARCH 2024 : exercice de sauvetage d'équipage de sous-marin*, *defense.gouv.fr*, 04.10.24, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/dynamic-monarch-2024-exercice-sauvetage-dequipage-marin> (17.10.24)

formalnym do wstąpienia w szeregi francuskich sił powietrznych w charakterze pielęgniarki asysty powietrznej, wzięła z powodzeniem udział w selekcji na wymarzone stanowisko.

Następnie już w ramach eskadry przeszła dziesięciomiesięczny kurs medycyny powietrznej, podczas którego nabyła wiedzę na temat specyficznych warunków panujących na pokładach statków powietrznych i ich oddziaływania na stan pacjentów i personelu. Zapoznała się również ze sprzętem, znacznie różniącym się od tego używanego w szpitalach. Po tej formacji była odpowiednio przygotowana do latania na wszystkich typach samolotów ewakuacji medycznej używanych we francuskich siłach zbrojnych jak *A330 Phenix*, *Falcon 20*, *A440M*, *Boeing C-135* i *Casa CN-235*. Zaledwie kilka dni po ukończeniu kursu nabyte umiejętności pielęgniarki zostały sprawdzone w realnym działaniu, w ramach operacji pk. *Apagan*, polegającej na ewakuacji ludności cywilnej z objętego walkami Afganistanu, w 2021 roku. Istotą służby w tej formacji jest samodyscyplina, pełna dyspozycyjność i gotowość do działania w każdym momencie, w dowolnym zakątku świata, na pokładzie wszystkich statków powietrznych znajdujących się na stanie sił powietrznych. Służba regulowana jest przez rotacyjny system dyżurów, w którym znajdują się jednocześnie 3 pielęgniarki. Misje mogą znacznie różnić się od siebie, a ich zakres jest bardzo szeroki. Obejmuje ewakuację z pola walki rannych żołnierzy, transport chorych z teatru działań do metropolii, operacje humanitarne jak ewakuacja ludności cywilnej z zagrożonych terenów oraz transport ważnych osobistości, wymagających asysty medycznej. Pielęgniarka Sarah, oprócz wspomnianej misji w Afganistanie, brała udział również w podobnej operacji ewakuacji ludności cywilnej, podczas wyjątkowo aktywnej i krwawej fazy wojny w Sudanie, pod kryptonimem *Sagitaire*. Spędziła również 80 dni na pokładzie samolotu *Casa CN-235*, w ramach operacji *Barkhane* w Czadzie. Jej ambicje nie kończą się na pracy na obecnym stanowisku. Zamierza przystąpić do egzaminów na instruktora pielęgniarstwa asysty powietrznej, gdzie swoje doświadczenia zdobyte na misjach będzie mogła przekazać młodym adeptom tej sztuki²⁸⁶.

²⁸⁶ Ministère des Armées, *Infirmière en soins généraux de 1er grade Sarah, convoyeuse de l'armée de l'Air et de l'Espace*, podcastics.com, 18.09.2024, dostęp : <https://www.podcastics.com/podcast/episode/infirmiere-en-soins-generaux-de-1er-grade-sarah-convoyeuse-de-larmee-de-lair-et-de-lespace-311994/> (11.10.2024)

ROZDZIAŁ IV

Plany rozwojowe wojskowej służby zdrowia w perspektywie 2030 roku

4.1. Założenia ogólne dokumentu pt. *Ambicje strategiczne SSA 2030*

W odpowiedzi na dynamiczne zmiany geopolityczne na świecie, planiści i analitycy wojskowej służby zdrowia opracowujący strategię jej rozwoju, stworzyli dokument pt. „Ambicje strategiczne SSA 2030” (*Ambition stratégique SSA 2030*). Jest to kierunkowskaz dla zmian, poprawiających funkcjonowanie służby zdrowia w siłach zbrojnych Republiki francuskiej we wszystkich obszarach jej funkcjonowania, w metropolii, na terenach zamorskich oraz w rejonach misji zagranicznych. Wyróżniono w nim cztery główne zagadnienia:

Zdolności operacyjne

Zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności francuskich sił zbrojnych w czasie stale pogarszającej się sytuacji geostrategicznej, przynosi wojskowej służbie zdrowia nowe, kompleksowe wyzwania na wielu płaszczyznach. Możliwość prowadzenia działań bojowych o dużej intensywności, w konflikcie z przeciwnikiem o zbliżonym lub większym potencjale bojowym, będzie wymagało rozwijania dużo większych struktur medycznych niż dotychczas, takich jak szpitale polowe. Skomplikowana sytuacja międzynarodowa natomiast i mnogość interesów Republiki na całym świecie powoduje, że konieczne jest utrzymywanie zdolności do projekcji sił i środków na kilku teatrach operacyjnych jednocześnie, bez uszczerbku dla zadań wykonywanych na terenie metropolii. Stałe podnoszenie gotowości do podjęcia działań przez służbę medyczną ma zapewnić siłom zbrojnym potencjał do prowadzenia ofensywy i wywierania ciągłej presji na przeciwniku, przy minimalizacji strat własnych. Nacisk kładzie się na wdrażanie nowych technologii, szczególnie w domenie systemów teleinformatycznych i cyfrowych, pozwalających na błyskawiczną transmisję i przetwarzanie danych, które przyspieszą podjęcie kluczowych decyzji dla przeżycia poszkodowanych. Cyfryzacja ułatwi zaopatrzenie wojsk podczas działań o dużej intensywności, które jest kluczowe dla powodzenia misji, poprzez stworzenie odpowiedniego do potrzeb łańcucha dostaw materiałów i środków medycznych. Bardzo ważny jest element kooperacji ze środowiskiem cywilnym w metropolii oraz w ramach instytucji międzynarodowych (wojskowych i cywilnych). Powoduje nieustanny rozwój i cenną wymianę doświadczeń oraz zwiększa potencjał ochrony zdrowia w przestrzeni sojuszniczej i ekonomię sił i środków własnych.

Opieka zdrowotna

Zdrowie żołnierza zależy od zapewnienia odpowiedniej jakości, bezpiecznej oraz spersonalizowanej opieki medycznej, sprawowanej przez wykwalifikowany personel. W celu jej stałego doskonalenia należy wykorzystać dynamiczny rozwój technologiczny w zakresie sprzętu medycznego oraz innowacyjne sposoby leczenia i terapii, również przy wykorzystaniu sztucznej inteligencji. Konieczne są działania w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, doskonalenie istniejących zasad i procedur oraz opracowywanie nowych, na podstawie zbieranych informacji i doświadczeń.

Zagrożenia i ryzyka

Intensywność i natura konfliktu z przeciwnikiem o podobnym potencjale oraz zastosowanie przez niego rodzajów uzbrojenia o dużym zasięgu, w tym o charakterze

CBRN, powoduje ryzyko masowych strat sanitarnych i zdarzeń o charakterze katastrofy, obejmującej terytorium całego państwa. Nieprzewidywalność rozwoju sytuacji geostrategicznej i kierunków operacyjnych przyszłych działań, niesie za sobą konieczność przygotowania żołnierzy do realizacji zadań w warunkach ekstremalnych, ze względu na klimat, odizolowanie oraz niebezpieczne środowisko działania, bezpośrednio negatywnie oddziaływujące na ich kondycję fizyczną i psychiczną.

Nowe oczekiwania środowiska wewnętrznego

Siły zbrojne oczekują od swojej służby zdrowia, aby wyznaczała kierunki rozwoju i stanowiła centrum referencyjne w domenie zabezpieczenia medycznego działań na teatrach operacyjnych, w różnych, często ekstremalnych, środowiskach. Ma zapewnić pełne spektrum opieki zdrowotnej podczas codziennej służby na terytorium kraju oraz prowadzić działalność w zakresie profilaktyki i usług w obszarze medycyny pracy, również dla członków rodziny żołnierza. Wojskowa służba zdrowia ma stanowić centrum eksperckie w zakresie prewencji i leczenia chorób psychicznych związanych z długotrwałą rozłąką i traumatycznymi przeżyciami w rejonie misji. Jest to szczególnie ważne w kontekście możliwości udziału żołnierzy francuskich w konflikcie o dużej intensywności. Ma pełnić rolę doradcą dla przełożonych we wszystkich aspektach związanych z ochroną życia i zdrowia personelu sił zbrojnych²⁸⁷.

Realizacja ww. założeń przebiega w dwunastu blokach, w domenach operacyjnej, organizacyjnej i zasobów ludzkich.

1. Adaptacja zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych Francji do nowych wyzwań, w szczególności do konfliktu na pełną skalę, o dużej intensywności, z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym.
2. Przygotowanie operacyjne podległego personelu, w tym żołnierzy rezerwy, do wykonywania zadań w ramach misji w różnych środowiskach walki.
3. Podkreślenie roli szpitali wojskowych i ich personelu w utrzymaniu zdolności do zabezpieczenia medycznego działań bojowych na całym świecie oraz wspierania powszechnego systemu zdrowotnego w metropolii, szczególnie w sytuacjach kryzysowych.
4. Korzystanie z doświadczeń nabytych przez służbę zdrowia w sytuacji kryzysu sanitarnego jakim był masowy napływ chorych do jej placówek (wojskowych i cywilnych), wskutek pandemii *Covid-19*.
5. Reorganizacja dowództwa wojskowej służby zdrowia ułatwiająca funkcjonowanie struktur decyzyjnych na poziomie sił zbrojnych i ministerialnym.
6. Modernizacja organizacji i procedur medycyny pracy wg. planu *PANEMA (Plan d'action de modernisation de l'expertise médicale d'aptitude)*, upraszczająca proces nabywania i potwierdzania uprawnień do pełnienia służby w jednostkach i instytucjach wojskowych, w tym w szczególnych warunkach (piloci, spadochroniarze, nurkowie, itp.).

²⁸⁷ Dokument Ministerstwa Obrony z marca 2021 roku, pt. „Ambicje strategiczne wojskowej służby zdrowia 2030 - Ze wszystkich zobowiązań” (*Ambition stratégique SSA 2030 - De tous les engagements*), defense.gouv.fr, 03.2021, dostęp: https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/sante/AMBITION_SSA_2030_15-06.pdf (13.11.2024)

7. Stworzenie systemu teleinformatycznego zapewniającego stały, bezpieczny dostęp upoważnionego personelu medycznego do danych pacjenta na każdym etapie łańcucha ewakuacyjnego. Od momentu zranienia na polu walki, poprzez polowe struktury medyczne na teatrze działań, do pełnej rehabilitacji w metropolii. System ten powinien obejmować również codzienne czynności profilaktyczno – lecznicze, związane ze służbą w jednostce macierzystej.
8. Wyposażenie pododdziałów i instytucji wojskowej służby zdrowia w adekwatny do wykonywanych i przewidywanych zadań.
9. Rozmieszczenie jednostek i placówek służby zdrowia w ścisłym powiązaniu ze strategicznymi kierunkami armii francuskiej oraz potrzebą wsparcia powszechnego systemu opieki zdrowotnej w czasie kryzysu na terytorium metropolii.
10. Spersonalizowane i efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi jako podstawa do zapewnienia stałego naboru kandydatów do służby w jednostkach i instytucjach medycznych sił zbrojnych oraz utrzymania w niej obecnej kadry zawodowej.
11. Zaplanowanie atrakcyjnej ścieżki rozwojowej dla żołnierzy posiadających szczególne predyspozycje, doświadczenie w służbie oraz wykształcenie na potrzeby stworzenia korpusu wysokiej kadry (*haut encadrement militaire - HEM*), zajmującej stanowiska dowódcze, doradcze, menedżerskie oraz eksperckie.
12. Kształcenie zawodowe na najwyższym poziomie, dzięki profesjonalnej kadrze dydaktycznej i stale rozwijanej bazie materiałowej²⁸⁸.

Modernizacja struktur wojskowej służby zdrowia według wytyczonych ambicji strategicznych przebiega w korelacji z obserwacjami i wnioskami ze współcześnie rozgrywających się konfliktów zbrojnych. Z uwagi na jedną ze stron, którą jest Federacja Rosyjska, uważana obecnie za strategiczne zagrożenie dla bezpieczeństwa Republiki i jej interesów, szczególnie bacznie obserwowana jest wojna w Ukrainie. O ile zabezpieczenie materiałowe i dotowanie jednostek operacyjnych w nowy sprzęt nie stanowi dla Francji większego problemu, to wyzwaniem jest odpowiednie zadbanie o czynnik ludzki, pozwalające na zapewnienie zwiększających się stanów etatowych jednostek. Będzie to szczególnie ważne w potencjalnym konflikcie o dużej intensywności, który niewątpliwie przyniesie znaczne straty sanitarne.

4.2. Rola nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi, materiałowymi i informacyjnymi w służbie zdrowia francuskich sił zbrojnych

4.2.1. Reorganizacja zarządzania zasobami ludzkimi

Dynamiczny rozwój technologiczny powoduje powszechną robotyzację i zastępowanie istot ludzkich przez szeroko rozumianą „sztuczną inteligencję” w poszczególnych czynnościach i procesach zachodzących we francuskiej wojskowej służbie zdrowia. Jednak jej prawidłowe funkcjonowanie wciąż jest i w najbliższej przyszłości będzie, uzależnione od człowieka. Jego merytoryczny nadzór nad maszynami powoduje możliwość

²⁸⁸ Dokument Ministerstwa Obrony z marca 2021 roku, pt. *Ambicje strategiczne wojskowej służby zdrowia 2030 - Ze wszystkich zobowiązań (Ambition stratégique SSA 2030 - De tous les engagements)*, defense.gouv.fr, 03.2021, dostęp: https://www.defense.gouv.fr/sites/default/files/sante/AMBITION_SSA_2030_15-06.pdf (13.11.2024)

wykorzystania przez niego unikalnych funkcji żywego organizmu takich jak doświadczenie, kreatywność, elastyczność i przewidywanie. Od istoty ludzkiej można i powinno się wymagać działania według zasad humanitaryzmu, choć w dzisiejszym świecie coraz rzadziej się to robi. W szczególności wymagania te powinny być odpowiednio wysokie wobec ludzi w mundurach, którzy mają przewagę nad resztą społeczeństwa ze względu na posiadane uzbrojenie. Wojskowy personel medyczny w tym kontekście jest często przysłowiową „ostatnią deską ratunku” dla poszkodowanych braci broni i bezbronnych cywilów na teatrze działań.

Wieloletnie niedofinansowanie służby medycznej we francuskich siłach zbrojnych, przejawiające się m.in. likwidacją stanowisk etatowych, zmieniająca się sytuacja na rynku pracy oraz dynamiczne przemiany społeczno - kulturalne spowodowały spadek zainteresowania służbą wojskową wśród Francuzów. Ma to bezpośredni wpływ na niedobór wykwalifikowanych kadr medycznych w siłach zbrojnych, które dodatkowo muszą rywalizować o kandydatów do służby ze środowiskiem cywilnym. To drugie oferuje znacznie lepsze wynagrodzenie i podobne zabezpieczenie socjalne jak wojsko, w pracy o dużo mniejszym ryzyku utraty życia lub zdrowia. Aby utrzymać odpowiedni poziom ukończenia w fachowy personel medyczny, co pozwoli realizować wymagające zadania w trudnych czasach, wojskowa służba zdrowia podjęła wiele inicjatyw mających zwiększyć atrakcyjność i konkurencyjność służby w jej szeregach. Zreorganizowała również, w kilku odsłonach, swoje struktury odpowiedzialne za politykę personalną w służbie, tak aby podołać wyzwaniom obecnych i przyszłych czasów. Najnowsza modernizacja zarządzania zasobami ludzkimi ze stycznia 2022 roku, przebiega w trzech etapach:

- zmiany organizacyjno – strukturalne w Dyrektoriacie centralnym (DCSSA), polegające głównie na precyzyjnym wskazaniu w Instrukcji dyrektora o numerze 500021/ARM/DCSSA podmiotów odpowiedzialnych za kreowanie polityki kadrowej. Są to Dział studiów i polityki zasobów ludzkich (*Sous-direction études et politique des ressources humaines – SDEPRH*), współpracujący w ścisłej korelacji z Działem szkolenia i badań naukowych (*Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation - DFRI*)²⁸⁹;
- stworzenie na nowo polityki zarządzania zasobami ludzkimi;
- uproszczenie procedur i komunikacji między instytucjami, a personelem medycznym dzięki powszechnemu wykorzystaniu systemów teleinformatycznych²⁹⁰.

Ważnym elementem zmian jest wsparcie personelu medycznego przebiegające na wielu płaszczyznach ich karier, według Planu zmian dla rozwoju, transparentności i uczciwości (*Plan d'action pour la considération, la transparence et l'équité - PACTE*), zawierającego 42 projekty, z których część już wdrożono do działalności. Plan ten wyodrębnia 4 główne kierunki prac rozwojowych:

- poprawa warunków pracy w placówkach wojskowej służby zdrowia (m.in. przez stworzenie infrastruktury do regeneracji podczas długotrwałych dyżurów) oraz warunków zakwaterowania po służbie;

²⁸⁹ Instrukcja nr 500021/ARM/DCSSA w sprawie organizacji Dyrektoriatu centralnego wojskowej służby zdrowia z dnia 4 stycznia 2022 r (*Instruction n°500021/ARM/DCSSA relative à l'organisation de la direction centrale du Service de santé des armées du 4 janvier 2022*), gorssa.fr, dostęp: <https://www.gorssa.fr/Instruction%20n%C2%B0500021%20du%2004-01-22-Organisation%20de%20la%20DCSSA.pdf> (13.11.2024)

²⁹⁰ Honore F., *3 questions au... MGI Honoré*, ActuSante, 2022, 163, s.38-39.

- sprawiedliwe i transparentne wsparcie oraz zarządzanie karierą personelu medycznego w siłach zbrojnych;
- doradztwo zawodowe, osobiste i rodzinne;
- rekonwersja po zakończeniu służby²⁹¹.

Zmianom, niwelującym różnicę między zarobkami personelu w instytucjach i jednostkach wojskowych, a ich odpowiednikami w środowisku cywilnym, ma ulec również siatka wynagrodzeń, zwiększająca atrakcyjność służby. Wdrożone zostały dodatki i premie takie jak kwalifikacyjny, szkoleniowy czy dyżurowy.

Długoterminowe cele prawidłowego zarządzania czynnikiem ludzkim we francuskiej wojskowej służbie zdrowia zawarte są w dokumencie zatytułowanym „Personel medyczny sił zbrojnych 2030. Polityka kadrowa wojskowej służby zdrowia” (*Soignants des armées 2030. Politique des ressources humaines du SSA*). Są one istotnie powiązane z ambicjami strategicznymi Francji, związanymi z możliwym udziałem w konflikcie o dużej intensywności w najbliższych latach. Cele opisane w ww. dokumencie to:

- zabezpieczenie na potrzeby sił zbrojnych zintegrowanej, reaktywnej i stałej zdolności do sprawowania opieki medycznej;
- zapewnienie żołnierzom i pracownikom cywilnym wojskowej służby zdrowia warunków do świadomej i zaangażowanej kariery zawodowej;
- możliwość realizacji misji w perspektywie długoterminowej;
- konsolidacja i modernizacja łańcucha zarządzania zasobami ludzkimi.

Wymieniony dokument określa również DNA świadomego personelu medycznego w siłach zbrojnych, którym jest zestaw cech, kluczowych dla powodzenia w wykonywaniu zadań w trudnych czasach:

- wspólna misja, jednocząca i określająca tożsamość;
- zaangażowanie na rzecz sił zbrojnych;
- unikalna wiedza i umiejętności w siłach zbrojnych²⁹².

4.2.2. Prawidłowo funkcjonujące zabezpieczenie materiałowe wojskowej służby zdrowia podstawą do prowadzenia działań w konflikcie o dużej intensywności

Zmiany motywowane koniecznością sprostania wymaganiom francuskich sił zbrojnych i ich ambicjom strategicznym, zachodzą również w zabezpieczeniu materiałowym wojskowej służby zdrowia. Głównym zadaniem jest dostosowanie systemu dostaw szeroko pojętego zaopatrzenia dla pododdziałów medycznych w warunkach konfliktu o dużej intensywności na głównym teatrze działań. Nie może to się odbywać z uszczerbkiem dla zabezpieczenia materiałowego innych operacji na całym świecie, w miejscach o strategicznym znaczeniu dla Republiki. Wymaga to wielu modyfikacji w zakresie planowania zakupów, produkcji własnej środków leczniczych, gromadzenia ich w ilości odpowiedniej do potrzeb oraz rozmieszczenia za pomocą jednostek logistycznych, odpowiedzialnych za dystrybucję. Pomóc mają w tym systemy teleinformatyczne, przetwarzające informacje o zużywanych środkach materiałowych, aktualnych stanach magazynowych na poszczególnych szczeblach

²⁹¹ Guesdes A., *L'accompagnement au cœur des ressources humaines du SSA*, ActoSante, 2022, 165, s.31.

²⁹² Dokument wydany przez Ministerstwo Obrony pt. „Personel medyczny sił zbrojnych 2030. Polityka kadrowa wojskowej służby zdrowia” (*Soignants des armées 2030. Politique des ressources humaines du SSA*), kwiecień 2022 rok, dostęp: <https://devenez-medecin-militaire.fr/content/uploads/sites/4/2022/09/polrh-ssa-sda-2030.pdf> (13.11.2024)

zaopatrywania oraz potrzebach wojsk i instytucji poza granicami i na terenie metropolii. Rozwiązaniem problemów kadrowych w jednostkach logistycznych ma być mechanizacja i automatyzacja czynności magazynowych i dystrybucyjnych. Procesy związane z obsługą i konserwacją mają być ułatwiane przez fachowe ekspertyzy metodą „online”, przy użyciu systemów teleinformatycznych²⁹³.

Zwiększanie mobilności zaopatrywanych jednostek, zgodnie z doktrynalnymi wymaganiami francuskich sił zbrojnych, wpływają na konieczność minimalizowania i miniaturyzowania sprzętu składającego się na zestawy medyczne. Przewidywana intensywność działań w warunkach konfliktu na dużą skalę (charakteryzująca się znacznymi stratami sanitarnymi) sprawia, że warunkiem prawidłowego funkcjonowania zabezpieczenia medycznego jest niezawodny łańcuch dostaw środków medycznych. Zaopatrzenie musi być adekwatne do rodzaju zabezpieczanych jednostek, ich specyfiki oraz zróżnicowanego środowiska walki, w którym przyjdzie im działać. Bardzo ważne jest reagowanie wojskowej służby zdrowia na zaistniałą sytuację kryzysową dla całego systemu opieki zdrowotnej, wielokrotnie zwiększającą zapotrzebowanie na środki medyczne. W tej materii kluczowe jest doświadczenie z pandemii *Covid-19*, podczas której duża zachorowalność na tą chorobę we Francji i masowy napływ pacjentów do służby zdrowia, w krótkim czasie, spowodowały wyczerpanie zdolności dystrybucyjnych i produkcyjnych rodzimego przemysłu w zakresie materiałów medycznych. Dodatkowo globalny zasięg pandemii ograniczył możliwości pozyskiwania szczególnie potrzebnych środków od partnerów zagranicznych²⁹⁴.

4.2.3. Rewolucja w systemie przepływu informacji w strukturach zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych Francji

Szczególnie ważne miejsce w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych Francji w najbliższych latach, będą miały systemy teleinformatyczne, służące do zbierania, przetwarzania, przekazywania i przechowywania danych medycznych żołnierzy. Obecnie ok. 3 miliony gigabajtów danych, wytworzonych przez ponad 200 systemów należących do wojskowej służby zdrowia, obsługuje jednostki i instytucje za pomocą trzech różnych sieci (*IntradeF, Intrasan, Internet*). Najważniejszym przedsięwzięciem w nadchodzących latach, jest stworzenie oraz doskonalenie jednolitego i bezpiecznego systemu teleinformatycznego, zarządzającego danymi medycznymi w jednostkach operacyjnych armii francuskiej, kompatybilnego z tymi używanymi w szpitalach wojskowych. Te placówki rewolucję informatyczną mają już za sobą i pracują na zintegrowanych systemach. Istotą zarządzania danymi jest posiadanie przez wojskowy personel medyczny pełnego, interaktywnego *dossier* medycznego każdego żołnierza, z kompletną historią zdrowotną podczas codziennej służby, w trakcie pełnienia obowiązków poza granicami państwa i po powrocie do kraju. Dostęp do tych danych powinien być ściśle kontrolowany, ograniczony do osób upoważnionych oraz bezpośrednio zaangażowanych w proces profilaktyczno - leczniczy. Zabezpieczenia systemów i sieci mają sprawić, aby te dane nie dostały się do osób niepowołanych. Jest to szczególnie ważne w warunkach aktywnego konfliktu z przeciwnikiem o znacznych umiejętnościach walki w cyberprzestrzeni, jak Chiny i Rosja. Inną kwestią, równie istotną, jest wsparcie personelu medycznego działającego na polu walki, w warunkach izolacji. Celem jest

²⁹³ Favaro P., Conte B., *Le ravitaillement médical de demain*, ActuSante, 2022, 163, s.48-49.

²⁹⁴ Savornin K., *La pharmacie centrale des armées, fabrique à antidotes*, Esprit Défense, 2023, 6, s.60-61.

zapewnienie stałej, całodobowej łączności pomiędzy zespołami medycznymi będącymi najbliższej poszkodowanych, personelem polowych struktur chirurgicznych i ewakuacyjnych oraz specjalistami w szpitalach wojskowych w metropolii. Aby to było możliwe należy kontynuować prace w domenie systemów teleinformatycznych zapewniających możliwość konsultacji danych medycznych potrzebnych do odpowiedniej diagnozy oraz eksperckiej porady lekarskiej w razie potrzeby realizowanej w czasie rzeczywistym (m.in. zdjęcia, wskaźniki parametrów życiowych, podstawowa diagnostyka obrazowa). Wszystko to, aby ratownik na polu walki mógł jak najsprawniej określić priorytet ewakuacyjny poszkodowanego, co ma ogromne znaczenie dla jego rokowań na przeżycie²⁹⁵.

4.3. Psychoprofilaktyka i leczenie zaburzeń psychicznych związanych z udziałem żołnierzy w misjach poza granicami państwa

4.3.1. Zaburzenia psychiczne w historii konfliktów francuskich sił zbrojnych

Zaburzenia psychiczne związane z traumatycznymi doświadczeniami na polu walki są jednym z najbardziej niedocenianych czynników powodujących niezdolność żołnierzy do podjęcia lub kontynuowania walki oraz najczęstszym powodem problemów reintegracji w społeczeństwie po zakończonej służbie. Francuscy lekarze wojskowi już podczas początkowej fazy I Wojny Światowej, zanotowali u żołnierzy szereg niepokojących symptomów motorycznych (drgawki, prężenia, paraliż) oraz sensorycznych (głuchota, ślepotą, zaburzenia mowy) w związku z udziałem w działaniach bojowych. Manifestowanie tych objawów, nieustępujących w krótkim czasie (w skrajnych przypadkach trwających kilka tygodni), powodowało niezdolność do służby i brak możliwości do podjęcia jakichkolwiek czynności przez chorego. Było również przyczyną osłabienia morale kolegów z pododdziału, doprowadzając często do reakcji łańcuchowych i napadów zbiorowej paniki lub apatii. Powstało kilka określeń nazywających ten fenomen, takich jak hipnoza bitewna oraz szok okopowy (*shell shock*). Stan ten był spowodowany intensywnym i długotrwałym ostrzałem artyleryjskim statycznej linii obrony wojsk własnych, opartej na okopach, skutkującym masowymi stratami sanitarnymi²⁹⁶.

Z zaburzeniami psychicznymi żołnierzy francuskich sił zbrojnych zmagano się przez cały okres konfliktów XX wieku. Dodatkowym czynnikiem sprawczym było skrajnie niskie poparcie społeczne dla działań wojskowych w takich rejonach jak Indochiny i Afryka Północna, skutkujące poczuciem bezsensowności poświęcenia i ofiary żołnierskiej krwi. W Marsylii, porcie, do którego przybijały okręty z rannymi na pokładzie, dochodziło do manifestacji antywojennych, w których agresywny tłum zrzucał rannych żołnierzy z noszy. W podobnej sytuacji znaleźli się amerykańscy uczestnicy wojny w Wietnamie, spośród których aż 1,7 miliona manifestowało zaburzenia psychiczne, będące następstwem działań bojowych, uniemożliwiające ponowne przystosowanie do życia w społeczeństwie (*post vietnam syndrome*). Tak powstało sformułowanie *Post Traumatic Stress Disorder – PTSD*, które

²⁹⁵ Halbert E., *L'ambition numérique du SSA*, Actusante, 2022, 163, s.56-57.

²⁹⁶ Briole G., Lebigot F., Lafont B., *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, ADDIM, Paryż, 1998, s.19-20.

funkcjonuje obecnie w podręcznikach medycznych większości państw rozwiniętych jako oddzielna jednostka chorobowa z odpowiednim do zdiagnozowanych objawów leczeniem²⁹⁷.

Problematyka ta stanowi wielkie wyzwanie dla wojskowej służby zdrowia oraz egzystencjalne dla całych sił zbrojnych, obecnych na wielu kontynentach, w ramach operacji bojowych i stabilizacyjnych oraz stałej obecności o różnym natężeniu działania i skali zagrożenia. Szacuje się, że poziom trudności dla żołnierzy będzie tylko rosnąć. Generał Pierre De Villiers, szef Sztabu Generalnego w latach 2014-2017, w swojej książce zatytułowanej *Służyć (Servir)*, wskazał, że zaangażowanie Francji w przyszłych konfliktach będzie wielopoziomowe, obejmujące kilka teatrów działań jednocześnie, z agresywnym przeciwnikiem, nieszanującym żadnych obowiązujących praw humanitarnych²⁹⁸. Wymagać to będzie od żołnierzy pełnej gotowości operacyjnej do projekcji w dowolnym zakątku świata. Częste wyjazdy, bez możliwości regeneracji, odpoczynku i ustabilizowania życia prywatnego w metropolii mają negatywny wpływ na kondycję psychofizyczną żołnierzy, powodując namnażanie się problemów osobistych i poczucie wypalenia zawodowego. Dodatkowo dynamiczne przemiany w społeczeństwach państw wysoko rozwiniętych (indywidualizm, materializm, przywiązanie do dobrostanu), skutkują niedostatecznym przygotowaniem żołnierzy, psychicznym i fizycznym, do znoszenia trudów działań wojennych o wysokiej intensywności. Fakt ten może znacznie osłabiać gotowość bojową pododdziałów w momencie próby. Na zagadnienia psychoprofilaktyki i przygotowania mentalnego żołnierzy francuskich do realizacji zadań, szczególnie w trudnych warunkach, dużą część publikacji swojego autorstwa poświęca lekarz wojskowy Nicolas Zeller, który znaczną część swojej kariery spędził w jednostkach specjalnych sił zbrojnych Francji²⁹⁹. Mają tego świadomość decydenci traktując profilaktykę i leczenie zaburzeń psychicznych jako ważną część składową ambicji strategicznych w perspektywie 2030 roku³⁰⁰.

4.3.2. Postępowanie przedszpitalne u żołnierzy manifestujących symptomy zaburzeń psychicznych związanych z traumatycznym zdarzeniem w służbie

Obecna strategia reagowania personelu medycznego na przypadki zaburzeń psychicznych na polu walki składa się z czterech podstawowych zasad:

- bliskość personelu medycznego do poszkodowanego, ograniczająca potrzebę jego ewakuacji i izolacji od swojego pododdziału;
- natychmiastowość interwencji, dzięki której poszkodowany ma możliwość „wyładowania” traumatycznych emocji oraz ma pewność, że znajduje się pod fachową opieką;
- prostota działań, polegająca na dostosowaniu czynności personelu medycznego do stanu żołnierza (czasami wystarczy rozmowa w bezpiecznym, spokojnym miejscu), sytuacji taktycznej (dyskusyjne może być rozbrajanie żołnierza przy przewadze ogniowej przeciwnika) oraz możliwości ewakuacyjnych (ewakuacja może pogorszyć stan poszkodowanego, który będzie się obwiniał o porzucenie pododdziału w trudnym momencie);

²⁹⁷ Weiss D.S., Marmar C.R. et al., *The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans*, Journal of traumatic Stress, 1992, 5, s.365-367.

²⁹⁸ De Villiers P., *Servir*, Fayard, Paryż, 2017, s.31-45.

²⁹⁹ Zeller N., *Corps et âme: Un médecin des forces spéciales témoigne*, Tallandier, Paryż, 2003.

³⁰⁰ Eon A., Marion L., *100 ans de pratique clinique au profit des forces armées. De la sémiologie aux modèles psychopathologiques*, Médecine et Armées, 2019, 47, s.7-12.

- obserwacja symptomów, które zazwyczaj rozwijają się w czasie od 48 do 72 godzin od traumatycznego zdarzenia, w składzie macierzystej jednostki lub w izolacji, w polowej strukturze medycznej, od których zależą dalsze czynności lecznicze³⁰¹.

W przypadkach wymagających ewakuacji medycznej z teatru działań do metropolii, konieczne jest zapewnienie ciągłości leczenia, przy współpracy lekarza komórki medycznej jednostki z lekarzem psychiatrą ze szpitala wojskowego. Wszystkie czynności lecznicze, od momentu zdarzenia, dokładny opis symptomów oraz progresja lub regresja stanu pacjenta muszą mieć odzwierciedlenie w zapisach w jego elektronicznym dossier, dostępnym dla personelu medycznego na każdym z etapów ewakuacji i dalszego leczenia. Z uwagi na działania niepożądane (osłabiona czujność i refleks), niewskazane jest leczenie farmakologiczne (leki psychotropowe, antydepresyjne, nasenne) pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w rejonie operacji i powinno być ograniczone do absolutnego minimum. W przypadku konieczności podania leku, na każdej wizycie podaje się jednorazową dawkę, monitorując następnie zachowanie żołnierza. Niezmiernie ważna jest rola dowódców na teatrze działań, którzy są pierwszymi i niezbędnymi elementami opieki psychoprofilaktycznej żołnierzy w rejonie misji. Konieczne jest odpowiednie planowanie zadań, z przerwami na odpoczynek i regenerację, po szczególnie wymagających operacjach. Bardzo korzystny, w perspektywie zdrowia psychicznego żołnierzy, jest czas spędzony na krótkich, grupowych turnusach dekompresyjnych po zakończeniu misji, ułatwiających ich ponowne przystosowanie się do codziennych obowiązków służbowych i rodzinnych w metropolii. Dowódcy mają do dyspozycji pomoc specjalistów w dziedzinie psychologii, m.in. z Komórki interwencji i wsparcia psychologicznego wojsk lądowych (*La Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre – CISPAT*). Koordynatorzy na szczeblu jednostek mają za zadanie wspierać psychologicznie żołnierzy oraz ich rodziny, zarówno podczas operacji jak i po jej zakończeniu. Mówią o tym zapisy w Planie wsparcia rodzin wojskowych i poprawy warunków życia żołnierzy na lata 2018-2022 (*Le plan d'accompagnement des familles et d'amélioration des conditions de vie des militaires 2018-2020*)³⁰².

Wytyczne francuskiej wojskowej służby zdrowia podkreślają niezbędną rolę psychiatry w składzie kontyngentu misji zagranicznej (w ramach operacji *Barkhane* psychiatra pełnił dyżur w składzie szpitala polowego w Gao). Zawarte są w kolejnych dokumentach na lata 2015-2018 i 2019-2022, pt. „Postępowanie z pacjentami po urazach psychicznych w siłach zbrojnych”³⁰³ oraz najnowszym Planie wsparcia rannych i ich rodzin na lata 2023-2027³⁰⁴. Rola i miejsce lekarza psychiatry lub psychologa w hierarchii pozostają przedmiotem dalszej dyskusji. Specjalista ten powinien działać w porozumieniu z dowództwem, uznając jego zwierzchność nad sobą, pełniąc rolę fachowego doradcy. Nie powinien narzucać się ze swoimi usługami, pozostając raczej aktywnym słuchaczem. Żołnierze powinni mieć świadomość, że są

³⁰¹ Merat S., *Le blessé de guerre*, Arnette, Paryż, 2013, s.573-584.

³⁰² Gignoux-Froment F., Moris M. et al. *1918-2018 – Réflexions sur les évolutions de la pratique de la psychiatrie militaire en opération*, Médecine et Armées, 2019, 47, s.13-18.

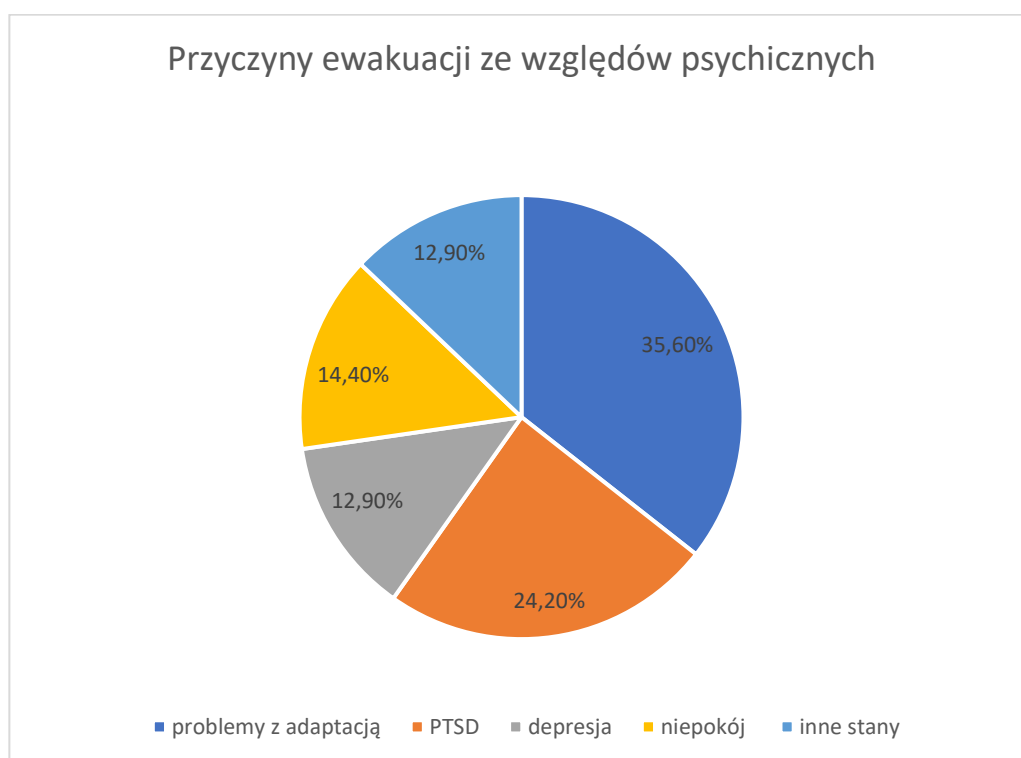
³⁰³ Instrukcja nr. 527740/DEF/DCSSA/ AAD-EMP z 18 grudnia 2015 *Plan d'action 2015-2018, Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées* oraz *Plan d'action 2019-2020, Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées*, defense.gouv.fr, dostęp: <https://archives.defense.gouv.fr/sante/actualites/soigner-les-professionnels-de-sante-vulnerables.html> (13.11.2024)

³⁰⁴ Dokument Ministra Obrony pt. *Plan Blessés 2023-2027. Accompagner les militaires blessés et leurs familles*, 2023, dostęp: <https://maison-des-blesses.defense.gouv.fr/sites/default/files/mnbf/Dossier%20de%20presse%20Plan%20Bless%C3%A9s%202023-2027.pdf> (13.11.2024)

pod fachową opieką i w trudnym momencie otrzymają odpowiednią pomoc. Mając świadomość konieczności zapewnienia odpowiednich stanów osobowych w pododdziałach do wykonania zadania, psychiatra lub psycholog, nie powinien poddawać się presji przełożonych, zezwalając na pełnienie obowiązków przez żołnierzy, których stan psychiczny zagraża zdrowiu i życiu ich oraz kolegów z pododdziału³⁰⁵.

4.3.3. Leczenie szpitalne zaburzeń psychicznych u żołnierzy na przykładzie oddziału psychiatrycznego szpitala wojskowego *Percy*

Bardzo ważną rolę w powrocie do służby żołnierzy z zaburzeniami psychicznymi związanymi z traumatycznymi przeżyciami w rejonie misji odgrywają oddziały psychiatryczne szpitali wojskowych, stale doskonalące się w technikach leczenia tego typu przypadków. W podparyskim szpitalu wojskowym *Percy*, przeanalizowano 132 przypadki hospitalizowanych żołnierzy na miejscowym oddziale psychiatrycznym, po ewakuacji strategicznej z rejonu misji, w latach 2016-2017. Badania miały określić profil pacjenta, powód jego problemów, zastosowane leczenie i jego rezultaty. Okazało się, że dla większości ewakuowanych z zaburzeniami psychicznymi, główną przyczyną niemożności kontynuowania misji były problemy z adaptacją w wymagającym środowisku operacyjnym (35,7%). Na stres pourazowy związany z konkretną sytuacją wskazało 25,8 % poszkodowanych.

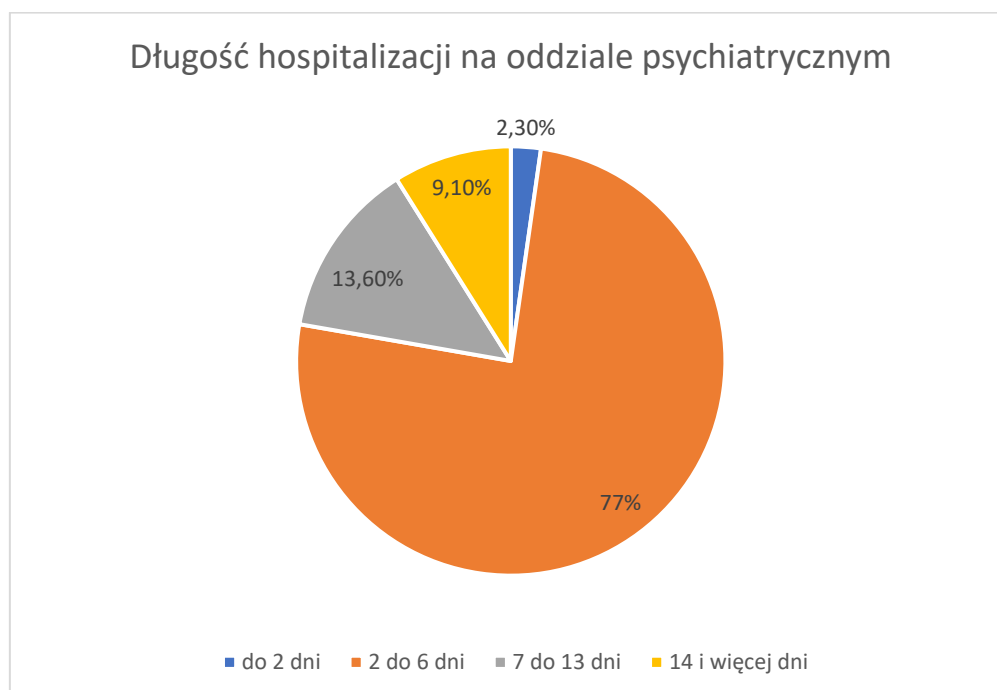


Wykres 4. Przyczyny ewakuacji z rejonu misji do szpitala wojskowego *Percy* w latach 2016 – 17 spowodowane zaburzeniami psychicznymi.

Źródło: Mele E., Rondier J.P., Favre J.D., *Les rapatriés sanitaires en psychiatrie. Description clinique, facteurs étiopathologiques et orientation thérapeutique*, Médecine et Armées, 2007, 35, s.417-428.

³⁰⁵ Crocq L., *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paryż, Odile Jacob, 1999.

W porównaniu z podobnym badaniem z 2002 roku³⁰⁶, stwierdzono zwiększenie tego ostatniego wyniku o ponad 8 %, co lekarze specjaliści wiążą z bardziej wymagającymi warunkami operacyjnymi na teatrze działań. Ważną determinantą jest osłabienie tzw. „czynnika ludzkiego”, polegającego na problemach młodych żołnierzy do znoszenia trudów szczególnie skomplikowanych misji. Ponad połowa z nich nie miała w przeszłości żadnych problemów natury psychologicznej (56,1%), a 20,5% zgłaszało dodatkowo nadużywanie alkoholu. 66,4 % pacjentów była w wieku do 28 lat, co ponownie wskazuje na większą podatność tej grupy żołnierzy na zaburzenia psychiczne lub mniejsze opory do ich manifestowania. Pobyt na oddziale psychiatrycznym szpitala wojskowego dla większości żołnierzy (77,3%) zakończył się przed upływem jednego tygodnia, a dla 9.1 % trwał ponad 14 dni³⁰⁷.



Wykres 5. Długość hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym po ewakuacji z rejonu misji.

Źródło: Annette S., David A. et al, *Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération: étude sur l'évolution des motifs d'hospitalization dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017*, Medecine et Armees, 2019, 47, s.25-32.

W czasie hospitalizacji zbierany jest kompletny wywiad od pacjenta dotyczący jego specjalności i doświadczenia w służbie, w tym na misjach zagranicznych oraz osobistego stosunku do tradycji i zasad wojskowych. Ważne jest zbadanie poziomu adaptacji w codziennym toku służby, w szczególności relacji z przełożonymi i kolegami z pododdziału oraz sposobów w jaki pacjent przezwycięża problemy i ograniczenia w życiu zawodowym i osobistym. Wszystkie te informacje są niezbędne do określenia zdolności do służby

³⁰⁶ Mele E., Rondier J.P., Favre J.D., *Les rapatriés sanitaires en psychiatrie. Description clinique, facteurs etiopathologiques et orientation thérapeutique*, Médecine et Armées, 2007, 35, s.417-428.

³⁰⁷ Annette S., David A. et al, *Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération: étude sur l'évolution des motifs d'hospitalization dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017*, Medecine et Armees, 2019, 47, s.25-32.

lub czasowego wyłączenia z niej poszkodowanego. Zdecydowana większość badanych wymagała zwolnienia lekarskiego po okresie hospitalizacji (na stu trzydziestu dwóch przebadanych, tylko sześciu jego nie wymagało) oraz została zakwalifikowana jako niezdolna do misji poza granicami państwa na okres sześciu miesięcy. Po tym czasie nastąpiły badania kontrolne i ponowne określenie zdolności do służby. Leczenie kontynuowano w szpitalu przyjęcia po ewakuacji (*Percy*), w formie cyklicznych wizyt, w innych szpitalach wojskowych, odpowiednich do miejsca zamieszkania pacjenta, przychodniach wojskowych lub placówkach cywilnych. Oprócz środków farmakologicznych w procesie leczenia stawia się na alternatywne metody z dziedziny psychoterapii jak przeżywanie i odtworzenie traumatycznych zdarzeń oraz ewakuacja ze świadomości ich negatywnych implikacji m. in. przy pomocy dynamicznego ruchu gałek ocznych (*Eye movement desensitization and reprocessing - EMDR*)³⁰⁸.

Doświadczenia specjalistów z dziedziny psychologii i psychiatrii wojskowej podkreślają konieczność odpowiedniej psychoprofilaktyki i leczenia zaburzeń psychicznych w związku z udziałem w misjach poza granicami państwa. Jest to warunek sine qua non do zachowania zdolności operacyjnych żołnierzy (polegającym na odpowiednim przygotowaniu fizycznym i mentalnym). Będzie to miało oczywiste przełożenie na gotowość bojową ich jednostek, w warunkach konfliktu o dużej intensywności, do którego siły zbrojne Francji obecnie się przygotowują. Jest to zadanie dla personelu medycznego sił zbrojnych, szczególnie dla specjalistów z dziedziny psychologii i psychiatrii w podległych instytucjach, jednostkach operacyjnych i kontyngentach wojskowych w rejonie misji. Należy natychmiast reagować na zdarzenia z udziałem żołnierzy manifestujących zaburzenia psychiczne oraz czuwać nad procesem dopuszczania ich do wykonywania określonych obowiązków w specyficznych warunkach (np. misje zagraniczne szczególnie dużego ryzyka). W przypadkach, gdy stan psychiczny badanego może być zagrożeniem dla życia lub zdrowia jego i innych żołnierzy, lekarz wojskowy ma obowiązek nie dopuścić go do wykonywania zadań, zachowując przy tym tajemnicę lekarską³⁰⁹.

Żołnierzy odsuniętych od wykonywania obowiązków służbowych należy objąć kompleksową opieką, próbując jak najszybciej przywrócić ich do służby lub w przypadkach poważnych zaburzeń, do ponownej integracji w życiu cywilnym. Należy pamiętać, że syndrom stresu pourazowego może rozwijać się u człowieka latami a nagła manifestacja jego objawów czasami przypomina eksplozję bomby z opóźnionym zapłonem. Obecne trendy wskazują na dużą skuteczność leczenia poszkodowanych psychicznie przez ich aktywację fizyczną, przy pomocy prostych prac, takich jak np. pielęgnacja ogrodu, gotowanie, uprawianie sportów oraz uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych. Dużym zainteresowaniem cieszy się program *Athos*, który łączy wszystkie wymienione aktywności z technikami psychoterapii, dostosowanymi indywidualnie do pacjenta, który dobrowolnie poddaje się terapii w ramach projektu. Zamieszkuje on w specjalnie do tego przystosowanym domu, przez okres dostosowany do stopnia zaburzeń poszczególnych żołnierzy³¹⁰.

³⁰⁸ Shapiro F., Silk-Forrest M., *Des yeux pour guérir*, Seuil, Paryż, 2005.

³⁰⁹ Daudin M., Guiraudet O., Calteau M., *1918-2018: enjeux de l'expertise médico-psychologique en milieu militaire*, Médecine et Armées, 2019, 47, s.43-48.

³¹⁰ B.d., *ATHOS Une 3ème maison de réhabilitation pour les blessés psychiques*, igesa.fr, dostęp: <https://www.igesa.fr/decouvrez-les-actualites-igesa/athos-une-3eme-maison-de-rehabilitation-pour-les-blesses-psychiques> (31.05.2023)

4.4. Aspekty medyczne ćwiczenia *Orion 23* przygotowującego wojskową służbę zdrowia do konfliktu o dużej intensywności

4.4.1. Geostrategiczny kontekst ćwiczenia *Orion – 23*

Rozpoczynając fazę koncepcyjną ćwiczenia pk. *Orion 23*, w 2020 roku, planiści i stratedzy francuskich sił zbrojnych wzięli pod uwagę znaczne pogorszenie sytuacji międzynarodowej w Europie. Jego scenariusz zakładał wybuch konfliktu zbrojnego na dużą skalę na terytorium jednego z państw sojuszników *NATO* z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym. Jeżeli jeszcze w 2020 roku nie był on wskazany wprost, to po 2022 roku nikt we francuskich kręgach wojskowych nie ma już wątpliwości, że przyszlą wojnę konwencjonalną na dużą skalę, Francja stoczy z Federacją Rosyjską. Będzie to konflikt, mający implikacje i wpływ na cały system bezpieczeństwa państwa, obejmujący całe jej terytorium, włącznie z terytoriami zamorskimi. Wszystko to sprawiło, że znaczenie ćwiczenia *Orion – 23* poważnie wzrosło, a państwo francuskie potraktowało je jako swoisty sprawdzian swoich możliwości działania w warunkach konfliktu o dużej intensywności. W organizację i wykonanie ćwiczenia zaangażowano największe siły i środki w najnowszej historii armii francuskiej, po upadku Układu Warszawskiego. Ćwiczyły wszystkie rodzaje sił zbrojnych (2300 pojazdów Wojsk Lądowych, 30 okrętów i 50 statków powietrznych Marynarki Narodowej, 30 samolotów Sił Powietrznych i Kosmicznych oraz wojska cybernetyczne). Ćwiczenie, którego akronim oznacza dużą, połączoną operację sił zbrojnych odpornych, interoperacyjnych, zorientowanych na dużą intensywność działań i innowacje (*Opération d'envergure pour des armées Résilientes, Interopérables Orientées vers la haute intensité et Novatrices*), trwało 3 miesiące (od lutego do maja 2023 roku). Zaangażowało ponad 15 tysięcy żołnierzy francuskich i sojuszników³¹¹.

Aktywne działania sił zbrojnych i całego aparatu bezpieczeństwa państwa przebiegały w trzech fazach. W fazie pierwszej, trwającej od 21 lutego do 10 marca, uruchomiono Narodowe siły reagowania (*Échelon national d'urgence - ENU*). Jest to ok. siedmiotysięczny korpus ekspedycyjny, złożony głównie z sił specjalnych, aeromobilnych i jednostek zmotoryzowanych, charakteryzujących się największym stopniem gotowości bojowej. Zadaniem tego komponentu było wsparcie państwa sojuszniczego, destabilizowanego przez grupy paramilitarne przeciwnika i elementy wojny hybrydowej w początkowej odsłonie konfliktu. Szczególny nacisk położono na jak najszybszy przerzut pododdziałów bojowych, głównie 11. Brygady Spadochroniarzy (*11e Brigade Parachutiste – 11 BP*) i 6. Lekkiej Brygady Pancерnej (*6e Brigade Légère Blindée – 6BLB*) w rejon potencjalnego konfliktu. Transport i projekcja sił i środków na teatr działań odbył się drogą powietrzną i morską. Ćwiczono zrzuty spadochronowe z samolotów oraz desanty z okrętów marynarki wojennej na nabrzeże, w dzień i w nocy. Przejmowano i zabezpieczano przed wrogią działalnością kluczowe miejscowości, lotniska, porty oraz inne obiekty infrastruktury krytycznej. Szczególną rolę, biorąc pod uwagę doświadczenia rosyjskie na Ukrainie, odegrało rozstawione na nabrzeżu Połączone zgrupowanie wsparcia teatru (*Groupement de soutien interarmées de théâtre - GSIAT*), odpowiedzialne za pełne zabezpieczenie materiałowe i techniczne walczących pododdziałów. Druga faza, trwająca do końca marca, poświęcona była roli środowiska cywilnego w budowaniu odporności państwa i wsparcia wysiłku militarnego, m.in. w domenie zdrowia i transportu. Główną rolę w tej części ćwiczenia *Orion - 23* odgrywał Sekretariat

³¹¹ Bourgasser M., *ORION, ou l'épreuve de la haute intensité*, Esprit défense, 2023, 7, s.20-31.

generalny obrony i bezpieczeństwa narodowego (*Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale - SGDSN*), odpowiednik polskiej obrony cywilnej³¹².

Ostatnia odsłona ćwiczenia, mająca miejsce od połowy kwietnia, do początku maja, imitowała przystąpienie Francji do otwartego, pełnoskalowego konfliktu zbrojnego, z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym, przy użyciu wszystkich dostępnych środków zwalczania wrogich wojsk. Ten epizod rozgrywany był na poligonach Szampanii (działania przebiegały na pięćdziesięciokilometrowym odcinku frontu o dwustu kilometrowej głębokości ugrupowania wojsk własnych). W nim główną rolę odgrywały wojska lądowe, ze swoim najcięższymi komponentami w postaci wojsk pancernych i zmechanizowanych (udział w tej części ćwiczenia brało ponad 10 tysięcy żołnierzy), wspierane przez siły specjalne i powietrznodesantowe³¹³.

4.4.2. Zabezpieczenie medyczne konfliktu o dużej intensywności na przykładzie ćwiczenia Orion – 23

Pododdziały i instytucje wojskowej służby zdrowia brały czynny udział we wszystkich fazach ćwiczenia, angażując swe siły i środki do organizacji pełnego łańcucha leczniczo-ewakuacyjnego dla zabezpieczanych wojsk. Ćwiczyły mobilne zespoły medyczne bezpośrednio na polu walki, rozwinięto polowe struktury zabezpieczenia medycznego I i II poziomu, ewakuację zapewniały wszystkie dostępne środki transportowe na poziomie taktycznym, operacyjnym i strategicznym. Szpitale wojskowe w metropolii symulowały przyjęcie masowej liczby poszkodowanych żołnierzy i ludności cywilnej. Personel medyczny sił zbrojnych był obecny również w sztabach dowódczych, biorąc udział w procesie planistycznym i decyzyjnym.

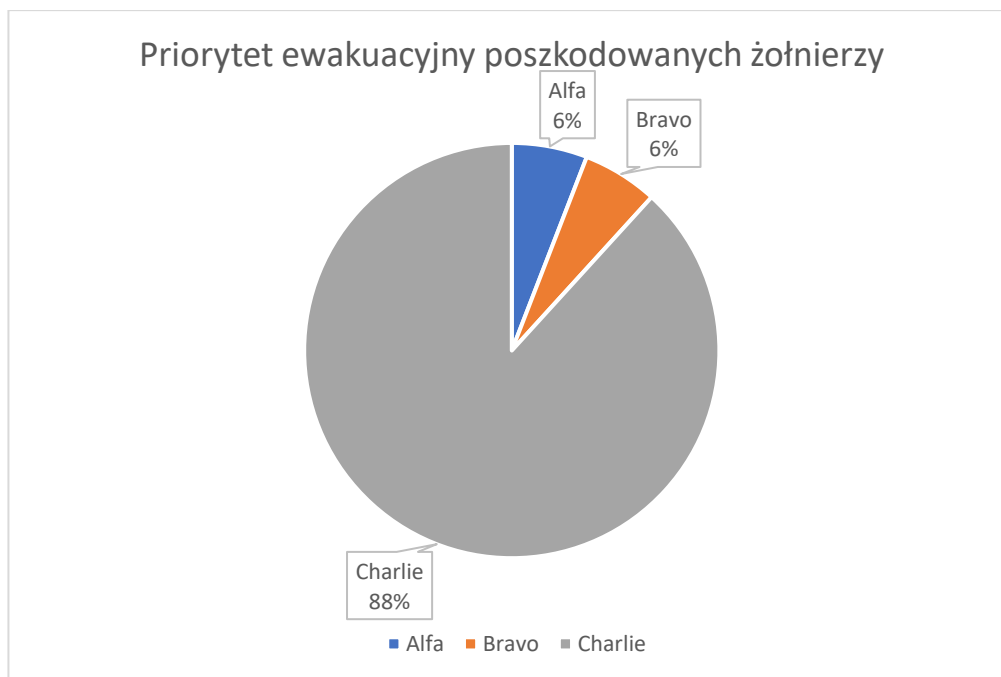
W pierwszej fazie nacisk położono na możliwości szybkiego transportu i projekcji sił i środków polowych struktur zabezpieczenia medycznego w ramach uruchomionych Narodowych sił szybkiego reagowania (*Échelon national d'urgence - ENU*). Były to Aeromobilne czołówki chirurgiczne (*ACS*) i Punkty medyczne (*PM 14*), w przypadku wojsk powietrznodesantowych oraz Czołówki reanimacyjne i chirurgii ratunkowej (*ARCS*) przy desantach z pokładów śmigłowców Marynarki Narodowej. Dodatkowo na pokładzie wymienionych okrętów działały struktury medyczne poziomu II, wspierane śmigłowcami ewakuacyjnymi. Największym wyzwaniem tej części ćwiczenia okazało się, zabezpieczenie medyczne desantu żołnierzy z powietrza. Odnotowano 860 skoków spadochronowych, w tym 786 z niskiego pułapu (300-400 m.), przy automatycznym otwarciu czaszy. Siedemnastu żołnierzy odniosło urazy (2,16% wszystkich skaczących), a dziewięciu wymagało z tego powodu hospitalizacji. Tylko trzech spadochroniarzy, spośród rannych, było w stanie kontynuować misję. Liczba poszkodowanych, zbliżona do wartości notowanych w operacjach bojowych (ok.3%), a zdecydowanie wyższa od średniej szkoleniowej (0,5%), wskazuje na wierne odzwierciedlenie realnych warunków pola walki w tym ćwiczeniu³¹⁴.

³¹² B.d., *Rapport d'activité 2023 – SGDSN*, 14.06.2024, sgdsn.gouv.fr, dostęp:

<https://www.sgdsn.gouv.fr/publications/rapport-dactivite-2023-sgdsn> (17.10.2024)

³¹³ Rigot S., *Les mâchoires d'orion, guerre fictive en Occitanie*, TIM, 2023, 338, s.15-19.

³¹⁴ Cellarier D, Martineau O., *Retour d'expérience du soutien réel de troupes aéroportées durant l'exercice ORION*, *Medecine et Armees*, 50, 3, s.41-51.



Wykres 6. Procentowy rozkład poszkodowanych w desancie spadochronowym w ramach ćwiczenia *Orion* – 23, według priorytetu ewakuacyjnego. Źródło: Cellarier D, Martineau O., *Retour d'expérience du soutien réel de troupes aéroportées durant l'exercice ORION*, *Medecine et Armees*, 50, 3, s.41-51

Działalność służby medycznej na tym etapie realizowane było zgodnie z Instrukcją Ministra Obrony o numerze 600/ARM/DCSSA/PC w sprawie zabezpieczenia medycznego szczególnie ryzykownych aktywności w siłach zbrojnych³¹⁵. Desant spadochronowy był zabezpieczany przez 3 zespoły medyczne z lekarzem, pielęgniarzem i trzema sanitariuszami oraz jeden zespół z pielęgniarzem i sanitariuszami.

Druga faza medycznej odsłony ćwiczenia poświęcona była wsparciu wysiłku militarnego Francji przez sektor cywilny, m.in. przez konsolidację powszechnej służby zdrowia w oparciu o szpitale wojskowe (poszerzenie bazy łóżkowej, materiałowej oraz personalnej przez wcielenie rezerwistów i przesunięcia personelu na kluczowe stanowiska dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia). Wskazano na konieczność zwiększenia możliwości w domenie transportu sanitarnego, niezbędnego dla poprawnego funkcjonowania służby zdrowia w warunkach masowego napływu poszkodowanych. W trzeciej odsłonie ćwiczenia ponad stu żołnierzy wojskowej służby zdrowia, w składzie swoich macierzystych jednostek operacyjnych oraz w ramach polowych elementów zabezpieczenia medycznego brało czynny udział w aktywnej fazie symulowanego konfliktu na dużą skalę. Rozwinięto w terenie m.in. szpital polowy poziomu II, który był w stanie przyjąć ok. 50 symulowanych pacjentów dziennie³¹⁶.

Ćwiczenie *Orion* – 23 miało za zadanie przygotować personel wojskowej służby zdrowia do działania w warunkach konfliktu zbrojnego o dużej intensywności. Jego przebieg uwidocznił różnice pomiędzy dotychczasowymi misjami zagranicznymi, a wojną na pełną skalę z przeciwnikiem o podobnym potencjale, powodującą masowy napływ poszkodowanych

³¹⁵ *Instruction N° 600/ARM/DCSSA/PC relative au soutien sanitaire des activités à risques dans les armées, directions et services*, dostęp: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/43139> (13.11.2024)

³¹⁶ B.d., *Exercice ORION, principe et enjeux*, *ActuSante*, 2023, 166, s.24-25.

do elementów zabezpieczenia medycznego. Procedury i schematy używane przez służbę zdrowia w siłach zbrojnych w dobrze znanych i odpowiednio zarządzanych konfliktach o niskiej intensywności, muszą ulec zmianie. Nowe wymagania narzucają konieczność posiadania dużo bardziej rozbudowanego niż dotychczas, sprawnego łańcucha ewakuacyjno – leczniczego. Struktury zabezpieczenia medycznego muszą charakteryzować się elastycznością, mobilnością i reaktywnością na zmiany na teatrze działań oraz posiadać szerokie zaplecze mobilizacyjne w całym systemie opieki zdrowotnej. Z ćwiczenia wyciągnięto szereg wniosków, wskazano na konkretne obszary, które nie funkcjonują jak należy i wymagają naprawy. Odrobione lekcje w czasie pokoju, mają zapocentrować w przyszłości, w przypadku realnego działania w warunkach wojennych.

Jednym z najważniejszych i najtrudniejszych problemów do rozwiązania jaki może napotkać wojskowa służba zdrowia podczas intensywnego konfliktu zbrojnego, jest niedobór wykwalifikowanego personelu medycznego. Zapotrzebowanie na niego wielokrotnie wzrośnie, po mobilizacyjnym rozwinięciu pododdziałów i instytucji wojskowej służby zdrowia, szczególnie w jednostkach operacyjnych sił zbrojnych i szpitalach wojskowych. Masowe powoływanie rezerwistów jest tylko częściowym i chwilowym rozwiązaniem kłopotów kadrowych, gdyż drenaż całego państwowego systemu ochrony zdrowia z wykwalifikowanego personelu medycznego skutkował będzie jego kompletnym paraliżem i brakiem zaplecza dla wojskowych placówek. Problemy będą potęgowane przez nieuniknione straty własne. Warunkiem do zachowania zdolności operacyjnych łańcucha leczniczo – ewakuacyjnego wojskowej służby zdrowia oraz funkcjonowania całego systemu powszechnej opieki zdrowotnej w czasie konfliktu o dużej intensywności jest pełna kooperacja środowisk cywilnego i wojskowego. Siły zbrojne muszą posiadać wykształcone, gotowe do działania rezerwy oraz wsparcie sektora cywilnego w domenie personalnej i materialnej. Musi to się jednak odbywać z uwzględnieniem potrzeb placówek cywilnych, które stanowią naturalne zaplecze sił zbrojnych. Jedynym rozwiązaniem może być integracja zasobów oraz odpowiednie zarządzanie czynnikiem ludzkim, poprzez kierunkowe przesunięcia personelu na szczególnie zagrożone odcinki³¹⁷.

4.5. Analiza raportu Trybunału Obrachunkowego (*Cour de Comptes*) z 7 czerwca 2023 r., pt. *Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji*

Swoistym sprawdzianem obecnej kondycji wojskowej służby zdrowia i stanu jej przygotowań do konfliktu o dużej intensywności była kontrola jaką przeprowadził w 2023 roku najwyższy organ sprawdzający poprawność wydatkowania finansów publicznych, czyli Trybunał Obrachunkowy. Pracownicy tej instytucji odwiedzili dyrektoriat centralny, 5 szpitali wojskowych (*Bégin, Desgenettes, Laveran, Legouest i Percy*), 3 centra medyczne z podległymi komórkami (*Besançon, Lyon i Marseille*) oraz uczelnię wyższą *Val de Grâce*. Wnioski zapisano w ponad stu stronicowym raporcie, który wskazał na szereg problemów w służbie. Ich rozwiązanie warunkuje poprawne funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w najbliższych latach, naznaczonych wieloma wyzwaniami. Największym z nich jest oczywiście możliwy konflikt o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym, co wybrzmiewa wielokrotnie w ww. dokumencie.

³¹⁷ Lanteri D., *Interview - MGI Sylvie Paul, directrice de la médecine des forces*, ActuSante, 2023, 166, s.26-27.

4.5.1. Co już dokonano a co należy zrobić w perspektywie 2030 roku? Progres odnotowany od poprzedniej kontroli w 2009 roku i największe wyzwania najbliższych lat

Poprzedni raport z kontroli Trybunału Obrachunkowego z 2009 roku, wskazał na kilka obszarów, które wymagają natychmiastowych działań naprawczych, w tym w zabezpieczeniu medycznym operacyjnej działalności sił zbrojnych. W szczególności wskazano na niewystarczającą opiekę psychologiczną i nieodpowiednie leczenie psychiatryczne. Zwrócono uwagę na wydłużony czas ewakuacji poszkodowanych do najbliższej struktury chirurgicznej, który nie powinien przekraczać dwóch godzin oraz nienajlepszą współpracę z sojusznikami. Problemem była również niewielka inicjatywa w działaniu na rzecz lokalnych społeczności w rejonie operacji zagranicznych. W czasie, który upłynął od poprzedniego raportu, zanotowano znaczny progres we wskazanych domenach. Najbardziej zauważalne zmiany nastąpiły w systemowym podejściu do problematyki psychoprofilaktyki, m.in. poprzez detekcję osób z zaburzeniami w ramach badań kontrolnych i medycyny pracy oraz leczenia chorób psychicznych żołnierzy. Do świadomości i procedur wojskowych dotarł zespół stresu pourazowego (*PTSD*) jako oddzielna jednostka chorobowa, którą należy odpowiednio zdiagnozować, a następnie leczyć. W czasie dziesięciolecia, od 2011 do 2021 roku, charakteryzującego się cięciami finansowymi i osłabieniem potencjału ludzkiego w służbie, zanotowano wzrost liczby lekarzy psychiatrii, z czterdziestu do czterdziestu pięciu, co ma bezpośredni wpływ na operacyjną dostępność tego wyspecjalizowanego personelu. Należy zauważyć, że od 70 do 90 proc. pacjentów oddziałów psychiatrycznych szpitali wojskowych jest zawodowymi żołnierzami, co wskazuje na powagę sytuacji, tym bardziej, że skala problemu wyraźnie z roku na rok wzrasta.

Znaczne postępy uzyskano w średnim czasie ewakuacji z pola walki do struktury chirurgicznej na teatrze, który w 2013 roku wynosił dwie godziny i czterdzieści jeden minut. Jest to niezgodne ze standardem *NATO*, który mówi o maksymalnie dwugodzinnej zwłoce w zabezpieczeniu chirurgicznym ciężko rannego żołnierza. W 2021 roku była to już jedna godzina i trzydzieści pięć minut, co pokazuje wysoką zdolność do adaptacji wojskowego personelu medycznego do trudnych warunków działania. W tym przypadku środowiskowych i infrastrukturalnych afrykańskiego Sahelu. Choć jest to bardzo pozytywny symptom to podkreślić należy, że bazą do wyliczeń było od czterech do dwunastu ewakuacji taktycznych rocznie (w 2021 roku 8), co nijak ma się do realiów konfliktu o dużej intensywności, do której przygotowuje się Francja. Na arenie międzynarodowej raport wskazuje na fiasko dobrze rokującej i początkowo prężnie rozwijającej się współpracy francusko – niemieckiej, w szczególności w domenie operacyjnego rozwijania struktur zabezpieczenia medycznego. Jako przyczynę takiego stanu rzeczy wskazano, problemy natury politycznej i formalnej, utrudniające, a często wręcz uniemożliwiające projekcję sił zbrojnych Niemiec do międzynarodowych kontyngentów wojskowych. Z tego powodu wojskowa służba zdrowia przekierowała swe zainteresowanie w domenę kooperacji na rzecz zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w stronę innych sojuszników. Z Wielką Brytanią przeprowadzono ćwiczenia, podczas którego rozwinięto wspólnymi siłami szpital polowy na pokładzie okrętu marynarki wojennej. Ze Szwedami współpracowano w Sahelu w ramach operacji *Takuba*. Na rzecz sił specjalnych operujących pod przewodnictwem Francji, działała czołówka chirurgiczna ze składu szwedzkich sił zbrojnych. Jeśli chodzi o wsparcie miejscowej populacji w rejonie działań bojowych, wojskowa służba zdrowia nie prowadzi skoordynowanych przedsięwzięć cywilno – wojskowych (*CIMIC*). Nie oznacza to, że nie pomaga lokalnej

społeczności w sposób zdecentralizowany. Tylko w 2021 roku przeprowadzono 17 310 konsultacji lekarskich, wykonano 135 642 gestów paramedycznych oraz 1 092 zabiegów chirurgicznych na rzecz ludności cywilnej na teatrze.

Największym wyzwaniem najbliższych lat będzie niewątpliwie przygotowanie wojskowej służby zdrowia do konfliktu o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale bojowym. O skali trudności świadczą masowe straty sanitarne jakie ponosi Ukraina w wojnie z Rosją (szacuje się, że dzienna liczba poszkodowanych w boju kształtuje się w przedziale 400 – 600 żołnierzy). Optymizmem nie napawają wnioski płynące z symulacji przeprowadzanych na potrzeby ćwiczeń sojuszniczych w ramach *NATO*. W jednym z nich, pk. *Warfighters*, przeprowadzonych w 2021 roku w Stanach Zjednoczonych, po dziesięciu dniach symulowanej walki, wojska sojusznicze zanotowały 1700 zabitych i 11 tysięcy rannych. Dawało to 1100 poszkodowanych dziennie, wymagających interwencji struktur zabezpieczenia medycznego. W tym kontekście należy wspomnieć o całkowitej liczbie łóżek w szpitalach wojskowych we Francji, która wynosi obecnie 1480 (w 2009 roku było to 2682). Nieprzystające do takich realiów były również możliwości rozwiniętego szpitala polowego na terenie w trakcie ćwiczenia *Orion – 23*, które wynosiły pięćdziesięciu rannych dziennie.

Niedostatki w odpowiednim przygotowaniu do wojny wojskowa służba zdrowia planuje zniwelować wielotorowo, zwiększając swoje możliwości operacyjne na każdym z poziomów zabezpieczenia medycznego, w każdym środowisku działania. Najbliżej walczących wojsk konieczne jest zwielokrotnienie sił i środków medycznych, poprzez wdrożenie do jednostek operacyjnych personelu paramedycznego, formowanego na kilkutygodniowych kursach z zakresu ratownictwa pola walki. Zwiększenie mobilności zespołów medycznych, reagujących na dynamiczne uwarunkowania pola walki ma uchronić je od masowych strat własnych. W 2021 roku 206 milionów euro zostało przeznaczone na zwiększenie zdolności do rozwinięcia zgrupowania medyczno – chirurgicznego (*GMC*), odpowiadającego za poziom II zabezpieczenia medycznego, w szczególności na potrzeby Narodowych sił szybkiego reagowania (*ENU*). Rozbudowywaniu zdolności do rozwinięcia struktury polowej poziomu III (*HMC*), która powinna mieć możliwości do przyjęcia trzystu rannych, służy przeznaczenie istotnych środków finansowych zapisanych na to przedsięwzięcie w obecnym planie modernizacyjnym sił zbrojnych na lata 2024 – 2030. Wymieniony plan przeznacza również finanse na zabezpieczenie możliwości przechowywania składników krwi w strukturach medycznych poza szpitalami, co pozwoli na wyższą gotowość do podjęcia działań przez struktury polowe. Rozwiązaniem problemów na poziomie szpitali wojskowych w metropolii ma być wsparcie ze strony placówek cywilnych. Mimo, że w 2022 roku podpisano protokół o porozumieniu międzyresortowym dotyczącym wsparcia wojskowej służby zdrowia przez instytucje cywilne w przypadku masowego napływu rannych to wciąż brakuje konkretnych rozwiązań takiego działania, w postaci planów i procedur. Należy pamiętać o tym, że mobilizacyjne rozwinięcie wojskowych jednostek i struktur medycznych siłą rzeczy zaangażuje dużą ilość żołnierzy rezerwy, wykonujących na co dzień swoje obowiązki w powszechnym systemie opieki zdrowotnej. Następstwem może być dramatyczny niedobór personelu medycznego w placówkach cywilnych, które są naturalnym rezerwuarem zasobów ludzkich i zapleczem dla wojskowej służby zdrowia. Taka sytuacja natomiast będzie bezpośrednim zagrożeniem dla ciągłości całego systemu opieki zdrowotnej we Francji.

Nieznaczny progres w domenie operacyjnej poczyniono w obszarze zespołów chirurgicznych, których projekcja na teatr działań jest kluczowa dla prawidłowego

funkcjonowania łańcucha ewakuacyjno – leczniczego. Jeszcze pod koniec 2013 roku było ich w służbie 48, co jak się okazało, było absolutnym minimum egzystencji prawidłowego zabezpieczenia medycznego, nawet w warunkach konfliktu o niskiej intensywności toczącego wtedy na terytorium afrykańskiego Sahelu. W wymienionym roku wszystkie etatowe zespoły wzięły udział w misji zagranicznej, jednocześnie zabezpieczając bieżące funkcjonowanie szpitali wojskowych w metropolii, co było dla nich dużym obciążeniem. Mimo to, a prawdopodobnie również z tej przyczyny, w najbliższych latach liczba ta jeszcze spadła, do czterdziestu dwóch w 2019 roku. Wysiłki skierowane na formowanie i utrzymanie w służbie lekarzy o specjalizacjach szczególnie ważnych z perspektywy sił zbrojnych (chirurgia, medycyna ratunkowa, anestezjologia), zaowocowały znacznym polepszeniem sytuacji w kolejnych latach. Przełożyło się to na obecność pięćdziesięciu trzech zespołów chirurgicznych w składzie wojskowej służby zdrowia w 2022 roku. Celem na 2025 rok jest utrzymywanie w służbie 65 takich komponentów, co na potrzeby dotychczasowych operacji zagranicznych o niskiej intensywności jest liczbą wystarczającą. Problemатyczne okaże się zabezpieczenie medyczne konfliktu na pełną skalę, ale jak zauważają francuscy lekarze, problemy będą dotyczyły w równym stopniu przeciwnika i jego systemu opieki zdrowotnej.

	Stan faktyczny 2021	Stan prognozowany 2025	Stan prognozowany 2027
Chirurgia głowy	43	46	67
Chirurgia tułowia	62	65	83
Chirurgia ortopedyczna	52	65	70

Tabela 6. Zestawienie przedstawiające zakładane zwiększenie liczby personelu medycznego w szczególnie pożądanym przez siły zbrojne specjalizacjach lekarskich.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt.

Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (07.05.2025)

Za progresem personalnym nie nadążyły niestety zmiany strukturalne i okazało się, że dla większej ilości zespołów chirurgicznych niż etatowe 48, nie ma miejsca w obsadzie szpitali wojskowych. Zmusiło to decydentów do poszukiwania dla lekarzy alternatywnych miejsc codziennego praktykowania wyuczonego zawodu, w postaci placówek cywilnych. Pomimo ewidentnych korzyści z takiej współpracy dla obu stron, takich jak wzajemna wymiana doświadczeń i konsolidacja obu środowisk w jednym celu, zauważono również minusy z perspektywy sił zbrojnych. Wykonywanie swoich obowiązków w szpitalach cywilnych wpłynęło negatywnie na gotowość operacyjną personelu wojskowego w porównaniu do tych z instytucji wojskowych. Kłopotliwe okazało się natychmiastowe opuszczenie swojego stanowiska pracy przez żołnierza na potrzeby sił zbrojnych, zaburzające rytm działania danej placówki, w której wykonywał swoje codzienne obowiązki. W szpitalach wojskowych potrzeby operacyjne zawsze miały priorytet nad działalnością bieżącą, toteż dużo łatwiejsze było alarmowe desygnowanie personelu do służby poza granicami państwa.

Rozwiązaniem tych problemów, zaplanowanym na najbliższe lata, ma być konsolidacja systemu szpitalnictwa wojskowego wokół pięciu szpitali oraz utworzenie w każdym z nich centrum urazowego z piętnastoma blokami chirurgicznymi i zapleczem w postaci trzystu łóżek. Pozwoli to na zwiększenie możliwości leczniczych i zagospodarowanie rosnącej liczby fachowego personelu. Dodatkowym efektem tych zmian ma być zwiększenie zdolności wojskowej służby zdrowia do autonomicznego rozwijania większych struktur zabezpieczenia medycznego na wypadek wybuchu konfliktu o dużej intensywności, takich jak szpitale polowe poziomu III. Wskazano na kluczową rolę tego typu placówek z uwagi na prawdopodobne kontestowanie przez przeciwnika przewagi w powietrzu, co uniemożliwi transport poszkodowanych tą drogą. Będzie to skutkowało wydłużonym czasem ewakuacji i potrzebą zaawansowanych czynności reanimacyjnych w stosunku do dużej grupy żołnierzy na teatrze działań, co nie było praktykowane w dotychczasowych realiach i praktycznie nie istnieje w sojuszniczych doktrynach i założeniach. Wszystkie wymienione zmiany przewidziane są na rok 2027, co wywołuje naturalną refleksję co do ich dynamiki i kwestii czy jest ona adekwatna do sytuacji geostrategicznej Republiki, która stale się pogarsza.

Raport dotknął również środków transportu, sfery kluczowej dla funkcjonowania łańcucha ewakuacyjno – leczniczego. Ten z kolei jest podstawą i gwarantem sprawnego zabezpieczenia medycznego działań sił zbrojnych, w szczególności w warunkach konfliktu o dużej intensywności. Począwszy od ewakuacji na poziomie taktycznym, z pola walki do struktur polowych poziomu I, II i III, wskazano na duże zaniedbania w armii francuskiej w tym zakresie. Co prawda starzejąca się flota ambulansów *VAB-san* jest sukcesywnie zastępowana przez nowe pojazdy *Griffon* i *Serval* w wersji medycznej w ramach programu *Scorpion* ale jak zauważają autorzy raportu i użytkownicy sprzętu w jednostkach operacyjnych ta wymiana będzie trwała przez kilka następnych lat. Nie ma wielkiego pola manewru w domenie ewakuacji przy pomocy śmigłowców. Obecnie platformą najbardziej przystającą do tego zadania w siłach zbrojnych Francji jest wiropląt *NH 90 Caiman*, którego istotnym mankamentem są notoryczne problemy techniczne, wyłączające go ze służby na długie okresy. Częściowym wypełnieniem tej luki mają być lekkie śmigłowce *H160M Guépard* dostosowane do misji *MEDEVAC*, których dostarczanie do jednostek ma rozpocząć się w 2026 roku. Największe postępy poczyniono w domenie ewakuacji strategicznej. Do służby weszły śmigłowcowce desantowe (*porte-hélicoptères amphibies – PHA*) klasy *Mistral*, które oprócz swojej standardowej misji dostarczania piechoty morskiej w rejon operacji, mogą również służyć za pływające szpitale polowe z dwoma blokami operacyjnymi i sześćdziesięcioma dwoma łózkami dla rannych żołnierzy. Dużym przeskokiem generacyjnym jest obecność w siłach powietrznych samolotów ewakuacji medycznej *A330 Phenix* i *A440 M* z wariantami specjalistycznego wyposażenia medycznego na ich pokładach typu *Morphée* i *Merope*. Ponownie wraca jednak kwestia przyszłości statków powietrznych w konflikcie na pełną skalę z przeciwnikiem dysponującym znacznymi środkami bojowymi umożliwiającymi mu walkę o przewagę w tej przestrzeni. Konieczne jest opracowanie i doskonalenie procedur transportu alternatywnymi drogami, takimi jak kolej, co Francja z powodzeniem czyni. W ramach zwalczania skutków pandemii *Covid-19*, tą drogą ewakuowano z miejsc przeciążonych napływem chorych do innych miast ponad dwustu pacjentów. Co bardzo ważne, na wypadek konieczności użycia tego środka transportu na potrzeby sił zbrojnych, wszystko już w tej chwili jest gotowe do działania. Zatwierdzone i podpisane są dokumenty normatywne między instytucjami. Przygotowane i przećwiczone są plany i procedury działania oraz precyzyjnie określone są międzyresortowe zasady współpracy i wzajemnych kompetencji.

4.5.2. Zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności sił zbrojnych jako podstawa egzystencji wojskowej służby zdrowia (*la raison d'être*)

Niepodważalne i niepodlegające dyskusji jest nadanie najwyższego priorytetu najważniejszej misji wojskowej służby zdrowia w postaci zabezpieczenia medycznego operacji sił zbrojnych. Żadna inna aktywność, taka jak wsparcie powszechnego systemu opieki zdrowotnej w jego codziennej działalności i w czasie sytuacji kryzysowych nie może powodować zagrożenia powodzenia w realizacji tego kluczowego zadania. Jest to szczególnie ważne, z uwagi na kompleksową sytuację geostrategiczną Francji, skutkującą koniecznością utrzymywania w ciągłej gotowości do wysyłania kontyngentów wojskowych w obronie interesów państwa na całym świecie. Stale rośnie zagrożenie konfliktem o wysokiej intensywności na teatrze europejskim, bezpośrednio zagrażającym metropolii.

Poziom zabezpieczenia	Siły i środki bazowe w metropolii	Struktury wydzielane do operacji zagranicznych
Poziom I	16 wojskowych centrów medycznych (CMA) i 3 szefostwa specjalne z podległymi komórkami medycznymi.	punkty medyczne (PM) zespoły medyczne (EM)
Poziom II	8 szpitali wojskowych (HIA), dysponujących bazą łóżkową w liczbie 1480.	czołówki reanimacyjno - chirurgiczne (ACRS), mobilne zespoły chirurgiczne (MCV) zgrupowania medyczno – chirurgiczne (GMC): 1 blok operacyjny, 1 zespół chirurgiczny (EC), 15 łóżek lub 2 bloki operacyjne, 2 zespoły chirurgiczne i 30 łóżek.
Poziom III		szpital medyczno – chirurgiczny (HMC): 4 bloki operacyjne, 3 zespoły chirurgiczne i 60 łóżek
Poziom IV		brak
Inne	Wojskowa Apteka Główna (PCA), Wojskowe Centrum Krwiolecznictwa (CTSA), 2 oddziały Zakładu Medycznego Zaopatrzenia Wojsk (ERSA) i Centralny Zakład Materiałowy	Jednostki dystrybucji środków medycznych (UDPS), zespoły medyczne na pokładach statków powietrznych i pojazdów ewakuacji medycznej.

	Wojskowej Służby Zdrowia (ECMSSA)	

Tabela 7. Siły i środki przeznaczone do zabezpieczenia medycznego działalności operacyjnej francuskich sił zbrojnych.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (08.05.2025)

Autorzy raportu są zdania, że obecne siły i środki jakie posiada wojskowa służba zdrowia do realizacji zabezpieczenia medycznego w nowych, trudnych czasach są zdecydowanie niewystarczające.

Aby prawidłowo realizować swoją misję wojskowa służba zdrowia musi posiadać zasoby materialne i ludzkie do utworzenia kompletnego łańcucha ewakuacyjno – leczniczego, gotowego wspierać siły zbrojne, które przystąpią do walki jako pierwsze. Co bardzo istotne, pododdziały medyczne pierwszego rzutu muszą cechować się pełną autonomicznością i niezależnością od cywilnych struktur powszechnego systemu opieki zdrowotnej oraz od sojuszników. Procesy decyzyjne w międzynarodowych strukturach, takich jak *NATO i Unia Europejska* mogą być bardzo skomplikowane i czasochłonne, podobnie jak mobilizacja cywilnych zasobów państwa na poczet wysiłku zbrojnego. Uzależnienie od nich może spowodować blokadę działań w kluczowych, pierwszych dniach konfliktu. Według założeń doktrynalnych francuskie zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych opiera się na trzech filarach:

- Medycyna pola walki, obejmująca wszystkie czynności ratownicze jak najbliżej walczących żołnierzy. Warunkiem do prawidłowego funkcjonowania w tym obszarze jest posiadanie odpowiedniej ilości wykwalifikowanego personelu medycznego (lekarze, pielęgniarze, sanitariusze i ratownicy pola walki), wchodzącego w skład jednostek operacyjnych. Ważnym krokiem naprzód są zmiany w szkoleniu medycznym, skoncentrowanym na formacji żołnierzy w zakresie ratownictwa pola walki oraz tworzenie nowych stanowisk medycznych (ratownik) w pododdziałach bojowych. Ma to wypełnić lukę, która powstanie w wyniku konfliktu na dużą skalę. Duże ryzyko strat spowoduje konieczność ekonomizacji sił i środków, w szczególności tych najcenniejszych, których wykształcenie jest najbardziej czasochłonne (lekarze i pielęgniarze), co wykluczy ich projekcję na najbardziej zagrożone kierunki. Istotnym problemem mogącym mieć wpływ na kompletowanie pododdziałów medycznych jednostek bojowych jest wyraźny spadek zainteresowania rekrutacją do wyższych szkół lekarskiej i pielęgniarskiej w siłach zbrojnych.
- Wczesne czynności reanimacyjne i chirurgiczne, stabilizujące stan poszkodowanego w boju. Umożliwią mu bezpieczny transport na dalsze poziomy zabezpieczenia medycznego, w ramach struktur polowych. Za realizację tego zadania odpowiedzialne są zespoły chirurgiczne pochodzące ze składu szpitali wojskowych, będących w gotowości do projekcji, których obecnie jest 48. Celem wojskowej służby zdrowia na rok 2025, jest posiadanie ich 65, co wciąż, w trakcie konfliktu o dużej intensywności może być niewystarczające. Warunkiem koniecznym do podtrzymania kompetencji personelu wojskowego w czasie pokoju w zakresie czynności reanimacyjnych i chirurgicznych jest codzienna służba na rzecz pacjentów ze środowiska cywilnego. 70% wszystkich aktywności medycznych szpitali

wojskowych wykonywana jest na rzecz cywilów. Biorąc pod uwagę rosnące potrzeby operacyjne sił zbrojnych konieczne jest wypracowanie kompromisu, pozwalającego na łączenie obu aktywności przez żołnierzy w składzie zespołów chirurgicznych. Dotyczy to również innych specjalizacji. Na przykładzie danych z roku 2021, autorzy raportu pokazują skalę obciążenia personelu lekarskiego działalnością w ramach operacji zagranicznych. Udział w nich wzięło dwustu dwudziestu lekarzy, co daje ponad jedną trzecią całego stanu osobowego w wojskowej służbie zdrowia. Należy zauważyć, że misja nie rozpoczyna się i nie kończy w ramach czasowych równych przebywaniu na teatrze działań. W jej skład wchodzi przygotowanie operacyjne na poligonach i placach ćwiczeń przed projekcją oraz regeneracja i odpoczynek po powrocie do macierzystej jednostki lub instytucji.

- Szybka i systematyczna ewakuacja medyczna do szpitali wojskowych w metropolii (w czasie do 24 godzin), realizowana przez zespoły na pokładach pojazdów i statków powietrznych ewakuacji medycznej. W warunkach konfliktu z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym, problematyczny będzie transport poszkodowanych drogą powietrzną, co jest obecnie standardem w działaniach o niskiej intensywności. Konieczne jest wypracowanie alternatywnych sposobów ewakuacji rannych, takich jak pociągi lub okręty sanitarne. Takie rozwiązania, komplikowane dodatkowo przez kinetyczne oddziaływanie przeciwnika na drogi ewakuacji, znacznie wydłużą czas transportu poszkodowanych. Będzie to miało bezpośredni wpływ na zwiększoną umieralność na polu walki, w stosunku do operacji z przeciwnikami nad którymi Francja posiada zdecydowaną przewagę militarną. Potrzebą chwili będzie również dostosowanie procedur i standardów opieki medycznej do nowych warunków walki. Raport wskazuje na zbyt małą ilość łóżek (1480) w szpitalach wojskowych do przyjęcia masowej ilości poszkodowanych w wyniku działań wojennych. Taka sytuacja bardzo szybko spowoduje ich przeciążenie i konieczność wsparcia przez placówki cywilne.

4.5.3. Zagrożenia organizacyjne, ekonomiczne i cywilizacyjne dla odpowiedniego zarządzania zasobami ludzkimi

Niewątpliwie jednym z największych wyzwań najbliższych lat dla wojskowej służby zdrowia, które znajdzie się u podstawy potencjalnego sukcesu lub porażki w realizowaniu ambitnych planów wyznaczonych przez decydentów, jest odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi. Jak wskazuje raport Trybunału Obrachunkowego lata zaniedbań w tym zakresie i cięć budżetowych, powodujących spadek atrakcyjności służby w strukturach medycznych sił zbrojnych spowodowały, że sytuacja personalna jest trudna. Na przestrzeni jedenastu lat poddanych analizie utracono ponad 1500 żołnierzy i pracowników wojska wykwalifikowanych w zawodzie medycznym. Liczba ta i tak nie oddaje pełnej skali odejść ze służby, gdyż w międzyczasie do wojskowej służby zdrowia inkorporowano żołnierzy jednostek operacyjnych, w ramach restrukturyzacji komponentu medycznego sił zbrojnych. Realna utrata personelu medycznego w badanym czasookresie wynosiła 2 271 osób, co dawało 14,3% wszystkich zatrudnionych. Za taki stan rzeczy odpowiadały takie decyzje jak ta o zmniejszaniu limitu rekrutacyjnego do szkoły lekarskiej, który w pewnym momencie wynosił tylko 40 - 50 elewów na rok. Obecnie górna granica przyjęć ustanowiona jest na poziomie stu dwudziestu pięciu kandydatów na lekarzy wojskowych rocznie, co ma przynieść wymierne efekty w okresie długoterminowym (pełny proces kształcenia lekarza wojskowego wynosi 10 lat).

Przeszkodą do znaczącej poprawy sytuacji kadrowej może być spadek zainteresowania kandydatów uczelniami wojskowymi (54% mniej kandydatów do szkoły pielęgniarstwa i 20% do lekarskiej w latach 2018 - 2021). Poziom niepokojący osiągnął wskaźnik rezygnacji w szkole lekarskiej (120 rezygnacji w latach 2017-2022, z czego 78% spośród elewów zrezygnowało na piątym i szóstym roku studiów). Szukając przyczyn takiego stanu rzeczy wskazuje się na dużo bogatszą ofertę naukową dla studentów oferowaną przez uczelnie cywilne. Nie bez znaczenia pozostaje wątek cywilizacyjny, polegający na wyborze przez młodych ludzi łatwiejszej drogi życiowej, bez konieczności zmagania się z przeciwnościami i trudami związanymi ze służbą wojskową.

Rok rekrutacyjny	Liczba kandydatów	Limit rekrutacyjny
2018	2247	115
2019	2263	120
2020	2020	115
2021	1815	115
2022	1971	125

Tabela 8. Spadek zainteresowania rekrutacją do wojskowej szkoły lekarskiej w latach 2018-2022.

Źródło: Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (08.05.2025)

Rok rekrutacyjny	Liczba kandydatów	Limit rekrutacyjny
2018	3305	60
2019	2646	57
2020	2577	62
2021	1751	55
2022	1530	55

Tabela 9. Spadek ilości kandydatów do wojskowej szkoły pielęgniarstwa w latach 2018-2022. Źródło: tamże.

	2010	2017	2021
Żołnierze zawodowi [%]	10 618	10 081	9 764
	66,6%	69,6%	67,8%
Pracownicy cywilni [%]	5 323	4 406	4 637
	33,4%	30,4%	32,2%
Suma	15 941	14 487	14 401

Tabela 10. Spadek ilości personelu medycznego w wojskowej służbie zdrowia w latach 2010-2021. Źródło: tamże.

	2014		2017		2022	
	Stan ewid.	Stan fakt.	Stan ewid.	Stan fakt.	Stan ewid.	Stan fakt.
Lekarze	2074	1974	1994	1903	2125	1882
Lekarze-farmaceuci	203	189	191	184	188	189
Lekarze weterynarii	75	70	73	71	74	74
Lekarze-dentyści	40	46	42	42	39	42

Tabela nr 11. Deficyt kadrowy w poszczególnych specjalizacjach lekarskich na w latach 2014-2022. Źródło: tamże.

Podobnie trudna sytuacja występuje wśród innych zawodów medycznych, w szczególności w specjalizacjach pielęgniarza bloku chirurgicznego i anestezyjologicznego. Te dwie profesje są kluczowe dla funkcjonowania szpitali wojskowych na odpowiednim poziomie referencyjności. Przykład paryskiego szpitala *Begin*, gdzie z uwagi na niedobory personelu pielęgniarskiego funkcjonują tylko cztery z dwunastu łóżek reanimacyjnych nie jest wyjątkiem, lecz regułą. Rozwiązaniem krótkoterminowym tego problemu jest desygnowanie personelu o innych specjalnościach na szczególnie zagrożone kierunki. Na dłuższą jednak metę ten sposób zarządzania kryzysem kadrowym na pewno się nie sprawdzi. Wśród głównych przyczyn takiego stanu rzeczy wymienia się brak konkurencyjności instytucji wojskowych w stosunku do środowiska cywilnego, gdzie zarobki są znacznie większe, a system pracy bardziej przejrzysty. Dodatkowym problemem jest scentralizowany proces rekrutacyjny w wojskowej służbie zdrowia, uniemożliwiający kandydatowi do pracy w szpitalu wojskowym zatrudnienie bezpośrednio w tej placówce, w której chce wykonywać swoje obowiązki. W wyniku tego proces rekrutacji znacznie się wydłuża, nawet do kilku miesięcy, co w porównaniu do instytucji cywilnych, gdzie zatrudnienie pracownika trwa kilka dni jest znaczną niedogodnością, wpływającą na atrakcyjność służby lub pracy dla cywilów.

Problemy te są dobrze znane i zdiagnozowane przez władze wojskowej służby zdrowia. Istnieje kilka pomysłów na ich rozwiązanie, m.in. stosowane już z powodzeniem wydzielanie z centralnego centrum rekrutacyjnego grup roboczych do szpitali i innych instytucji wojskowych pozyskujących kandydatów w trybie przyspieszonym na miejscu. W szpitalach *Percy* dla północy kraju i *St. Anne* dla południa, utworzono stanowiska referentów rekrutacyjnych, którzy mają za zadanie koordynować i ułatwiać czynności administracyjne związane z przyjęciem do służby lub pracy, w przypadku pracowników cywilnych. Zaangażowano również duże środki finansowe w kampanie medialne, mające na celu promocję wojskowej służby zdrowia. Zwiększono dodatki służbowe dla żołnierzy i pracowników cywilnych, nieznacznie niwelując różnicę jaka dzieli zarobki wojskowe od cywilnych. Autorzy raportu są zdania, że jedynym długotrwałym środkiem zaradczym na zbyt zawły i długi proces rekrutacyjny jest jego całkowite zdecentralizowanie i sędowanie kompetencji w tym obszarze na poszczególnych dyrektorów placówek, tak jak jest to realizowane w środowisku cywilnym. Szczególnie ważne jest to w deficytowych specjalnościach zawodowych, takich jak pielęgniarstwo bloków chirurgicznych i anestezjologiczne. Częściowym rozwiązaniem niedoborów kadrowych ma być inwestowanie w czynną rezerwę. Konieczne jest stworzenie atrakcyjnych warunków służby i ścieżki rozwojowej dla kandydatów bezpośrednio ze środowiska cywilnego oraz emerytów wojskowych, którzy kończąc służbę wojskową często przed ukończeniem pięćdziesiątego roku życia wciąż są w pełnej aktywności zawodowej. Liczba rezerwistów w wojskowej służbie zdrowia stale rośnie. W czasie od 2018, do 2021 roku ich liczba wzrosła z 3 190 do 4 077, co przekroczyło liczbę stanowisk etatowych przewidzianych dla żołnierzy rezerwy, która wynosiła wtedy 3 346. Potrzeby sił zbrojnych zwyciężyły jednak nad ograniczeniami administracyjnymi i utworzono dodatkowe stanowiska na podstawie uzgodnień opracowanych *ad hoc*. Wyzwania strategiczne dla Francji w postaci konfliktu o dużej intensywności nakazują decydentom dalsze powiększanie rezerw kadrowych. Celem jest osiągnięcie stanu osobowego, w którym na dwóch żołnierzy zawodowych przypada jeden rezerwista. Daje to wojskowej służbie zdrowia pole do dalszej rekrutacji do tego typu służby.

4.5.4. Kompleksowość i trudności we współpracy cywilno – wojskowej

Wojskowa służba zdrowia ze swoimi ograniczonymi zasobami materialnymi i ludzkimi nigdy nie była i nie jest dla instytucji cywilnych priorytetowym partnerem. Różnica potencjałów obu środowisk medycznych jest gigantyczna. Wojskowi w 2020 roku dysponowali personelem w liczbie 14 725 i możliwościami leczniczymi wynoszącymi 1480 łóżek. W porównaniu z cywilnym systemie szpitalnictwa, które posiada 1,2 miliona zatrudnionych profesjonalistów i 390 tysięcy łóżek, nie przedstawia znaczącej siły. Ta dysproporcja stawia służbę medyczną w siłach zbrojnych niejako w roli petenta. Przykład szpitala *Desgennetes* w Lyon, który po drenażu swojego wykwalifikowanego personelu medycznego przez placówki cywilne w ramach rzekomej kooperacji musiał zostać przekształcony w jednostkę szpitalną jest aż nadto rażący. Wydaje się, że w tym przypadku zabrakło odpowiedniego nadzoru ze strony najwyższych czynników sprawczych w państwie. Podobna sytuacja ma miejsce obecnie w szpitalu *Legouest* w Metz, który praktycznie pozbył się swoich oddziałów chirurgii oraz reanimacji i w tych domenach zależy całkowicie od partnerów cywilnych. Kontrolę sytuacji w regionach utrudnia fakt, że powszechna służba zdrowia we Francji jest systemem głęboko zdecentralizowanym, o dużej autonomii regionalnych instytucji publicznych

i prywatnych. Konieczna jest ogromna wola polityczna i przekonanie o słuszności wspólnej sprawy jaką jest wsparcie w prawidłowym funkcjonowaniu wojskowej służby zdrowia. Żołnierze powinni mieć możliwość korzystania z zasobów cywilnych w celu podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych, nie ograniczając swoich powinności na potrzeby operacyjne sił zbrojnych. Taka kooperacja musi nieść za sobą konkretne korzyści dla placówek cywilnych, które rywalizują z innymi o pacjenta na zasadach wolnorynkowych i są poddawane stałej ocenie przez opinię publiczną. Poważnym argumentem jaki posiadają struktury wojskowej służby zdrowia są jej zdolności operacyjne do działania w sytuacjach kryzysowych, co zostało potwierdzone podczas zamachów terrorystycznych w 2015 roku w Paryżu oraz pandemii *Covid – 19*. Siły i środki wydzielone ze składu sił zbrojnych pełniły ważną rolę w odpowiedzi państwa na te wydarzenia, co zostało zauważone w przestrzeni publicznej.

W odróżnieniu od planu *SSA 2020*, który zakładał bardzo szeroką, można wręcz rzec, że bezrefleksyjną, kooperację cywilno – wojskową, obecnie trwają prace nad konkretnymi zapisami w regionalnych wersjach protokołu o współpracy międzyresortowej z 11 kwietnia 2022 roku, podpisanego przez Ministrów Obrony i Zdrowia. Priorytetem dla wojskowej służby zdrowia jest jasne określenie zasad, na których personel wojskowy jest desygnowany do pracy w cywilnych placówkach, a w szczególności ustalenia trybu, według którego jest z nich odwoływany na potrzeby operacyjne sił zbrojnych, czasami z natychmiastowym skutkiem. Ważnym elementem jest również zapis, który mówi o wojennym przeznaczeniu szpitali cywilnych w roli placówek zabezpieczenia medycznego poziomu IV. Uwolni to wojskowe siły i środki do rozwijania struktur polowych na teatrze działań. Współpracę cywilno – wojskową należy kontynuować, w szczególności biorąc pod uwagę konflikt o dużej intensywności i brak możliwości samodzielnego radzenia sobie z masowym napływem poszkodowanych. Nie może ona jednak naruszać podstawowych interesów wojskowej służby zdrowia i powodować zagrożenia dla najważniejszej jej misji w postaci zabezpieczenia medycznego operacyjnej działalności sił zbrojnych.

4.6. Zaawansowane technologie i innowacje w służbie medycznej sił zbrojnych

Od początku swojego powstania, wojskowa służba zdrowia we Francji odznaczała się dużą dozą kreatywności i pomysłowości w doskonaleniu sposobów na polepszenie losu rannych w konfliktach zbrojnych oraz opracowaniu środków pozwalających na zwiększenie ich szans na przeżycie. Za przykłady mogą służyć pierwsze ambulanse według pomysłu barona Larreya oraz mobilne aparaty RTG, wymyślone i obsługiwane przez Skłodowską - Curie. Personel medyczny współczesnych sił zbrojnych również nie ustaje w dążeniach do doskonalenia środków ochrony życia i zdrowia żołnierzy. Przeciwnikiem dla służby zdrowia, w tym odwiecznym wyścigu, jest wielka machina przemysłu zbrojeniowego, opracowująca coraz skuteczniejsze sposoby służące do odbierania tego co człowiek posiada najcenniejsze.

Wojskowe instytucje i ośrodki badawcze stale pracują nad doskonaleniem środków technicznych i materiałowych wprowadzanych do użytku w służbie zdrowia. Ich celem nadrzędnym jest wsparcie personelu medycznego w niesieniu pomocy poszkodowanym, w trudnych warunkach taktycznych, często w osamotnieniu, daleko od infrastruktury szpitalnej. Z uwagi na to, zauważalny jest trend miniaturyzacji zaawansowanego sprzętu medycznego wspierającego możliwości diagnostyczno - lecznicze ratowników pola walki, bez dodatkowego obciążania ich plecaków. Automatyzacja i robotyzacja (np. bezzałogowe pojazdy ewakuacji medycznej) mają natomiast spowodować zmniejszenie strat wśród cennego personelu

medycznego, podczas czynności ratowniczych obarczonych największym ryzykiem (jak ewakuacja poszkodowanego spod efektywnego ostrzału przeciwnika). Innowacje biotechnologiczne opracowywane w laboratoriach wojskowych mają wspomóc personel medyczny w ratowaniu poszkodowanych, będących ofiarami najczęściej spotykanych urazów na polu walki jakimi są rany postrzałowe i powybuchowe, często powikłane groźnymi oparzeniami.

Wojskowa służba zdrowia w domenie innowacji ściśle współpracuje z dwiema instytucjami szczebla rządowego, mającymi w swoim statucie tego rodzaju działalność. Dyrektoriat szkolenia, badań i innowacji (*Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation – DFRI*), odpowiada za fazę koncepcyjną oraz badawczą i jest podmiotem zatwierdzającym dany projekt. Priorytetowe dla sił zbrojnych kierunki badań ujmowane są w pięcioletnim Planie orientacji w zakresie badań i innowacji (*Plan d'orientation de la recherche et de l'innovation - PORI*). Plan ten jest wynikiem pracy interdyscyplinarnego zespołu, złożonego z fachowców w poszczególnych podsystemach wojskowej służby zdrowia (szpitale, jednostki operacyjne, szkolnictwo i nauka, zaopatrzenie). Cały proces odbywa się pod przewodnictwem Działu ekspertyz i strategii medycyny wojskowej (*Division expertise et stratégie santé de défense – DESSD*). Przy opracowywaniu planu autorzy biorą pod uwagę priorytety określone przez przełożonych, wpływ innowacji na zdrowie i dyspozycyjność żołnierzy, ograniczenia natury prawnej i etycznej oraz konieczność nawiązania współpracy z innymi podmiotami. Istnieje kilka podstawowych obszarów, w których prowadzone są badania. Są to zagrożenia CBRN, urazy fizyczne i psychiczne (ze szczególnym uwzględnieniem urazów bojowych, od momentu zranienia do pełnej rehabilitacji), ekspozycja na warunki nieprzyjazne dla żołnierzy oraz medycyna pracy i zawodowa³¹⁸.

Agencja Innowacji Obronnych (*Agence de l'innovation de défense - AID*) planuje i kreuje politykę wdrażania gotowych rozwiązań na potrzeby sił zbrojnych na poziomie strategicznym, z uwzględnieniem bazy technologicznej przemysłu, łańcuchów dostaw niezbędnych komponentów oraz pozyskiwaniem finansów. Agencja ta, przy udziale personelu medycznego delegowanego do służby w niej ze składu wojskowej służby zdrowia, nawiązuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi (cywilne instytuty naukowo-badawcze, instytucje szkolnictwa wyższego, przedstawiciele przemysłu), w kraju i za granicą. Jest głównym podmiotem wyznaczającym kierunki rozwojowe³¹⁹.

4.6.1. Telemedycyna na polu walki, w przychodni i szpitalu wojskowym

Innowacje w medycynie, podobnie jak w innych dziedzinach nauki i techniki, nieodłącznie kojarzą się z systemami teleinformatycznymi i domeną sieci internetowych. Trzecia dekada XXI wieku jest erą prawdziwej rewolucji, jeśli chodzi o pozyskiwanie, przetwarzanie, przesyłanie i przechowywanie danych medycznych w służbach zdrowia na całym świecie. Co więcej, za pomocą systemów teleinformatycznych realizowane są obecnie świadczenia medyczne, a pacjent, aby uzyskać poradę i diagnozę nie musi wychodzić z domu. Do lamusa odchodzi długopis i kartka papieru, zastępowane przez tablety i komputery połączone w coraz bardziej zaawansowanych i kompleksowych sieciach informatycznych. Za ich implementację, serwisowanie i bezpieczeństwo w placówkach, instytucjach

³¹⁸ B.d., *Au cœur de la recherche et de l'innovation : le PORI*, ActuSante, 2018, 152, s.22-23.

³¹⁹ B.d., *L'Agence de l'Innovation de Défense : une opportunité pour le SSA*, ActuSante, 2019, 155, s.32-33.

i jednostkach wojskowej służby zdrowia we Francji odpowiedzialny jest Dział medycznych systemów informatycznych i cyfrowych (*Direction des systèmes d'information et du numérique en santé - DSINS*). Z uwagi na wrażliwy charakter danych medycznych, systemy te odpowiadają najwyższym normom i wymaganiom obowiązującym na świecie, zapewniając poufność, integralność, trwałość, dostępność oraz identyfikowalność przesyłanych informacji. Celem nadrzędnym, do którego dąży obecnie wojskowa służba zdrowia, jest stworzenie zunifikowanego systemu teleinformatycznego. Dzięki niemu będzie można zarządzać, kontrolować oraz odtwarzać losy rannego, od momentu zranienia na polu bitwy, do zakończenia leczenia oraz pełnej rehabilitacji w metropolii. Wymaga to współdziałania wszystkich komponentów łańcucha ewakuacyjnego, takich jak zespoły medyczne jednostek operacyjnych, polowe elementy zabezpieczenia medycznego w rejonie misji, szpitale wojskowe i komórki medyczne w jednostkach wojskowych. Innowacje technologiczne w zakresie teleinformatycznym mają również usprawnić ścieżkę leczenia żołnierzy. Ma to być łatwiejsze poprzez stały ich dostęp do swoich danych medycznych i historii choroby, co usprawni umówienie wizyty lekarskiej, bez konieczności wypełniania wielu formularzy i czekania w kolejkach przed gabinetami placówek służby zdrowia³²⁰.

Sztandarowym przedsięwzięciem wojskowej służby zdrowia w domenie telemedycyny jest składający się z trzech modułów projekt *ISSAN*, zainicjowany w 2018 roku. Za transmisję danych medycznych na poziomie taktycznym, na poziomie I zabezpieczenia medycznego, odpowiada moduł digitalizacji ewakuacji taktycznej *SIRMED*. Jest to system teleinformatyczny łączący zespoły medyczne na polu walki z wszystkimi elementami łańcucha taktycznej ewakuacji medycznej. Obejmuje zespoły transportowe na pokładach statków powietrznych i pojazdów *MEDEVAC*, personel punktów medycznych i czołówek chirurgicznych oraz polowych szpitali. Proces ten odbywa się przy pomocy tabletu, specjalnie zaprojektowanego do działań w trudnym terenie (wzmocniona, niereagująca na wstrząsy obudowa, odporność urządzenia na skrajne temperatury, wodę, wilgoć i brud). Akcją ratunkową zarządza lekarz – koordynator (*PECC*), mający pełną wiedzę w czasie rzeczywistym o liczbie poszkodowanych, ich stanie oraz rodzajach urazów jakim ulegli. Wiedzę tą łączy z informacjami o dostępności poszczególnych sił i środków transportowych, możliwościach leczniczych polowych elementów zabezpieczenia medycznego w rejonie zdarzenia oraz na wyższych poziomach zabezpieczenia medycznego na teatrze działań³²¹. Pierwszym dokumentem dla pacjenta, wygenerowanym w momencie udzielania czynności ratunkowych przez ratownika – operatora *SIRMED*, jest Karta medyczna pola walki (*Fiche médicale de l'avant – FMA*). Jest ona aktualizowana na bieżąco, przez personel kolejnych elementów ewakuacyjnych, dostępna dla nich przez cały czas trwania akcji ratunkowej. Pozwala to na przygotowanie odpowiednich zasobów ludzkich i materiałowych na kolejnych szczeblach ewakuacji lub na przekierowywanie poszkodowanych w przypadku braku odpowiednich sił i środków do ich podjęcia w najbliższej położonych placówkach. Taka sytuacja jest najczęściej spowodowana zdarzeniem z dużą liczbą rannych (np. wybuch IED), powodującym przeciążenie najbliższej położonych polowych struktur medycznych. Kolejnym powodem do przekierowania pacjenta może być jego stan, wymagający zaawansowanych czynności ratunkowych, przewyższających możliwości lecznicze najniższych struktur zabezpieczenia medycznego³²².

³²⁰ Halbert E., *L'ambition numérique du SSA*, ActuSante, 2022, 163, s.57-58.

³²¹ Martin G., Roger H., Debrus F., *Les avancées du numérique*, ActuSante, 2018, 152, s.36.

³²² Bacquey V., *La numérisation de l'espace de bataille au sein du SSA*, ActuSante, 2018, 150, s.52.

IDENTITE GRADE : NOM : PRENOM : SEXE : NID : DDN :		Date : Heure de prise en charge par (Nom, Prénom, NID) : SC2 : Infirmier : Médecin : Unité d'appartenance :		Heure de blessure /maladie : MEDEVAC : MCV : ROLE 2 : Localisation incident :		PRIORITE N° ALPHA BRAVO CHARLIE			
Allergies :									
MESSAGERIE 9 Line H Mn MIST H Mn Doc to Doc H Mn									
MECHANISM ☐ Explosion/Blast ☐ Polycrâblage ☐ Accident VHL ☐ NRBC ☐ Autre ☐ Balle / Eclat ☐ Brûlure ☐ Crush syndrom ☐ Accident saut ☐ Maladie									
INJURY ☐ Hémorragie ☐ Plaie ☐ Déformation ☐ Brûlure SCB 2 ^{ème} % SCB 3 ^{ème} % ☐ Amputation ☐ Fracture						☐ Détresse vitale ☐ Ventilatoire ☐ Hémodynamique ☐ Coma ☐ NRBC Agent : ☐ Protection respiratoire ☐ Déshabillage ☐ Gant poudreur NR : ☐ Brumisation ☐ DTPA ☐ Autres : Chimique : ☐ RSDL ☐ AIBC1 ☐ AIBC2 ☐ Atropine ☐ Pyridostigmine ☐ Autres antidotes :			
SYMPTOMS Massive bleeding control Airways ☐ Libres ☐ Obstruées Respiration ☐ Normale ☐ Asymétrique ☐ Bruyante ☐ Absente PR : SAT : Choc Pouls radial ☐ D ☐ G ☐ Normal ☐ Filant ☐ Absent FC : TRC : Head & Hypothermie ☐ A ☐ V ☐ P ☐ U GCS : Pupilles ☐ Sym. ☐ Asym. Déficit moteur ☐ MSG ☐ MSD ☐ MIG ☐ MID Ryan EVA : 0 10				TREATMENT ☐ Garrot ☐ Repositionnement ☐ Quikclot ☐ Garrot jonctionnel ☐ LVA ☐ IOT ☐ O2 ☐ Pst 3 cotés / Valve ☐ Exsufflation ☐ Thoraco / Drain ☐ 1 ^{ère} VVP ☐ 1 ^{ère} SSH ☐ 1 ^{ère} PLYO ☐ 1 ^{ère} CGR /STOD ☐ Exacyl 2g ☐ 1 ^{er} ½ SSH ☐ PLS ☐ Anisocorie ☐ Couverture survie ☐ Charlotte ☐ Analgésie ☐ BIF				Heure : H Mn Conversion Ceinture pelvienne Guédel Coniotomie Position Attente ☐ D ☐ G ☐ D ☐ G Autotransfusion ☐ 2 ^{ème} VVP ☐ 2 ^{ème} SSH ☐ 2 ^{ème} PLYO ☐ 2 ^{ème} CGR /STOD ☐ H Mn ☐ 2 ^{ème} ½ SSH Immobilisation : ☐ D ☐ G Mydriase ☐ D ☐ G ☐ Plan dur ☐ Traction ☐ MID ☐ CT6 / KED Type : H Mn Antibiothérapie :	
				EFast		Biologie Glycémie Lactates Hémoglobine			
				Position transport ☐ Ambulatoire ☐ Demi-assis ☐ Allongé ☐ Jambes surélevées		V4 / 2024			

Zdjęcie 13. Karta medyczna pola walki (*Fiche médicale de l'avant – FMA*) w wersji papierowej, wodoodpornej i zabezpieczona przed podarciem (zbiory autora).

konsultacji specjalistycznej, dostępnej przez 24 godziny na dobę. Dzięki niej personel medyczny na teatrze działań może skonfrontować swoją diagnozę z lekarzem wybranej specjalizacji lub wyznaczonym lekarzem dyżurnym w szpitalu wojskowym. Do tego zadania desygnowana jest najbardziej fachowa i doświadczona kadra, w szczególności w zakresie medycyny wojskowej i ratunkowej. Przesyłanie dokumentacji medycznej takiej jak zdjęcia lub obrazy RTG, USG, wyniki badań laboratoryjnych, zdjęcia lub filmy pacjentów w czasie rzeczywistym odbywa się przez bezpieczne łącze, uniemożliwiając przedostanie się wrażliwych danych w niepowołane ręce. *CTM*, początkowo testowany przez czołówkę chirurgiczną poziomu II w Gao (Mali) i szpital wojskowy *Percy*, wspiera obecnie wszystkie elementy medyczne sił zbrojnych Francji poza granicami państwa, na lądzie i na morzu³²³.

Moduł epidemiologii w czasie rzeczywistym (*Épidémiologie en temps réel - ETR*), będący następcą systemu *ASTER*, zbiera wszystkie dane medyczne zebrane przez dwa wyżej opisane moduły, od momentu odniesienia ran przez żołnierza, przez wszystkie elementy łańcucha ewakuacyjnego, do ostatecznego leczenia i pełnej rehabilitacji w metropolii. *ETR* odpowiada za bezpieczeństwo i trwałość pozyskiwanych informacji. Pozwala również na ich analizę pod kątem problemów, słabości i zagrożeń w systemie opieki medycznej żołnierzy. Jest pomocny przy wskazywaniu zauważonych niedoskonałości i błędów oraz przy wyznaczaniu sposobów naprawczych oraz kierunków i obszarów rozwoju wojskowej służby zdrowia w celu polepszenia losu rannych francuskich żołnierzy³²⁴.

Za odpowiedni przepływ danych pacjentów wojskowych centrów medycznych (*CMA*) i podległych im komórek medycznych (*AM*), zlokalizowanych w jednostkach i bazach wojskowych na terenie metropolii i na terytoriach zamorskich, zabezpieczających ich działalność, opowiada system według projektu *Axone*. Będący następcą oprogramowania *LUMM*, zapewnia sprawne zarządzanie informacjami medycznymi przez uprawniony personel medyczny, zwiększając dostępność opieki zdrowotnej dla wszystkich żołnierzy. Komórki medyczne w jednostkach zapewniają dla całego jej stanu osobowego pełne spektrum świadczeń medycznych. Tutaj kontynuowane jest leczenie po ewakuacji medycznej z rejonu misji lub po innych urazach i chorobach, które wymagają opieki lekarskiej. Lekarze jednostki, a często również lekarze – rezerwiści udzielają konsultacji i porad z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Są również orzecznikami medycyny pracy, w tym we wszystkich aspektach dopuszczania żołnierzy do wykonywania zawodu w warunkach specjalnych (spadochroniarze, nurkowie, piloci, itp.). Każda komórka posiada infrastrukturę, wyposażenie i wykwalifikowany personel do działania w stanach nagłego zagrożenia życia. Wszystkie te aktywności realizowane są przy pomocy systemu *Axon*, dzięki czemu komplet dokumentacji medycznej z poprzednich wizyt (badania okresowe, dopuszczające, szczepienia, stan uzębienia, alergie) oraz pełna historia przebytych wypadków i chorób znajduje się w jednym miejscu. System ten jest skonstruowany w sposób intuicyjny, niewymagający od użytkownika fachowej wiedzy informatycznej ani specjalistycznej formacji³²⁵.

4.6.2. „Sztuczna inteligencja”

Począwszy od 2019 roku francuska wojskowa służba zdrowia realizuje wiele projektów naukowo - badawczych mających na celu identyfikację obszarów, w których

³²³ Bacquey V., *La numérisation de l'espace de bataille au sein du SSA*, ActuSante, 2018, 150, s.51.

³²⁴ Tamże, s.53.

³²⁵ Martin G., Roger H., Debrus F., *Ça s'est passé dans notre environnement-Axone*, ActuSante, 2019, 155, s.47.

personel medyczny może być wspierany lub nawet zastępowany przez maszyny i roboty. Wyodrębniono sześć domen, w których pomoc sztucznej inteligencji może przynieść znaczne korzyści w codziennej działalności w placówkach służby zdrowia oraz na polu walki, w ramach misji bojowych.

- Medycyna pracy (standaryzowana i poszerzona baza danych wspierająca lekarza przy badaniach wstępnych, okresowych, specjalistycznych).
- Medycyna pola walki (robotyzacja i automatyzacja czynności ratunkowych, takich jak ewakuacja spod ostrzału oraz reanimacja poszkodowanego w warunkach taktycznych).
- Zdarzenia masowe z udziałem broni CBRN lub innego niebezpiecznego czynnika (asysta przy triażu i ewakuacji w strefie skażonej).
- Analiza danych psychofizycznych żołnierzy, biorących udział w długotrwałych misjach (detekcja, poprzez system receptorów, niebezpiecznych zjawisk dla żołnierza jak zmęczenie, apatia, obniżona czujność).
- Monitorowanie stanu zdrowia żołnierzy (zwiększenie możliwości w zakresie diagnozowania i kontrolowania zagrożeń zdrowotnych obniżających zdolności operacyjne sił zbrojnych).
- Profilaktyka i promocja zdrowia (robotyzacja kampanii społecznych promujących prozdrowotne postawy).

Wydaje się, że jeszcze nie nadszedł czas, w którym roboty zastąpią ludzi i będą w stanie wykonać te same czynności medyczne co człowiek, bez szkody dla poszkodowanego lub chorego. Niekwestionowane zalety sztucznej inteligencji (magazynowanie i szybkość przetwarzania danych) oraz robotów i maszyn (odporność na działanie przeciwnika lub niebezpiecznych dla człowieka czynników) powodują, że zrównoważony rozwój tych technologii jest mimo wszystko przyszłością medycyny wojskowej³²⁶.

4.6.3. Diagnostyka obrazowa i monitorowanie czynności życiowych

Doświadczenia wojenne ostatnich lat wskazały na potrzebę szybszego diagnozowania stanów nagłego zagrożenia życia, w szczególności krwotoków wewnętrznych, niewidocznych dla ratownika na polu walki. Diagnostyka ta, na wczesnym etapie łańcucha ewakuacyjno-leczniczego, ma kluczowe znaczenie dla zaplanowania dalszych czynności ratowniczych i polepszenia rokowań do przeżycia poszkodowanego. W tym celu, jednostki zaopatrujące wojskową służbę zdrowia w sprzęt medyczny, począwszy od 2017 roku uruchomiły procedurę pozyskania przenośnych i ultraprzenośnych aparatów ultrasonograficznych (*USG*). Nowy sprzęt powinien zapewniać wysoką jakość obrazowania i odporność na wstrząsy, przy minimalnej wielkości i masie własnej. Musi również spełniać wymagania służby w specyficznych warunkach, takich jak pokłady samolotów, śmigłowców i okrętów oraz działać w trudnym środowisku terenowo – klimatycznym, jak pustynia i dżungla. Aby sprostać wyjątkowo rygorystycznym wymaganiom dla tego sprzętu, naukowcy i inżynierowie wojskowych instytucji przy doborze odpowiedniej oferty korzystali ze wsparcia eksperckiego najbardziej doświadczonego personelu medycznego. Żołnierze, którzy pełnili służbę w ekstremalnych warunkach najlepiej znają ograniczenia i zagrożenia jakie one generują. Aparaty ultraprzenośne jak te z rodziny *U-Lite*, wprowadzono do służby w elementach zabezpieczenia medycznego poziomu I, najbliższego pola walki, gdzie sprzęt medyczny najczęściej jest przenoszony na barkach ratowników. Powoduje to konieczność

³²⁶ Eric M.G, *Intelligence artificielle : les domaines à investir*, ActuSante, 2021, 161, s16-17.

minimalizowania ciężaru i wielkości, kosztem jakości obrazu. Do struktur poziomu II, jak czołówki chirurgiczne i szpitale polowe, wdrożono bardziej zaawansowane aparaty jak *Logiq v2*, charakteryzujące się dużo lepszą jakością odwzorowania badanych organów, lecz są dużo większe i niemożliwe do zastosowania na polu walki. Specyficzne warunki na pokładach statków powietrznych, takie jak różnice temperatur i ciśnienia atmosferycznego, przeciążenia oraz niewielka przestrzeń robocza powodują, że wymogi te spełniają aparaty dedykowane do pracy przy takich ograniczeniach jak *Edge II* i *M-Turbo*³²⁷.

Ważnym elementem diagnostycznym w zabezpieczeniu medycznym operacji zagranicznych jest tomografia komputerowa. Badanie to pozwala na określenie rozległości uszkodzeń narządów wewnętrznych poszkodowanego (np. przy urazach czaszkowo-mózgowych), bezpośrednio wpływających na jego rokowania i priorytet ewakuacyjny. Aby zwiększyć jakość wykonywanych badań na pokładzie lotniskowca *Charles De Gaulle* dotychczasowy tomograf starego typu wymieniono na nowoczesny model *Ingenuity Core Philips*. Skomplikowany, pięciomiesięczny proces logistyczny (przygotowanie, transport, montaż, uruchomienie) zakończył się 1 października 2018 roku, kiedy to sprzęt osiągnął pełną gotowość do działania. Przenośna wersja tomografu komputerowego, na bazie 11,5 tonowego kontenera służyła żołnierzom francuskim podczas operacji *Barkhane*, w polowej strukturze zabezpieczenia medycznego w Gao (Mali). W lipcu 2022 roku, na pokładzie samolotu *A400M*, została przetransportowana do Niamej, stolicy sąsiedniego Nigru, gdzie działała do zakończenia francuskiej misji w tym państwie³²⁸.

Kluczową rolę w prawidłowej ocenie stanu poszkodowanych na polu walki odgrywają urządzenia do monitorowania czynności życiowych. Również w tej domenie wojskowe instytucje nie ustają w zabiegach, mających na celu dostarczenie odpowiedniego sprzętu dostosowanego do warunków, w których działa personel medyczny francuskich sił zbrojnych oraz jego kompetencji. Z uwagi na uwarunkowania taktyczne, możliwości tego typu diagnostyki są mocno ograniczone lub nawet niemożliwe na poziomie ratownika pola walki, bezpośrednio po odniesieniu ran przez poszkodowanego. Zdecydowanie lepsze warunki do montażu dobrej jakości kardiomonitora i defibrylatora istnieją w pojazdach i statkach powietrznych zespołów ewakuacyjnych, gdzie tego typu sprzęt znacznie poprawia możliwości działania personelu medycznego podczas transportu. Ze względu na to, że czas transportu czasami znacznie się wydłuża, taki sprzęt na pokładach platform ewakuacyjnych może ratować życie. Największe możliwości techniczne do wyposażenia w odpowiedni sprzęt na teatrze działań występują najdalej od pola walki, czyli w szpitalach polowych, toteż korzysta się w nich z aparatów o najwyższym standardzie, takich jak *Meducore standard 2* i modułowego defibrylatora *Corpuls 3*³²⁹.

4.6.4. Innowacje w krwiolecznictwie

Historia medycyny wojskowej zna wiele przykładów zastosowania krwiolecznictwa na polu walki. Stosowano je w tak nieprzyjaznych i trudnych środowiskach jak piwnice kamienic w trakcie Powstania Warszawskiego i ziemianki oblężonych wojsk francuskich pod Dien Bien Phu. Ostatnie badania naukowców potwierdzają zasadność takiego działania

³²⁷ B.d., *S'adapter aux besoins opérationnels*, ActuSante, 2019, 152, s.30

³²⁸ B.d., *Barkhane: transfert du scanner de l'antenne médicale de Gao sur la base aérienne de Niamey*, ActuSante, 2022, 165, s.39.

³²⁹ B.d., *S'adapter aux besoins opérationnels*, ActuSante, 2019, 152, s.30

i podkreślają kluczowe znaczenie wczesnej transfuzji krwi pełnej, a gdy nie jest to możliwe, jej wybranych składników, dla przeżycia poszkodowanych z masywnymi krwotokami. W tym drugim przypadku preferowane jest połączenie osocza i czerwonych krwinek w stosunku 1:1, zainicjowane najpóźniej 30 minut po zranieniu, dopełnione płytkami krwi, tak szybko jak to możliwe³³⁰. Jeszcze kilkanaście lat temu ten sposób leczenia ran bojowych był zarezerwowany dla szpitali polowych, najwcześniej na poziomie II zabezpieczenia medycznego. Obecnie, gotowe zestawy o zminimalizowanej masie i wielkości oraz technologia produkcyjna pozwalają na zwiększenie odporności składników krwi na trudne warunki podczas przechowywania i transportu. Powoduje to możliwość ich zastosowania również na poziomie I zabezpieczenia medycznego. Szeroko korzystają z tego mobilne zespoły medyczne, działając najbliżej walczących pododdziałów. Leczenie krwią pełną lub jej składnikami najwcześniej jak to możliwe po zranieniu, zwiększają szanse poszkodowanych na przeżycie. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji działania personelu medycznego w izolacji, przy wydłużonym czasie ewakuacji. Brak możliwości podaży krwi lub jej składników u poszkodowanego, który znajduje się we wstrząsie hipowolemicznym, będącym następstwem masywnego krwotoku, skutkuje najczęściej jego śmiercią³³¹.

Składnikiem krwi pierwszego wyboru w leczeniu masywnych krwotoków w warunkach polowych jest osocze, w postaci liofilizowanej (mrożone na sucho). Doświadczenia Francuzów z tym składnikiem sięgają II Wojny Światowej, kiedy to generał - lekarz Jean Julliard zaopatrzył służbę zdrowia w preparaty amerykańskiej produkcji, a następnie wprowadził je do użytku podczas kampanii włoskiej. W 1950 roku Wojskowe Centrum Krwiolecznictwa (CTSA) stało się pierwszą instytucją w Europie, produkującą i wprowadzającą do użycia liofilizowane osocze w pododdziałach i placówkach sił zbrojnych. Zaopatrywano w nie, m.in. zespoły medyczne w Indochinach (zużyto tam 40 tysięcy jednostek tego składnika krwi). Od tamtego czasu stale pracowano nad doskonaleniem tych preparatów, zwiększając ich bezpieczeństwo, poprzez ograniczenie możliwości przenoszenia drogą transfuzji patogenów i wirusów. Co istotne, nie spowodowano jednocześnie zmniejszenia właściwości leczniczych. Obecnie podaż liofilizowanego osocza (*Plasma lyophilisé* - *PLYO*), które w formie proszku można przechowywać dwa lata w temperaturze pokojowej, jest procedurą bezpieczną i prostą. Sporządzenie formy płynnej do infuzji, poprzez wymieszanie preparatu z wodą, trwa 6 minut. Jest to wielkim ułatwieniem, w stosunku do stosowanego w innych państwach mrożonego osocza, które wymaga trzydziestominutowej fazy rozmrażania, a po rozmrożeniu musi być przechowywane w temperaturze 4°C. Do produkcji *PLYO* konieczne jest osocze, gruntownie przebadane na obecność przeciwciał różnego rodzaju wirusów i patogenów (m.in. *HIV 1 i 2*, *WZW B i C*, syfilis, malaria). Pozyskiwane jest od dziesięciu dawców o różnych grupach krwi, tak aby ratownik mógł użyć preparatu bezwzględnie na grupę ранnego biorcy. Liofilizowane osocze, poza polem walki i wojskową służbą zdrowia, znalazło również zastosowanie w medycynie ratunkowej w środowisku cywilnym, m.in. w karetkach pogotowia *SAMU* oraz oddziałach ratunkowych szpitali³³².

Drugim z kluczowych do walki z krwotokami składników krwi, rekomendowanym przez francuską wojskową służbę zdrowia, są czerwone krwinki. Odznaczają się one wysoką

³³⁰ Borgman M.A, Spinella P.C et al., *The ratio of blood products transfused affects mortality in patients receiving massive transfusions at a combat support hospital*, The Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care. 2007, 63, s.805–813.

³³¹ Merat S. et al, *Le blessé de guerre*, Arnettes, Paryż, 2014, s. 191-202.

³³² Sailliol A, Martinaud C et al., *The evolving role of lyophilized plasma in remote damage control resuscitation*, Transfusion, 2013, 53, s.65 –71.

wrażliwością na temperaturę przechowywania, która powinna mieścić się w zakresie 2-6 °C, maksymalnie do 10°C, przez 24 godziny. Wymagają więc dużo bardziej skomplikowanych zabiegów personelu medycznego na teatrze działań. Aby móc je transportować i jak najwcześniej podawać poszkodowanym, wprowadzono do służby przenośne transportery chłodnicze pod nazwą *Golden Hour Box – GHB*. Przy masie trzech kilogramów, mogą pomieścić od dwóch do czterech pakietów krwinek czerwonych, konserwujących swoje lecznicze właściwości przez 48 godzin, w temperaturze do 37°C. Po użyciu, transportery te ponownie można stosować, po wcześniejszym naładowaniu w temperaturze poniżej 15°C, przez 8 godzin. Zasady użycia *GHB* we francuskich siłach zbrojnych, które używane są w szczególności w pojazdach, śmigłowcach i samolotach ewakuacji medycznej, reguluje Instrukcja transfuzji w warunkach polowych o numerze 506412 z 3 czerwca 2019 r.³³³.

Rozwiązaniem na problemy logistyczne związane z dostępnością i utrudnionym przechowywaniem składników krwi, w sytuacji nagłego zagrożenia życia spowodowanego masywnym krwotokiem, jest podaż krwi pełnej, grupy 0RH- (*STOD - sang total O déleucocyte*). Ten rodzaj krwiolecznictwa stosowało się m.in. na pokładach śmigłowców i samolotów ewakuacji medycznej operujących na teatrze działań w afrykańskim Sahelu. Jego zaletą jest możliwość zastosowania przy każdym poszkodowanym, bez względu na jego grupę krwi oraz prostota obsługi zestawu, niewymagająca specjalnych kompetencji. Mankamentem jest krótki okres trwałości wynoszący 21 dni i ograniczona liczba dawców spełniających kryteria wojskowej służby zdrowia³³⁴.

4.6.5. Leczenie oparzeń

Poważnym problemem, z którym musi się zmierzyć personel medyczny sił zbrojnych na teatrach działań wojennych są rozległe oparzenia ciała poszkodowanych, będące efektem działania dużej energii i temperatury powstającej w wyniku wybuchów. Powszechność, łatwość wykonania i zastosowania improwizowanych ładunków wybuchowych powoduje, że ten rodzaj broni dominuje w taktyce grup partyzanckich i terrorystycznych, z którymi wojska francuskie walczyły przez ostatnie lata. Duża częstotliwość występowania oparzeń również w życiu codziennym na terytorium metropolii (ok. 500 tysięcy rocznie) powoduje, że ich leczenie jest jednym z priorytetów służb medycznych. Cywilne i wojskowe ośrodki badawcze dużo czasu poświęcają nad opracowywaniem skutecznych do tego środków, czego efektem jest szereg innowacji w tej domenie.

Najważniejszym ośrodkiem badawczym wojskowej służby zdrowia zajmującym się opracowywaniem nowoczesnych sposobów leczenia oparzeń jest Wojskowy Instytut Badań Biomedycznych (*IRBA*). Poprzez swoją instytucję podległą w postaci Jednostki terapii komórkowych i tkankowych (*Unité de thérapie cellulaire et tissulaire - UTCT*), przy współdziałaniu z Wojskowym Centrum Krwiolecznictwa (*CTSA*), opracowuje terapie leczenia komórkami macierzystymi. Następnie są one testowane i wdrażane przez centrum leczenia oparzeń szpitala wojskowego *Percy*, będącego centrum referencyjnym w zakresie oparzeń dla całych sił zbrojnych. Wojskowi w tych procesach korzystają z doświadczeń instytucji cywilnych, współpracując z nimi w ramach wspólnych projektów. Przy opracowywaniu metody leczenia oparzeń przy pomocy przeszczepów wyhodowanego naskórka w warunkach

³³³ B.d., *Systèmes de transport Golden Hour Box*, Actusante, 2019, 155, s.37.

³³⁴ Ausset S., *L'utilisation du sang total dans la prise en charge des héorragies massives : rationnel clinico-biologique et principes de mise en œuvre*, Revue francophone des laboratoires, 2020, 525, s.40-45.

laboratoryjnych (*culture d'épiderme autologue* – CEA) oraz substytutu naskórka na bazie ludzkiego osocza (*human plasma-based epidermal substitute* - hPBES), korzystano z wiedzy i bazy materiałowej firmy *l'Oréal*. Firma ta współfinansowała wymienione projekty. Dzięki tym innowacyjnym metodom znacznie poprawiły się rokowania pacjentów z masowymi oparzeniami (ponad 70% powierzchni ciała), przy których autoprzeszczepy zdrowego naskórka nie są wystarczające. Dzięki zastosowaniu CEA i hPBES z pięciu centymetrów kwadratowych zdrowej tkanki można uzyskać 1 m² przeszczepu. Owocem innej współpracy wojskowych naukowców z cywilami, tym razem z laboratorium *Brothier*, na polu zwalczania oparzeń, był projekt *Phagoburn*. Jest to leczenie oparzeń polegające na namnażaniu bakteriofagów, co jest metodą alternatywną do kosztownej i charakteryzującej się dużą ilością działań niepożądanych antybiotykoterapią³³⁵.

Osobną kategorią oparzeń, wymagających często długotrwałego leczenia, w tym wielu interwencji chirurgicznych, są rany powstające po ekspozycji na promieniowanie jonizujące. W tym aspekcie również szpital wojskowy *Percy* jest centrum referencyjnym i eksperckim, posiadającym rekomendację Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (*International Atomic Energy Agency* - IAEA). Zapewnia wysoko wyspecjalizowaną opiekę pacjentom, przy zastosowaniu innowacyjnych terapii, opracowanych przez wojskowych fachowców³³⁶.

4.7. Inne ważne kierunki rozwojowe medycyny wojskowej w perspektywie najbliższych lat

4.7.1. Dostosowanie szpitali wojskowych na potrzeby przygotowań do konfliktu o dużej intensywności

Ambicje strategiczne francuskiej wojskowej służby zdrowia, szeroko opisywane w poprzednich rozdziałach polegają przede wszystkim na kompletnym, pełnowymiarowym zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych w operacjach poza granicami państwa i na terenie kraju, również w prawdopodobnym konflikcie o dużej intensywności. Kluczowymi instytucjami dla powodzenia tej misji będą szpitale wojskowe, które przejmą ciężar przyjęcia masowej ilości poszkodowanych w krótkim czasie. Od ich zdolności do mobilizacji sił i środków oraz przestawienia się na funkcjonowanie w nowej rzeczywistości będzie zależeć zachowanie ciągłości opieki zdrowotnej dla sił zbrojnych i całego społeczeństwa. Sprostanie sytuacji kryzysowej, która w warunkach wojennych jest nieuchronna, wskutek niedostosowania szpitali czasu pokoju do działania w warunkach masowych strat sanitarnych, będzie zadaniem kompleksowym i złożonym. Skala trudności będzie wzrastać wraz z upływającym czasem. Długotrwałe funkcjonowanie w warunkach konfliktu o dużej intensywności będzie wymagało pełnego zaangażowania państwa ze wszystkimi jego zasobami oraz całego społeczeństwa.

Zmiany w funkcjonowaniu szpitali wojskowych są skoncentrowane na kilku obszarach działania:

- uzyskanie i wzmacnianie pełnych zdolności operacyjnych, poprzez utrzymywanie gotowości do projekcji zespołów medycznych na potrzeby operacji zagranicznych o dotychczasowej intensywności i szybkiego przejścia do działania wojennego po mobilizacyjnym rozwinięciu;
- wzmacnianie roli eksperckiej w najważniejszych domenach dla sił zbrojnych;

³³⁵ Trouillas M., Banzet S. et al., *Épidermes de culture*, ActaSante, 2019, 155, s.35.

³³⁶ Bey E., Brachet M., *Brûlures radiologiques : comment les soigner ?*, ActaSante, 2021, 161, s.30-31.

- kooperacja i ujednolicenie procedur i systemów w ramach struktur wojskowej służby zdrowia, w szczególności z jednostkami wojsk operacyjnych;
- szkolenie, działalność naukowo-badawcza i innowacje;
- adaptacja do przyszłych wyzwań natury wojskowej, sanitarnej oraz technologicznej.

Poprawianiu zdolności operacyjnych personelu szpitali wojskowych, ma służyć kształcenie i formacja przygotowująca do niesienia pomocy poszkodowanym w warunkach konfliktu zbrojnego o dużej intensywności, szczególnie w takich specjalizacjach medycznych jak chirurgia, anestezjologia i medycyna ratunkowa. Celem, do którego dążą decydenci jest posiadanie w strukturach zabezpieczenia medycznego 65 zespołów chirurgicznych, gotowych do projekcji w ramach misji zagranicznych. Kontynuowanie procesów specjalizacyjnych szpitali ma spowodować ekonomię zasobów materialnych i ludzkich. Poprawi to ich racjonalne wykorzystanie oraz skoncentruje siły i środki ściśle na potrzeby operacyjne sił zbrojnych. Szpitale wojskowe, pod nową nazwą Narodowy Szpital Kliniczny Sił Zbrojnych (*L'Hôpital National d'Instruction des Armées – HNLIA*) w dwóch największych skupiskach ludzkich, tj. aglomeracji paryskiej i regionu Prowansji, Lazurowego Wybrzeża i Alp (*Provence-Alpes-Côte d'Azur - PACA*) zostały skonfigurowane na zasadzie lustrzanego odbicia. Szpital *Percy* w stolicy państwa i *St. Anne* w Toulon, pełnią rolę centrów urazowych ze specjalistycznymi pododdziałami do leczenia oparzeń, a *Begin* (Paryż) i *Laveran* (Marsylia) są centrum eksperckim w profilaktyce i zwalczaniu chorób zakaźnych. Posiadają one laboratoria do badania patogenów poziomu 3, w czterostopniowej skali bezpieczeństwa. Nie bez znaczenia na priorytetowe traktowanie ww. czterech placówek jest fakt, że są one zlokalizowane w bezpośredniej bliskości najważniejszych punktów logistycznych, do których przybędą ranni w konflikcie toczonym poza terytorium metropolii. Są to bazy sił powietrznych w Roissy, Creil, Villacoublay i Istres oraz port wojenny w Toulon. Ściśle określone przeznaczenie ma piąty szpital, czyli Regionalny Szpital Kliniczny Sił Zbrojnych (*L'Hôpital Régional d'Instruction des Armées – HRIA*) *Clermont – Tonnerre* w Brest. Umieszczenie go w bezpośredniej styczności strategicznej floty oceanicznej (*force océanique stratégique - FOST*), zakotwiczonej w tym atlantyckim porcie, nadaje priorytetowe znaczenie również dla niego. Cechą charakterystyczną, a z perspektywy służby zdrowia specyficznym zagrożeniem jest fakt posiadania przez wymienioną formację na swym stanie okrętów podwodnych o napędzie jądrowym z pociskami balistycznymi (*sous-marins nucléaires lanceurs d'engins - SNLE*).

Zadaniem szpitali wojskowych *Legouest* w Metz (*HRIA*) i *Robert Picqué* w Bordeaux (*Hôpital Spécialisé des Armées - HSA*) jest zacieśnianie współpracy ze środowiskiem cywilnym, poprzez funkcjonowanie w ramach zgrupowań cywilno-wojskowych (*EHCM*). W założeniach decydentów kooperacja ta ma polegać na korzystaniu przez personel wojskowy z doświadczeń, wiedzy i bazy technologiczno-materiałowej lepiej rozwiniętych struktur powszechnej opieki zdrowotnej. W zamian za to żołnierze mogą zaoferować środowisku cywilnemu unikalną rolę ekspercką oraz zasoby do zwalczania kryzysów sanitarnych na dużą skalę, np. po zamachu terrorystycznym z udziałem broni palnej. Doświadczenia z bojowych misji zagranicznych personelu medycznego sił zbrojnych są w tym obszarze bardzo cenne³³⁷. Współpraca cywilno – wojskowa ma pozwolić również na łatwiejszą, a przede wszystkim szybszą konsolidację sił i środków obu środowisk po wystąpieniu sytuacji kryzysowej o wymiarze katastrofy, znacznie przekraczającej możliwości lecznicze instytucji działających w pojedynkę. Wymienione 2 szpitale mają stopniowo wygaszać aktywność w zakresie chirurgii

³³⁷ Rigal-Sastourne J.C., *Quel avenir pour l'hôpital militaire ?*, Actusante, 2022, 163, s.50-51.

i reanimacji oraz ograniczać do minimum oddziały ratunkowe, wzmacniając swoim profesjonalnym personelem 5 szpitali wojskowych o wyższym priorytecie oraz placówki cywilne. Powoduje to wśród części środowiska wojskowej służby zdrowia uzasadnione obawy o te szpitale, które mogą podzielić los zamkniętego szpitala *Val de Grace*.

Ściśle na potrzeby operacyjne, w szczególności misji poza granicami państwa miało służyć przekształcenie ostatniego z ośmiu francuskich szpitali wojskowych, tj. *Desgenettes* w Lyon, w jednostkę szpitalną (*Atenne hospitalière des armées - AHA*), a z dniem 1 stycznia 2024 r. w Szpital Specjalistyczny Sił Zbrojnych (*Hôpital Spécialisé des Armées – HSA*). Zmiany, częściowo podyktowane nieudaną kooperacją ze środowiskiem cywilnym, mają na celu koncentrację całego wysiłku placówki na zabezpieczeniu medycznym działalności operacyjnej francuskich sił zbrojnych, zamykając ją całkowicie na pacjentów cywilnych. Docelowo ma ona składać się z dziewięciu modułów:

- czterech modułów chirurgicznych, zapewniających możliwość działania w ramach misji zagranicznych jako skład czołówek chirurgii ratunkowej i reanimacji (*ARCS*), w tym jednego takiego komponentu w ciągłej gotowości do natychmiastowej projekcji na dowolnym teatrze działań;
- modułu zdrowia psychicznego, poświęconego psychoprofilaktyce i leczeniu zaburzeń psychicznych, w tym *PTSD*, utrzymującego operacyjne zespoły medyczno-psychologiczne, złożone z psychiatrów i psychologów na potrzeby zabezpieczenia medycznego kontyngentów wojskowych;
- modułu rehabilitacyjnego, mającego za zadanie przywrócić poszkodowanych żołnierzy do służby jak najszybciej to możliwe lub w przypadku poważnych obrażeń ograniczyć ich niesprawność do poziomu pozwalającego na samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie;
- modułu telemedycznego, łączącego pacjenta, poszkodowanego w misjach poza granicami państwa, ze szpitalem wojskowym odpowiednim do miejsca zamieszkania za pomocą nowoczesnych systemów teleinformatycznych, umożliwiając mu dalszy proces leczenia i powrót do pełnej sprawności;
- modułu koordynującego, zapewniającego ciągłość procesów profilaktyczno – leczniczych i odpowiedni dobór świadczeń medycznych, indywidualny dla każdego żołnierza;
- modułu dowodzenia i wsparcia lokalnego systemu powszechnej opieki medycznej, szczególnie w sytuacjach masowego napływu pacjentów w sytuacjach kryzysowych³³⁸.

Ministerialne plany dotyczące szpitala wojskowego w Lyon, w szczególności redukcja personelu z czterystu do stu osobowej obsady, wywołały we Francji ożywioną polemikę. Krytycy wskazują na bardzo ważną rolę szpitala w zabezpieczeniu medycznym żołnierzy w ich codziennej działalności, w regionie o dużym nasyceniu jednostkami wojskowymi. Podkreślają również obopólne korzyści, wynikające z bezpośredniej styczności placówki z uczelnią wyższą kształcącą przyszłych lekarzy (pierwsze dwa cykle nauki z trzech) i pielęgniarzy wojskowych (Zespół Wojskowych Szkół Medycznych Lyon-Bron - *EMSLB*). Resort obrony zapewnia, że zredukowany personel medyczny otrzyma pełne wsparcie zawodowe polegające na oferowaniu nowego zatrudnienia w wojskowej lub cywilnej służbie zdrowia. Koncentracja zasobów na domenę operacyjną pozwoli sprostać nowym wyzwaniom strategicznym stojącym przed

³³⁸ Cremades S., *Le concept d'antenne hospitalière des armées (AHA)*, Actusante, 2022, 163, s.52-53.

państwem francuskim, jakim niewątpliwie będzie konflikt zbrojny z dużą liczbą strat sanitarnych³³⁹.

4.7.2. Wysunięta działalność operacyjna wojskowej służby zdrowia na przykładzie Centrum medyczno – chirurgicznego Dominique Mattei (*Centre médico-chirurgical interarmées - CMA CIA Dominique Mattei*) w Dżibuti

Ważnym elementem francuskich ambicji strategicznych na najbliższe lata jest utrzymanie zdolności operacyjnych na tradycyjnych obszarach zainteresowania Republiki, poprzez stałą obecność wojskową. Jednym z najważniejszych i najliczniejszych komponentów zagranicznych są siły francuskie stacjonujące w Dżibuti (*forces françaises stationnées à Djibouti-FFDJ*), na podstawie bilateralnego Traktatu o współpracy wojskowej (*Traité de coopération en matière de Défense - TCMD*)³⁴⁰, podpisanego w 2011 roku. Jego przedłużenie było przedmiotem intensywnych negocjacji³⁴¹ i zostało sfinalizowane 25 lipca 2024 roku³⁴². Liczący ok. 1500 żołnierzy i pracowników cywilnych kontyngent, zabezpiecza interesy Francji w strategicznie ważnej lokalizacji Afryki Wschodniej, Bliskiego Wschodu i basenu Oceanu Indyjskiego, rywalizując z takimi potęgami jak Stany Zjednoczone, Chiny oraz Rosja. W skład *FFDJ* wchodzi: Połączony sztab dowództwa (*État-major interarmées - EMIA*), 5. Pułk Połączony Terenów Zamorskich (*5e Régiment Interarmes d'Outre-Mer - 5e RIAOM*), 188. Baza powietrzna (*la base aérienne - BA 188*), baza marynarki wojennej oraz szereg jednostek administracyjnych i logistycznych zabezpieczających funkcjonowanie kontyngentu.

Zabezpieczenie medyczne misji zorganizowane jest przez Połączony wydział służby zdrowia (*Direction interarmées du service de santé - DIASS*), w oparciu o Centrum medyczno – chirurgiczne *Dominique Mattei* (*Centre médico-chirurgical interarmées - CMA CIA Dominique Mattei*). Placówka ta zlokalizowana jest w stolicy państwa oraz posiada wysunięty element operacyjny w postaci czołówki medycznej komponentu sił specjalnych w Arta. Za zaopatrywanie pododdziałów w leki i sprzęt medyczny odpowiadają Jednostka dystrybucji środków medycznych (*Unité de distribution de produits de santé - UDPS*). Załogę ww. komórki stanowi siedemdziesięciu trzech żołnierzy, realizujących zadania w ramach misji długotrwałych, trwających nawet do trzech lat (*mission longue durée - MLD*) oraz krótkotrwałych, zazwyczaj cztero lub pięćmiesięcznych (*mission courte durée - MCD*). Wojskowy personel uzupełniają miejscowi pracownicy cywilni (*personnels civils de recrutement local - PCRL*), którzy mają okazję do stabilnego zarobkowania w państwie o nienajlepszej kondycji gospodarczej i niezbyt atrakcyjnym rynku pracy. Sytuacja ta, w połączeniu z wieloma wspólnymi projektami w dziedzinie medycznej oraz wsparciem przez Francję powszechnego systemu opieki zdrowotnej w Dżibuti powoduje wzrost zaufania

³³⁹ Herve L., *Avenir de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes*, senat.fr, 16.05.2023, dostęp: <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ211125457.html> (13.06.2023)

³⁴⁰ B.d., *Traité de coopération en matière de défense*, dj.ambafrance.org, 09.09.2014, dostęp: <https://dj.ambafrance.org/Traite-de-cooperation-en-matiere> (14.0.2023)

³⁴¹ B.d., *France – Djibouti : le renouvellement du Traité de coopération en cours de discussion*, defense.gouv.fr, 31.03.2023, dostęp: <https://www.defense.gouv.fr/actualites/france-djibouti-renouvellement-du-traite-cooperation-cours-discussion> (14.06.2023)

³⁴² B.d., *Communiqué conjoint de MM. Emmanuel Macron, président de la République, et Ismaïl Omar Guelleh, Président de la République de Djibouti, sur les relations entre la France et Djibouti et la situation dans la Corne de l'Afrique, le 25 juillet 2024*, 25.07.2024, vie-publique.fr, dostęp: <https://www.vie-publique.fr/discours/294999-presidence-de-la-republique-25072024-france-djibouti> (13.11.2024)

do Francuzów. Pozytywnie wpływa to na rozwój wzajemnych stosunków i biznesów, szczególnie ważny w momencie utraty wielu stref tradycyjnych wpływów w Afryce na rzecz globalnych rywali³⁴³.

Działalność placówki *CMA CIA Dominique Mattei*, realizującej zabezpieczenie medyczne poziomu II (*Role 2*) wg. standardów *NATO*, dobrze charakteryzuje studium zdarzenia z udziałem marynarza cywilnego, który doznał ciężkiego urazu czaszkowo-mózgowego, po upadku z wysokości. Pierwszym na miejscu zdarzenia okazał się lekarz pokładowy japońskiego niszczyciela, w składzie koalicji antypirackiej (*Combined Task Force – CTF 151*), który natychmiast zareagował na wezwanie ratunkowe kapitana cywilnego statku. Japończycy, nie posiadając odpowiednich sił i środków do zaopatrzenia tak ciężkiego urazu, zwrócili się o pomoc do Francuzów stacjonujących w Dżibuti. Poszkodowany, przetransportowany na pokładzie śmigłowca oraz pojazdu sanitarnego japońskich sił zbrojnych, trafił do francuskiego Centrum *CMA CIA*. Tutaj został poddany ratunkowemu zabiegowi neurochirurgicznemu oraz masowej transfuzji krwi, po jej zebraniu od wojskowego personelu kontyngentu, w ramach procedury *walking blood bank*. Z uwagi na brak neurochirurga w składzie placówki poziomu II, operację przeprowadził lekarz rezerwy o specjalności chirurgii ogólnej, będący w stałym kontakcie z personelem wojskowego szpitala *Percy* w metropolii. Wszystkie dane medyczne jak parametry kliniczne i obrazy z tomografii komputerowej były widoczne w czasie rzeczywistym, w systemie teleinformatycznym paryskiej placówki i były analizowane przez tamtejszego radiologa oraz neurochirurga dyżurnego. Specjalistyczne procedury medyczne, zarezerwowane w warunkach szpitalnych w metropolii dla personelu odpowiednio wykształconego, były możliwe do zrealizowania przez lekarza niebędącego specjalistą, dzięki wymagającej formacji przed projekcją na misję, w szczególności w ramach kursu *CACHIRMEX*. Jest to wielomodułowe szkolenie dla chirurgów wojskowych, składające się z kilku części, przygotowujące ich do trudnych i specyficznych warunków pracy w rejonie misji zagranicznych. Warto odnotować również współpracę sojuszniczą z kontyngentem japońskim, w ramach ewakuacji poszkodowanego do placówki w Dżibuti³⁴⁴.

4.7.3. Konsolidacja szkolnictwa wyższego i działalności naukowo – badawczej wojskowej służby zdrowia poprzez utworzenie Akademii Medycznej Sił Zbrojnych (*Académie de Santé des Armées – ACASAN Val de Grace*)

Jednym z założeń planu ambicji strategicznych na rok 2030 jest konsolidacja sił i środków w domenach kształcenia, szkolenia, działalności naukowo – badawczej oraz innowacji. W tym celu powołano Akademię Medyczną Sił Zbrojnych (*ACASAN*), której działalność zainaugurował 9 kwietnia 2024 r. Minister Obrony Sebastien Lecornu, w asyście szefa Sztabu Generalnego, na terenie szkoły *Val de Grace*. Nowo utworzona instytucja przejęła w swoje podporządkowanie dwie uczelnie wyższe zajmujące się kształceniem personelu na potrzeby wojskowej służby zdrowia, w postaci wyżej wymienionej, na której obiektach odbyły się uroczystości oraz Zespołu Wojskowych Szkół Medycznych w Lyon (*EMSLB*). Pod jej jurysdykcję weszły również 3 instytucje, które w swoim statucie mają zapisaną działalność

³⁴³ B.d., *Le directeur central à la rencontre du personnel du SSA à Djibouti*, ActuSante, 2022, 164, s.10-11.

³⁴⁴ Dupre H.L., Loriau J. et al, *Neurochirurgie et choc hémorragique en Role 2 L'enseignement CACHIRMEX et la collecte de sang total mis en pratique au CMCIA Dominique Mattei de Djibouti*, Medecine et Armees, 2023, 49, s.23-37.

naukowo – badawczą. Należą do nich Wojskowy Instytut Badań Biomedycznych (*IRBA*), Centrum Epidemiologii i Zdrowia Publicznego Sił Zbrojnych (*Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées - CESPA*) oraz Służba Ochrony Radiologicznej Sił Zbrojnych (*SPRA*). Konsolidacja tak dużych zasobów w jednej instytucji ma w założeniu decydentów likwidować bariery między poszczególnymi instytucjami działającymi w dziedzinie kształcenia, szkoleń, badań naukowych i innowacji, dostosowując ich aktywności do wymagań związanych z konfliktem o dużej intensywności. Ma również poprawić pozycję wojskowej służby zdrowia na arenie krajowej i międzynarodowej przez podkreślenie jej charakteru jako struktury nowoczesnej, aktywnej i innowacyjnej. W końcu ma podnieść rangę uczelni *Val de Grace*, względem środowiska wojskowego oraz cywilnego³⁴⁵. Warto nadmienić, że dyrektor Akademii jest członkiem Konferencji dziekanów wydziałów lekarskich (*La conférence des doyens de médecine - CDD*), prestiżowej grupy określającej kierunki rozwojowe w kształceniu medycznym oraz strzegącej standardów nauczania we Francji³⁴⁶.

Działalność Akademii Medycznej Sił Zbrojnych ma być skoncentrowana na kształceniu, szkoleniu i przygotowaniu operacyjnym personelu wojskowej służby zdrowia do działania w warunkach konfliktu o dużej intensywności. Zadanie jest złożone z uwagi na szereg zmian, które wprowadzono w ostatnim czasie do programów edukacyjnych i szkoleniowych w siłach zbrojnych. M.in. przeprowadzono reorganizację trzeciego cyklu nauczania w szkole lekarskiej, wydłużając o jeden rok okres specjalistyczny. Światowa sytuacja geostrategiczna, niedawne zamachy terrorystyczne na terytorium Francji oraz aktywny lobbing decydentów wojskowej służby zdrowia spowodowały, że do programu wszystkich studiów medycznych we Francji wprowadzono nową specjalizację. Pod nazwą "Medycyna w warunkach wojennych lub w wyjątkowych sytuacjach zdrowotnych" jest fakultatywna dla cywilów, a obowiązkowa dla elewów wojskowych. Ma to mieć pozytywny wpływ na świadomość zagrożeń i przygotowanie personelu powszechnego systemu opieki zdrowotnej do wspierania wojskowej służby zdrowia w czasie kryzysu na wielką skalę, jakim niewątpliwie będzie konflikt z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym.

Fakt, że formacja ta będzie realizowana przez Akademię *Val de Grace* jest wyróżnieniem, ale powoduje zwiększone zapotrzebowanie jej struktur na fachowy personel dydaktyczny, co jest dodatkowym powodem zmartwień decydentów. Od dłuższego czasu znany jest problem z obsadzaniem stanowisk dydaktycznych i instruktorskich w uczelniach i centrach wojskowych. Przykład szkoły *EMSLB*, gdzie na jednego pracownika dydaktycznego przypada ponad dziewięć elewów, jest w kontekście braków kadrowych bardzo wyrazisty. Dla porównania należy wskazać, że w innych uczelniach wojskowych sytuacja jest diametralnie inna. W Akademii Wojskowej *Saint-Cyr Coëtquidan* stosunek ten wynosi niecałych dwóch elewów na jednego instruktora, w Szkole Marynarki Wojennej (*École navale*) nieznacznie ponad dwóch, a w Szkole Sił Powietrznych (*École de l'air et de l'espace*) 2,5 elewa na jednego pracownika kadry. Może być to szczególnie niezrozumiałe i irytujące dla personelu szkół medycznych oraz budzić wśród nich naturalne zniechęcenie, tym bardziej, że sytuacja ta trwa nie od dzisiaj. Nie lepiej pod tym względem jest w centrach szkoleniowych. W Centrum

³⁴⁵ b.d., *Le Service de santé des armées publie sa feuille de route 2024-2030*, [defense.gouv.fr](https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/service-sante-armees-publie-sa-feuille-route-2024-2030), 20.02.2024, dostęp : <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/service-sante-armees-publie-sa-feuille-route-2024-2030> (31.10.2024)

³⁴⁶ b.d., *Les Doyens des facultés de Médecine*, conferencedesdoyensdemedecine.org, 2020, dostęp : <https://conferencedesdoyensdemedecine.org/conferencedesdoyensdemedecine-org-ethique-et-deontologie/doyens-faculte-de-medecine/> (31.10.2024)

Medycznego Szkolenia Operacyjnego (*CeFOS*) za 15 000 dni formacyjnych w roku odpowiada teoretycznie 58 osób kadry instruktorskiej. Realizacja tak wymagającego procesu szkoleniowego jest możliwa tylko dzięki pomocy jednostek operacyjnych wojsk lądowych, które wydzielają swój najbardziej doświadczony personel (odpowiedzialny za 70% aktywności szkoleniowej centrum) do pomocy. Pomimo to dochodzi do przypadków odwoływania kursów z uwagi na brak kadry instruktorskiej. Dodatkowym obciążeniem tej instytucji jest nowo utworzona formacja w zakresie ratownictwa pola walki, która ma w założeniu dowódców nasycić pododdziały bojowe pierwszej linii personelem medycznym, przeszkolonym na poziomie podstawowym. Plany są bardzo ambitne. Zakładają wyszkolenie dwóch tysięcy operatorów ratownictwa (*les opérateurs de sauvetage - OPS*) do 2030 roku oraz od siedemdziesięciu do stu czterdziestu operatorów pierwszej pomocy na polu walki rocznie (*les opérateurs de premier secours au combat - OPSC*). Powodzenie tej misji w dużej mierze będzie zależało od władz Akademii, które muszą znaleźć receptę na kłopoty kadrowe. Podobnie trudna sytuacja panuje w Centrum Szkolenia i Symulacji Medycyny Operacyjnej (*CESimMO*), gdzie na 4 stanowiska etatowe znajdujące się w każdym z podzespołów obecnie są 3 wakaty. Również i w tej instytucji proces szkoleniowy jest ściśle uzależniony od wsparcia z zewnątrz³⁴⁷.

Oprócz zarządzania procesem kształcenia i szkolenia Akademii wyznaczono jeszcze inne zadania. Uczelnia została wskazana jako główny wykonawca dostosowania systemu dowodzenia i zarządzania zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych Francji na teatrze działań (*Command and Control Medical – C2MED*) do uwarunkowań sojusznich i działania w ramach sił połączonych. Powszechna jest wiedza o braku zdolności państw europejskich do samodzielnego rozwinięcia kompletnego łańcucha ewakuacyjno – leczniczego w warunkach masowych strat sanitarnych, jakie będą następstwem prowadzenia konfliktu o dużej intensywności przez długi okres czasu. Konieczna będzie wielopoziomowa współpraca i koordynacja działań, do których już teraz należy opracować procedury i dokumenty normatywne. Niezbędne są cykliczne ćwiczenia doskonalące kooperację pomiędzy poszczególnymi komponentami narodowymi. Aktywność uczelni uzupełniają badania naukowe i innowacje, które m.in. mają koncentrować się na poszukiwaniu zastosowań dla sztucznej inteligencji, w której decydenci upatrują częściowego rozwiązania problemu niedoborów zasobów ludzkich. Akademia ma być również centrum monitoringu i ekspertyz obejmującym całe spektrum opieki zdrowotnej w siłach zbrojnych, w tym podczas operacji zagranicznych. Umożliwić ma to integracja w swoich strukturach Obserwatorium zdrowia żołnierzy i weteranów wojska (*Observatoire de la santé des militaires et des vétérans*)³⁴⁸.

³⁴⁷ Raport Trybunału Obrachunkowego (*Cour de Comptes*) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*), dostęp : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-service-de-sante-des-armees-une-capacite-consolider> (13.11.2024)

³⁴⁸ b.d., *Le Service de santé des armées publie sa feuille de route 2024-2030*, [defense.gouv.fr](https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/service-sante-armees-publie-sa-feuille-route-2024-2030), 20.02.2024, dostęp : <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/service-sante-armees-publie-sa-feuille-route-2024-2030> (01.11.2024)

ROZDZIAŁ V

Rekomendacje dla wojskowej służby zdrowia w Polsce

W rozdziale przedstawiono konkretne rekomendacje dotyczące kroków jakie – zdaniem autora - należy podjąć w stosunku do polskiej wojskowej służby zdrowia. Wypracowano je na podstawie wniosków z badań struktury, organizacji oraz doświadczeń jednostek i instytucji medycznych w siłach zbrojnych Francji. Zmiany te pomogą dostosować się służbie medycznej wojska polskiego do aktualnych wyzwań natury geostrategicznej. Środowisko bezpieczeństwa państwa polskiego stale się pogarsza, w szczególności po inwazji wojsk Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, połączonej z agresywną retoryką elit rosyjskich w kierunku Polski i innych członków NATO. Niezmiernie ważne jest to, że znaczącą poprawę jakości zabezpieczenia medycznego codziennej i operacyjnej działalności Sił Zbrojnych RP można uzyskać bez istotnego zwiększania nakładów finansowych. Kluczem do sukcesu są zmiany organizacyjne oraz strukturalne na szczeblach dowódczych i zarządczych wojskowej służby zdrowia. Konieczna jest zmiana mentalności decydentów, planistów i wykonawców w postaci personelu medycznego instytucji, jednostek oraz placówek medycznych w siłach zbrojnych. Skutkiem będzie otwarcie się całego środowiska na nowe pomysły, niebędące w kanonie dotychczasowych doktryn, instrukcji i procedur.

5.1. Struktura organizacyjna

5.1.1. Stan obecny

Wojskowa służba zdrowia w Polsce, podobnie jak inne tego rodzaju służby na całym świecie, powinna być odrębnym podmiotem, np. w ramach DGRSZ (*Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia*). Musi mieć jasno określoną strukturę organu dowodzenia, z dowódcą w randze generalskiej na czele. Obecna sytuacja, charakteryzująca się istnieniem wielu instytucji, podległych różnym dowódcom, sprawia, że nie istnieje jedna struktura hierarchiczna, która jest podstawą prawidłowego funkcjonowania sił zbrojnych. Powoduje to brak możliwości koordynacji i kierowania działaniami na rzecz rozwoju służby medycznej oraz sytuację, w której nie ma indywidualnej odpowiedzialności za całokształt procesów zachodzących w medycznych komponentach Wojska Polskiego. Utrudniony jest również proces decyzyjny w kluczowych dla służby kwestiach, jak zabezpieczenie medyczne operacyjnej działalności sił zbrojnych w kraju i za granicą, efektywny proces kształcenia medycznego w ramach instytucji wojskowych, ujednolicone szkolenia medyczne żołnierzy oraz zaopatrzenie jednostek i instytucji medycznych w odpowiedni do realizacji zadań sprzęt.

W *Inspektoracie Rodzajów Wojsk w Dowództwie Generalnym Rodzajów Sił Zbrojnych* działa wspomniany *Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia*, odpowiadający za tworzenie warunków i wytyczanie kierunków szkolenia medycznego oraz merytoryczny nadzór nad nim. Instytucja ta jest odpowiedzialna za przygotowanie sił i środków do zabezpieczenia i wsparcia działań bojowych w ramach operacji sojuszniczych, koalicyjnych, międzynarodowych oraz udział w akcjach ratowniczych w sytuacjach kryzysowych. Jest również gestorem w stosunku do sprzętu używanego w jednostkach podległych³⁴⁹.

W *Inspektoracie Wsparcia* działa *Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej (WOFiTM)* w Celestynowie. Jest on centralnym organem zaopatrującym Wojsko Polskie

³⁴⁹ B.d., Inspektorat Rodzajów Wojsk, [wojsko-polskie.pl](https://www.wojsko-polskie.pl/dgrsz/IRW/), dostęp: <https://www.wojsko-polskie.pl/dgrsz/IRW/> (07.08.2023)

w produkty lecznicze, wyroby medyczne i sprzęt służby zdrowia na potrzeby szpitali i przychodni wojskowych oraz zabezpieczenia medycznego jednostek operacyjnych. Realizuje te zadania poprzez planowanie, zakupy, przechowywanie i wydawanie do odbiorcy potrzebnego asortymentu medycznego³⁵⁰.

Departamentowi Wojskowej Służby Zdrowia podporządkowane są wojskowe szpitale i przychodnie, instytuty naukowo-badawcze, wojskowe centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa oraz wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej. Zadaniem tej instytucji jest, m.in. wyznaczanie kierunków rozwoju w systemie ochrony zdrowia, w tym opieki psychologicznej i orzecznictwa lekarskiego oraz nadzór merytoryczny nad kształceniem zawodowym personelu medycznego w siłach zbrojnych. Będąc strukturą bezpośrednio podległą Ministrowi Obrony Narodowej DWSZ jest praktycznie poza jurysdykcją dowództwa sił zbrojnych³⁵¹.

Podniesienie rangi dowódcy wojskowej służby zdrowia i przekazanie całości przedsięwzięć związanych z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych jednej instytucji o hierarchicznej strukturze z odpowiednimi działami, które przejmą zadania podmiotów z różnych komponentów sił zbrojnych usprawni zarządzanie, proces decyzyjny i spowoduje gigantyczne oszczędności zasobów ludzkich i materialnych.

5.1.2. Proponowany schemat struktury dowodzenia wojskowej służby zdrowia

Warunkiem bezsprzecznym do poprawnego działania każdej struktury hierarchicznej, jaką niewątpliwie są siły zbrojne, jest wskazanie w dokumentach normatywnych organu zarządczego oraz określenie jego kompetencji. Niezbędne jest jasne i precyzyjne postawienie zadań dla poszczególnych osób funkcyjnych działających w jego ramach oraz określenie zakresu współpracy i zależności służbowych pomiędzy nimi. W ramach struktury kierowniczej należy wyodrębnić komórki funkcyjne wspierające działalność dowódcy (szefa), które umożliwią mu podejmowanie odpowiednich decyzji, w domenach zarządzania, planowania, organizacji i nadzoru. Zadania dla tych komórek nie mogą się ze sobą powielać, gdyż spowoduje to nakładanie się wzajemnych kompetencji i marnotrawienie zasobów ludzkich. Wyznaczenie dla szefa wojskowej służby zdrowia odpowiednio wysokiego stanowiska służbowego pozytywnie wpłynie na jego rangę w stosunku do innych dowódców rodzajów wojsk i ułatwi mu wzajemne stosunki w ramach struktur sojusznicznych.

Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia

- Szef zarządu, lekarz, na stanowisku szeregowanym do stopnia wojskowego min. generała dywizji.
- Z-ca szefa w stopniu min. generała brygady.
- Grupa doradcza ds. przedsięwzięć planistyczno-organizacyjnych:
 - doradca ds. operacji;
 - doradca ds. strategii zdrowotnej;
 - doradca ds. zasobów.
- Grupa doradcza ds. kompetencji zawodowych.
- Komponent wykonawczy:

³⁵⁰ B,d., *Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej (WOFiTm) – zadania*, wofitm.wp.mil.pl, dostęp: <https://wofitm.wp.mil.pl/pl/pages/zadania-2017-01-16-4/> (07.08.2023)

³⁵¹ Zeidler J., *Departament Wojskowej Służby Zdrowia*, gov.pl, 14.03.2023, dostęp: <https://www.gov.pl/web/obrona-narodowa/departament-wojskowej-sluzby-zdrowia> (07.08.2023)

- departament ds. zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych, odpowiedzialny za realizację całości przedsięwzięć związanych z działalnością personelu medycznego w jednostkach operacyjnych sił zbrojnych, w codziennej realizacji zadań w kraju i w ramach misji poza granicami,
- departament szpitalny, nadzorujący wszystkie wojskowe szpitale i przychodnie, w tym szpitale profilaktyczno - lecznicze;
- departament kształcenia, szkolenia oraz badań naukowych i innowacji, pełniący rolę nadrzędną dla wojskowych uczelni, instytutów naukowo - badawczych i jednostek szkoleniowych;
- departament zaopatrzenia medycznego, zrzeszający wszystkie podmioty realizujące zaopatrywanie w środki i materiały medyczne, w tym wojskowe stacje krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- departament cyfryzacji, odpowiedzialny za stworzenie i utrzymywanie sprawnego i bezpiecznego systemu teleinformatycznego zarządzającego danymi przetwarzanymi w instytucjach i jednostkach wojskowej służby zdrowia;
- departament zarządzania zasobami ludzkimi, mający za zadanie utrzymywać na odpowiednim poziomie stany personalne w służbie, szczególnie poprzez zapewnienie atrakcyjnej ścieżki kariery żołnierzom, wykorzystywanie ich indywidualnych predyspozycji oraz stworzenie systemu aktywnej rezerwy wspierającej działalność bieżącą wojskowej służby zdrowia oraz reagowanie w sytuacjach kryzysowych.

5.2. Zabezpieczenie medyczne działalności operacyjnej sił zbrojnych

Jednym z największych wyzwań przed którym stoi wojskowa służba zdrowia w Polsce jest ujednolicenie i określenie etatowych struktur medycznych zabezpieczających działanie jednostek operacyjnych w czasie „P” i „W”. Elementem opieki medycznej o najwyższym stopniu referencyjności są szpitale wojskowe, odpowiadające za poziom IV zabezpieczenia medycznego, wg. standardów NATO. Placówki te dobrze wywiązywały się ze swojej roli podczas konfliktów o niskiej intensywności w Iraku i Afganistanie. Napływ poszkodowanych do polskich szpitali nie był znaczący, a ich stan był z reguły ustabilizowany po pobycie w sojuszniczych placówkach pośrednich (np. w amerykańskim szpitalu w Landstuhl). Istnieje duże prawdopodobieństwo, że obecne siły i środki polskich szpitali wojskowych są zdecydowanie niewystarczające do przyjęcia masowej ilości rannych w wyniku udziału polskich sił zbrojnych w konflikcie o dużej intensywności. Rozwiązaniem na wzór francuski jest zaangażowanie instytucji cywilnych do zabezpieczenia medycznego poziomu IV, uwalniając zasoby wojskowe do rozwijania struktur polowych poziomu III. W Polsce do tej roli przeznaczone są zaledwie **dwa** szpitale polowe, mające w teorii zabezpieczać działania szczebla dywizji. Biorąc pod uwagę, że obecnie w Siłach Zbrojnych RP funkcjonują **cztery** dywizje, a **piąta** jest formowana, liczba tych placówek na pewno jest niewystarczająca. Strukturami zabezpieczającymi działanie pododdziałów na szczeblu brygady były do niedawna *Grupy Zabezpieczenia Medycznego*.

W większości jednostek zostały one jednak rozformowane (personel przeniesiono do dwóch szpitali wojskowych, a sprzęt rozdysponowano do innych jednostek) i obecnie istnieją jedynie w etatach czasu wojny. Zabezpieczenie medyczne i wszystkie organizacyjne aspekty związane ze służbą zdrowia spoczywają na strukturach batalionowych, czyli *Zespołach Ewakuacji Medycznej (ZEM)* i *Zespołach Zabezpieczenia Medycznego (ZZM)*. Te nie posiadają

odpowiednich sił i środków do realizacji tych zadań na odpowiednim poziomie. Niedobory kadrowe w tych komponentach powodują nadmierne eksploatowanie personelu medycznego oraz mają negatywny wpływ na stopień wyszkolenia żołnierzy.

Jednostki i instytucje wojskowej służby zdrowia muszą aktywnie zabiegać o kandydatów do służby w swoich strukturach. Należy zwiększać atrakcyjność służby wojskowej w strukturach medycznych (konkurencyjne do środowiska cywilnego zarobki, możliwość specjalizacji w szczególnie pożądanym dla sił zbrojnych dziedzinach medycyny jak chirurgia, medycyna ratunkowa, anestezjologia, spersonalizowana ścieżka rozwoju). Stanowiska służbowe w jednostkach operacyjnych jak szpitale polowe, grupy zabezpieczenia medycznego i zespoły zabezpieczenia medycznego powinny być obsadzane w pierwszej kolejności przez absolwentów wydziału lekarskiego *Kolegium Wojskowo-Lekarskiego* na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Jest to obecnie jedyna placówka dydaktyczna szkoląca lekarzy wojskowych na potrzeby sił zbrojnych. Niska atrakcyjność służby wojskowej, w szczególności w jednostkach operacyjnych, powoduje powszechne braki kadrowe w tych strukturach. Jednym z rozwiązań tej sytuacji powinno być wykorzystanie potencjału ratowników medycznych i pielęgniarzy. Po spełnieniu wymaganych kryteriów (uzyskanie tytułu magistra, ukończenie kursu oficerskiego oraz szkolenie doskonalącego na wymaganym stanowisku), taki personel doskonale sprawdzi się na stanowiskach etatowych w korpusie oficerskim, takich jak doradca dowódcy ds. spraw medycznych lub zastępca dowódcy GZM.

5.2.1. Szpitale polowe

Zmianom należy poddać koncepcję użycia szpitali polowych w roli placówek poziomu III zabezpieczenia medycznego. Doświadczenia z wojny na Ukrainie mówią o stratach sanitarnych liczonych w setkach dziennie. Funkcjonowanie w poprawnie działającym łańcuchu leczniczo-ewakuacyjnym w takich warunkach będzie wymagało znacznie większych zasobów ludzkich i materiałowych niż posiadają obecnie szpitale polowe. Rozwiązaniem może być przejęcie ich roli przez szpitale wojskowe. Struktury polowe powinny mieć możliwości do rozwijania mniejszych komponentów, takich jak mobilne zespoły chirurgiczne i reanimacyjne. Zespoły te, powinny być wzmocnieniem, w razie potrzeby, struktur na poziomie taktycznym (brygadowych i batalionowych), poszerzając ich możliwości diagnostyczno-lecznicze w bezpośredniej bliskości walczących wojsk. Struktura chirurgiczna rozwinięta w terenie przygodnym, przy ograniczonych siłach i środkach, może znacznie zwiększyć szanse żołnierzy na przeżycie.

Wydaje się, że rozwinięcie tak dużej polowej struktury jak szpital może być w warunkach wojennych niewykonalne, w szczególności podczas konfliktu z przeciwnikiem o większym potencjale bojowym. Zbyt wymagające warunki taktyczne (mobilność, maskowanie), ograniczona infrastruktura (brak dostępu do elektryczności i bieżącej wody) oraz niewystarczające siły i środki wojskowej służby zdrowia sprawiają, że działanie szpitali polowych może być niemożliwe. Lukę w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych wg. standardów NATO, w warunkach wojennych na terenie Polski, mogą wypełniać szpitale wojskowe.

ZESPÓŁ LEKARSKI:

- anestezjolog
- chirurg ogólny
- chirurg urazowy
- chirurg o specjalności w zakresie głowy i szyi (neurochirurg, otolaryngolog lub chirurg twarzowy)

ZESPÓŁ PIEŁĘGNIARSKI:

- pielęgniarz anestezyjologiczny x 2;
- pielęgniarz bloku operacyjnego x 2;
- ratownik medyczny – x 4

PODOFICER LOGISTYKI MEDYCZNEJ

CZTERY CZĘŚCI NA BAZIE NAMIOTÓW:

- stanowisko triażu, miejsce wstępnej segregacji i nadania priorytetu ewakuacyjnego;
- sala reanimacyjna złożona z dwóch symetrycznych stanowisk;
- blok operacyjny;
- sala intensywnego nadzoru składająca się z 4 łóżek, pacjentów oczekujących na ewakuację na wyższy poziom opieki medycznej.

Rycina 11. Schemat proponowanej struktury zespołu reanimacyjno – chirurgicznego (opracowanie własne).

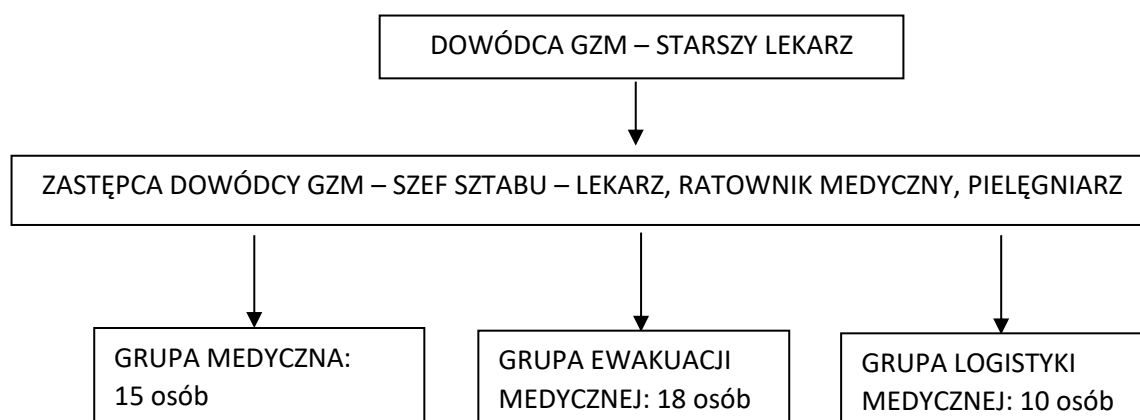
5.2.2. Grupy Zabezpieczenia Medycznego

Konieczne jest ponowne sformowanie *Grup Zabezpieczenia Medycznego (GZM)* na szczeblu pułk / brygada, w jednostkach które obecnie posiadają taką strukturę tylko na czas „W”. Tam, gdzie GZM funkcjonują również w czasie „P”, należy je zreorganizować, poszerzając ich zakres działania i odpowiedzialności. Spowoduje to konsolidację wszystkich przedsięwzięć związanych z zabezpieczeniem medycznym jednostki oraz profilaktyką zdrowotną w jednym miejscu. Grupy te, przypisane do swoich jednostek, w ramach których prowadzą działalność, powinny być przygotowane do odpowiednich dla nich środowisk walki. W wojskach aeromobilnych personel i sprzęt medyczny musi być dostosowany do szybkiego przerzutu drogą powietrzną. Każdy żołnierz GZM powinien być dopuszczony do skoków spadochronowych (odpowiednia ilość oddanych skoków w rozliczeniu rocznym, pozytywna kwalifikacja lekarska), a sprzęt medyczny spakowany w skrzynie, gotowe do zrzutu. Konieczne jest również stworzenie zaplecza sił specjalnych w postaci personelu medycznego zdolnego do oddania skoku z dużej wysokości (*HAHO*, *HALO*³⁵²) i znającego realia działania w tego typu zespołach. W wojskach pancernych i zmechanizowanych personel medyczny powinien znać podstawowe zasady walki obowiązujące w tych rodzajach wojsk i posiadać odpowiednio opancerzony sprzęt, pozwalający działać medykom w zwartych formacjach bojowych.

³⁵² *HAHO* – high altitude high ouverture (skok z dużej wysokości, powyżej 4 tys m., otwarcie spadochronu na dużej wysokości, pozwalające na powolne opadanie w powietrzu i skrytą infiltrację rejonu działania). *HALO* – high altitude, low ouverture (skok z dużej wysokości, otwarcie spadochronu na niskim pułapie, umożliwiające szybkie dotarcie na ziemię, unikając wrogiej detekcji i likwidacji skoczka będącego w powietrzu).

Dowódca GZM w tej strukturze jest koordynatorem całości przedsięwzięć związanych z zabezpieczeniem medycznym działań bojowych na szczeblu brygady (pułku), nadzorującym rozstawienie i pracę polowej struktury medycznej, tj. *Brygadowego Punktu Medycznego - BPM*. Element ten odpowiada za poziom I zabezpieczenia medycznego oraz ewentualnie poziom II, po wzmocnieniu tej struktury przez szczebel nadrzędny takimi elementami jak zespoły chirurgiczno – reanimacyjne, polowy sprzęt do podstawowej diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej oraz baza łóżkowa w ograniczonym zakresie. Takie wzmocnienie *BPM*, wydzielone ze szpitali polowych, spowoduje rozszerzenie możliwości ratowania życia poszkodowanych według procedury „*damage control*”³⁵³. Skróci to maksymalnie drogę rannych z pola bitwy na stół operacyjny, co będzie miało decydujący wpływ na ich większą przeżywalność.

BPM powinien mieć charakter mobilny i modułowy, najlepiej na bazie namiotów, szybko składanych, tak aby nie opóźniał manewrów związku taktycznego i był w stanie błyskawicznie przemieszczać się, w razie ataków przeciwnika. Standardem powinno być wykorzystanie zasobów infrastruktury lokalnej, najlepiej z istniejącym zapleczem sanitarnym jak ośrodki zdrowia, pensjonaty oraz obiekty sportowe. Główną rolą *BPM* jest zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych i ewakuacja poszkodowanego na wyższy poziom opieki medycznej. Do ewakuacji medycznej na tym poziomie, konieczne jest posiadanie odpowiednich środków transportowych, jak pojazdy wielonoszowe mogące ewakuować jednocześnie większą liczbę poszkodowanych w pozycji leżącej. Błędem jest brak wersji rozwojowych i wycofanie pojazdów typu *Star 266* w wersji ambulansu wielonoszowego mogącego transportować jednocześnie dziesięciu pacjentów. Duża pojemność pojazdu połączona z wysoką mobilnością w terenie, dawała medykom wielokrotnie większe możliwości adaptacyjne do zmiennych warunków pola walki niż inne środki transportu jak np. autobusy pozyskiwane z gospodarki narodowej, dostosowywane do potrzeb ewakuacji medycznej. Bardzo dobrym rozwiązaniem była sala opatrunkowa na pojeździe ciężarowo – terenowym, będąca do niedawna na wyposażeniu jednostek operacyjnych sił zbrojnych. Niestety i w tym przypadku nie zadbano o rozwojowe wersje tego sprzętu.



Rycina 12. Proponowany schemat struktury Grupy Zabezpieczenia Medycznego (opracowanie własne).

³⁵³ Procedura polegająca na jak najszybszej eliminacji przyczyny bezpośredniego zagrożenia życia (najczęściej masywnych krwotoków) poprzez interwencję chirurgiczną.

- Grupa medyczna:
 - lekarz³⁵⁴ x 3;
 - pielęgniarz / ratownik medyczny x 6;
 - ratownik / sanitariusz x 6;
 - zestaw medyczny typu BPM na bazie skrzyń transportowych.
- Grupa ewakuacji medycznej:
 - GEM typu S (lekarz, ratownik medyczny i kierowca - ratownik) x 2;
 - GEM typu P (ratownik medyczny x 2, kierowca – ratownik) x 4;
 - ambulans sanitarny wielonoszowy (min. 10 osobowy) x 2;
 - ambulans sanitarny wielonoszowy (4 osobowy) x 3;
 - ambulans sanitarny jednonoszowy x 1.
- Grupa logistyki medycznej:
 - podoficer specjalista w zakresie techniki medycznej (technik medyczny);
 - podoficer ds. zaopatrzenia;
 - podoficer specjalista w zakresie techniki wojskowej (technik pododdziału);
 - kierowca - sanitariusz – x 3;
 - samochód ciężarowo – terenowy typu Multilift x 1 z kontenerem transportowym;
 - samochód osobowo – terenowy – x 2.

Z uwagi na duże koszty utrzymywania tak rozwiniętych struktur i braki kadrowe personelu medycznego w siłach zbrojnych, część stanowisk służbowych może być obsadzone przez żołnierzy rezerwy. W takim przypadku konieczne jest cykliczne (min. raz w roku) szkolenie w warunkach poligonowych całości sił i środków GZM, przy udziale rezerwistów, służących na swoich stałych stanowiskach funkcyjnych. Pozwoliło to na zgrywanie i zapoznawanie się ze sobą personelu i bezkolizyjne przejście struktury do działania po mobilizacyjnym rozwinięciu. Kluczowe jest obsadzenie najważniejszych stanowisk etatowych dla prawidłowego działania jednostki w czasie „P”, czyli dowódcy, podoficerów ds. zaopatrzenia, techniki medycznej i wojskowej i innych osób funkcyjnych w każdej z grup, przez żołnierzy zawodowych.

GZM w swojej codziennej działalności powinien zabezpieczać wszystkie aspekty profilaktyki zdrowotnej żołnierzy jednostki. Należy stworzyć system teleinformatyczny, w którym upoważniony personel medyczny będzie przetwarzał i przechowywał dane medyczne. Lekarz jednostki powinien mieć pełną wiedzę dotyczącą historii choroby, chorób przewlekłych, przyjmowanych leków, alergii, przebytych szczepień oraz stanu uzębienia każdego żołnierza. Jest to konieczne do określania ich zdolności operacyjnej oraz pozwoli personelowi medycznemu na lepsze planowanie zabezpieczenia medycznego działań jednostki, poprzez zastosowanie celowanej profilaktyki oraz dobór odpowiednich leków. System ten powinien obejmować również wojskowe szpitale i komisje lekarskie, w celu usprawnienia leczenia specjalistycznego oraz orzekania zdolności do służby wojskowej.

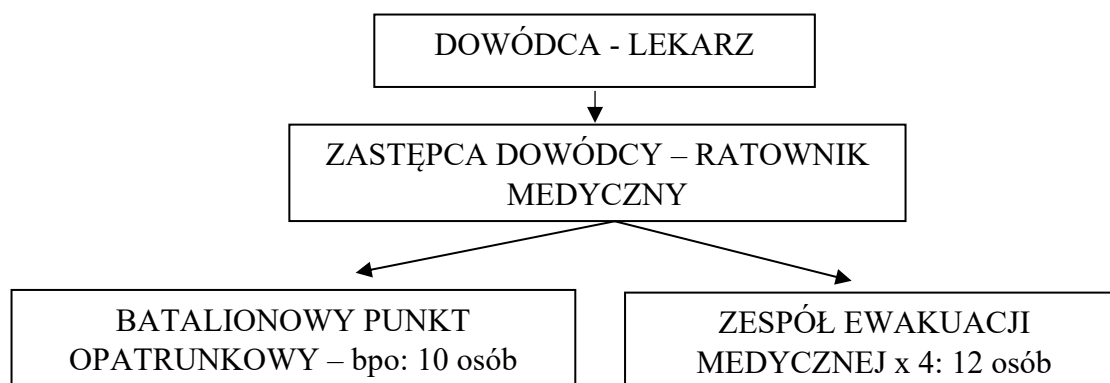
Lekarze *GZM* powinni prowadzić codzienne konsultacje dla żołnierzy jednostki i w poważniejszych przypadkach kierować ich do leczenia specjalistycznego w szpitalach i przychodniach wojskowych.

³⁵⁴ Preferencyjnie o specjalizacji lub w jej trakcie w dziedzinie medycyny ratunkowej. W przypadku innych specjalizacji lekarskich, konieczna jest formacja i znajomość zasad działania ratowniczego w zdarzeniach masowych i katastrofach.

5.2.3. Zespoły Zabezpieczenia Medycznego

Elementem zabezpieczającym funkcjonowanie batalionu powinny być *Zespoły Zabezpieczenia Medycznego*, odpowiedzialne za rozstawienie i działanie polowej struktury medycznej w postaci *batalionowego punktu opatrunkowego – bpo*. Z uwagi na jego bezpośrednią styczność z walczącymi pododdziałami, komponent ten jest kluczowym elementem dla poprawnego działania łańcucha ewakuacyjno – leczniczego. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że natychmiastowe wyeliminowanie przyczyny pogarszającego się stanu poszkodowanego (zatrzymanie krwawienia, udrożnienie dróg oddechowych), szybka stabilizacja podstawowych czynności życiowych i ewakuacja na kolejny poziom zabezpieczenia medycznego wydatnie zwiększają szansę przeżycia poszkodowanych na polu walki. *ZZM* powinny być wyposażone w sprzęt wojskowy tożsamy z pododdziałami w strukturze, których działają, dostosowany do szybkich zmian położenia w wyniku manewrów taktycznych lub ostrzału przeciwnika. Przy organizowaniu *bpo*, w pierwszej kolejności zalecane jest korzystanie z infrastruktury cywilnej, oferującej schronienie oraz zaplecze sanitarne i dostęp do bieżącej wody. Jeżeli jest to niemożliwe należy wykorzystać zasoby własne, na które powinny się składać namioty oraz gotowe zestawy medyczne, zapakowane w skrzynie transportowe, oznaczone według kategorii asortymentu w nich się znajdującego.

Dowódcą *ZZM* powinien być lekarz, odpowiedzialny za całość przedsięwzięć związanych z zabezpieczeniem medycznym i profilaktyką zdrowotną batalionu. W czasie codziennej służby w garnizonie oficer ten może wspierać pracę *GZM*, łącząc czas służby w jednostce ze specjalizacją w placówkach szpitalnych. W warunkach poligonowych oraz w szczególności podczas realnego zabezpieczenia działań bojowych *bpo*, powinien być wspierany przez lekarzy ze szczebli nadrzędnych. Dowódca *bpo* musi być w ciągłym kontakcie z dowódcą pododdziału, pełnić funkcję jego doradcy, analizować ryzyka związane z zabezpieczeniem medycznym i sytuacją sanitarno – epidemiologiczną oraz brać czynny udział w procesach planistycznych i operacyjnych.



Rycina 13. Proponowany schemat struktury *Zespołu Zabezpieczenia Medycznego* (opracowanie własne).

- bpo:
 - ratownik medyczny x 4;
 - ratownik x 4;
 - kierowca – ratownik x 2;
 - zestaw medyczny typu bpm;
 - samochód ciężarowo – terenowy x 1;

- samochód osobowo – terenowy x 1.
- ZEM:
- ZEM (ratownik medyczny x 2, kierowca – ratownik) x 4
- ambulans sanitarny wielonoszowy – 3;
- ambulans sanitarny jednonoszowy – 1.

5.2.4. Sekcje medyczne

Każda kompania powinna posiadać *sekcję medyczną – SM*, złożoną z ratownika medycznego – dowódcy sekcji i kierowcy - ratownika, podporządkowaną bezpośrednio dowódcy kompanii. *SM* na polu walki organizuje *Punkt zbiórki poszkodowanych – PZP*, w którym głównym zadaniem dla personelu medycznego jest segregacja rannych, nadanie im odpowiedniego do odniesionych obrażeń priorytetu ewakuacyjnego oraz wykonanie podstawowych czynności ratujących życie (zatrzymanie masywnych krwawień i udrożnienie dróg oddechowych). Kluczowa na tym etapie jest jak najszybsza ewakuacja poszkodowanego na kolejny poziom opieki medycznej, również przy wykorzystaniu przygodnych środków transportu (*Casevac*). Ratownicy sekcji medycznej będą posiadać na swym wyposażeniu bardzo ograniczone środki medyczne, zgromadzone w swoich plecakach, toteż długotrwała opieka nad poszkodowanymi na tym poziomie zabezpieczenia jest obciążona dużym ryzykiem ich śmierci oraz będzie powodować szybkie wyczerpanie zasobów materiałowych i ludzkich.

Każdy pluton, w szczególności na kompaniach bojowych, powinien posiadać ratownika plutonu, wyposażonego w plecak medyczny. Warunkiem minimalnym do objęcia takiego stanowiska musi być posiadanie ważnego dyplomu ukończenia kursu *kwalifikowanej pierwszej pomocy – KPP* oraz szkolenia z ratownictwa pola walki (*Combat Lifesaver - CLS*). Dopiero tak wyszkoleni ratownicy będą posiadać odpowiednie kompetencje do zabezpieczenia medycznego szkolenia na poziomie kompanii, w tym ogniowego. Sytuacja obecna, w której wiele codziennych przedsięwzięć szkoleniowych, nie wiążących się z dużym ryzykiem urazowym, wymaga zabezpieczenia pełnego zespołu medycznego (trzech żołnierzy) ze składu *ZZM* lub *ZEM* wraz z ambulansem sanitarnym, jest trudna do zaakceptowania. Marnowane są siły i środki, które mogą być użyte do innych, ważniejszych przedsięwzięć, np. doskonalenia własnego personelu medycznego w instytucjach szkoleniowych oraz w podmiotach powszechnego systemu opieki zdrowotnej, zapewniając jednocześnie jego wymierne wsparcie.

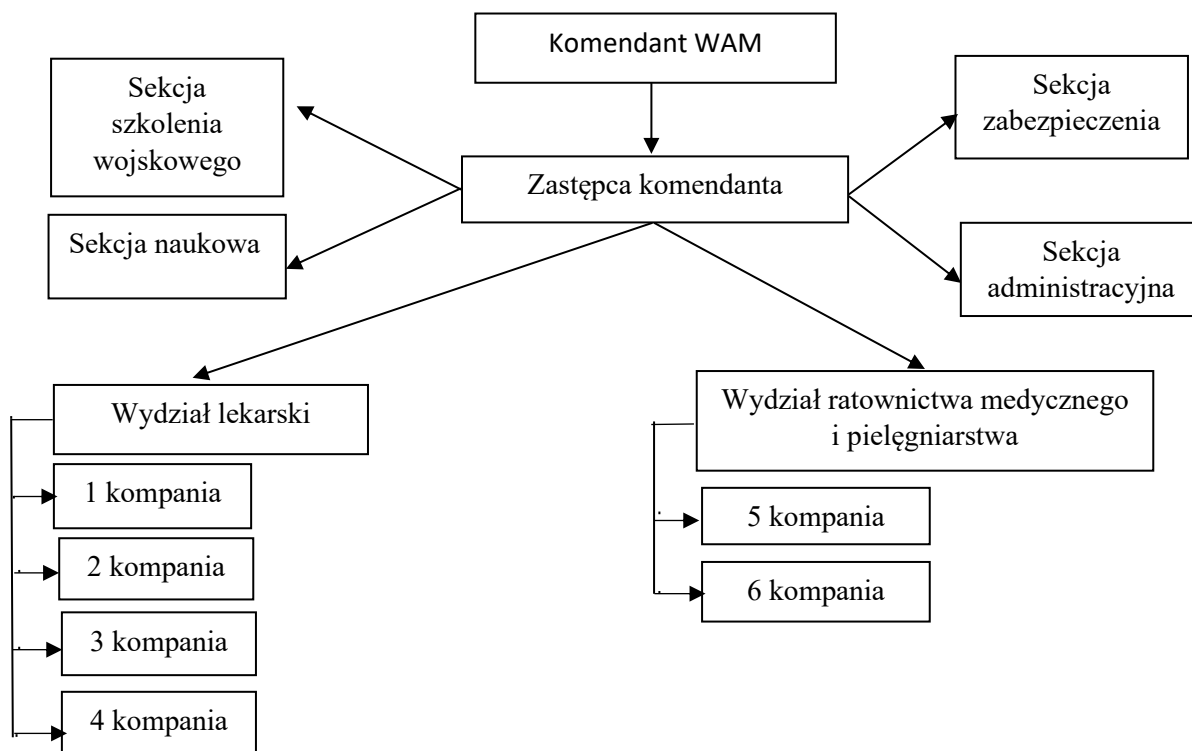
Ostatnim elementem zabezpieczenia medycznego wymagającym natychmiastowych czynności naprawczych, nie mniej ważnym od innych, są indywidualne umiejętności każdego żołnierza i ich zdolność do radzenia sobie w nagłej sytuacji zagrożenia życia. Należy dążyć do sytuacji, w której wszyscy członkowie sił zbrojnych posiadają przeszkolenie w zakresie *CLS* oraz mają na wyposażeniu *indywidualny pakiet medyczny – IPMed*. Wszelkie dostępne badania podejmujące tematykę obrażeń bojowych i śmiertelności w ostatnich konfliktach zbrojnych, wskazują na kluczowe znaczenie samopomocy i pomocy koleżeńskiej dla rokowań poszkodowanych. Czynności ratujące życie muszą być wykonane w pierwszych minutach po odniesieniu ran, zanim poszkodowani nie znajdą się pod opieką specjalistycznego personelu medycznego. Powszechne szkolenie żołnierzy w zakresie czynności ratujących życie na polu walki pozytywnie wpłynie na ich morale i pewność siebie oraz ułatwi pracę personelowi medycznemu w godzinie próby, jaką będzie udział w wojnie na pełną skalę.

5.3. Kształcenie i szkolenie medyczne w Siłach Zbrojnych RP

System kształcenia kadr medycznych na potrzeby Wojska Polskiego jest obecnie całkowicie niewydolny. W każdym z korpusów osobowych braki kadrowe liczone są w setkach. Zmiany należy rozpocząć od odtworzenia uczelni wyższej, kształcącej lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarzy na potrzeby sił zbrojnych. Istnienie takiej instytucji, np. pod dawną jej nazwą, czyli *Wojskowej Akademii Medycznej*, jest gwarantem ciągłości procesu pozyskiwania profesjonalnej kadry medycznej dla wojskowej służby zdrowia. Pozwoli również stworzyć centrum eksperckie w dziedzinie medycyny wojskowej, przyspieszając i usprawniając kształcenie wojskowych medyków. Nabór do uczelni powinien być prowadzony w środowisku cywilnym dla wydziału lekarskiego oraz cywilnym i wojskowym dla wydziałów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego. Nakreślając cele rekrutacyjne należy mieć świadomość ograniczeń związanych ze słabnącym zainteresowaniem służbą wojskową w społeczeństwie oraz zapaścią demograficzną państwa polskiego.

W reaktywowanym *WAM* studenci ze wszystkich kierunków, naukę zawodu medycznego będą łączyć ze szkoleniem wojskowym. Kształcenie medyczne powinno być realizowane przez uczelnie cywilne, jak obecnie odbywa się to w ramach nauki w *Kolegium Wojskowo – Lekarskim Uniwersytetu Medycznego* w Łodzi. Pozwoli to na utrzymanie wysokiego poziomu nauczania, nieosiągalnego dla środowiska wojskowego oraz spowoduje maksymalne wykorzystanie już istniejącej bazy materiałowo – dydaktycznej. Prawdziwym wyzwaniem jest stworzenie funkcjonującego systemu szkolenia wojskowego, ze szczególnym uwzględnieniem medycyny pola walki. Taka formacja powinna odbywać się w ramach zajęć dydaktycznych, w warunkach stacjonarnych i poligonowych. Najtrudniejsze będzie pozyskanie fachowej kadry, z odpowiednim doświadczeniem i zdolnościami do przekazywania wiedzy. Należy unikać desygnowania do tego zadania personelu ze środowiska cywilnego, bez doświadczenia wojskowego i znajomości specyfiki żołnierskiej służby. Przyszli lekarze, pielęgniarze i ratownicy medyczni muszą otrzymać solidną bazę w postaci podstawowego wyszkolenia wojskowego przed objęciem ważnych stanowisk w jednostkach operacyjnych. Powinno to być obowiązkowym etapem w karierze każdego żołnierza służby zdrowia. Kierowanie absolwentów uczelni lekarskiej do instytucji wojskowych, bez poznania specyfiki służby w jednostce wojskowej, jej struktur i praktycznych aspektów zabezpieczenia medycznego pododdziałów jest błędem, skutkującym niekompletnym wykształceniem wojskowym lekarzy. W wyniku tego również operacyjna część sił zbrojnych boryka się z największymi brakami kadrowymi. Status prawny studentów uczelni z naboru cywilnego musi być tożsamy ze studentami innych uczelni wojskowych jak Akademia Wojsk Lądowych czy Wojskowa Akademia Techniczna. Studenci będący żołnierzami zawodowymi, są kierowani do uczelni rozkazami personalnymi dowódców swoich jednostek na czas pobierania nauki, by po jej zakończeniu powrócić do macierzystych jednostek. Spowoduje to podwójny zysk, zarówno dla żołnierza, który otrzymuje konkretny zawód, ceniony również na rynku cywilnym oraz dla jednostki, która zyskuje specjalistę na szczególnie potrzebnym stanowisku służbowym.

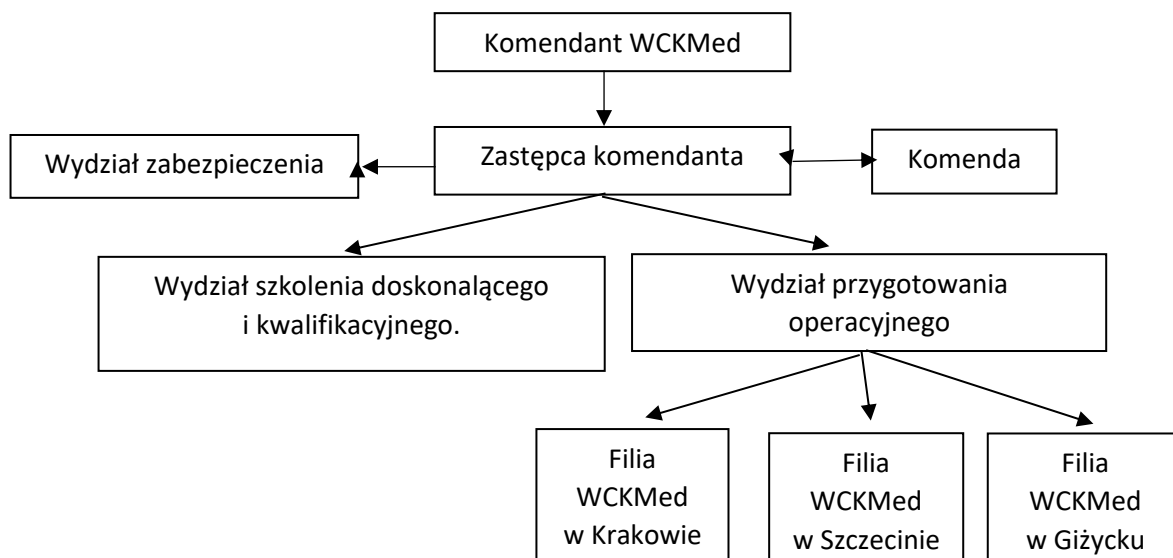
Nowa *WAM* powinna ściśle współpracować z wojskowymi i cywilnymi instytutami naukowymi i szpitalami w ramach działalności naukowo – badawczej. Inicjatywy te muszą być wspierane przez Ministerstwo Obrony Narodowej poprzez rozbudowany system grantów finansowych, pomoc merytoryczną oraz administracyjną dla najbardziej kreatywnych i twórczych badaczy.



Rycina 14. Proponowany schemat struktury *Wojskowej Akademii Medycznej* (opracowanie własne).

5.3.1. Działalność szkoleniowa *WCKMed*

Zasadniczych zmian wymaga system szkolenia medycznego w siłach zbrojnych. Należy wzmocnić i zrestrukturyzować centralną instytucję zajmującą się formacją i doskonaleniem zawodowym personelu medycznego sił zbrojnych w postaci *Wojskowego Centrum Kształcenia Medycznego – WCKMed* w Łodzi. Jednostka ta, oprócz działalności na terenie swojego obiektu, w oparciu o infrastrukturę stacjonarną, powinna posiadać zdolności do rozwijania placówek filialnych. Te powinny być zlokalizowane w bezpośredniej bliskości największych związków taktycznych w kraju, które odznaczają się najwyższym stopniem gotowości bojowej. Filie, koordynowane przez jednostkę centralną, powinny wspierać wszelkie inicjatywy szkoleniowe organizowane w rejonie ich odpowiedzialności. *WCKMed* powinno utrzymywać w swojej strukturze mobilne komponenty szkoleniowe, działające na terenie całego państwa oraz poza nim we współpracy z sojusznikami. Celem nadrzędnym jest doprowadzenie do sytuacji, w której każdy żołnierz sił zbrojnych RP posiada dyplom ukończenia kursu *CLS*, a jego wiedza i umiejętności są regularnie odnawiane i sprawdzane. Odbywać się to powinno podczas codziennej działalności szkoleniowej w jednostce, poprzez uprawnionych do tego instruktorów z *GZM*, *ZZM* i *SM* oraz w ramach ćwiczeń z wojskami. Rozdzielenia, poprzez utworzenie osobnych wydziałów, wymaga działalność szkoleniowa na potrzeby przygotowania operacyjnego żołnierzy. Szczególnego uwzględnienia wymaga medycyna pola walki oraz szkolenie doskonalące, nadające i przedłużające uprawnienia do pełnienia obowiązków na danym stanowisku.



Rycina 15. Proponowany schemat struktury *WCKMed* (opracowanie własne).

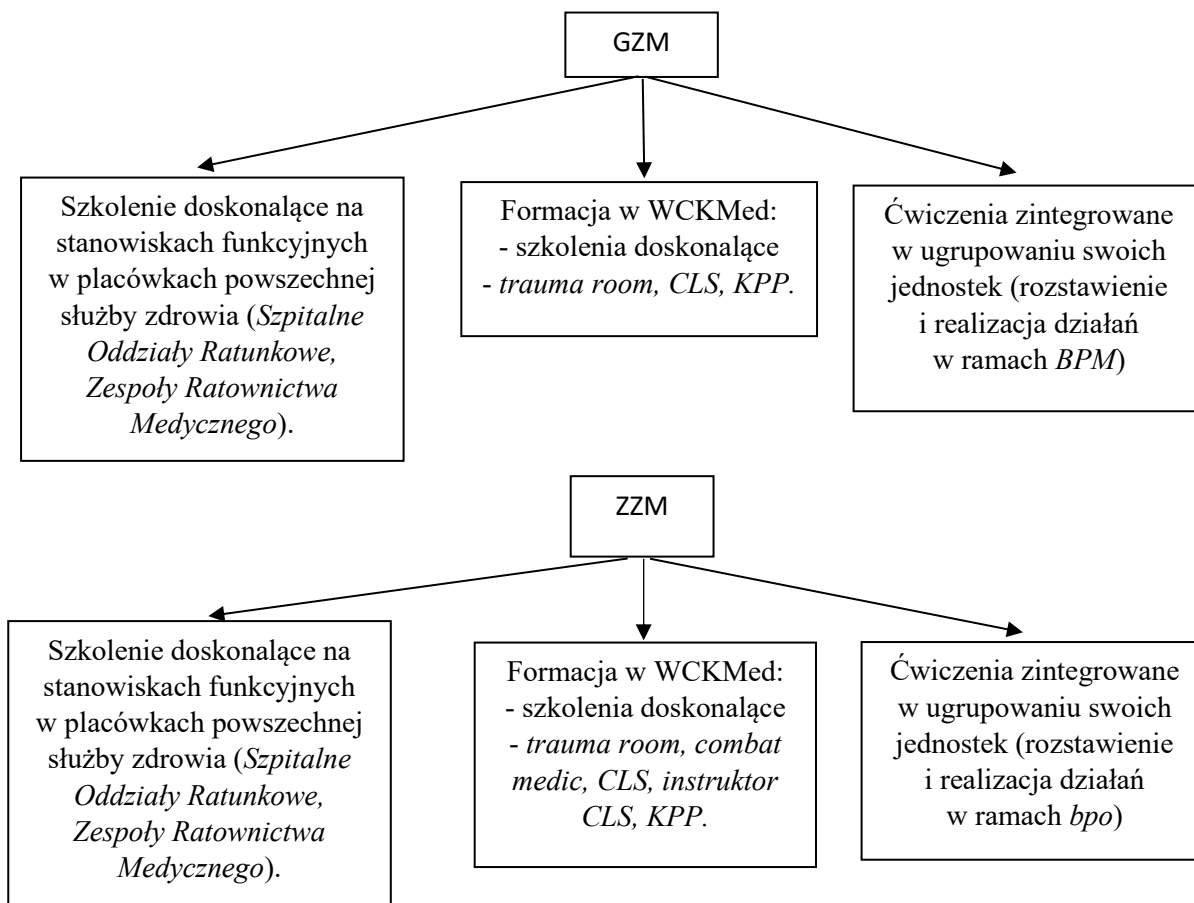
- Wydział szkolenia doskonalącego odpowiadał będzie za następujące formacje:
 - kurs doskonalący dla personelu wyznaczonego na wyższe stanowiska służbowe w korpusie medycznym;
 - kurs doskonalący dla ratowników medycznych i pielęgniarzy potwierdzający uprawnienia do pełnienia służby na zajmowanym stanowisku;
 - kurs *kwalifikowanej pierwszej pomocy – KPP*, nadający uprawnienia do objęcia stanowiska służbowego ratownika;
 - kursy kwalifikacyjne dla personelu medycznego wyznaczonego na stanowiska poza granicami kraju w ramach Polskich Kontyngentów Wojskowych – PKW.
- Wydział przygotowania operacyjnego będzie szkolił w takich domenach jak:
 - kurs *CLS*, który powinien ukończyć każdy żołnierz sił zbrojnych RP, a następnie cyklicznie potwierdzać nabyte umiejętności (raz na 3 lata) na kursach doskonalących organizowanych przez instruktorów z macierzystych pododdziałów;
 - kurs instruktora *CLS*, obligatoryjny dla ratowników medycznych, opcjonalny dla ratowników i wszystkich żołnierzy niezajmujących stanowisk medycznych, potwierdzany na kursach doskonalących organizowanych przez *WCKMed*;
 - kurs *Combat Medic*, dedykowany dla ratowników medycznych, w szczególności zajmujących stanowiska służbowe w *Zespołach Zabezpieczenia Medycznego* i *sekcjach medycznych* jednostek operacyjnych o najwyższym poziomie gotowości bojowej;
 - kurs *Trauma Room*, obligatoryjny dla wszystkich żołnierzy zajmujących stanowiska medyczne w szpitalach polowych, *Grupach Zabezpieczenia Medycznego* oraz *Zespołach Zabezpieczenia Medycznego*, powtarzany cyklicznie w okresie trzyletnim.

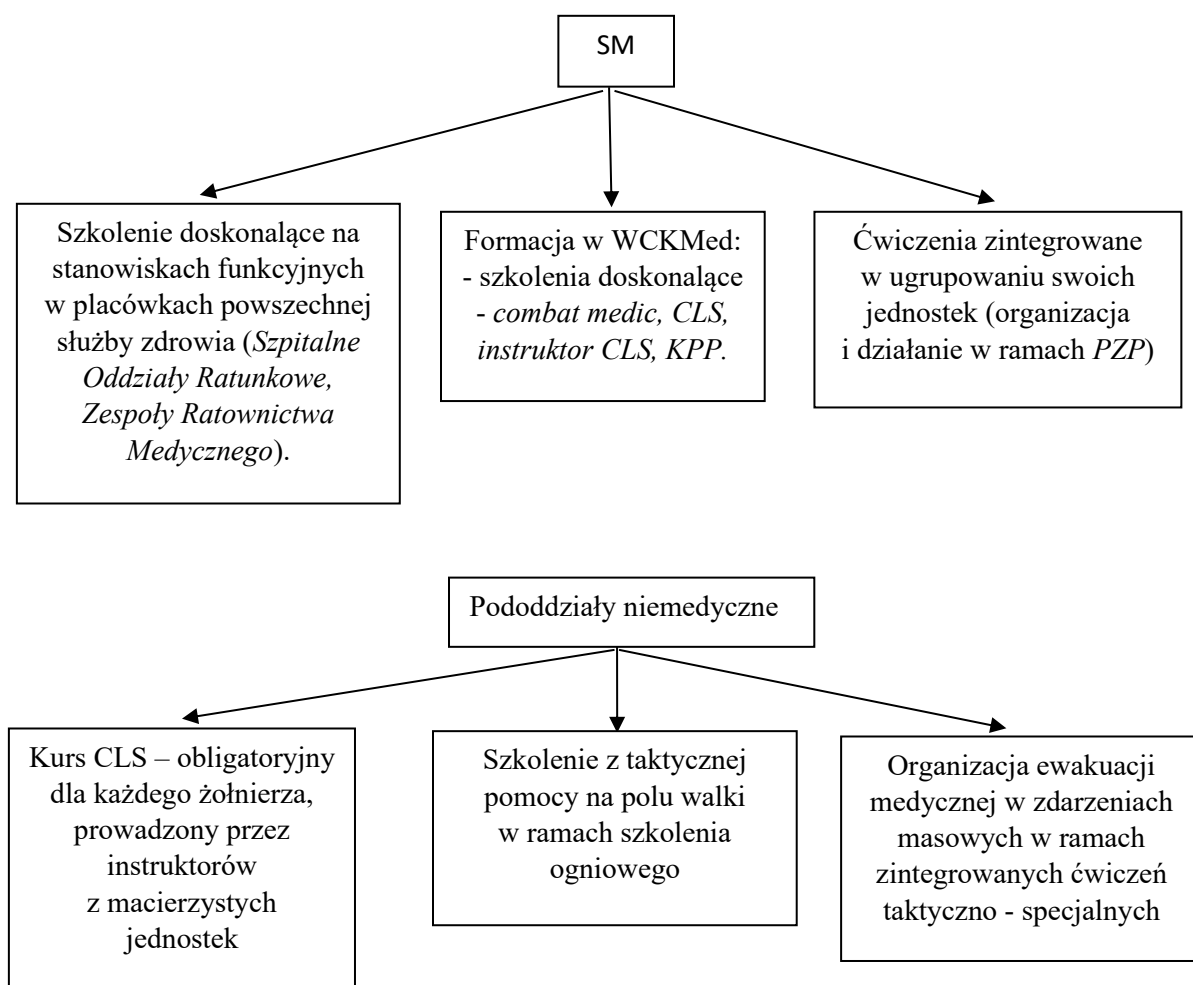
5.3.2. Szkolenie medyczne w jednostkach operacyjnych

Na poziomie jednostek operacyjnych odpowiedzialnym za szkolenie medyczne powinien być dowódca GZM, sprawujący nadzór nad prawidłową organizacją tego procesu oraz reagowanie w przypadku zaniedbań. Szkolenie to musi być realizowane w sposób ciągły przez wszystkie pododdziały jednostki, w ramach szkolenia bojowego oraz ćwiczeń na pasach

taktycznych. Dobrym rozwiązaniem jest łączenie punktów nauczania taktycznej pomocy na polu walki (*Tactical Combat Casualty Care – TCCC*), prowadzonych przez doświadczonych instruktorów spośród kadry medycznej, ze szkoleniem ogniowym. Powoduje to cykliczność tego przedsięwzięcia, a skojarzenie użycia broni strzeleckiej z manualnymi czynnościami ratującymi życie, pozwoli na wyrobienie u żołnierzy naturalnych odruchów na zasadzie tzw. „pamięci mięśniowej”. Zwieńczeniem procesu szkoleniowego oraz okazją dla dowódców do sprawdzenia nabytych przez żołnierzy umiejętności są zintegrowane ćwiczenia taktyczno – specjalne. Jednym z kluczowych elementów tych ćwiczeń powinno być działanie żołnierzy w przypadku zdarzenia z masową ilością poszkodowanych. Ćwiczyć należy czynności w zakresie samopomocy i pomocy koleżeńskiej, zarządzanie sytuacją kryzysową przez dowódców oraz taktyczną ewakuację z pola walki. Sprawdzeniu w działaniu powinny podlegać wszystkie elementy łańcucha leczniczo – ewakuacyjnego jak *BPM*, *bpo* i *PZP*. Koordynowanie czynności ratowniczych i współpraca między tymi elementami jest niezbędna do poprawnego funkcjonowania zabezpieczenia medycznego jednostek operacyjnych.

Personel medyczny, oprócz codziennej działalności szkoleniowej w miejscu stałej dyslokacji jednostki, powinien doskonalić się w instytucjach szkolnictwa wojskowego oraz pełnić dyżury w powszechnym systemie opieki zdrowotnej, w ramach szkolenia doskonalącego na stanowiskach funkcyjnych. Spowoduje to nabycie niezbędnego doświadczenia żołnierzy w zawodzie medycznym i podtrzymanie praktycznych zdolności manualnych, co jest niemożliwe do osiągnięcia w ramach szkolenia w warunkach stacjonarnych, nawet przy najwierniejszym oddaniu realnych stanów zagrożenia życia i zdrowia.





Rycina 16. Proponowany schemat szkolenia w jednostkach operacyjnych Sił Zbrojnych RP (opracowanie własne).

5.4. Gospodarka materiałowa wojskowej służby zdrowia

5.4.1. Organizacja systemu zaopatrywania w sprzęt i materiały medyczne

W celu kreowania właściwej gospodarki materiałowej należy utworzyć instytucję centralną, bezpośrednio podległą Szefowi Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia w postaci *Departamentu Zaopatrzenia Medycznego - DZM*. Do jego obowiązków należeć będzie planowanie i pozyskiwanie środków medycznych, w tym krwi i produktów krwiopochodnych oraz zarządzanie i nadzór nad ich prawidłowym przechowywaniem, użytkowaniem i dystrybucją. Zadania te realizować będzie za pomocą jednostek i instytucji podległych.

Wzmocnieniu i restrukturyzacji musi ulec komponent wykonawczy zaopatrzenia sił zbrojnych w sprzęt i materiały medyczne, czyli *Wojskowy Ośrodek Farmacji i Techniki Medycznej – WOFiTM*. Konieczne jest określenie priorytetów pozyskiwania kluczowego zaopatrzenia dla realizacji zadań przez struktury wojskowej służby zdrowia. Potrzebne są natychmiastowe dostawy kluczowego sprzętu do jednostek wojskowych, takiego jak ambulanse wielonoszowe oraz zestawy medyczne niezbędne do zabezpieczenia medycznego operacyjnej działalności sił zbrojnych. Zmianie muszą ulec należności tabelaryczne środków materiałowych, które mimo dynamicznych zmian na nowoczesnym polu walki, pozostają

w większości jednostek, od wielu lat, takie same. Aby nadać tym procesom ciągłość i reaktywność na zachodzące zmiany w otoczeniu zewnętrznym należy obserwować aktualne światowe trendy. W tym celu kluczowe jest również prowadzenie własnej działalności naukowo – badawczej w zakresie opracowywania nowoczesnego sprzętu i materiałów medycznych na potrzeby wojskowej służby zdrowia. Wszelkie prace badawcze muszą być realizowane przy aktywnym udziale końcowych użytkowników sprzętu, czyli żołnierzy jednostek operacyjnych, uwzględniając ich uwagi w procesie pozyskiwania sprzętu.

W strukturze *WOFiTM* należy utworzyć *Wojskową Aptekę Centralną – WAC*, odpowiedzialną za gromadzenie, przechowywanie i dystrybucję leków na potrzeby szpitali i przychodni wojskowych oraz jednostek operacyjnych wojskowej służby zdrowia. Do zadań *WAC* należeć będzie opracowywanie gotowych pakietów medycznych jak zestaw ampułkostrzykawek *IZAS*, do zwalczania skutków ataku z użyciem broni masowego rażenia oraz pozyskiwanie leków stosowanych w nowoczesnych terapiach szpitalnych i czynnościach ratunkowych na polu walki.

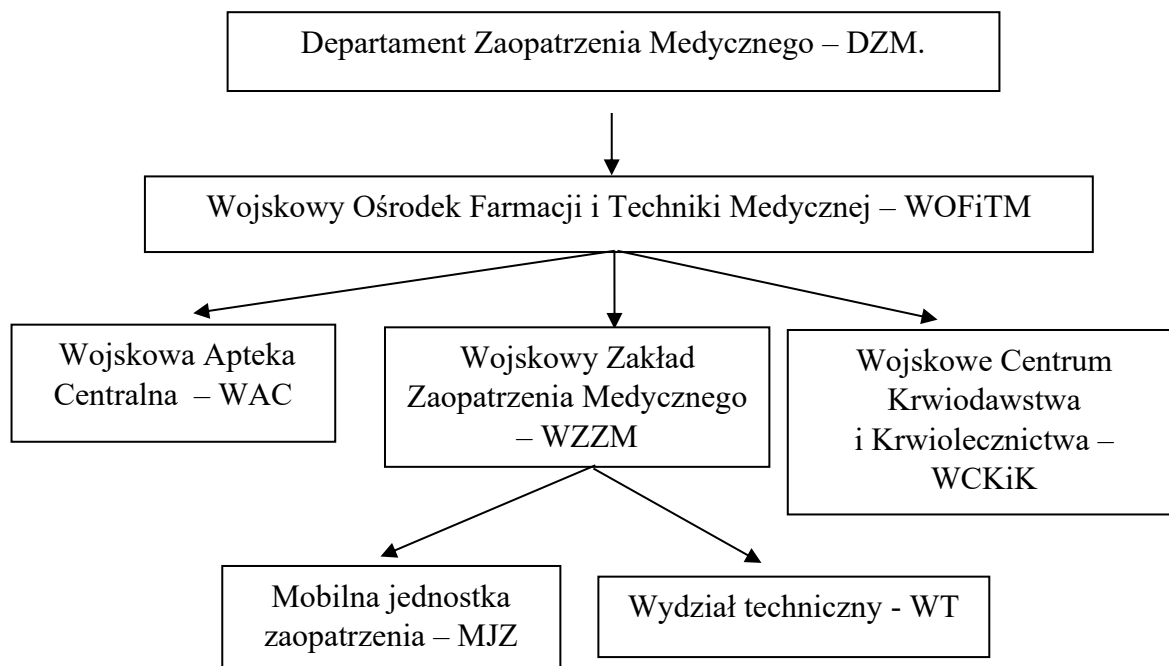
W celu prawidłowego gospodarowania sprzętem i materiałami medycznymi konieczne jest powołanie *Wojskowego Zakładu Zaopatrzenia Medycznego – WZZM*, działającego w strukturze *WOFiTM*. Do jego zadań należeć będzie opracowywanie, gromadzenie i dostarczanie do odbiorców, gotowych zestawów medycznych. Stanowią one będą wyposażenie stacjonarnych (*BPM, bpo, pzp*) oraz mobilnych (*PJEM, GEM, ZEM*) elementów zabezpieczenia medycznego. Przykładowe zestawy medyczne stacjonarnych elementów zabezpieczenia medycznego:

- zestaw *BPM*;
- zestaw *bpo*;
- zestaw *pzp*;
- plecak ratownika plutonu;
- indywidualny pakiet medyczny – *IPMed*;
- zestaw chirurgiczno – reanimacyjny.

Ww. sprzęt powinien być dystrybuowany do jednostek wojskowych w odpowiedniej ilości do postawionych dla nich zadań oraz w zależności od posiadanego stopnia gotowości bojowej. W pierwszej kolejności muszą być zaopatrywane pododdziały odznaczające się najwyższą zdolnością do podjęcia działań, które są ujęte w planach reagowania *NATO* lub realizują zadania wynikające z innych sojuszniczych zobowiązań. W strukturze *WZZM* powinien znaleźć się *Wydział techniczny – WT*, którego zadaniem będzie utrzymywanie w pełnej sprawności technicznej sprzętu będącego na wyposażeniu *WOFiTM*. W stosunku do środków techniki medycznej ze składu jednostek i instytucji wojskowych, wydział ten może stanowić centrum eksperckie i serwisowe oraz sprawować rolę nadzorczą nad prawidłowym użytkowaniem sprzętu.

W składzie *WZZM* konieczne jest utworzenie *Mobilnej jednostki zaopatrzenia – MJZ*, odpowiadającej za systematyczne, terminowe zaopatrywanie w środki materiałowe pododdziałów medycznych w rejonie operacji. Komórka ta powinna sprawować nadzór nad prawidłową gospodarką materiałową w jednostkach operacyjnych na misji poprzez dokumentowanie zużycia środków oraz rotowanie asortymentu z krótką datą przydatności. W celu ułatwienia tego procesu należy stworzyć system teleinformatyczny, w którym użytkownik nanosi wszelkie zmiany w stanach magazynowych środków medycznych, dzięki czemu posiada pełną kontrolę nad prawidłowym zaopatrywaniem jednostek w sprzęt i materiały medyczne.

Ważnym elementem zabezpieczenia materiałowego wojskowej służby zdrowia, podległym nowo sformowanemu *Departamentowi Zaopatrzenia Medycznego* będzie *Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa – WCKiK*. Instytucja ta jest odpowiedzialna za gromadzenie oraz dostarczanie krwi i jej składników do szpitali i jednostek wojskowych. Odpowiada również za przechowywanie zapasów krwi na potrzeby zwalczania sytuacji nadzwyczajnych o charakterze kryzysowym oraz mobilizacji państwa po ogłoszeniu wojny.



Rycina 17. Proponowany schemat organizacyjny Departamentu Zaopatrzenia Medycznego – DZM (opracowanie własne).

5.4.2. Środki ewakuacji medycznej

Podstawą do opracowywania potrzeb sprzętowych w strukturach operacyjnych zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych jest konieczność stworzenia kompletnego łańcucha ewakuacyjno - leczniczego i utrzymywania go w stałej gotowości do działania. Celem nadrzędnym jest maksymalne skrócenie czasu, od zranienia żołnierza na polu walki, do otrzymania specjalistycznej pomocy w warunkach szpitalnych. Ograniczenie przebywania poszkodowanych na poszczególnych poziomach opieki medycznej na teatrze działań do niezbędnego minimum, potrzebnego do stabilizacji podstawowych czynności życiowych, zwiększy ich szansę na przeżycie. Spowoduje również ekonomizację sił i środków w elementach zabezpieczenia medycznego będących najbliższymi walczącymi wojskami. Jest to szczególnie ważne, z uwagi na skomplikowany proces zaopatrywania materiałowego i uzupełniania stanów osobowych tego typu komponentów.

Łańcuch ewakuacyjno - leczniczy powinien być elastyczny i modyfikowalny na potrzeby danej misji oraz reaktywny na sytuację taktyczno – operacyjną. Ewakuacja z pola walki znajdującego się na innym kontynencie znacznie różni się od tej dokonywanej z państwa sąsiedniego, np. z Ukrainy. Jeszcze inaczej musi być zbudowany łańcuch ewakuacyjny dla działań na terenie kraju. Zasadniczy wpływ na możliwości i dobór środków transportowych będzie miała skala konfliktu i zdolności przeciwnika do oddziaływania na drogi ewakuacji.

W tym kontekście bardzo ważne będzie utrzymanie przewagi w przestrzeni powietrznej. Nie zmienia to faktu, że państwo polskie, chcąc odgrywać znaczącą rolę w Europie, musi być przygotowane na każdy scenariusz. Konieczne jest posiadanie sił i środków oraz procedur do prowadzenia ewakuacji medycznej w ramach różnego rodzaju operacji wojskowych (sojuszniczych i samodzielnych) oraz misji humanitarnych.

Na poziomie taktycznym ewakuację z pola walki realizują wszyscy żołnierze, bezpośredni świadkowie zdarzeń oraz medycy z *SM* i *ZEM*. Miejscem docelowym jest *batalionowy punkt opatrunkowy*, zlokalizowany poza bezpośrednią strefą walk. Z uwagi na zagrożenie rażeniem przez przeciwnika szczególnie cennego personelu medycznego oraz ryzyko zniszczenia ambulansów, które są towarem deficytowym, w tej fazie do transportu rannych należy wykorzystywać środki przygodne. Ważne jest, aby wszyscy żołnierze posiadali podstawową wiedzę w domenie ewakuacji z pola walki i odpowiednie wyposażenie w postaci składanych lub siatkowych noszy. Sprzęt musi być zminiaturyzowany (przykładowo nosze siatkowe mieszczą się w kieszeni żołnierza) oraz mieć różnorodne zastosowanie (liny mogą służyć do przepraw przez przeszkody rzeczne, zabezpieczenie marszu w terenie wysokogórskim oraz ewakuacji rannego pod ostrzałem przeciwnika). Pojazdy medyczne na tym etapie powinny posiadać tożsamą z zabezpieczanymi pododdziałami ochronę balistyczną. Na ich wyposażenie składają się środki do ratowania życia związane przede wszystkim z tamowaniem krwotoków, udrożnianiem dróg oddechowych, wdrażaniem terapii płynami infuzyjnymi oraz zapewnieniem komfortu cieplnego rannym.

Poziom operacyjny ewakuacji medycznej powinien odbywać się przy pomocy środków transportowych specjalnie do tego przeznaczonych i wyposażonych. Punkt podjęcia poszkodowanego na tym poziomie jest miejscem względnie bezpiecznym, poza zasięgiem rażenia przeciwnika. Pozwala to na zastosowanie mniejszych środków bezpieczeństwa, zwiększając przy tym zakres wykonywanych czynności medycznych i użycie szybszych środków ewakuacji, w szczególności drogą powietrzną. Wyposażenie na poziomie operacyjnym, oprócz środków posiadanych przez personel medyczny na polu walki, powinno być rozszerzone o materiały i leki konieczne do zaawansowanych czynności ratujących życie jak przyrządowe udrażnianie dróg oddechowych, resuscytacja krążeniowo – oddechowa, walka ze wstrząsem oraz antybiotykoterapia.

Ambulanse sanitarne, używane do ewakuacji operacyjnej, muszą posiadać zdolności do szybkiego transportu wielu poszkodowanych na kolejne etapy łańcucha ewakuacyjnego, tak aby nie dopuścić do skanalizowania przepływu rannych na poziomie taktycznym. Taka sytuacja doprowadzi do szybkiego wyczerpania zasobów materialnych oraz ludzkich i będzie miała znaczący wpływ na zwiększenie śmiertelności wśród poszkodowanych. Dobrym rozwiązaniem jest używanie pojazdów wielonoszowych w przypadku bliskiej odległości do wyższego szczebla zabezpieczenia medycznego oraz samolotów transportowych na dalszym dystansie, dostosowanych do prowadzenia zaawansowanych czynności ratunkowych na ich pokładach. Brak infrastruktury (odpowiedniej długości i jakości pasy startowe w bezpośredniej bliskości polowych elementów medycznych) oraz niepewna sytuacja w przestrzeni powietrznej wyklucza użycie większych statków powietrznych, stanowiących łatwy cel dla przeciwnika. W tym przypadku możliwe jest użycie śmigłowców wielozadaniowych, bez specjalistycznego wyposażenia medycznego oraz sanitarnych dedykowanych do ewakuacji medycznej drogą powietrzną, posiadających odpowiedni sprzęt i wyszkolony personel. Zaletą śmigłowców jest ich wysoka mobilność, szybkość oraz niewielkie wymagania w zakresie lądowiska. Wadą jest ograniczona ilość pacjentów jaką wiroplaty mogą wziąć na swój pokład i trudne warunki

w jakich trzeba wykonywać czynności medyczne (hałas, niestabilna trajektoria lotu, deficyt przestrzeni roboczej). Stanowią one jednak niezbędny element łańcucha ewakuacyjnego łącząc poziom taktyczny z operacyjnym.

Ewakuację medyczną na poziomie strategicznym realizuje się za pomocą statków powietrznych o zwiększonym zasięgu lotu, zdolnych do szybkiego transportu pacjentów daleko poza teatr działań. W zagranicznych operacjach wojskowych samoloty takie będą stanowić niezbędny element budowy niezależnego od sojuszników łańcucha ewakuacyjnego. Dodatkowo wspierając misje humanitarne na całym świecie, w ramach sojuszniczych zobowiązań, dadzą polskim władzom znaczący atut w stosunkach dyplomatycznych. Jeśli chodzi o działania na terenie kraju, samoloty ewakuacji strategicznej mogą transportować szczególnie ważne osoby dla funkcjonowania instytucji państwa, będące w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Wyposażenie takiego samolotu jest identyczne z oddziałem intensywnej opieki medycznej, a liczba stanowisk zależy od wielkości statku powietrznego i dostępności wyspecjalizowanego personelu medycznego. W przypadku kontestowanej przestrzeni powietrznej oraz masowych strat sanitarnych, znacznie przewyższających możliwości floty powietrznej, do ewakuacji strategicznej należy używać pociągów, które w prosty sposób można dostosować do celów sanitarnych. Takie rozwiązanie było już stosowane z powodzeniem w momencie inwazji wojsk rosyjskich na Ukrainę, m.in. 18 lipca 2022 roku, kiedy to drogą kolejową przetransportowano do Warszawy 32 rannych żołnierzy ukraińskich³⁵⁵.

Do prawidłowego funkcjonowania łańcucha ewakuacyjnego sił zbrojnych konieczne są zmiany strukturalne. Utworzenie *Powietrznej Jednostki Ewakuacji Strategicznej – PJES*, w składzie 3 *Skrzydła Lotnictwa Transportowego* pozwoli na osiągnięcie strategicznej niezależności w domenie ewakuacji medycznej. Otworzy również wojskowej służbie zdrowia nowe możliwości działania. Jednostka ta, powinna posiadać na swoim wyposażeniu co najmniej 2 małe samoloty odrzutowe, dalekiego zasięgu, przystosowane do transportu pacjentów w warunkach intensywnej terapii. Na wyposażeniu *PJES* powinny znaleźć się również inne środki transportowe o mniejszym zasięgu jak używane obecnie w 8 *Bazie Lotnictwa Transportowego* samoloty *Casa C-295*, przystosowane i wyposażone do ewakuacji medycznej. Wartościowym nabytkiem dla Sił Zbrojnych RP w tym kontekście może być platforma *A400M*, wielokrotnie już sprawdzona w skomplikowanych misjach armii francuskiej. Jednym z dodatkowych sposobów poszerzenia swoich możliwości w zakresie ewakuacji strategicznej jest dołączenie do *Europejskiego centrum transportu lotniczego – EATC* i korzystanie z jego zasobów, jak czyni to m.in. Francja.

W domenie ewakuacji operacyjnej i taktycznej sytuację znacznie poprawi utworzenie drugiej *Powietrznej Jednostki Ewakuacji Medycznej- PJEM*, w składzie 6 *Brygady Powietrznodesantowej*, obok istniejącej już w strukturach 25 *Brygady Kawalerii Powietrznej*. Głównym środkiem transportu w tych jednostkach, powinny być śmigłowce dostosowane do ewakuacji medycznej na poziomie taktycznym i operacyjnym, w ramach procedury *Medevac*³⁵⁶. Stworzenie *PJEM* w drugim związku taktycznym sił zbrojnych RP, mającym

³⁵⁵ B.d., *Pociąg sanitarny przywiózł do Polski 32 rannych żołnierzy z Ukrainy. Kolejarze w gotowości*, nakolei.pl, 22.07.2022, dostęp: <https://www.nakolei.pl/pociag-sanitarny-przywiozl-do-polski-32-rannych-zolnierzy-z-ukrainy-kolejarze-w-gotowosci/> (28.02.2025)

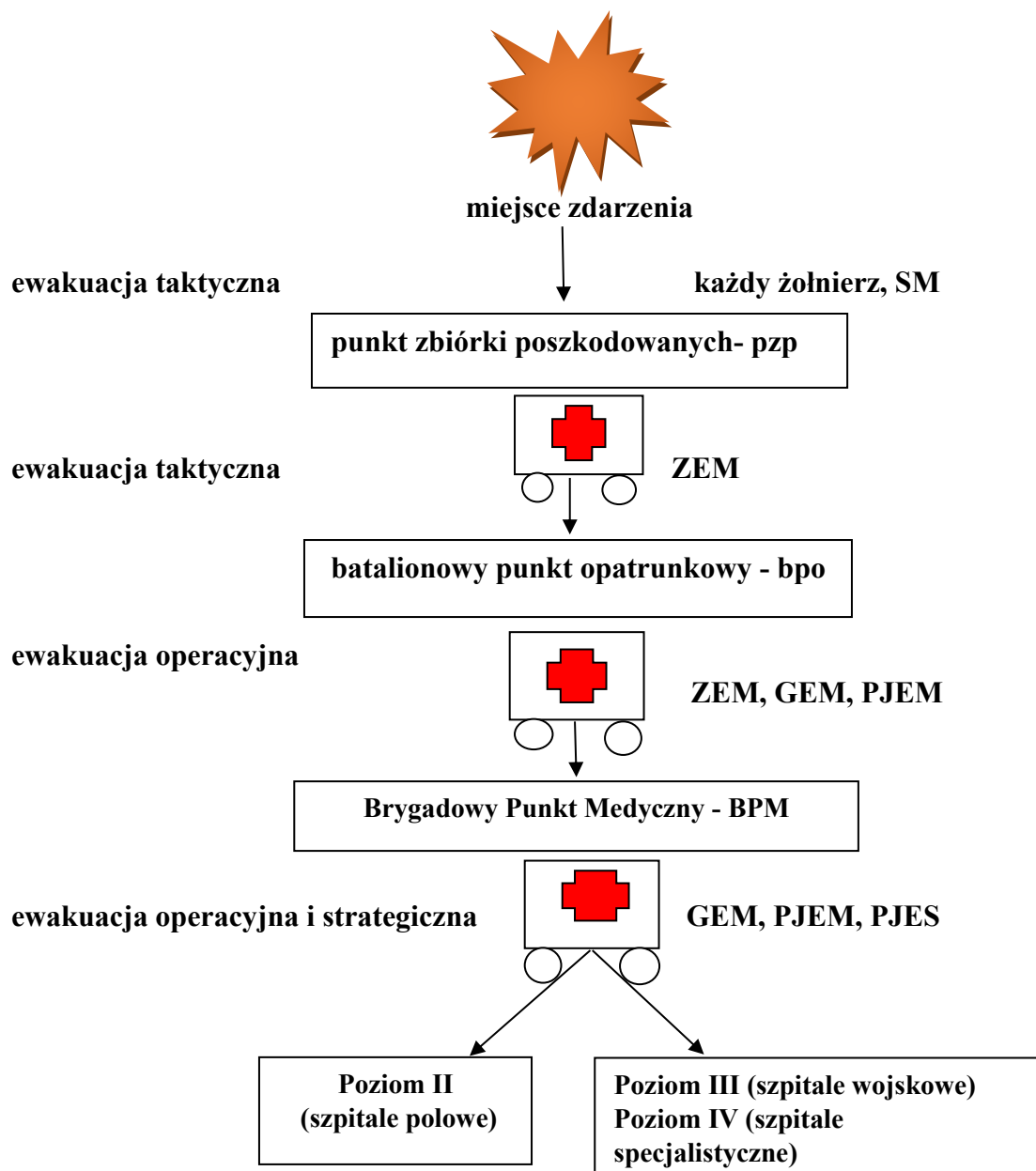
³⁵⁶ *Medevac* – procedura ewakuacji medycznej poszkodowanego w standardzie *NATO*, z jednego punktu medycznego do drugiego, przy zastosowaniu środków przeznaczonych do transportu medycznego. Należy odróżnić od procedury *Casevac*, w której z reguły korzysta się z przygodnych środków transportu, a ewakuacja następuje bezpośrednio z pola walki lub miejsca zdarzenia.

w swojej specyfice działania aeromobilne, pozwoli mu na osiągnięcie większej niezależności operacyjnej w zakresie ewakuacji medycznej.

Aby prawidłowo prowadzić gospodarkę materiałową w zakresie środków ewakuacji medycznej niezbędna jest standaryzacja wyposażenia i stworzenie gotowych zestawów dla każdej z platform ewakuacyjnych na poszczególnych poziomach zabezpieczenia medycznego. Wyposażenie to będzie się różniło w zależności od rodzaju środka transportu oraz zadań wykonywanych przez ich załogi.

Przykładowe zestawy mobilnych elementów zabezpieczenia medycznego:

- zestaw *PJES* – strategiczny;
- zestaw *PJES* – *C-295*;
- zestaw *PJEM* – *MEDEVAC*;
- zestaw *PJEM* – *CASEVAC*;
- zestaw *GEM* – pojazd wielonoszowy;
- zestaw *GEM* – pojazd jednonoszowy;
- zestaw *ZEM* – pojazd wielonoszowy;
- zestaw *SM*;
- zestaw *CASEVAC*.



Rycina 18. Schemat łańcucha ewakuacyjno – leczniczego (opracowanie własne).

5.4.3. Nowoczesne środki ratujące życie

Wojskowe instytucje na całym świecie znane są z wprowadzania innowacyjnych metod i środków ratujących życie. Wojna od zawsze była motorem napędowym wszelkich zmian doktrynalnych, proceduralnych, materialnych i technicznych. Wojskowa służba zdrowia w Polsce musi śledzić na bieżąco dynamiczny rozwój medycyny wojskowej i wprowadzać nowoczesne środki do ratowania życia na wyposażenie swoich instytucji i pododdziałów.

Robotyzacja i automatyzacja w służbie zdrowia

Jednym z kluczowych procesów zachodzących we współczesnych służbach medycznych sił zbrojnych, szczególnie ważnych w dobie niedoborów kadrowych, jest robotyzacja i automatyzacja czynności leczniczych i administracyjnych. Maszyny zastępują

człowieka w wielu domenach, zarezerwowanych dotąd dla istot ludzkich. Tzw. „sztuczna inteligencja” może być pomocna m.in. w trakcie badań lekarskich medycyny pracy. Może przeprowadzić wstępny wywiad z pacjentem, analizując wskazane przez niego odpowiedzi oraz ukierunkować lekarza na zaistniałe problemy zdrowotne. Pozwoli to na usprawnienie orzecznictwa wojskowego i znacznie przyspieszy ten proces, oszczędzając cenny czas lekarzy.

Należy pracować nad wprowadzeniem do sił zbrojnych RP maszyn przystosowanych do ewakuacji rannych z pola walki, takich jak bezzałogowe pojazdy oraz statki powietrzne. Zastąpienie człowieka w tych czynnościach, obarczonych bardzo dużym ryzykiem odniesienia ran przez ratownika, spowoduje ekonomizację sił w pododdziałach bojowych przez ograniczenie strat własnych. Zwiększy również szanse na przeżycie poszkodowanych poprzez usprawnienie i przyspieszenie procesu ewakuacji na wyższy poziom zabezpieczenia medycznego.

Maszyny od wielu lat świetnie sprawdzają się w ratownictwie medycznym w zakresie reanimacji krążeniowo – oddechowej przy uciskaniu klatki piersiowej. Wprowadzenie tego typu sprzętu do służby w strukturach medycznych Sił Zbrojnych RP zwiększy zakres działania zespołów medycznych w warunkach taktycznych. Pozwoli również na kontynuowanie czynności ratunkowych w przypadkach, gdy rozległość ran i stan poszkodowanego wskazują na bezcelowość zabiegów reanimacyjnych, ale ich prowadzenie pozytywnie wpływa na morale innych żołnierzy.

Robotyzacja czynności ratowniczych może mieć szerokie i korzystne zastosowanie przy zdarzeniach z udziałem broni masowego rażenia (CBRN). Zagrożenie kontaminacją personelu ratowniczego powoduje, że akcja ratunkowa w takich przypadkach jest trudna i obciążona dużym ryzykiem skażeń wtórnych. Użycie maszyn do ewakuacji poszkodowanych ze strefy skażonej, detekcji czynnika szkodliwego oraz dekontaminacji skażonych i sprzętu będzie skutkowało ograniczeniem rozmiarów katastrofy. Jednocześnie korzystnie wpłynie na zdolność służb ratunkowych do zarządzania sytuacją kryzysową.

Niezwykle ciekawym kierunkiem w medycynie wojskowej jest monitoring i analiza danych psychofizycznych żołnierzy biorących udział w misjach bojowych. Ma to na celu zwiększenie kontroli nad niebezpiecznymi zjawiskami zagrażającymi im na polu walki. Sieć receptorów sensorycznych oraz analiza uzyskanych wyników pozwolą na lepsze diagnozowanie problemów i zwalczanie takich niekorzystnych zjawisk jak zmęczenie i apatia, powodujące obniżenie zdolności bojowej. Konieczne jest zaangażowanie wojskowych instytutów naukowo-badawczych w tego typu działalność.

Miniaturyzacja i mobilność sprzętu medycznego

Dynamiczna sytuacja geopolityczna na świecie powoduje potrzebę stałej gotowości do projekcji pododdziałów medycznych na odległych teatrach działań, co wymusza na nich zwiększanie mobilności poszczególnych swoich komponentów. Nowoczesne trendy w przemyśle medycznym produkującym sprzęt na potrzeby sił zbrojnych dążą do zwiększenia możliwości diagnostyczno – leczniczych personelu medycznego na polu walki. Wprowadzając dodatkowe wyposażenie należy wziąć pod uwagę ograniczenia personelu medycznego, który na polu walki musi je nosić na swoich barkach, w plecakach medycznych. Powoduje to konieczność miniaturyzacji, przy maksymalnym zmniejszeniu masy danego asortymentu.

Jednym z przedmiotów wprowadzanych do elementów medycznych sił zbrojnych na całym świecie, kluczowym dla szybkiej i prostej diagnostyki krwotoków jamy brzusznej, jest

przenośny aparat USG. W taki sprzęt należy wyposażać wszystkich ratowników medycznych w składach jednostek operacyjnych, priorytetowo w jednostkach o najwyższym stopniu gotowości bojowej. Pozwoli to na lepsze diagnozowanie nagłych stanów zagrożenia życia, co będzie miało pozytywne przełożenie na proces podejmowania kluczowych decyzji dla przeżycia poszkodowanych, takich jak nadanie rannym odpowiedniego priorytetu ewakuacyjnego. Jest to szczególnie ważne w sytuacji, w której personel medyczny działa w izolacji, daleko od elementów stacjonarnych zabezpieczenia medycznego. Czas możliwej ewakuacji poszkodowanego, ze względów taktycznych, jest z reguły wydłużony (*Prolonged Field Care – PFC*), co ma bezpośredni wpływ na przeżywalność. Bardziej zaawansowane technicznie aparaty USG, charakteryzujące się większą masą i rozmiarem, można wprowadzać do polowych struktur medycznych jak *BPM*, *bpo* oraz na pokłady platform ewakuacyjnych. W każdych warunkach taki sprzęt musi spełniać wymagania środowiskowe, w jakich przyjdzie mu działać (skrajne temperatury, wilgotność powietrza, przeciążenia na pokładach statków powietrznych oraz odporność na wstrząsy).

Kolejnymi nowinkami technicznymi w zakresie diagnostyki, zminimalizowanymi na potrzeby żołnierzy służących w polowych strukturach medycznych nowoczesnych sił zbrojnych, są przenośne aparaty do monitorowania stanu poszkodowanych (kardiomonitor, pulsoksymetry, itp.). Światowa technologia pozwala na to, aby sprzęt tego typu miał wielkość maksymalnie tabletu, a preferencyjnie „smartfona”. Urządzenie to powinno być w stanie zbierać dane o stanie zdrowia rannego, analizować je i przysyłać w czasie rzeczywistym na wyższy poziom łańcucha ewakuacyjnego oraz być odpornym na wstrząsy i zabrudzenia. Wojskowa służba zdrowia, poprzez swoje instytucje i jednostki, musi być motorem napędzającym rozwój polskiego przemysłu w wymienionych domenach, co będzie miało przełożenie na pozyskiwanie zdolności do rodzimej produkcji oraz zapewnienie kolejnych faz rozwojowych projektów.

Kluczowym sprzętem w diagnostyce obrazowej wchodzącym w skład stacjonarnych struktur polowych, od II poziomu zabezpieczenia medycznego, jest tomograf komputerowy. Jego umiejscowienie na bazie kontenera transportowego powoduje łatwość w przemieszczaniu, dostosowując go do potrzeb operacyjnych pododdziałów na korzyść, których działa. Taki sprzęt, przy korzystnej sytuacji taktycznej, może być cennym wzmocnieniem *Brygadowego Punktu Medycznego (BPM)*, będącego elementem I poziomu zabezpieczenia medycznego. Znacznie rozszerzy możliwości diagnostyczne lekarzy operujących na tym poziomie, ułatwiając im podejmowanie najważniejszych decyzji dla przeżycia poszkodowanych.

Nowoczesne środki w krwiolecznictwie, ratujące życie na polu walki

Wszystkie najnowsze badania naukowe dotyczące procedur ratowniczych na polu walki³⁵⁷, wskazują na znaczne zwiększenie szans na przeżycie poszkodowanego, będącego ofiarą masywnego krwotoku, po zastosowaniu transfuzji krwi pełnej lub jej składników. Należy tego dokonać jak najszybciej po odniesieniu urazu. W związku z tym konieczne jest nadanie najwyższego priorytetu pracom badawczym i wdrożeniowym dla *Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa*, w celu pozyskania odpowiednich preparatów do zastosowania w warunkach polowych, przez zespoły medyczne jednostek operacyjnych.

³⁵⁷ Ganaye L., Carbonaro A., Py N., *Transfusion chain during Barkhane operation: organization and lessons learned*, International Review of the Armed Forces Medical Services, 2023, 96/2, s.12-14.

Z badań naukowców wynika, że najskuteczniejszym środkiem ratowniczym dla rannego z masywnym krwawieniem, jest krew pełna (*warm fresh whole blood - wFWB*), uzyskana wcześniej od przebadanego dawcy, zapewniająca potrzebującemu wszystkie składniki krwi. Problemem w dostępności krwi pełnej na polu walki, jest dość skomplikowana procedura jej pozyskiwania oraz krótki czas przechowywania, który wynosi 6 godzin w temperaturze pokojowej i 24 godziny w warunkach chłodniczych (2-6°C). Podaż krwi pełnej, mimo swoich ograniczeń, będzie najlepszym sposobem do zwalczania skutków zdarzeń masowych z dużą ilością poszkodowanych, również w czasie pokoju (zamachy terrorystyczne, katastrofy przemysłowe, katastrofy w ruchu lądowym). Formuła tzw. „chodzącego banku krwi” (*walking blood bank*), stosowana m.in. przez polskie kontyngenty wojskowe na misjach zagranicznych, pozwala na szybkie pozyskanie krwi od sprawdzonych dawców, pochodzących najczęściej z najbliższego otoczenia (żołnierze kontyngentu, personel szpitala, itp.). Konieczne jest stałe opracowywanie oraz doskonalenie procedur pozyskiwania krwi oraz transfuzji dokonywanej przez personel medyczny na wszystkich szczeblach zabezpieczenia medycznego. Należy dążyć do przeszkolenia całego stanu osobowego wojskowej służby zdrowia z zasad obowiązujących w krwiolecznictwie, a wybranych żołnierzy i pracowników cywilnych z jednostek i instytucji wojskowej służby zdrowia, szkolić do poziomu eksperckiego w tym zakresie.

Alternatywą dla świeżej krwi pełnej w krwiolecznictwie na polu walki jest krew pełna grupy 0 o zmniejszonej ilości przeciwciał A i B (*cold-stored low-titer group O WB - CS-LTOWB*). Preparat ten, z uwagi na możliwość podaży każdemu żołnierzowi, bez względu na grupę krwi, szczególnie polecany jest na I poziomie zabezpieczenia medycznego, gdzie trudne warunki działania wykluczają bardziej skomplikowane procedury. Przechowywanie wymaga warunków chłodniczych (21 dni w temperaturze 2-6°C), toteż produkt ten może być uzupełnieniem wyposażenia stacjonarnych struktur medycznych jak *BPM*, *bpo* oraz pojazdów i statków powietrznych używanych do ewakuacji. Podobne warunki przechowywania (42 dni w temperaturze 2-6°C), powodują, że w tych strukturach zabezpieczenia medycznego dostępne są najczęściej również komórki czerwonych krwinek (*red blood cell – RBC*), które mogą być uzupełnieniem innych składników krwi. Zdecydowanie najkorzystniejsze warunki przechowywania (2-3 lata w temperaturze pokojowej), łatwość przygotowania do podaży (5-6 minut) oraz mała objętość zestawu powodują atrakcyjność liofilizowanego osocza, które może znaleźć się na wyposażeniu plecaka każdego ratownika.

5.5. Zarządzanie zasobami ludzkimi

Natychmiastowej zmiany wymaga cały proces zarządzania zasobami ludzkimi w wojskowej służbie zdrowia. Nieodpowiednia polityka kadrowa prowadzona od lat przez Ministerstwo Obrony Narodowej, w stosunku do personelu medycznego sił zbrojnych, powoduje drastyczne niedobory kadrowe w jednostkach i instytucjach służby zdrowia. Odpowiada za to w szczególności brak klarownej ścieżki rozwojowej, stopnie wojskowe nieadekwatne do wykształcenia, obsadzanie stanowisk niezgodnie z wykształceniem cywilnym i wojskowym. Pilna kampania mająca utrzymać obecny poziom obsady stanowisk medycznych przez doświadczony personel, a w przyszłości spowodować jego znaczny wzrost powinna być ukierunkowana na następujące czynności:

- uwarunkowanie przyjęcia na studia lekarskie podpisaniem długoterminowego kontraktu na służbę w siłach zbrojnych (m.in. 15 lat);

- obowiązkowe kierowanie absolwentów studiów wojskowo-lekarskich *Kolegium Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego* w Łodzi do jednostek operacyjnych sił zbrojnych celem ukompletowania pododdziałów i nabycia odpowiedniego doświadczenia do służby w roli lekarza wojskowego, obwarowane umowami cywilnoprawnymi;
- stworzenie większej liczby stanowisk w korpusie oficerskim dla ratowników medycznych (np. zastępca dowódcy GZM – szef sztabu), posiadających wyższe wykształcenie na kierunkach medycznych lub związanych z bezpieczeństwem państwa oraz wyznaczanie ich na już istniejące (np. doradca dowódcy ds. medycznych);
- zarządzanie karierą wojskowych medyków, poprzez stworzenie ukierunkowanej, indywidualnej ścieżki rozwoju, w zależności od potrzeb i możliwości żołnierza, od najniższych szczebli hierarchii wojskowej, poprzez dowodzenie na szczeblu ZM, ZZM, GZM, po stanowiska w korpusie oficerskim w jednostkach operacyjnych i instytucjach wojskowych;
- utworzenie grupy doradczej ds. kompetencji zawodowych, bezpośrednio podległej szefowi *Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia* i kierowanie do służby w niej, najbardziej doświadczonej i fachowej kadry medycznej ze wszystkich rodzajów sił zbrojnych, mającej za zadanie ustalanie kierunków i priorytetów rozwojowych służby medycznej;
- objęcie opieką zdrowotną, psychologiczną i socjalną rodziny żołnierzy, w szczególności wykonujących długotrwałe zadania poza miejscem zamieszkania;
- rekonwersja po zakończeniu służby, mająca na celu wykorzystanie doświadczenia jak największej liczby żołnierzy w ramach aktywnej rezerwy w jednostkach operacyjnych i instytucjach wojskowych.

Konieczne jest skuteczniejsze zarządzanie zasobami rezerwy wojskowej. W tym celu należy:

- utworzyć komórkę w departamencie zarządzania zasobami ludzkimi, odpowiedzialną wyłącznie za kreowanie polityki rezerw kadrowych;
- umożliwić obsadzanie stanowisk o mniejszym znaczeniu operacyjnym żołnierzami aktywnej rezerwy, cyklicznie odbywających służbę na swoim stanowisku funkcyjnym, stale podnoszących swoje kwalifikacje zawodowe, jednocześnie czynnie wspierając działalność bieżącą danej jednostki lub instytucji;
- stworzyć atrakcyjną ścieżkę kariery żołnierza rezerwy, analogicznie do żołnierzy zawodowych, umożliwiającą nieustanny rozwój w ramach wojskowej służby zdrowia;
- kierować żołnierzy rezerwy na atrakcyjne formy szkolenia w wojskowych instytucjach;
- stworzyć system teleinformatyczny, za pomocą którego rezerwiści, metodą online, mogą załatwić większość spraw administracyjnych, takich jak złożenie podania o przyjęcie do służby, rejestracja na kurs lub inną aktywność szkoleniową oraz zwrot poniesionych kosztów w związku ze służbą wojskową;
- prawnie usankcjonować i chronić status rezerwisty wojskowego, zapewniając odpowiednie wynagrodzenie dla żołnierza i profity dla pracodawcy.

5.6. Współpraca cywilno – wojskowa oraz międzynarodowa na rzecz systemu powszechnej opieki zdrowotnej

Mnogość różnorodnych zagrożeń dla bezpieczeństwa państwa o szerokim spektrum oddziaływania na społeczeństwo oraz wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń o znamionach katastrofy, znacznie przekraczających możliwości reagowania powszechnego systemu opieki zdrowotnej powoduje konieczność koordynacji działań między środowiskami cywilnym i wojskowym. Globalizacja zagrożeń, wskutek nieograniczonego przepływu ludzi i dóbr materialnych, powoduje konieczność koordynacji przedsięwzięć związanych z bezpieczeństwem w ramach instytucji międzynarodowych. Współpraca powinna być ukierunkowana na tworzenie wspólnych planów i procedur w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zacieśnianiu kontaktów roboczych oraz poznawaniu specyfiki pracy w innych środowiskach podmiotów zaangażowanych w reagowanie kryzysowe.

Aby możliwe było stworzenie jednego, zintegrowanego systemu przeciwdziałania sytuacjom kryzysowym, obejmującym terytorium całego państwa, należy wdrożyć takie działania jak:

- aktualizacja planów zarządzania kryzysowego zwiększająca zaangażowanie sił zbrojnych RP w działania na rzecz zwalczania kryzysów o charakterze sanitarnym, skutkujących masowym napływem pacjentów do placówek służby zdrowia (począwszy od szczebla centralnego, a skończywszy na poziomie lokalnym);
- obowiązkowa implementacja żołnierzy do sztabów kryzysowych na każdym szczeblu zarządzania kryzysowego, ich udział w planowaniu oraz opracowywaniu procedur działania w razie wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych;
- wspólne ćwiczenia zintegrowane, obejmujące działania pododdziałów medycznych jednostek operacyjnych oraz instytucji wojskowych, usprawniające współdziałanie z placówkami cywilnej służby zdrowia oraz innymi podmiotami zaangażowanymi w reagowanie kryzysowe;
- wsparcie zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych przez personel medyczny sił zbrojnych w ramach szkolenia doskonalącego na stanowiskach funkcyjnych, pozwalające na nabycie i podtrzymanie przez żołnierzy niezbędnego doświadczenia w zawodzie medycznym oraz nawiązanie stosunków międzyludzkich między cywilami i wojskowymi;
- szkolenie cywilnego personelu medycznego służby zdrowia w zakresie medycyny pola walki, ukierunkowane w szczególności na czynności ratownicze w sytuacji masowego napływu poszkodowanych z ranami postrzałowymi i wybuchowymi, powodujące lepsze przygotowanie systemu cywilnego na zamachy terrorystyczne oraz konflikt zbrojny na terytorium państwa.

Do wzmocnienia pozycji państwa polskiego na arenie międzynarodowej w zakresie bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego konieczne jest podjęcie następujących działań:

- intensyfikacja aktywności w ramach międzynarodowych struktur podejmujących zagadnienia medycyny wojskowej i zarządzania kryzysowego, takich jak Międzynarodowy Komitet Medycyny Wojskowej (*Comité International de Médecine Militaire – CIMM*) oraz Międzynarodowe Centrum Koordynacji Medycznej (*Multinational Medical Coordination Centre/European Medical Command - MMCC/EMC*);
- przystąpienie do Europejskiego Dowództwa Lotnictwa Transportowego (*European Air Transport Command - EATC*), co spowoduje znaczne zwiększenie możliwości

transportowych w zakresie ewakuacji medycznej po wystąpieniu sytuacji kryzysowych w domenie sanitarnej na terenie kraju oraz w codziennej działalności operacyjnej, m. in. przy ewakuacjach z rejonów misji zagranicznych i misji humanitarnych;

- nawiązywanie bilateralnych i multilateralnych stosunków z sojusznikami w domenie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.

5.7. Cyfryzacja polskiej wojskowej służby zdrowia, na polu walki i w codziennej działalności bieżącej

Bardzo ważnym elementem zmian w systemach opieki zdrowotnej państw wysokorozwiniętych jest wprowadzanie do służby systemów teleinformatycznych. Odpowiadają one za pozyskiwanie informacji, ich sprawny przepływ pomiędzy uprawnionymi podmiotami oraz bezpieczne przechowywanie danych, które ze względu na zawarte w nich szczegóły dotyczące zdrowia żołnierzy, mają status szczególnie chronionych. Aby usprawnić i usystematyzować obieg informacji medycznych w wojskowej służbie zdrowia w Polsce należy:

- powołać departament cyfryzacji, w ramach *Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia*, odpowiedzialny za wprowadzanie i obsługę systemów teleinformatycznych w jednostkach i instytucjach wojskowych;
- stworzyć system teleinformatyczny zapewniający bezpieczny przepływ danych medycznych między podmiotami wojskowej służby zdrowia na terenie kraju, takimi jak *Grupy Zabezpieczenia Medycznego*, przychodnie wojskowe, szpitale wojskowe oraz *Rejonowe Wojskowe Komisje Lekarskie*;
- utworzyć bazy danych medycznych żołnierzy dla każdej jednostki lub instytucji wojskowej, obejmującej takie informacje jak historia choroby, alergie, przyjmowane leki, szczepienia, stan uzębienia, niezbędne dla personelu medycznego jednostki do prawidłowego zabezpieczenia medycznego żołnierzy;
- stworzyć system teleinformatyczny na potrzeby pododdziałów medycznych w rejonie operacji, pozwalającego na przesyłanie i konsultowanie w czasie rzeczywistym dokumentacji medycznej przez personel medyczny na polu walki ze specjalistami w polowych strukturach zabezpieczenia medycznego na teatrze działań oraz w szpitalach na terytorium państwa.

Podsumowanie

Kierunki funkcjonowania francuskiej wojskowej służby zdrowia w ostatnim dziesięcioleciu były wyznaczane przez dwa plany o charakterze strategicznym, które wynikały z bieżącej analizy zagrożeń dla sił zbrojnych oraz środowisk operacyjnych w jakich miały one działać. Zagadnienia poruszane w tych planach obejmowały wszystkie obszary zabezpieczenia medycznego w kraju i poza jego granicami. Restrukturyzacji poddano dyrekcję i strukturę organizacyjną służby (kilkukrotnie), szpitale wojskowe oraz pododdziały medyczne w jednostkach operacyjnych. Zmianom podlegały procedury i doktryny zabezpieczenia misji zagranicznych oraz wsparcia powszechnego systemu opieki zdrowotnej w sytuacjach o znamionach kryzysu. Pierwszy z planów o nazwie *SSA 2020*, został opublikowany w 2013 roku, kiedy to pododdziały bojowe francuskich sił zbrojnych, płynnie przechodziły z zakończonej misji bojowej w Afganistanie, do działania w ramach operacji *Serval* w afrykańskim Sahelu. Wymagania operacyjne wobec wojskowej służby zdrowia pozostawały niezmiennie od wielu lat i tak miało być również w dającej się przewidzieć przyszłości. Głównym zadaniem było zabezpieczenie medyczne działań o niskiej intensywności, z przeciwnikiem o ograniczonych zdolnościach bojowych, wykorzystując przewagę nad nim w każdym aspekcie wojskowego rzemiosła. Szczególnie ważna była dominacja w przestrzeni powietrznej, która umożliwiała szybki transport poszkodowanego (nieprzekraczający 24 godzin) do wysokospecjalistycznych szpitali wojskowych w metropolii dzięki bezpiecznemu wykorzystaniu śmigłowców przy ewakuacji taktycznej i operacyjnej oraz samolotów przy strategicznej.

Decydenci uznali, że do tego typu działań nie potrzeba tak rozbudowanych struktur wojskowej służby zdrowia jakie Francja posiadała w tamtym czasie. W wyniku tego podjęli kilka decyzji degradujących zdolności mobilizacyjne służby medycznej w siłach zbrojnych, kierując się wyłącznie kryteriami ekonomicznymi, co z perspektywy czasu okazały się mocno kontrowersyjne. Największe cięcia przeprowadzono w strukturach szpitalnych. Zlikwidowano zasłużony, paryski szpital *Val de Grace*, a szpital *Desgenettes* w Lyon zredukowano do jednostki szpitalnej. Miało to bezpośrednie przełożenie na obniżenie możliwości przyjęcia poszkodowanych do szpitali wojskowych (pozostało tylko 1480 łóżek), odpowiadających za poziom IV zabezpieczenia medycznego. Za strukturami poszły również cięcia etatowe, m.in. poprzez przekazywanie personelu do pracy w placówkach cywilnych i zmniejszenie limitów przyjęć do szkoły lekarskiej. Spowodowało to zmniejszenie liczby zespołów chirurgicznych w służbie, a co za tym idzie brak zdolności do samodzielnego rozwijania struktur polowych na teatrze działań, odpowiadających za poziom III zabezpieczenia medycznego. Względy ekonomiczne zadecydowały o wyznaczeniu innych priorytetów wojskowej służby zdrowia takich jak zacieśnianie współpracy z instytucjami cywilnymi. Konsolidacja sił i środków oraz przekazywanie niektórych aktywności i kompetencji do placówek powszechnego systemu zdrowia bez wątpienia zmniejszyło koszty utrzymania szpitali i zwiększyło możliwości utrzymania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez fachowy personel wojskowy w środowisku cywilnym.

Sytuacja geostrategiczna na świecie, w szczególności dynamiczne pogorszenie się środowiska bezpieczeństwa w rejonach tradycyjnych interesów Francji, jak Afryka czy Pacyfik oraz agresywna retoryka Rosji w stosunku do Europy i NATO dała podwaliny do całkowitej zmiany stanowiska Francuzów. W domenie medycyny wojskowej objawiła się ona w postaci drugiego z planów, tj. *Ambicji strategicznych 2030*, wydanych w marcu 2021 roku. Inwazja

rosyjska na Ukrainę z 2022 roku i powrót konfliktu konwencjonalnego do Europy tylko potwierdziła kierunek jaki obrali decydenci i przyspieszyła zmiany mające dostosować wojskową służbę zdrowia do nowych wyzwań. Największym z nich bez wątpienia będzie przygotowanie się do działania w warunkach masowych strat sanitarnych, które będą nieuniknionym skutkiem potencjalnego konfliktu o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale wojskowym. Właśnie to zadanie, które ma warunkować funkcjonowanie służby medycznej w siłach zbrojnych w najbliższych latach, jest motywem przewodnim jej ambicji strategicznych. Aby możliwe było jego wykonanie, poprzez rozwinięcie kompletnego systemu zabezpieczenia medycznego operacyjnej działalności sił zbrojnych na lądzie, morzu i w powietrzu, konieczne jest natychmiastowe zwiększenie zasobów materialnych i ludzkich. Wymaga to odwrócenia trendów i krótkowzrocznych decyzji, które podejmowane w innych okolicznościach geostrategicznych, spowodowały spore ograniczenia w zdolności służby do działania w wojnie konwencjonalnej na pełną skalę. Co najgorsze działania te mają swoje długoterminowe skutki. „Odrabianie strat” będzie niezwykle trudne, w szczególności w domenie niedoborów kadrowych. Biorąc pod uwagę fakt, że wykształcenie lekarza wojskowego trwa we Francji 10 lat, na efekty tych zmian przyjdzie jeszcze poczekać. Wdrożone zostały czynności naprawcze. Priorytetowo traktuje się obecnie najważniejsze specjalizacje z perspektywy sił zbrojnych (chirurgia, anestezjologia) już na etapie kształcenia. Pozaetatowe zespoły chirurgiczne kieruje się jeszcze do pracy w szpitalach cywilnych ale docelowo cały personel wojskowej służby zdrowia ma znaleźć się w powiększonych strukturach własnych, które zapewnią stanowiska służbowe również dla młodych lekarzy. Działania te mają zwiększyć ilość zespołów chirurgicznych w służbie, co będzie miało bezpośrednie pozytywne przełożenie na możliwość rozwijania struktur polowych poziomu III na teatrze.

Teoretycznie łatwiej powinno być w obszarze materialnym i ekonomicznym. Wojskowa służba zdrowia otrzymała niespotykane dotąd środki finansowe na modernizację swoich zasobów materiałowych. Co bardzo ważne obecne zagrożenie konfliktem na teatrze europejskim sprawiło, że kryteria opłacalności nie są już jedynym wyznacznikiem kluczowych decyzji. Priorytetem jest obecnie odnowienie bazy materiałowej służby, na potrzeby operacyjne sił zbrojnych. Na poziomie taktycznym, najbliższej walczących wojsk, objawia się to poprzez wymianę wysłużonych ambulansów ewakuacji medycznej na pojazdach opancerzonych *VAB - San* na nowe *Griffon i Serval*, w ramach programu *Scorpion*. Na poziomie operacyjnym i strategicznym do służby trafiły nowe moduły *Merope* i *Morphee* dedykowane ewakuacji na pokładach statków powietrznych. Decydenci dostrzegli zagrożenie utraty dominacji w przestrzeni powietrznej, co miało wpływ na opracowanie alternatywnych środków transportu dla poszkodowanych, w postaci pociągów sanitarnych. Procedury takiego wykorzystania zasobów kolei państwowych, utworzone po zamachach terrorystycznych w 2015 roku, zostały przećwiczone z doskonałym skutkiem podczas pandemii *Covid-19* i są gotowe do użycia na wypadek działań wojennych. Ściśle potrzebom operacyjnym ma służyć konsolidacja systemu szpitalnictwa wojskowego wokół pięciu placówek wyspecjalizowanych w swoich domenach, kluczowych dla obronności państwa. Dwa zespoły szpitalne (*Begin* i *Percy* w Paryżu oraz *St. Anne* i *Laveran* w regionie *PACA*), zlokalizowane w największych skupiskach ludzkich, wokół kluczowych punktów logistycznych, do których przybędą potencjalni poszkodowani na froncie stanowią centra eksperckie w obszarach medycyny urazowej i chorób zakaźnych. Szpital wojskowy *Clermont – Tonnerre* z racji swojego umiejscowienia w atlantyckim porcie Brest, jest wyspecjalizowany w domenie medycyny nuklearnej. Bardzo ważne jest ujęcie w dokumentach normatywnych (protokół o współpracy międzyresortowej z 11 kwietnia 2022

roku, podpisany przez Ministrów Obrony i Zdrowia) możliwości użycia placówek cywilnych do zabezpieczenia medycznego działań sił zbrojnych poziomu IV, obecnie realizowanego przez szpitale wojskowe. Istnieje przekonanie, że masowa liczba poszkodowanych bardzo szybko przeciąży możliwości lecznicze sił zbrojnych, obciążonych dodatkowo rozwijaniem struktur polowych na teatrze działań. Przejęcie ich obowiązków przez powszechny system opieki zdrowotnej jest jedynym realnym kierunkiem działania, pozwalającym na zniwelowanie potencjalnych zagrożeń w tej domenie.

Przygotowaniom do konfliktu o dużej intensywności i uzyskaniu informacji zwrotnej na temat stanu obecnego tych działań, służyło przeprowadzenie największego ćwiczenia w ostatnich latach, pk. *Orion – 23*, integrującego wszystkie zasoby obronne Republiki. Wojskowa służba zdrowia brała czynny udział w tym przedsięwzięciu, wydzielając siły i środki do działalności planistycznej i organizacyjnej sztabów oraz zabezpieczenia medycznego przez struktury polowe i stacjonarne. Najważniejszym z wniosków były skąpe zasoby kadrowe, w tym niewystarczająca liczba żołnierzy rezerwy, w strukturach służby. Uniemożliwia to stałe, prawidłowe zasilanie wykwalifikowanym personelem medycznym jednostek operacyjnych i struktur polowych w warunkach istotnych strat własnych. Dodać należy, że to właśnie ta zdolność będzie kluczowa do długotrwałego prowadzenia konfliktu z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym. Podczas ćwiczenia szpital polowy poziomu II był w stanie przyjąć ok. pięćdziesięciu rannych w działaniach bojowych dziennie, co uznano, w obecnych uwarunkowaniach za duży sukces. Porównując to do strat jakie ponoszą w walce z Rosjanami siły zbrojne Ukrainy, które szacuje się na liczbę od czterystu do sześciuset poszkodowanych dziennie, jest jeszcze sporo do zrobienia. Rozwiązaniem problemu zasobów ludzkich i materialnych, ma być współpraca sojusznicza w ramach NATO, pozwalająca na rozwijanie międzynarodowych struktur polowych na teatrze działań. Francja przykładą bardzo dużą wagę do tej kooperacji, posiadając swoich przedstawicieli w gremiach zarządczych oraz będąc czynnym uczestnikiem wszystkich ćwiczeń związanych z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych.

A co o tym wszystkim sądzą praktycy wojskowej służby zdrowia, którzy chętnie podzielili się swoimi spostrzeżeniami w wywiadach przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy? Otóż w ich wypowiedziach dominuje ton optymistyczny. Zdają sobie sprawę z wyzwania jakim jest udział w konflikcie o dużej intensywności i różnic jakie niesie za sobą konfrontacja z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarnym, w stosunku do operacji prowadzonych dotychczas. Wiedzą doskonale, że ogrom pracy jeszcze przed nimi. Najważniejsze jest to, że luki w systemie zabezpieczenia medycznego są odpowiednio zdiagnozowane, a programy naprawcze wdrożone. To czego oczekują od przełożonych to jeszcze szybszych decyzji, pozwalających na zwiększanie zasobów materialnych i ludzkich w służbie zdrowia. Są przekonani o swojej wartości, która nie jest przedmiotem tylko czystej retoryki, tylko została potwierdzona wielokrotnie w boju. Wskazują na historyczne przesłanki, które dzięki mobilizacji żołnierzy i całego społeczeństwa francuskiego, pozwalały wojskowej służbie zdrowia funkcjonować w tak trudnych czasach jak podczas Wielkiej Wojny. W końcu zauważają, że przeciwnik będzie miał takie same problemy jak oni. Będzie dysponował ograniczonymi siłami i środkami, wymagającymi stałego zasilania przez zmobilizowaną gospodarkę państwową i społeczeństwo, które będzie musiało zaakceptować masowe straty sanitarne i niedogodności w życiu codziennym.

Reasumując, władze wojskowej służby zdrowia zrobiły wiele aby jak najlepiej się przygotować do wyzwań w perspektywie 2030 roku., spośród których zdecydowanie

największym jest potencjalny konflikt konwencjonalny na pełną skalę, toczony na terytorium Europy. Na pewno sporym utrudnieniem są wieloletnie zaniedbania i chroniczne niedofinansowanie, które skutkowało utratą znacznych zdolności operacyjnych wojskowej służby zdrowia, szczególnie w zakresie szpitalnictwa. Skokowy wzrost nakładów w bieżącym programie finansowym na zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych jest bardzo pozytywnie odbierany przez żołnierzy ale nie zapewni natychmiastowych efektów. Większość zmian i programów modernizacyjnych jest przewidziana do realizacji w długoterminowym czasookresie. Podobnie jest w przypadku zwiększonych limitów rekrutacyjnych do szkoły lekarskiej, które przyniosą efekty najwcześniej po dziesięciu latach. Właśnie tyle trwa wykształcenie lekarza wojskowego. Nie należy również zapominać o rozległości rejonu zainteresowania Francji, który obejmuje cały świat. Destabilizacja jednego z wielu potencjalnych teatrów działań wymagającego interwencji albo co gorsza konieczność reagowania na pogarszającą się sytuację bezpieczeństwa jednocześnie w wielu miejscach bardzo szybko może wyczerpać francuskie siły i środki. Toteż ważna jest dyplomacja, pozyskiwanie sojuszników i stała rozbudowa potencjału ekonomicznego i militarnego wzmacniająca posturę odstraszącą dla strategicznych przeciwników. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, ocena dynamiki zmian we francuskiej wojskowej służbie zdrowia nie jest sprawą łatwą i ostatecznie to upływający czas zweryfikuje, czy była ona wystarczająca w stosunku do zmieniającej się sytuacji geostrategicznej.

Wszystkie uwagi i wnioski z przemian we Francji powinny podlegać szczególnie głębokiej analizie w Polsce. Wszak podobne cięcia i dużo bardziej zaawansowana degradacja struktur nastąpiła w polskiej wojskowej służbie zdrowia. Różnica jest taka, że w naszym kraju nikt nie wdrożył żadnych planów naprawczych, a decydenci zdają się nie zauważać zagrożenia jakim jest nie posiadanie sprawnego systemu zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych w dobie realnego ryzyka udziału w konflikcie zbrojnym na dużą skalę. W wyniku tego w Siłach Zbrojnych RP nie istnieje jedna struktura hierarchiczna z dowódcą na czele, odpowiedzialna za całokształt przedsięwzięć związanych z wojskową służbą zdrowia. Nie ma również uczelni medycznej, kształcącej przyszłych lekarzy i ratowników na potrzeby sił zbrojnych. Dużo do życzenia pozostawia stan wyszkolenia i wyposażenia personelu medycznego w jednostkach operacyjnych. Niniejsza praca daje ogromny materiał do analizy dla polskich decydentów i ludzi chcących zmian. Francuski system wojskowej ochrony zdrowia funkcjonuje nieprzerwanie od ponad trzystu lat. Miał swoje wzloty i upadki, ale cały czas działa i ewoluuje, aby sprostać obecnym wymaganiom. Co najważniejsze w perspektywie zasobów Polski, która aspiruje do odgrywania roli państwa średniego, jest dużo bardziej zbliżony i osiągalny niż przykładowo amerykański, którego aktywa ludzkie i materialne są praktycznie nieograniczone. Ostatni rozdział niniejszej pracy posiada gotowe rekomendacje, które są możliwe do zastosowania natychmiast. Niektóre efekty wprowadzonych zmian, takich jak uporządkowanie struktur organizacyjnych, przyjdą bardzo szybko. Na efekty innych, jak odtworzenie uczelni wyższej kształcącej lekarzy wojskowych lub gruntowna przebudowa pododdziałów medycznych w jednostkach operacyjnych oraz odpowiednie ich wyposażenie i wyszkolenie, przyjdzie poczekać znacznie dłużej. Czas biegnie nieubłaganie, a zagrożeń przybywa. Im szybciej nastąpią wymagane zmiany, tym większe będzie prawdopodobieństwo poprawnego działania systemu opieki zdrowotnej w polskich siłach zbrojnych w momencie próby.

Załączniki

Załącznik nr 1.

Relacja z wizyty w komórce medycznej wiodącej jednostki operacyjnej armii francuskiej

Komórki medyczne (*antennes médicales* – AM), zlokalizowane głównie w jednostkach operacyjnych i bazach sił zbrojnych Francji są podstawową strukturą zabezpieczającą medyczne aspekty funkcjonowania żołnierzy w toku codziennej służby w garnizonach. Wydzielają również siły i środki do polowych struktur medycznych poziomu I, w ramach operacji zagranicznych. Podlegają wojskowym centrom medycznym (*centres médicaux des armées*), które są częścią składową Dyrektoriatu medycyny sił zbrojnych (*Direction de la médecine des forces* - DMF) Wojskowej Służby Zdrowia (*Service de Santé des Armées* - SSA). Wizyta w jednej z tych komórek, która zabezpiecza działania wiodącej jednostki operacyjnej, będącej w stanie permanentnej gotowości bojowej i biorącej udział we wszystkich misjach zagranicznych ostatnich lat, była okazją do obserwacji funkcjonowania i organizacji tej struktury. W skład osobowy wizytowanej komórki medycznej wchodzi lekarze, pielęgniarze oraz sanitariusze i sanitariusze – kierownicy. Najważniejszymi osobami, odpowiedzialnymi za funkcjonowanie komórki, są lekarz – dowódca (*Médecin en Chef* - MC) i pielęgniarz naczelny (*infirmier major*). Za całość przedsięwzięć organizacyjnych, szkoleniowych i operacyjnych odpowiada lekarz – dowódca, który jest również łącznikiem personelu medycznego z dowództwem jednostki. Żołnierze komórki pełnią służbę w ramach kompanii dowodzenia i logistyki (*compagnie de commandement et de logistique* – CCL). Pododdział ten odpowiada za szkolenie ogólnowojskowe i całokształt spraw administracyjnych, kwaterunkowych i logistycznych, związanych z funkcjonowaniem personelu medycznego w jednostce wojskowej. Dowódca jednos w porozumieniu z lekarzem – dowódcą podejmuje decyzje personalne w stosunku do żołnierzy komórki medycznej, takie jak zawieranie kontraktów na służbę, kierowanie na misje zagraniczne czy na różnego rodzaju kursy doskonalące. Centrala z ramienia wojskowej służby zdrowia kontroluje natomiast działalność bieżącą i szkoleniową, którą należy systematycznie raportować w postaci wykresów, zestawień i tabel, co nie jest do końca zrozumiałe i bywa uciążliwe dla żołnierzy.

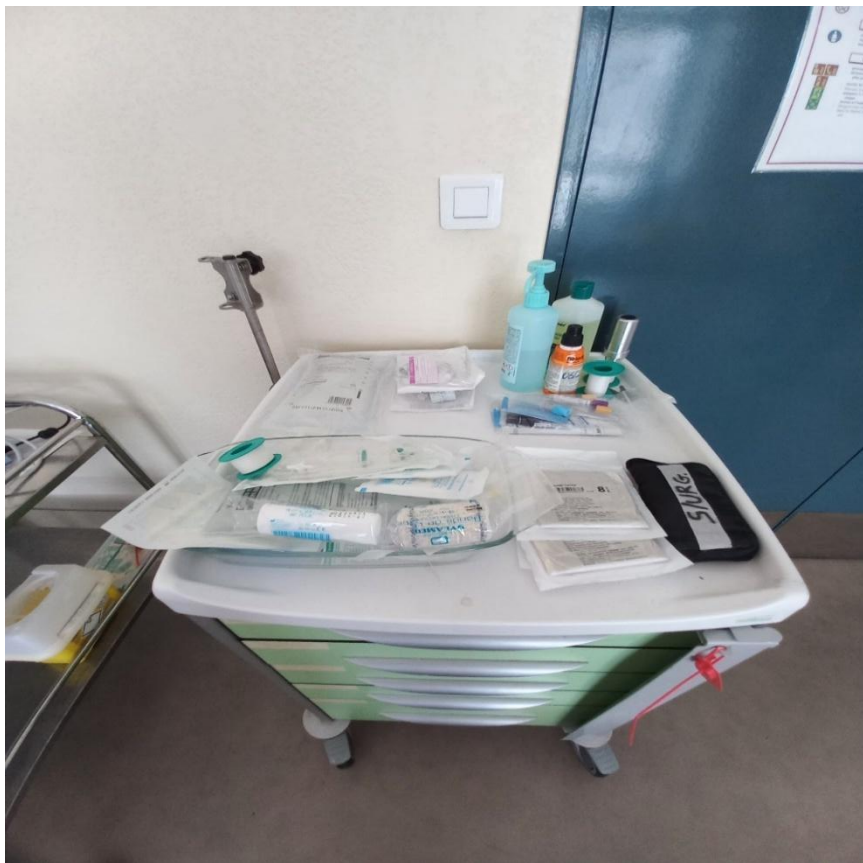
Bazą w oparciu o którą komórka medyczna prowadzi swoją działalność bieżącą jest przychodnia wojskowa, zlokalizowana na terenie jednostki wojskowej na rzecz, której działa. Placówka ta mieści pomieszczenia służbowe kadry, w których pełnią swoje obowiązki. W sekretariacie, zarządzanym od lat przez pracownika cywilnego, rejestruje się wizyty i prowadzi dokumentację profilaktyczno-leczniczą. Przypadki nagłe, w tym zdarzenia i choroby skutkujące stanem zagrożenia życia i zdrowia zaopatrywane są w odpowiednio do tego przygotowanej sali reanimacyjnej, która jest wyposażona na wzór szpitalnych oddziałów ratunkowych. Uwagę zwraca wanna wypełniona wodą przy wjeździe do sali, która służy do chłodzenia żołnierzy cierpiących na udar cieplny. Szczególnie wysokie temperatury panujące latem w otoczeniu jednostki, nawet jak na warunki francuskie oraz intensywny trening, któremu poddawani są codziennie żołnierze, powodują, że przypadków tego typu niedyspozycji jest wiele. Sala opatrunkowa, składająca się z dwóch identycznie wyposażonych stanowisk służy do zaopatrywania urazów poszkodowanych. Wykonuje się w niej małe zabiegi chirurgiczne i stabilizuje złamane kończyny.



Zdjęcie 15. Centralnym punktem sali reanimacyjnej jest łóżko przeznaczone dla jednego poszkodowanego w stanie nagłego zagrożenia życia. Zwraca uwagę przygotowanie sprzętu, który jest gotowy do natychmiastowego użycia (zbiory autora).



Zdjęcie 16. Dużą rolę w działalności ratunkowej według nowoczesnych standardów odgrywa miniaturyzacja sprzętu medycznego, który może być przenoszony w dowolne miejsce, co zapewnia zespołowi ratownicznemu odpowiednią mobilność (zbiory autora).



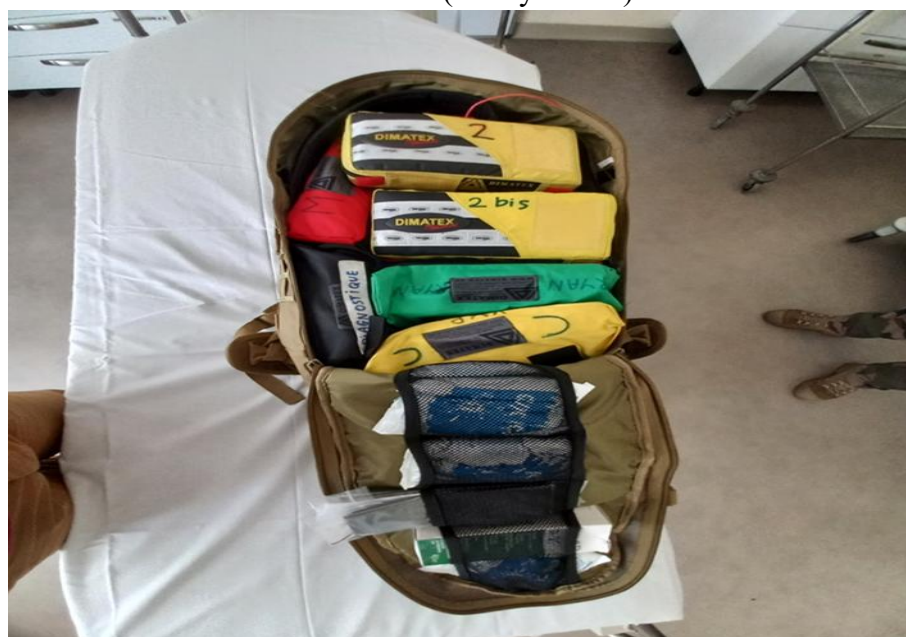
Zdjęcie 17. Ważnym elementem sali reanimacyjnej jest odpowiednio wyposażony i zawsze przygotowany do działania wózek reanimacyjny z niezbędnym wyposażeniem (zbiory autora).



Zdjęcie 18. Sprzęt jest przygotowany według najlepszych procedur znanych personelowi z misji zagranicznych i oddziałów ratunkowych (zbiory autora).



Zdjęcie 19. Pozostałe środki medyczne niezbędne do działania w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia znajdują się w przeszklonych szafach. Zwraca uwagę spis wyposażenia w prawym, górnym rogu każdej z szaf, weryfikowany codziennie przez dyżurnego sanitariusza (zbiory autora).



Zdjęcie 20. Plecak ratowniczy będący na stanie sali reanimacyjnej służy przede wszystkim w sytuacjach interwencji wyjazdowych. Jego wyposażenie i konfekcja wynikają z operacyjnych doświadczeń personelu komórki medycznej. Kolory i opis kieszeni plecaka pomagają w instynktownym dobiec potrzebnego sprzętu (zbiory autora).



Zdjęcie 21. Wanna na wjeździe do sali reanimacyjnej mająca za zadanie chłodzić żołnierzy po udarze cieplnym (zbiory autora).



Zdjęcie 22. Jednakowo wyposażone stanowiska w sali opatrunkowej pozwalają na jednoczesne opatrywanie ran dwóm poszkodowanym żołnierzom (zbiory autora).



Zdjęcie 23. Niezbędnym elementem wyposażenia sali opatrunkowej jest wózek z niezbędnymi środkami opatrunkowymi do zaopatrywania ran i urazów (zbiory autora).

Lekarze jednostki prowadzą działalność na rzecz żołnierzy w zakresie medycyny pracy, w oparciu o gabinety laboratoryjne, RTG i audiogramu. Ważnym elementem przychodni jest gabinet dentystyczny, z uwagi na szczególne znaczenie uzębienia w procesie dopuszczania żołnierzy do operacji zagranicznych. Podczas misji daleko poza granicami Francji, często w rejonie o nieistniejącej infrastrukturze, nie ma możliwości poprawiania swoich własnych zaniedbań w domenie sanitarno - higienicznej. Zły stan uzębienia dyskwalifikuje żołnierzy z udziału w operacjach poza granicami państwa.

W ramach przychodni funkcjonuje izba chorych, mająca możliwości przyjęcia kilkunastu chorych, niewymagających intensywnej opieki medycznej. Nadzór nad nimi sprawuje pielęgniarz dyżurny, który do pomocy ma sanitariusza ze składu kompanii bojowej i sanitariusza – kierowcę ambulansu z komórki medycznej. Podstawowe zabiegi medyczne, w ramach sprawowanej opieki, takie jak codzienne pobory krwi do analizy, monitorowanie czynności życiowych oraz zaopatrywanie ran i urazów są dla pielęgniarzy i sanitariuszy znakomitą okazją do podtrzymywania umiejętności manualnych w zawodzie medycznym. Infrastrukturę przychodni dopełnia apteka zlokalizowana w piwnicy, w której znajdują się spakowane zestawy, gotowe do działania w każdej chwili oraz wszystkie środki materiałowe i leki bieżącego użytku, zużywane w procesie zabezpieczenia medycznego codziennej działalności jednostki. Za prawidłowe stany magazynowe i odpowiednią rotację asortymentu, odpowiedzialny jest jeden z pielęgniarzy komórki, który dba, aby nie dochodziło do niezamierzonych strat, wydając do użytku środki o najkrótszej dacie przydatności do użycia.



Zdjęcie 24. Gabinet dentystyczny działający w ramach przychodni na terenie jednostki wojskowej ułatwia żołnierzom zadbanie o prawidłowy stan uzębienia (zbiory autora).

Głównym zadaniem opisywanej komórki medycznej jest zabezpieczenie medyczne działalności operacyjnej jednostki, która z uwagi na jej bojowe przeznaczenie jest bardzo intensywna. Jednostka wydziela komponenty w ramach alarmu Gepard³⁵⁸, co powoduje, że medyczne siły i środki również muszą znajdować się w permanentnej gotowości do podjęcia działań. Spakowane i gotowe do użycia są zestawy medyczne zapewniające materiały medyczne na pierwsze dni walki. Zestaw wstępnej projekcji (*Lot de projection initiale – LPI*) składa się z sześciu skrzyń ładunkowych o masie całkowitej 250 kg. Jest przeznaczony do zabezpieczenia medycznego dwuosobowego pododdziału, przez 7 dni walki o niskiej intensywności. Każda ze skrzyń posiada inny asortyment (leki dożylnie, płyny infuzyjne, zestaw ratunkowy, inne leki, zestaw chirurgiczny, środki opatrunkowe). Jest to podstawowy sprzęt i materiały medyczne, niezbędne do działania w izolacji, z daleka od infrastruktury cywilnej i wojsk własnych, w oczekiwaniu na siły główne z pełnym zapleczem logistycznym. W przypadku tej jednostki pierwszego rzutu tego typu działania są codziennością.

Przy użyciu Punktu medycznego 2014 (*Poste medicale – PM14*), mieszczącego się na trzech paletach, o masie 3 t., realizowane jest zabezpieczenie medyczne poziomu I w standardzie NATO. Personel medyczny na tym poziomie odpowiada za zaopatrzenie ran zagrażających życiu, podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych u poszkodowanych żołnierzy oraz transport rannych na dalszy poziom łańcucha ewakuacyjnego. *PM14* może być

³⁵⁸ Podwyższony stan gotowości bojowej dla wydzielonego komponentu ze składu jednostki, który w danym momencie w przeciągu 48 godzin powinien się znaleźć w dowolnym zakątku świata.

bazą dla innych elementów medycznych, jak zestaw chirurgii ratunkowej (*LCV - lot de chirurgie vitale*), który desygnowany do działania znacznie poszerza możliwości diagnostyczno – lecznicze na tym poziomie zabezpieczenia medycznego, korzystnie wpływając na rokowania pacjentów.

Zdolności do projekcji sił i środków komórki medycznej w dowolnym punkcie globu, w bardzo krótkim czasie, były weryfikowane wielokrotnie w ostatnich latach, m.in. w ramach operacji *Pamir* w Afganistanie oraz *Serval* i *Barkhane* w Mali. Personel medyczny nabierał podczas tych misji ogromnego doświadczenia w walce, okupionego niestety stratami we własnych szeregach. O tym, że ciągła gotowość do działania jest stale utrzymywana, zaświadcza jeden z najbardziej doświadczonych sanitariuszy komórki, mający za sobą wszystkie wymienione wyżej operacje. Opowiedział on o niedawnym uruchomieniu alarmu *Gepard* dla jednostki, w związku z niekorzystnymi dla Francji wydarzeniami w Afryce. Żołnierze zostali zaalarmowani o godz. 4.00 nad ranem, a już o godz. 14.00 byli na lotnisku, spakowani z całym sprzętem, gotowi do odlotu. Tego typu służba wymaga od żołnierzy pełnego poświęcenia i oddania. Kosztem prywatności, rodzin oraz przyjemności i wygód, których często muszą sobie odmawiać, a które dla ich rówieśników w środowisku cywilnym oraz żołnierzy w innych jednostkach francuskich o niższym stopniu gotowości bojowej są oczywiste.



Zdjęcie 25. W holu głównym przychodni zwraca uwagę gablota zawierająca przedmioty używane w ramach zabezpieczenia medycznego konfliktów w przeszłości (zbiory autora).

Przeznaczenie jednostki jako głównej siły uderzeniowej pierwszego rzutu Francji powoduje, że istotną rolę w codziennym toku służby żołnierzy pełni działalność szkoleniowa, mająca przygotowywać ich do wymagających zadań. Personel medyczny komórki bierze udział we wszystkich ćwiczeniach i szkoleniach, zgodnie ze swoim przeznaczeniem, organizując polowe struktury zabezpieczenia medycznego jak Punkt zbiórki rannych czy Punkt medyczny poziomu I. Podczas treningu nacisk kładzie się na realne odzwierciedlenie pola walki. Żołnierze działają w warunkach wydłużonego deficytu snu, w dzień i w nocy, na placach ćwiczeń i w terenie przygodnym. Szczególnie dużą uwagę kładzie się na dostosowanie się personelu medycznego do zastanych warunków i zdolności do improwizacji w trudnym położeniu, z ograniczoną lub nieistniejącą infrastrukturą. Całość przedsięwzięć szkoleniowych koordynuje lekarz – dowódca, który w tej materii wspiera również pododdziały bojowe jednostki, poprzez szkolenie sanitariuszy pełniących w nich służbę. Do jego dyspozycji jest sala symulacji medycznej z nowoczesnym fantomem, wiernie odzwierciedlającym ciało człowieka ze wszystkimi procesami w nim zachodzącymi. Personel medyczny komórki przechodzi taką formację raz w tygodniu, ćwicząc w zespołach, według scenariuszy wymyślonych przez lekarza – dowódcę. Zasada jest jedna. Im większa skala trudności treningu i wylanego na nim potu, tym łatwiej później w boju i mniej utraconej krwi. Doświadczeni żołnierze komórki, bazując na swojej wiedzy z wielu misji bojowych, wskazują na bardzo duże znaczenie szkolenia ogólnowojskowego, ze szczególnym uwzględnieniem strzelania, taktyki i łączności w procesie przygotowania personelu medycznego do wojny.

Działalność przedstawionej komórki medycznej funkcjonującej w ramach jednej z wiodących jednostek wojskowych we Francji jest bardzo dobrym i godnym naśladowania, przykładem prawidłowego zabezpieczenia medycznego działań operacyjnych. O wysokim stopniu gotowości do realizacji zadania zgodnie ze swoim przeznaczeniem świadczy ilość misji bojowych, w których personel medyczny komórki brał udział w ostatnich latach. Bardzo dobre oceny ze strony przełożonych i innych żołnierzy podkreślają jego jakość i profesjonalizm. Na ten sukces składają się odpowiednia infrastruktura, właściwa organizacja pracy w codziennym toku służby, wysoki poziom szkolenia medycznego i wojskowego oraz przede wszystkim oddany, fachowy personel. Możliwość przyjrzenia się temu z bliska daje podstawę do wyciągania wniosków, które mogą być drogowskazem dla innych sojuszniczych wojskowych służb zdrowia, które są w trakcie reorganizacji. Najlepszym przykładem zdają się być polskie siły zbrojne, które w tym aspekcie mają wiele do zrobienia.

Załącznik nr 2.

Reportaż z wizyty w Instytucie Inwalidów Legii Cudzoziemskiej (Institution des invalides de la Légion étrangère)

12 maja 1954 roku, tuż po klęsce pod Dien Bien Phu, generał w stanie spoczynku Marie-Pierre Koenig inaugurował działalność Instytutu Inwalidów Legii Cudzoziemskiej. Utworzony został na bazie starej willi galijsko-romańskiej, u podnóża góry Sainte-Victoire, w miejscowości Puylobier. Głównym powodem jego kreacji była konieczność wsparcia chorych i rannych legionistów, masowo powracających z Indochin, w szczególności tych, którzy z uwagi na stan zdrowia nie mogli kontynuować służby. Zadaniem Instytutu było przystosowanie weteranów do życia w cywilu, poprzez nabywanie nowych umiejętności i profesji, przy jednoczesnej kontynuacji leczenia i rehabilitacji. Główny budynek placówki, w którym zamieszkują pensjonariusze i wszystkie zabudowania pomocnicze zostały postawione dzięki ciężkiej pracy legionistów, w myśl motto pierwszego dyrektora placówki brygadiera Alfreda Le Roch, które mówi, że: „Legia Cudzoziemska to przede wszystkim walka, potem praca i dopiero na końcu braterstwo oraz wspólnota”.

Teren Instytutu, położonego w malowniczej Prowansji, obejmuje 40 hektarów winorośli, 800 drzew oliwnych, pola pszenicy, jęczmienia i czosnku, zagrody owiec, świń, kur, bażantów oraz ule. Nad wszystkim czuwają pensjonariusze, wyspecjalizowani w danych dziedzinach. Międzynarodowy charakter Legii Cudzoziemskiej sprawia, że placówka jest wielokulturowym tygłem, w którym pasterzem owiec jest Rosjanin, krawcem Niemiec, a murarzem Hiszpan.



Zdjęcie 26. Uprawy pensjonariuszy, pełniące rolę terapii psychoprofilaktycznej (zbiory autora).



Zdjęcie 27. Uprawa winorośli przez pensjonariuszy (zbiory autora).

Duży nacisk w leczeniu urazów fizycznych i psychicznych pensjonariuszy kładzie się na jak najwcześniejsze ich uaktywnienie przy drobnych pracach manualnych, takich jak uprawa winorośli i innych roślin, manufaktura ceramiczna oraz pomoc kuchenna przy przygotowaniu posiłków. Oczywiście wszystkie prace są wykonywane dobrowolnie, na prośbę pensjonariusza.



Zdjęcie 28. Wyroby ceramiczne wykonane przez pensjonariuszy znajdujące się w butik na terenie Instytutu (zbiory autora).



Zdjęcie 29. Inne pamiątki ręcznie wykonane przez legionistów (zbiory autora).



Zdjęcie 30. Najbardziej prestiżowy produkt pracy pensjonariuszy, czyli wino będące obowiązkowym elementem wszystkich uroczystości obchodzonych w Legii Cudzoziemskiej (zbiory autora).

Zakwaterowanie w Instytucie może uzyskać każdy weteran- legionista, pod warunkiem posiadania certyfikatu dobrej służby (*certificat de bonne conduite*). Jest to zaświadczenie, które otrzymuje legionista na koniec swojej poprawnej służby, odbytej bez groźniejszych incydentów natury dyscyplinarnej. W Puyloubier przebywa również ok. dwudziestu żołnierzy czynnej służby. Kierowani są tutaj przez komisję lekarską na krótko lub długoterminowy urlop zdrowotny, w przypadku, gdy stan zdrowia po przebytym urazie albo chorobie, nie pozwala na wykonywanie czynności służbowych. Liczba legionistów z urazami fizycznymi i psychicznymi jest podobna. Wszyscy żołnierze, bez względu na powód niezdolności do służby, oprócz leczenia i rehabilitacji mogą podejmować dodatkowe prace na rzecz Instytutu. Połowa z nich korzysta z tej możliwości, unikając sytuacji, w której większość czasu spędza się samotnie wśród czterech ścian. Wielu z legionistów (będących często zaawansowanymi sportowcami przyzwyczajonymi do wzmożonej aktywności fizycznej) po ciężkich wypadkach, wymagających wielomiesięcznych rehabilitacji, prace te i kontakt ze starszymi kolegami, uchroniły przed ciężkimi stanami depresyjnymi, pełniąc rolę psychoterapeutyczną. Instytut jest miejscem pierwszego wyboru dla legionistów, którzy zgłaszają lub manifestują objawy związane ze zespołem stresu pourazowego (PTSD). Tacy pensjonariusze są przedmiotem długotrwałej procedury mającej ustalić związek stanu psychicznego ze służbą, ocenić przydatność do dalszej służby oraz określić uszczerbek na zdrowiu w celu wypłaty świadczeń pieniężnych na rzecz poszkodowanego w najpoważniejszych przypadkach.



Zdjęcie 31. Miejsce spotkań towarzyskich, wybudowane i utrzymywane wspólną pracą pensjonariuszy (zbiory autora).

Niezmiernie ważne jest zabezpieczenie medyczne Instytutu, które jest realizowane przez przychodnię zlokalizowaną w budynku głównym. Za wszystkie czynności medyczne, wynikające z przepisanych terapii i stanów nagłych, zaopatrzenie przychodni w medykamenty oraz transport pensjonariuszy na konsultacje specjalistyczne, głównie do szpitala wojskowego *Laveran* w Marsylii, odpowiada pielęgniarz naczelny w stopniu podoficera starszego. Z uwagi

na kompleksowość i złożoność problemów zdrowotnych pensjonariuszy, legionista piastujący to stanowisko musi posiadać niezbędne doświadczenie w wojskowej służbie zdrowia. Obecny pielęgniarz naczelny może poszczycić się dwudziestoletnim stażem służby, głównie w strukturach medycznych 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy.



Zdjęcie 32. Przychodnia na terenie Instytutu (zbiory autora).

Przychodnia w Puyloubier prowadzona jest według najlepszych standardów, znanych z jednostek operacyjnych wojsk francuskich. Wszystkie zabiegi sanitarne, jak zmiany opatrunków, pobrania krwi oraz leczenie poszczególnych pensjonariuszy są rozpisane na tablicy ścieralnej, co pomaga zaoszczędzić czas tracony często na poszukiwaniu danych w dokumentacji przez personel. Sprawia również, że praktycznie niemożliwe jest pominięcie zabiegów lub dawki leku dla pacjenta. Czynności medyczne wykonywane są w jednej sali wielofunkcyjnej, konfigurowanej na potrzeby danej interwencji. Miniaturyzacja i mobilność sprzętu medycznego pozwalają na dowolne przenoszenie i manewrowanie nim przez personel, również na potrzeby interwencji medycznych na zewnątrz przychodni. Rozległość terenu Instytutu powoduje, że zespół medyczny musi być gotowy do działania w terenie. Służy temu modułowy plecak ratowniczy, perfekcyjnie konfekcjonowany przez pielęgniarza naczelnego, tak aby na miejscu zdarzenia ratownik nie musiał szukać potrzebnego asortymentu. Pielęgniarz naczelny ma merytoryczne wsparcie lekarza wojskowego, doradcy dowództwa Legii Cudzoziemskiej (*COMLE*) ds. medycznych, który raz w tygodniu przeprowadza w przychodni konsultacje lekarskie. Poza tym jest w stałym kontakcie z załogą przychodni oferując pomoc w razie potrzeby, o każdej porze dnia i nocy.

TRAITEMENT

NOM	DATE DEBUT	DATE EN COURS	DATE PROCHAIN	MEDICAMENT	OBSERVATIONS
CLJ	25/05	27/06		TRULICITY 3mg	4 inj / mois
SIB	16/06	14/07		XEPLION 150 mg	28 JOURS
HIT	27/06	27/06		ANANKIRA/IMMERET	
CHJ	23/06	30/06		ARANESP 150 mg	1 fois / semaine
RAR	23/06	30/06		Methotrexate stylo	1 fois les vendredis
</					





Zdjęcie 35. Kompletny zestaw urządzeń do monitorowania podstawowych czynności życiowych pacjenta. Zwraca uwagę widoczna miniaturyzacja sprzętu (zbiory autora).



Zdjęcie 36. Modułowy plecak ratowniczy będący na wyposażeniu personelu medycznego przychodni. Kieszenie są oznaczone kolorystycznie i skrótowo opisane, tak aby ułatwić dobyte potrzebego sprzętu podczas interwencji (zbiory autora).



Zdjęcie 37. Szafy z materiałami medycznymi i wózek reanimacyjny ułatwiający dostępność środków medycznych podczas interwencji (zbiory autora).

Bez cienia przesady należy stwierdzić, że Instytut Inwalidów Legii Cudzoziemskiej jest instytucją unikalną w skali światowej. Został utworzony i zbudowany, pracą własnych rąk, przez pierwszych pensjonariuszy. Obecnie przyjmuje każdego weterana tej formacji pod swój dach, pod warunkiem poprawnego przebiegu kariery w jej szeregach. Jest miejscem wymiany doświadczeń pomiędzy starszym pokoleniem legionistów, pamiętających jeszcze wojnę w Algierii, a obecnym, ukształtowanym i dorastającym w zupełnie odmiennych realiach. Instytut pełni ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej Legii Cudzoziemskiej, zapewniając perfekcyjne warunki do powrotu do zdrowia dla ciężko rannych lub chorych żołnierzy. Rehabilitacja pacjentów przez wspomaganie i zachęcanie ich do aktywności jest obecnie przedmiotem badań i eksperymentów we francuskich siłach zbrojnych. Pierwsze wyniki jednoznacznie wskazują na znacznie szybszy proces leczenia w takich warunkach, w szczególności w przypadku urazów psychicznych. Rozmowa przy pracy z weteranem pamiętającym zamierzchnie czasy oraz wspólne śpiewy przy ognisku po zakończonych zbiorach płodów rolnych okazują się mieć wielką moc zablizniania ran, tkwiących głęboko w psychice człowieka. Niemniejszą niż wielogodzinne seanse w gabinetach lekarskich, połączone z terapiami przy pomocy silnych środków farmakologicznych.

Na koniec należy jeszcze zaznaczyć, że winnice Instytutu posiadają prestiżowy certyfikat wysokich walorów środowiskowych (*la Haute Valeur Environnementale - HVE*), świadczący o przestrzeganiu przez uprawy rolne restrykcyjnych standardów ochrony środowiska, takich jak różnorodność biologiczna, zrównoważona gospodarka zasobami wodnymi i odpadami oraz ograniczenia w stosowaniu pestycydów.

Załącznik nr 3.

Wywiady eksperckie z żołnierzami wojskowej służby zdrowia.

Rozmówcy zostali poinformowani o celu wywiadu, wyrazili na niego zgodę. W każdej chwili mogli z niego zrezygnować oraz nie odpowiadać na wybrane pytania, bez podania przyczyny.

Wywiad z pułkownikiem – lekarzem, szefem służby (*médecin chef de service - MCS*), dyrektorem studiów w Wojskowej Szkole Lekarskiej w Lyon

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Nazywam się Luc Aigle i jestem lekarzem wojskowym w stopniu pułkownika (*Médecin chef de service - MCS*). Służbę w wojskowej służbie zdrowia rozpocząłem w 1992 roku, wstępując do Wojskowej Szkoły Lekarskiej, którą ukończyłem w 2001 roku. Karierę zawodową w jednostkach operacyjnych spędziłem wyłącznie w jednostkach powietrznodesantowych i specjalnych. Od 2016 roku służbę wojskową łączyłem z aktywnością naukową, co zaowocowało otrzymaniem tytułu profesora w dziedzinie medycyny ogólnej. W tym czasie (4 lata) pełniłem służbę jako doradca ds. zdrowia komendanta w dowództwie Legii Cudzoziemskiej. Od 2021 roku jestem na stanowisku dyrektora studiów w Zespole Wojskowych Szkół Medycznych w Lyon – Bron (*Ecoles Militaires de Santé de Lyon Bron - EMSLB*).

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwily Panu w pamięci najbardziej?

Najbardziej pamiętnym doświadczeniem dla mnie były operacje *Sangaris* w Republice Środkowoafrykańskiej, podczas której piastowałem stanowisko dyrektora medycznego operacji (*DIRMED* – najwyższe stanowisko dla lekarza wojskowego na teatrze działań, przyp. red.) i *Barkhane* w Mali, gdzie pełniłem służbę na stanowisku zastępcy dyrektora medycznego. Stanowiska te wymagały ode mnie pełnej wiedzy operacyjnej i taktycznej na teatrze działań, dzięki której byłem w stanie uruchomić łańcuch ewakuacyjny z pola walki do metropolii, poprzez wszystkie struktury polowe zabezpieczenia medycznego, w każdym momencie. Ogromnym doświadczeniem dla młodego lekarza na wcześniejszym etapie mojej służby były misje, w których miałem do czynienia ze zdarzeniami typu MASCAL, z dużą ilością poszkodowanych, w których działałem w izolacji, w warunkach improwizowanych.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuska wojskowa służba zdrowia, pomimo że jest strukturą niewielką, zapewnia kompletny, bardzo solidny system zabezpieczenia medycznego dla sił zbrojnych, doceniany przez inne wojska. Dysponuje w pełni operacyjnym łańcuchem ewakuacyjnym, od momentu zranienia na polu walki, do leczenia w wysoko wyspecjalizowanych szpitalach wojskowych i pełnej rehabilitacji poszkodowanego oraz jego aktywizacji zawodowej. Niezmiernie ważna jest zdolność do natychmiastowej projekcji struktur i personelu medycznego w pododdziałach liniowych, które wchodzą na teatr działań bojowych jako pierwsze. Wojskowa służba zdrowia oprócz zabezpieczenia medycznego walczących wojsk, co jest podstawą jej egzystencji, pełni również rolę doradcą dla dowódców, w domenach zdrowia, higieny i sanitarno –

epidemicznej. Jest to szczególnie ważne w warunkach misji zagranicznych, gdzie może się wydarzyć dosłownie wszystko. Nie można zapominać też o zaopatrzeniu w materiały medyczne, które jest na odpowiednim poziomie. Bardzo ważna jest działalność naukowo – badawcza, która ma na celu stałą poprawę procesu zabezpieczenia medycznego, tak aby polepszać los rannych i doskonalić jakość służby wszystkich żołnierzy. Problemem wojskowej służby zdrowia we Francji jest, podobnie jak w innych państwach na świecie, deficyt materiałowy i ludzki. Problemy te jednak są dobrze zdiagnozowane przez decydentów i kładzie się obecnie duży nacisk na wzmożoną rekrutację personelu do służby i dotowanie jej w sprzęt najnowszej generacji.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Tak, zmiany zachodzące w wojskowej służbie zdrowia są bardzo istotne i idą generalnie w dobrym kierunku. Nie przynoszą natychmiastowego skutku, bo są z założenia długoterminowe i wymagają ogromnych środków finansowych. To właśnie budżet powoduje konieczność ustalenia priorytetów i wskazania najważniejszych obszarów, w których natychmiastowe zmiany są niezbędne do dalszego funkcjonowania. W przypadku wojskowej służby zdrowia pilnym wyzwaniem jest odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi i potrzeba posiadania większej liczby personelu medycznego w służbie. Są też zmiany, które mają ulepszyć funkcjonowanie struktur i zwiększyć ich oddziaływanie na środowisko zewnętrzne. Dla przykładu utworzenie Wojskowej Akademii Medycznej ma w założeniu spowodować tego typu efekt w dziedzinie kształcenia i naukowo – badawczej.

5. Czy zna Pan projekty *Projet de service SSA 2020* i *Ambition Stratégique SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Tak, oczywiście. Uważam, że są jak najbardziej realne, co pokazuje zaawansowana faza realizacji niektórych z nich. Przykładowo zadanie zwiększenia stanów osobowych w wojskowej służbie zdrowia jest zauważalne w procesie rekrutacji elewów do Wojskowej Szkoły Lekarskiej, których przyjmuje się obecnie więcej niż w poprzednich latach. Podobnie jest ze sprzętem wojskowym. Takie zestawy jak Punkt medyczny *PM 14 (Le poste médical type 2014)* i Zestaw wstępnej projekcji (*LPI - lot précurseur de projection initiale*) w służbie od wielu lat, są cały czas doskonalone i opracowywane są ich nowocześniejsze wersje, jak Wielozadaniowy zestaw medyczny (*Lot médical polyvalent - LMP*). W służbie jest już Czołówka reanimacyjno – chirurgiczna (*l'Antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage - ARCS*). Prace trwają nad polowymi strukturami poziomu I i II zabezpieczenia medycznego i szpitalami wojskowymi w metropolii (w fazie realizacji jest np. budowa nowego szpitala w Marsylii, przyp. red.). Bardzo ważnym elementem wymienionych programów jest modernizacja techniczna i wprowadzenie do służby nowych ambulansów na bazie pojazdów *Griffon* i *Serval*. Włączenie wojskowej służby zdrowia do tych prac już w fazie koncepcyjnej pozwoliło na uzyskanie pojazdu dopasowanego do potrzeb żołnierzy na polu walki. Wszystkie te zmiany biorą pod uwagę wyzwania najbliższych lat, jakim jest konflikt o dużej intensywności, ale widoczne efekty wymagają czasu. Przykładowo „produkcja” lekarza wojskowego trwa 10 lat, więc jest to bardzo długa i żmudna praca.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Tak. Obecna struktura zabezpieczenia medycznego, z lekarzami, pielęgniarzami i sanitariuszami, wyszkolonymi w zakresie ratownictwa pola walki, jest bardzo dobra. Technicznie personel wojskowy zna się na rzeczy i potrafi działać w warunkach wojennych. Oczywiście, podobnie jak miało to miejsce w przypadku wojsk ukraińskich i rosyjskich, podczas walki o dużej intensywności odkryjemy wiele niedociągnięć w naszym systemie i to jest nieuniknione. Wspomniany wcześniej Projekt SSA 2030, bierze właśnie taki scenariusz konfliktu pod uwagę, kładąc nacisk na jak największe nasycenie pododdziałów bojowych ratownikami i sanitariuszami. Równocześnie wycofuje lekarzy do stref względnie bezpiecznych, bez bezpośredniego kontaktu z przeciwnikiem, gdzie ich zadaniem jest przeprowadzenie triażu (zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych i nadanie priorytetów ewakuacyjnych rannym na polu walki, przyp. red.). Pozwoli to na uratowanie jak największej liczby poszkodowanych. Niemożliwe jest działanie według doktryny francuskiej znanej z poprzednich konfliktów w Afganistanie i Sahelu, gdzie duża grupa lekarzy zaopatrywała małą ilość poszkodowanych (lekarz był już w strukturze kompanii, co jest światowym ewenementem, przyp. red.). W warunkach wojny o dużej intensywności będzie dokładnie na odwrót i odczuwalny będzie chroniczny niedobór fachowego personelu. Oczywiście nie oznacza to braku możliwości desygnowania lekarza w miejsce walk o strategicznym znaczeniu. Kompetencje kierowania personelu medycznego na szczególnie wrażliwe odcinki powinien posiadać lekarz – dowódca zabezpieczenia medycznego zgrupowania bojowego. Typowym przykładem takiej sytuacji może być działanie wojsk specjalnych, które odznaczają się dużą dozą autonomiczności w działaniu i wysokim ryzykiem strat sanitarnych.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Należy bardzo dużo trenować w warunkach zbliżonych do realnego pola walki. Podstawą jest szkolenie indywidualne w swojej domenie każdego z żołnierzy wojskowej służby zdrowia, niezależnie czy to jest lekarz, pielęgniarz czy sanitariusz. Następnie ważne jest zgrywanie zespołu medycznego, w którym działają na co dzień żołnierze, a na koniec, kluczowe jest zintegrowanie go z pododdziałami bojowymi. Szkolenie musi odbywać się w realiach odzwierciedlających rzeczywiste pole walki, tak jak w przypadku wojsk francuskich dzieje się to w ramach kursu medycyny taktycznej w nieprzyjaznym środowisku (*Médicalisation en milieu hostile – MédicHos*), organizowanym przez Centrum szkolenia i symulacji medycyny operacyjnej (*Le Centre d'Enseignement et de Simulation de Médecine Opérationnelle - CESimMO*). Podczas jednego tygodnia personel medyczny, w pełni zintegrowany z pododdziałem bojowym, którego jest częścią, ćwiczy różne warianty pomocy medycznej w warunkach polowych. Za przygotowanie i realizację szkolenia odpowiadają instruktorzy z *CESimMO*, co powoduje z kolei ogromne zapotrzebowanie tej instytucji na doświadczony personel medyczny.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Dotychczas zabezpieczenie medyczne francuskich sił zbrojnych realizował personel medyczny występujący zarówno w strukturach wojskowej służby zdrowia (komórki medyczne w jednostkach, przyp. red.) jak i pododdziałach bojowych (sanitariusze). Obecnie trwają prace nad wprowadzeniem do służby w jednostkach bojowych jak największej ilości żołnierzy ze znajomością zasad udzielania pomocy medycznej na polu walki. Wynikiem tych działań jest stworzenie nowego stanowiska i odpowiedniej do niego formacji pod nazwą operator pierwszej pomocy na polu walki (*opérateurs de premiers secours de combat - OPSC*). Poziom wiedzy

medycznej takich żołnierzy będzie się sytuował pomiędzy *SC 1* i *SC 2* (*SC* – jest to szkolenie w zakresie ratownictwa pola walki, którego stopień zaawansowania wyrażony jest w skali od 1 do 3, przy czym poziom 1 odpowiada podstawowej znajomości zasad udzielania pomocy, a poziom 3, najbardziej zaawansowany, zarezerwowany jest dla pielęgniarzy i lekarzy, przyp. red.). W założeniu decydentów znacznie zwiększy to dostęp żołnierzy do fachowej pomocy medycznej natychmiast po zranieniu. Kluczowe jest pierwsze 30 minut, w których ranny musi otrzymać taką pomoc. Jest to szczególnie ważne właśnie w kontekście konfliktu o dużej intensywności, w którym wskutek ograniczonej liczby lekarzy nie będzie możliwości desygnowania ich do pododdziałów na pierwszej linii walk.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Tak. Sprzęt, którym dysponuje obecnie wojskowa służba zdrowia jest bardzo dobrej jakości. Pozytywne zmiany nastąpiły już na początku lat dwutysięcznych, więc od dłuższego czasu sprzęt nie stanowi problemu. Podobnie obsługa sprzętu jest na odpowiednim poziomie, wskutek dobrego wyszkolenia załóg oraz personelu technicznego sił zbrojnych. Zadaniem na najbliższe lata jest wprowadzenie do służby ambulansów nowej generacji (*VBCI, Griffon, Serval*), które posiadają bardzo dobre rozwiązania techniczne i są świetnie uкомплектовane w sprzęt medyczny. Prawdziwym wyzwaniem będzie stworzenie funkcjonującego łańcucha zaopatrzenia w materiały medyczne, zaopatrującego polowe struktury zabezpieczenia medycznego na teatrze działań. Te w warunkach walk o dużej intensywności będą konsumowały ogromne ilości środków materiałowych.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie *LPM 2019-24* i *2024-29*? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Obecny i poprzedni program wydatków na siły zbrojne *LPM 2019-24* i *2024 – 29* są dla wojskowej służby zdrowia bardzo korzystne. Zapewniły bowiem ogromne środki pieniężne na modernizację służby. Kluczowe jest teraz odpowiednie zarządzanie tymi środkami. Potrzeb jest wiele. Sprzęt nowej generacji, zwiększenie rekrutacji i częstotliwości szkolenia personelu oraz oczywiście inwestycje w infrastrukturę, takie jak budowanie nowoczesnych szpitali wojskowych. Nie należy zapominać o zaopatrzeniu w materiały i sprzęt medyczny. Konieczne jest dotowanie komórek medycznych jednostek operacyjnych w odpowiednie do ich zadań zestawy medyczne. Na poziomie uczelni medycznej najważniejsza jest kontynuacja formacji nowych lekarzy i pielęgniarzy, w odpowiedzi na zwiększone potrzeby sił zbrojnych. Sytuacja finansowa dla wojskowej służby zdrowia jest bardzo dobra i trzeba tylko odpowiednio to wykorzystać.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Tak. Obecnie istnieje odpowiedni system opieki psychoprofilaktycznej, który dobrze spełnia swoją rolę. Stworzono formację mającą na celu przeszkolenie żołnierzy w zakresie detekcji *PTSD* (zespół stresu pourazowego, związany z doświadczeniem traumatycznego przeżycia, w siłach zbrojnych najczęściej wskutek działań bojowych, przyp. red.). Docelowo wszyscy żołnierze armii francuskiej, wliczając w to personel medyczny, mają być przeszkoleni w tym zakresie. Formacja ta, o nazwie Pierwsza pomoc psychiczna w rejonie misji (*Première soins psychologiques opérationnelle*), posiadająca 5 poziomów zaawansowania, ma za zadanie sprawić, że żołnierze z najbliższego otoczenia żołnierza wykazującego objawy *PTSD*, jeszcze

lepiej będą potrafili zauważyć i zgłosić problem przełożonym już na wczesnym jego etapie. Leczenie problemów psychicznych we francuskich siłach zbrojnych jest na znakomitym poziomie. Żołnierze poddani takiej terapii są bardzo dobrze prowadzeni i monitorowani, podczas całego procesu powrotu do zdrowia. Co ważne, opieką objęta jest również rodzina poszkodowanego. Armia francuska poświęca duże środki i oddała różnorodne narzędzia do dyspozycji żołnierzy z zaburzeniami psychicznymi, aby doprowadzić do jak najszybszego ich powrotu do pełnego zdrowia psychicznego.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Bez cienia wątpliwości mogę powiedzieć, że poziom kształcenia i szkolenia w instytucjach wojskowych jest bardzo wysoki. Odpowiadają za to 4 główne centra, które szkolą ok. 1500 kursantów rocznie. Większość z kursów jest powtarzana cyklicznie, co 3 lata, co pomaga zachować ciągłość nabytych umiejętności. Wymaga to oczywiście wielkich zasobów, przede wszystkim, ludzkich. Sprzęt i materiały medyczne nie stanowią, aż takiego problemu jak personel. Dla przykładu w naszej szkole (Wojskowa szkoła lekarska w Lyon – Bron, przyp. red.), na jednego instruktora przypada dziewięciu elewów, co jest najgorszym wskaźnikiem w całych siłach zbrojnych. Za sytuację normalną dla kadry szkoleniowej uczelni, uznaje się stan, w którym jeden instruktor odpowiada za szkolenie czterech elewów. Podobnie jest w jednostkach szkoleniowych, gdzie również brakuje instruktorów. Pokazuje to jak trudno o doświadczony personel medyczny, nadający się do służby w jednostkach kształcenia i szkoleniowych.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Jestem dyrektorem studiów, więc odpowiadam za całokształt działalności naukowo – szkoleniowej uczelni. Odbywa się ono w trzech wymiarach. Kształcenie medyczne jest realizowane w środowisku cywilnym na uniwersytecie w Lyon. Wojskowa szkoła lekarska odpowiedzialna jest za szkolenie wojskowe i medycyny wojskowej. Jest to ponad 1800 godzin dodatkowych zajęć dydaktycznych, kursów, stażów, poligonów, podczas sześciu lat nauki. Daje to praktycznie dodatkowy rok kształcenia dla elewów, który należy zmieścić w programowych sześciu. Jest to dla nich i dla kadry sporym wyzwaniem, ale nie możemy tego zrobić inaczej. Taka jest specyfika uczelni wojskowej. Jednak mimo wysokiego stopnia trudności radzimy sobie dobrze i kształcimy na odpowiednim poziomie.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Jak już wiele razy wspominałem wojskowa służba zdrowia cierpi na niedobór lekarzy. W wyniku tego w większości garnizonów francuskich nie ma możliwości objęcia odpowiednią opieką rodzin wojskowych. Są oczywiście wyjątki, jak w przypadku 2. Pułku Spadochroniarzy Cudzoziemskich, zlokalizowanego na Korsyce, która jest wyspą i w związku z tym personel medyczny jednostki w większości czasu pozostaje do dyspozycji żołnierzy i nawet ich rodzin. Sytuacja zmieni się na lepsze, gdy obecni rekruci zostaną lekarzami wojskowymi, czyli po upływie od ośmiu do dziesięciu lat. Nie wcześniej. Pozostaje również kwestia zaufania do wojska w społeczeństwie, w tym u rodzin żołnierzy. Skoro od trzydziestu lat nikt nie korzystał z usług lekarza wojskowego i niewielu wie o ich istnieniu, to pozyskanie teraz pacjentów może nie być łatwe. Ułatwieniem mogą okazać się braki fachowego personelu w zawodach medycznych również w środowisku cywilnym. Istnienie alternatywy dla rodzin żołnierzy w postaci lekarza wojskowego może okazać się dla służby sporym atutem.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Tak, znam założenia tego planu i uważam, że jest to bardzo dobry plan. Ma on za zadanie objąć opieką rodziny, które pozostały same w związku z wyjazdem służbowym żołnierza. Zakłada on pomoc w codziennych sprawach, takich jak przeprowadzki, opieka nad dziećmi czy transport osób nie mogących się samodzielnie poruszać. Jest to znaczna poprawa sytuacji rodzin żołnierzy, które mogą liczyć na wojsko w trudnej dla nich sytuacji.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Punktem zwrotnym tej współpracy były zamachy w 2015 roku. Od tej pory zmieniło się wszystko. Obecnie oba środowiska współdziałają na wielu płaszczyznach. Przykładowo wojskowe instytucje szkoleniowe oferują szkolenia dla środowiska cywilnego w zakresie pomocy medycznej w sytuacjach kryzysowych. Cywile zwracają się do sił zbrojnych również w momencie zagrożenia i destabilizacji struktur państwowych jak ma to miejsce obecnie w Nowej Kaledonii. Armia, oprócz bezpieczeństwa, zapewnia pomoc medyczną oraz zaopatrzenie w podstawowe środki niezbędne do życia, w tym racje żywnościowe dla pacjentów szpitali na tej wyspie. Współpraca cywilno – wojskowa jest bardzo ważna i ma kluczowe znaczenie w sytuacjach kryzysowych.

Wywiad z podpułkownikiem - lekarzem (*médecin en chef – MC*), w rezerwie operacyjnej szpitala wojskowego

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Mam 53 lata. W 1988 roku rozpocząłem kształcenie w Wojskowej Szkole Lekarskiej w Lyon, którą ukończyłem w roku 1996. Całą swoją karierę wojskową związałem z Legią Cudzoziemską. Służyłem kolejno w 6. Pułku Saperów Cudzoziemskich (6 REG), 3. Pułku Piechoty Cudzoziemskiej (3 REI), 2. Pułku Spadochroniarzy Cudzoziemskich (2 REP) oraz w 1. Pułku Cudzoziemskim (1 RE), w składzie dowództwa Legii Cudzoziemskiej. Obecnie pełnię służbę w rezerwie operacyjnej szpitala wojskowego *Laveran* w Marsylii.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Sytuacją, która najbardziej mi utkwiła w pamięci i pozostanie w niej na zawsze, jest bez wątpienia zasadzka w Dolinie Uzbín, w czerwcu 2008 roku, związana w szczególności z utratą mojego podwładnego, starszego kaprała (*caporal chef*) Penona. Trafiłem tam jako dowódca zespołu medycznego, oddelegowanego ze składu Legii Cudzoziemskiej z zadaniem wsparcia 8. Pułku Spadochroniarzy Piechoty Morskiej (8 RPiMa). Zaciętość walk z przeważającymi siłami agresywnego przeciwnika pokazały nienajlepsze przygotowanie żołnierzy francuskich do takich misji. Operacja ta, z powodu dużych strat (10 zabitych i 21 rannych, przyp. red.), była punktem zwrotnym dla wojskowej służby zdrowia. Urealniono szkolenie, udoskonalono wyposażenie indywidualne żołnierzy, m.in. wprowadzono do służby indywidualny pakiet medyczny (*trousse individuelle du combattant - TIC*), którego kolejne wersje rozwojowe służą żołnierzom również obecnie.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuska wojskowa służba zdrowia to bardzo piękna instytucja. Na pewno jedna z najlepszych w swojej domenie na świecie. Charakteryzuje się przede wszystkim znakomitym wyszkoleniem personelu medycznego w zakresie opieki nad pacjentem. Posiada w pełni operacyjny, autonomiczny łańcuch ewakuacyjny, począwszy od miejsca zranienia, poprzez polowe struktury zabezpieczenia medycznego, na szpitalach wojskowych w metropolii kończąc. System ten działa, co było sprawdzone podczas operacji zagranicznych w Afganistanie i początkowej fazie w Sahelu, gdzie intensywność walk była istotna. Wojskowej służbie zdrowia w tym czasie zdarzało się mierzyć ze zdarzeniami typu MASCAL (zdarzenia masowe z ilością rannych przewyższającą możliwości lecznicze struktur służby zdrowia, przyp. red.). Mankamentów można się doszukiwać w przygotowaniu bojowym personelu medycznego. Należy kontynuować i doskonalić wszelkie formy szkolenia bojowego, z naciskiem na taktykę wojskową, strzelanie i topografię.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Uważam, że wojskowa służba zdrowia rozwija się bardzo dynamicznie, generalnie w dobrym kierunku, pomimo problemów związanych z niedostatecznym finansowaniem i negatywnym efektem skali. Jest bardzo dobrze przygotowana do zabezpieczenia medycznego konfliktu o niskiej intensywności.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Nie, nie znam założeń tych planów.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Nie są przygotowani do takiego konfliktu, wskutek braku odpowiednich sił i środków. Nie dotyczy to wyszkolenia oraz znajomości zasad i procedur działania. Te u żołnierzy wojskowej służby zdrowia są na bardzo wysokim poziomie, umożliwiającym wykonanie zadania w trudnym środowisku walki z przeciwnikiem o podobnym potencjale.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Konieczne jest znaczne zwiększenie rekrutacji do pododdziałów medycznych sił zbrojnych. Powiększenie stanów osobowych pozwoli na rozwijanie większych struktur zabezpieczenia medycznego, dostosowanych do działania w konflikcie o dużej intensywności. Należy położyć nacisk na szkolenie w jak najbardziej realnych warunkach, będących odwzorowaniem pola walki. Sale wykładowe i treningowe, z nawet najbardziej nowoczesnym sprzętem i technologią, nie zastąpią szkolenia na poligonach i w terenie przygodnym. Ćwiczyć należy dokładnie tak jak będzie się walczyło, w takich samych warunkach, używając taki sam sprzęt i mając u boku kolegów ze swojego pododdziału.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Nie, nie posiadają wystarczającej liczby. Są bardzo dobrze przygotowane, ale do zabezpieczenia medycznego walk o niskiej intensywności. Pododdziały medyczne nie posiadają zdolności do rozwijania dużych struktur medycznych, koniecznych do prawidłowego zabezpieczenia medycznego konfliktu o dużej intensywności. Podam przykład. Mój kolega, również lekarz wojskowy, miał okazję obserwować organizację zabezpieczenia

medycznego sił zbrojnych Ukrainy w konflikcie z Rosją. Połowe struktury medyczne mierzą się tam z sytuacją masowego napływu poszkodowanych do ich placówek, praktycznie każdego dnia, przyjmując nawet 600 rannych dziennie. Jest to sytuacja dla nas zupełnie niewyobrażalna. Nasze pododdziały medyczne na poziomie pułku przygotowane są na zaopatrzenie dziesięciu pacjentów. Różnica jest kolosalna. I pytanie jest następujące. Jaką liczbą personelu medycznego powinna dysponować wojskowa służba zdrowia na teatrze działań do realizacji zabezpieczenia medycznego na odpowiednim poziomie, przy takich stratach sanitarnych?

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Sprzęt na wyposażeniu medyków francuskich sił zbrojnych jest najwyższej klasy. Jest dobierany i opracowywany na podstawie doświadczeń z minionych konfliktów i pochodzi z dominujących państw produkcyjnych w dziedzinie medycyny wojskowej, takich jak Stany Zjednoczone i Izrael. Oczywiście korzystamy również z usług rodzimych producentów, których oferta prezentuje wysoki poziom i jest stale doskonała. Problemem, podobnie jak przy potencjale ludzkim, jest wielkość zasobów, która nie jest odpowiednia do zabezpieczenia medycznego konfliktu o wysokiej intensywności. Kluczowe jest pozyskiwanie zdolności do produkcji własnej dużej ilości materiałów i sprzętu medycznego oraz doskonalenie systemu składowania zapasów. Należy doprowadzić do perfekcji łańcuch zaopatrzenia medycznego, od producenta do szpitali, przychodni wojskowych w jednostkach operacyjnych, polowych struktur zabezpieczenia medycznego żołnierzy, na medykach bezpośrednio na polu walki kończąc.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie LPM 2019-24 i 2024-29? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie znam szczegółów wymienionych planów, więc nie mogę się wypowiedzieć.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Tak. Uważam, że wsparcie psychoprofilaktyczne i psychopatologiczne żołnierzy francuskich jest na bardzo dobrym poziomie, w szczególności po misji zagranicznej. Dotyczy to również ich rodzin, które nie są pozostawione same sobie.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Oczywiście realizowałem wiele szkoleń w instytucjach wojskowych i oceniam je bardzo wysoko. Kadra szkoleniowa składa się z osób doświadczonych w zawodzie, praktyków, którzy przekazują nabytą wiedzę innym. Ma to zasadniczy wpływ na jakość szkolenia i przydatność umiejętności w realnych działaniach. W szczególności zwracam uwagę na szkolenie przygotowawcze do misji zagranicznych, trwające 6 miesięcy, które obejmuje zagadnienia wojskowe i medyczne, będące na znakomitym poziomie merytorycznym.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Tak. Szkolenie medyczne w instytucjach jest adekwatne do stawianych zadań i różni się w zależności od przeznaczenia jednostki. Inny rodzaj formacji jest realizowany w jednostkach operacyjnych, w których służyłem zdecydowaną większość mojej kariery

wojskowej, a inny w szpitalu, w którym pełnię służbę obecnie w ramach rezerwy operacyjnej. W obu przypadkach spełnia swoją rolę i jest na bardzo wysokim poziomie.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Generalnie, dostęp żołnierzy francuskich i ich rodzin do opieki medycznej na poziomie podstawowym jest bardzo łatwy i nie stanowi większego problemu. Wpływ na dostępność i jakość opieki specjalistycznej ma z pewnością położenie geograficzne jednostki, w której żołnierz pełni służbę. Trudniej zapewnić taką opiekę w miejscach oddalonych od metropolii, z ograniczoną infrastrukturą medyczną, jak przykładowo na Korsyce. Jednak i w tym przypadku żołnierz otrzymuje niezbędną pomoc od wojska, chociażby w transporcie do Marsylii, która jest miejscem pierwszego wyboru, oferującym kompletny pakiet usług specjalistycznych.

15. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Współpraca cywilno-wojskowa na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie stanowi problemu we Francji. Istnieje kooperacja między tymi środowiskami, m.in. w postaci wymiany personelu w podległych jednostkach i instytucjach. Należy pamiętać oczywiście o specyficznych, diametralnie innych od instytucji cywilnych, zadaniach realizowanych przez wojskową służbę zdrowia. Tam, gdzie jednak taka współpraca jest pożądana i przynosi korzyści dla powszechnego systemu, dla przykładu w zarządzaniu i reagowaniu kryzysowym, jest ona odpowiednia.

Wywiad z podpułkownikiem – lekarzem (*médecin en chef* – MC), służącym na stanowisku zastępcy ordynatora oddziału ratunkowego w szpitalu wojskowym

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Jestem lekarzem wojskowym na stanowisku w szpitalu wojskowym. Służbę w wojskowej służbie zdrowia rozpocząłem w 1998 roku, wstępując do Wojskowej Szkoły Lekarskiej. Służbę w jednostkach operacyjnych pełniłem w takich jednostkach jak 13. Półbrygada Legii Cudzoziemskiej (*13 DBLE*) w Dżibuti i 2. Pułk Cudzoziemski Saperów (*2REG*) w St.Christol. Następnie skierowano mnie do Centrum Medycznego Sił Połączonych (*Centres Medicaux Interarmées* – *CMI*) w Gujanie Francuskiej. Po powrocie do metropolii służbę kontynuowałem w Batalionie Straży Pożarnej marynarki w Marsylii (*Bataillon de marins-pompier de Marseille* – *BMPM*). Obecnie jestem na stanowisku lekarza wojskowego specjalisty medycyny ratunkowej w szpitalu wojskowym. Poza tym posiadam kwalifikacje lekarza ogólnego i sportowego. Podczas mojej kariery dwukrotnie miałem okazję brać udział w operacjach bojowych. Pierwszym razem w strukturach *batlog* (batalion logistyczny, przyp. red.) w Afganistanie, a następnie podczas operacji *Serval* w Mali.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Trudno wskazać jedną, bo było ich tak wiele. Sytuacja, która jednak osobiście utkwiła mi głęboko w pamięci wydarzyła się podczas operacji *Serval* w Mali. Byłem w składzie plutonu zwiadowczego 1. Pułku Cudzoziemskiego Kawalerii (*1er Régiment étranger de cavalerie* - *1er REC*). Podczas zasadzki rebeliantów, jeden z naszych żołnierzy, który łączył funkcje strzelca wyborowego ze stanowiskiem sanitariusza plutonu, udzielał pierwszej pomocy przeciwnikowi, którego osobiście, jak się okazało śmiertelnie, postrzelił. Ciężar tej sytuacji zwiększał fakt, że

ofiara był niespełna siedemnastoletni młody chłopak. Wielu z nas, w szczególności naszego sanitariusza, dotknęła ta dynamicznie zmieniająca się sytuacja taktyczna na polu walki, w której w mgnieniu oka z żołnierza zmieniasz się w ratownika.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuska wojskowa służba zdrowia spełnia swoją rolę w stopniu dobrym, dzięki żołnierzom oddanym całkowicie swojej służbie. Póki co, nie widzę wielu luk w zabezpieczeniu medycznym. Jedyne co jest dla mnie problematyczne to, że zadania realizowane są przez niewystarczającą liczbę osób. Status żołnierza jest często wykorzystywany przez decydentów do wydłużania czasu pracy, dla personelu medycznego. Mimo, że nie jesteśmy jako państwo w stanie wojny to nakłada się na nas wiele dodatkowych zadań, tłumacząc to potrzebą służby. Powoduje to nadmierne eksploatowanie żołnierzy, którzy, poza tym, że służą ojczyźnie to mają jeszcze swoje życie prywatne, rodziny, itp. Myślę, że jest to związane z nieodpowiednim zarządzaniem zasobami ludzkimi i chęcią wykonywania coraz to większej pracy, tym samym stanem osobowym. Uważam, że może to mieć negatywne konsekwencje w długoterminowym rozrachunku. Szczególnie, że wojskowa służba zdrowia w domenie rekrutacji i pozyskiwania zasobów ludzkich musi rywalizować ze środowiskiem cywilnym, które oferuje często lepsze warunki finansowe, przy jednoczesnym braku tak wielkich wymagań i ograniczeń. Sama miłość do ojczyzny w pewnym momencie może nie wystarczyć. Ograniczona liczba personelu medycznego w służbie przekłada się na brak czasu na szkolenie. Dla przykładu dowódca komórki medycznej w jednostce powinien szkolić się i być specjalistą w zakresie medycyny ratunkowej, ale często z powodu dyspozycyjności dla jednostki i innych zadań związanych ze służbą brakuje mu czasu na odpowiednią formację. W domenie materiałowej, myślę, że służba posiada odpowiedni sprzęt do działania w obecnych realiach i ograniczeniach finansowych.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Są zmiany, które są bardzo dobre i istotne dla służby. Są takie, które nie są aż tak dobre. I niestety, są też takie, z których nic nie rozumiem. Na pewno pozytywne zmiany nastąpiły w obszarze zabezpieczenia medycznego działań bojowych, w wyniku doświadczeń z misji w Afganistanie. 11 września 2001 r. jest datą, która zmieniła podejście do wojskowej służby zdrowia również we Francji. Niestety wcześniej degradowano i zmniejszano służbę, obcinając jej fundusze. Odrobienie tych strat nie jest łatwe i potrzeba na to dużo czasu. Obecnie system szkolenia, z obowiązkową formacją w zakresie ratownictwa pola walki działa bardzo dobrze. Wszystkie te kompetencje zostały niejako odkurzone. Przykład armii ukraińskiej, której system służby zdrowia nie był na bieżąco z medycyną pola walki i musiał odrabiać lekcje w trakcie konfliktu jest tutaj znaczący. Struktury medyczne muszą być od początku zintegrowane z jednostkami operacyjnymi, a ich żołnierze muszą znać procedury i wiedzieć co mają robić w konkretnych przypadkach. Bardzo dobrym kierunkiem jest położenie nacisku na wyszkolenie i zwiększenie znaczenia w pododdziałach bojowych personelu paramedycznego, który jest kluczowy dla zabezpieczenia medycznego pododdziałów. Za szkoleniem poszły odpowiednie zmiany w sprzęcie jakim dysponują żołnierze. Obecnie wyzwaniem jest przygotowanie całego systemu zabezpieczenia medycznego do warunków konfliktu o dużej intensywności. Coś co działa przeciwko trzem rebeliantom nie zadziała w walce

z przeciwnikiem o podobnym potencjale. Niemożliwa do realizacji będzie zasada dwudziestu czterech godzin, polegająca na tym, że właśnie w tym czasie poszkodowany na polu walki, powinien się znaleźć w szpitalu wysokospecjalistycznym w metropolii. W warunkach intensywnego konfliktu transport rannego na odległość jednego kilometra, stanowi często wielkie wyzwanie i może zająć cały dzień.

Wątpliwości mam co do przekształceń strukturalnych, które komórki medyczne w jednostkach operacyjnych podporządkowały centrom medycznym, podlegającym wojskowej służbie zdrowia. Zmiany te, lekarzy zmieniły w urzędników, od których wymaga się wielu kompetencji, do których nie byli przygotowywani przez 10 lat formacji. Jeżeli lekarz jest zmuszony do bycia jednocześnie dowódcą, menedżerem i pracownikiem administracyjnym to jest oczywiste, że brakuje mu czasu na bycie fachowcem w swoim wyuczonym zawodzie. Plusem tych zmian jest większa autonomia medyków w jednostce w stosunku do innych żołnierzy oraz większa rola i status lekarza jako dowódcy.

Co do zmian w szpitalnictwie wojskowym, są one bardzo skomplikowane z powodu wysokich kosztów, które szpitale generują. Należy przemyśleć jeszcze raz obecną strukturę i znaleźć odpowiednie rozwiązanie. Niektóre placówki może będzie trzeba zamknąć, inne zmodernizować, a jeszcze inne utworzyć od nowa. Na pewno należy zadbać o odpowiednie dofinansowanie wszystkich szpitali, aby osiągnęły ten sam poziom specjalizacji co szpitale wiodące. Dużą uwagę trzeba zwrócić na zagadnienia związane z medycyną ratunkową. Odpowiednia organizacja oddziałów ratunkowych jako punktów pierwszej linii przyjęcia masowej liczby poszkodowanych do szpitali, zadbanie o personel w nich pracujący jest kluczowe dla działania całego systemu.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Tak, słyszałem o tych planach, ale nie miałem okazji zagłębić się w szczegóły. Ta część planów, która mnie interesuje najbardziej na pewno mówi o zwiększeniu możliwości diagnostyczno-leczniczych szpitali wojskowych. Od początku mojej służby byłem świadkiem, co najmniej 3-4 razy, ogłaszania w wojskowej służbie zdrowia wielkich planów, które diametralnie miały zmienić aktualny stan rzeczy. Za każdym razem niewiele z tego wynikało. W dużej mierze, w wyniku braku odpowiedniej komunikacji pomiędzy decydentami i planistami z jednej strony, a wykonawcami z drugiej. Część postulatów udało się wdrożyć do działania, inne upadły śmiercią naturalną, a warunki i realia służby pozostały takie same. Dlatego też, mam duży dystans do dużych planów, które najczęściej są częścią medialnej gry prowadzonej przez decydentów. Inną kwestią jest, że przy planowaniu wielkich zmian często nie rozmawia się z żołnierzami, którzy mają realizować założenia planistów. Rzadko ktokolwiek pyta o zdanie personelu na najniższym szczeblu łańcucha pokarmowego, toteż plany są często abstrakcyjne dla ich wykonawców. Nie bez znaczenia pozostaje też fakt, że francuskie siły zbrojne stanowią system mocno zhierarchizowany, w którym dopytywanie zwykłych żołnierzy o ich zdanie jest często źle widziane przez innych dowódców. Podobnie jak zgłaszanie problemów wyższym przełożonym odbierane jest często jako przejaw słabości i tzw. „narzekanie” na służbę tych, którzy chcą coś zmienić. Bezwzględne posłuszeństwo i wykonywanie rozkazów są wyżej cenione niż poprawna komunikacja mająca na celu poprawę sytuacji.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Pod względem umiejętności technicznych tak. Jeśli chodzi o liczbę personelu medycznego to obecny stan osobowy służby wystarczy na początek konfliktu o dużej intensywności. Wiele będzie zależało od motywacji żołnierzy, sprawności i zdolności całości sił zbrojnych do znacznego powiększenia swoich szeregów oraz mobilizacji całej maszyny wojennej państwa. Pozostaje kwestia nastawienia francuskiego społeczeństwa. Nie jestem pewny czy jest ono zdolne do poświęceń tego rodzaju jak walka w długim, żmudnym konflikcie zbrojnym. Uważam, że póki co jesteśmy przygotowani na 2-3 miesiące takiego konfliktu. Po tym czasie pojawią się duże problemy, które jednak dotkną również naszych przeciwników. Duże znaczenie będzie miało to gdzie taki konflikt będzie toczony. Czy to będzie operacja zagraniczna, w obronie terytorium sojusznika. Czy może Francja nagle znajdzie się na miejscu Ukrainy. To są diametralnie różne sytuacje. Armia francuska nie jest przygotowana, a jej struktury nie są dostosowane do wojny o dużej intensywności. Jest za to wciąż zdolna do operacji zagranicznych na całym świecie w obronie swoich interesów, jak interwencje na terytoriach zamorskich.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Należy zmodyfikować cały system zabezpieczenia medycznego, co pod wpływem konfliktu na Ukrainie już się dzieje. Nasze szczęście, w innych nieszczęściu, polega na tym, że mamy obecnie czas, aby się przygotować do wojny o dużej intensywności. Co już robimy. Dzięki personelowi francuskich sił zbrojnych, np. z jednostek specjalnych, obecnemu w miejscu konfliktu, zbieramy niezbędne doświadczenie w działaniu w takich warunkach. Ma to bezpośrednie przełożenie na zmianę w programach szkoleniowych i infrastrukturze poligonów. Dla przykładu w Pułku Medycznym w Valbonne utworzono pas taktyczny z okopami i dronami, aby szkolić żołnierzy do walki w podobnych warunkach do Ukrainy. Musimy również pozostać w czołówce światowej, jeśli chodzi o innowacje i nowoczesne technologie używane na współczesnym polu walki. Już teraz należy położyć nacisk na szkolenie i przygotowywanie personelu do wyzwań walki w konflikcie o dużej intensywności. Nie możemy czekać do momentu, kiedy taki konflikt wybuchnie. Wtedy będzie już za późno. Dotyczy to wszystkich jednostek operacyjnych oraz instytucji medycznych. Dużo łatwiej jest organizować szkolenie w jednostkach liniowych, które praktycznie tylko tym się zajmują, aniżeli w takich placówkach jak szpitale. Tutaj pracujemy codziennie na tak wysokich obrotach, głównie na rzecz pacjentów cywilnych, że nie mamy czasu, ani sił na szkolenie. To musi się zmienić, gdyż konflikt o dużej intensywności będzie dotyczył całego personelu medycznego i obejmie wszystkie struktury wojskowej służby zdrowia. Jednostki bojowe w takich warunkach będą potrzebowały stałego dopływu wyszkolonych profesjonalistów, toteż każdy żołnierz z wykształceniem medycznym powinien posiadać podobny poziom wykształcenia i przygotowania do działania na polu walki, niezależnie od jednostki lub instytucji, w której pełni służbę.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Tak i nie. W warunkach konfliktu o dużej intensywności nie będzie możliwe działanie według obecnych standardów, gdzie mieliśmy lekarza i pielęgniarkę na szczepku kompanii oraz sanitariusza w plutonie. Obecny system stworzony jest na potrzeby walki asymetrycznej, niekonwencjonalnej, z przeciwnikiem o dużo słabszym potencjale bojowym. Aby sprostać nowym wymaganiom należy poszukiwać odpowiedniego balansu, pomiędzy kompetencjami personelu, a koniecznością skokowego zwiększania jego liczebności. Czy do podstawowych

gestów ratujących życie jak zatamowanie krwotoku przy użyciu opaski uciskowej potrzeba trzymiesięcznej formacji? Czy może wystarczy dwutygodniowy kurs? Konieczne jest nasycenie pododdziałów bojowych jak największą liczbą personelu paramedycznego, przeszkolonego w podstawowym zakresie pomocy na polu walki oraz szkolenie wszystkich żołnierzy w zakresie prostych czynności ratujących życie, aby byli w stanie sami sobie pomóc w realnym działaniu.

Podobnie rzecz ma się ze szpitalami wojskowymi. Obecnie w warunkach pokoju, placówki te przyjmują głównie pacjentów cywilnych. Powoduje to niewielkie możliwości w zakresie przyjęcia i objęcia opieką masowej ilości poszkodowanych, w wyniku udziału francuskich sił zbrojnych w konflikcie o dużej intensywności. Jeżeli jednak szpitale te przejdą na funkcjonowanie w warunkach wojennych i będą działać wyłącznie na rzecz wysiłku zbrojnego to ich możliwości do przyjmowania rannych natychmiast stają się wielokrotnie większe. Należy pamiętać, że opieka medyczna, którą system musi zapewnić dla żołnierzy to nie tylko opatrzenie ran, ale również rehabilitacja psychiczna i fizyczna. W tym zakresie szpitale wojskowe powinny opierać się na placówkach cywilnych, co umożliwi im koncentrację sił i środków na typowej medycynie wojennej.

Uważam, że wojskowa służba zdrowia jest w stanie wytrzymać pierwsze ciosy i szok związany z konfliktem na dużą skalę podczas pierwszych miesięcy walki. Potem wszystko pozostanie w kwestii możliwości systemu i personelu do dostosowania się do zmiennych warunków wojennych i skali strat sanitarnych. Jeżeli to będzie 400-600 poszkodowanych dziennie, jak w armii ukraińskiej, to system francuski tego nie wytrzyma. Nasze możliwości oceniam raczej na stu rannych dziennie.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materialnego medyków istnieją jeszcze luki?

Jeżeli chodzi o komórki medyczne w jednostkach operacyjnych to zdecydowanie tak. Nie ma już obecnie sytuacji, w której lekarze są zmuszeni do modyfikacji sprzętowych własnego pomysłu, przed każdym wyjazdem na operację. Niedawno mogłem przekonać się o tym osobiście, podczas szkolenia kontyngentu, wyruszającego na misję do Somalii. Z całą pewnością personel medyczny miał wszystko co potrzeba do działania w rejonie operacji. Na tym poziomie zabezpieczenia medycznego nie należy wymyślać na siłę nowych rozwiązań i komplikować rzeczy prostych. Pozostaje pytanie jakie zasoby materialne pozostają w rezerwie i jak szybko będziemy w stanie uzupełniać zużyty asortyment. Tego nie wiem. Uważam, że to nie sprzęt będzie stanowił problem w razie konfliktu o dużej intensywności, tylko ludzie. I właśnie w tej materii należy pracować najbardziej. Pozyskiwać do służby personel, szkolić i przygotowywać go do nowych wyzwań.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie *LPM 2019-24* i *2024-29*? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie znam szczegółów tych planów. Większość planów modernizacyjnych dotyczy jednostek operacyjnych, a odkąd już w nich nie służę w dużo mniejszym stopniu interesuję się ich sprawami. Na pewno korzystne będzie wprowadzenie do służby nowych ambulansów, jak *Griffon-san*, które już zaczęły zasilać pododdziały. Musimy pamiętać o zasobach finansowych, które jednak są mocno ograniczone. A potrzeb jest wiele. Żołnierze wojskowej służby zdrowia, podobnie jak innych rodzajów wojsk, przyzwyczajeni są do działania z tym co mają, wiedząc, że nie dostaną tego czego by chcieli. Zdają sobie sprawę, że nie dostaną nigdy, śmigłowców dedykowanych ewakuacji medycznej jak w Stanach Zjednoczonych, toteż dostosowują

platformy wielozadaniowe do transportu rannych. Co do szpitali wojskowych to na pewno wymienione plany przeznaczyły znaczne środki finansowe, 300 milionów euro, na budowę nowoczesnej placówki w Marsylii, gdzie przeniesiony zostanie szpital wojskowy *Laveran*.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Opieka psychoprofilaktyczna w armii francuskiej znacznie się poprawiła, choć wydaje mi się, że niewystarczająco i wciąż jest wiele do zrobienia w tym obszarze. Przed każdą operacją poświęca się tej tematyce dużo czasu i profilaktyka przedmisyjna jest na bardzo dobrym poziomie. W trakcie misji problem zaburzeń psychicznych jest niedoszacowany i bagatelizowany. Co prawda, w składzie kontyngentu zazwyczaj jest psycholog lub psychiatra, ale nie rozwiązuje to problemu, jakim są niewykryte na wczesnym etapie zaburzenia psychiczne związane ze służbą. Myślę, że w szczególności dotyczy to personelu medycznego, którego zadaniem jest leczyć i ratować innych. Często zapomina się, że medycy też mogą wymagać pomocy. Dotyczy to wszystkich. Lekarzy, pielęgniarzy i sanitariuszy, niezależnie od zajmowanego stanowiska. Wielu z moich kolegów i koleżanek musiało odejść z tego powodu ze służby i na pewno odchodzić będą następni. I nie jest to spowodowane brakiem środków na zwalczanie tego zjawiska, tylko raczej bagatelizowaniem i relatywizowaniem problemu zaburzeń psychicznych. Jeżeli żołnierz spożywa duże ilości alkoholu to znaczy, że jest alkoholikiem. Jeżeli inny jest agresywny i ma kłopoty z dyscypliną to znaczy, że jest źle wychowanym „głupkiem”. Nie staramy się często dostrzec prawdziwych przyczyn w zachowaniu żołnierzy, które często spowodowane są traumatycznymi przeżyciami w rejonie misji. Wykrycie i leczenie takich przypadków są bardzo trudne, ale powinniśmy być w tym zakresie znacznie lepsi.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Uważam, że poziom kształcenia w szkole medycznej i szkolenia realizowanego przez instytucje szkoleniowe jest bardzo wysoki. Oferta szkoleniowa jest bardzo szeroka, a wiedza przekazywana wciąż aktualizowana na bieżąco. Przeznacza się na to duże środki finansowe, zapewniając odpowiednią kadrę instruktorską i bazę materiałową. Wysokie standardy tych szkoleń powodują pewnego rodzaju ich elitarność, co ma wpływ na ograniczoną dostępność tych formacji dla żołnierzy. Wracamy znowu do problemów kadrowych. Zbyt mała ilość instruktorów powoduje niemożliwość przeszkolenia wszystkich żołnierzy z zasad medycyny pola walki. Dla lekarzy akurat jest to formacja ratownictwa pola walki na poziomie 3 (*sauvetage au combat – SC 3*), którą powinien przejść każdy. Jednak z uwagi na brak sił i środków instytucji szkoleniowych jest to niewykonalne. Szkolenie w jednostkach operacyjnych też jest na dobrym poziomie. Ważne jest, aby personel medyczny uczestniczył w szkoleniu ogólnowojskowym, takim jak strzelanie oraz specjalistycznym, ze względu na specyfikę jednostki, w której strukturach się znajduje.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Szkolenie medyczne w naszym szpitalu jest dobrze zorganizowane. Jest odpowiednia komórka treningu i symulacji medycznej, wraz z dedykowanym personelem, która tym się zajmuje. Jedynym problemem jest to, że natłok codziennych obowiązków służbowych, powoduje, że brakuje na to czasu. W sytuacji idealnej takie szkolenie z symulacją, zgrywające

zespoły szpitalne ze sobą powinno odbywać się raz w tygodniu. W naszym statucie zapisane mamy raz w miesiącu, a realnie realizujemy taki trening raz na trymestr.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Uważam, że dostęp do opieki zdrowotnej dla rodzin żołnierzy nie stanowi we Francji problemu. Powszechny system ochrony zdrowia jest bardzo dobry, może nawet najlepszy w Europie. Jest w pełni dostępny, niedrogi i spełnia swoją rolę w pełnym zakresie, nikogo nie wykluczając. Dlatego też nie ma potrzeby, aby rodziny korzystały z usług wojskowej służby zdrowia, która posiada zbyt ograniczone siły i środki do tego zadania. Podczas mojej kariery zdarzało mi się przeprowadzać wizyty dla rodzin żołnierzy, np. w Dżibuti, ale były to sytuacje sporadyczne.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Nie, nie znam założeń tego planu.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Poziom współpracy zależy w dużej mierze od uwarunkowań lokalnych i czasami personalnych. Dla przykładu, podczas mojego pobytu w Gujanie Francuskiej miałem perfekcyjne relacje, służąc w wojskowym centrum medycznym, ze szpitalem cywilnym w Cayenne. Duży wpływ na to miała postać dyrektora placówki cywilnej, który był emerytowanym lekarzem wojskowym, znanym mi osobiście ze szkoły w Bordeaux. Z drugiej strony w St. Christol nie było żadnej komunikacji między żołnierzami, a środowiskiem cywilnym i generalnie jednostki operacyjne kooperują z cywilami w dużo mniejszym zakresie. W Marsylii istnieje realna współpraca między oboma środowiskami, które wzajemnie się przenikają. Szpital wojskowy *Laveran* jest wpisany w powszechny system opieki zdrowotnej i ma swój wyznaczony rejon odpowiedzialności. Jest też niepisana zasada solidarności, która polega na wspomaganiu placówek, które z jakichś powodów są najbardziej dotknięte napływem pacjentów w danym momencie. Szpital bierze udział również w planowaniu i reagowaniu kryzysowym. Jest częścią wszystkich planów zarządzania kryzysowego, w tym aktualnie związanych z organizacją w mieście Igrzysk Olimpijskich. Organizuje się również cykliczne ćwiczenia, wraz z jednostkami ratownictwa medycznego (*Service d'aide médicale urgente – SAMU*), celem wypracowania i doskonalenia procedur działania w sytuacjach kryzysowych. Współpraca z tą instytucją jest szczególnie ważna z uwagi na działalność oddziału ratunkowego.

Wywiad z podpułkownikiem, lekarzem wojskowym (*médecin en chef – MC*), służącym na stanowisku zastępcy ordynatora oddziału chirurgii w szpitalu wojskowym

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Jestem chirurgiem wojskowym. Służbę w wojskowej służbie zdrowia rozpocząłem w 2008 roku, wstępując do Wojskowej Szkoły Lekarskiej, którą ukończyłem w 2014 roku. Następnie, po zdanych egzaminach, wybrałem dla siebie specjalność chirurgii, w której kształciłem się w następnych latach. W 2019 roku ukończyłem naukę, zostając lekarzem dyplomowanym o specjalności chirurgii. Moje doświadczenie zawodowe obejmują stanowiska w Uniwersyteckim Centrum Szpitalnym *Timone* (*Centre Hospitalier Universitaire – CHU*) i jednostce w Metz. W 2022 roku powróciłem do Marsylii, obejmując stanowisko w szpitalu

wojskowym, gdzie służę obecnie. Podczas mojej kariery pięciokrotnie brałem udział w operacjach bojowych. 3 razy uczestniczyłem w misjach w Czadzie i 2 razy w Mali.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Sytuacje, które zapisały się w mojej pamięci najbardziej niekoniecznie związane są z medycyną. Na niwie zawodowej nie miałem jeszcze okazji być skonfrontowanym ze zdarzeniem stresogennym o charakterze traumatycznym, które w jakiś szczególny sposób na mnie oddziaływały. Co mnie dotknęło najbardziej na operacjach zagranicznych to różnorodność i wieloaspektowość wyzwań jakie stoją przed lekarzem wojskowym w rejonie misji. Szczególnie w trudnym terenie, z nieistniejącą infrastrukturą. Francuski system zabezpieczenia medycznego, który doskonale adaptuje się do zastanych warunków, potrafi zapewnić pomoc chorym i rannym w najbardziej wymagającym środowisku. Jadąc na misję jako chirurg wyobrażałem sobie mój normalny dzień wypełniony operacjami na bloku chirurgicznym. Tymczasem często, oprócz zadań związanych z medycyną, należało zakasać rękawy i pracować fizycznie z żołnierzami, np. przy pracach związanych z poprawą infrastruktury obozowiska. Sytuacje te uświadomiły mi jak ważna jest elastyczność i zdystansowane podejście do własnego wyuczonego zawodu, jakie wymagane są od lekarza wojskowego w rejonie misji.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuska wojskowa służba zdrowia spełnia swoje główne zadanie, jakim jest zabezpieczenie medyczne sił zbrojnych. Jest zdolna do organizacji kompletnego łańcucha ewakuacyjnego, zapewniającego opiekę nad rannym od pola walki do szpitali specjalistycznych na terytorium Francji. Potrafimy się adoptować i wypełniać swoje zadania w warunkach bardzo wymagających, ze zdegradowaną lub nieistniejącą infrastrukturą. Dysponując niewielkimi środkami materiałowymi jesteśmy w stanie zrobić bardzo dużo. Wojskowa służba zdrowia to też stan umysłu, który jej personelowi nakazuje swoje zadanie traktować zawsze z największą powagą. Misja jest świętością i wykonanie jej jest największym priorytetem. Determinuje to w dużej mierze osobowość żołnierzy w służbie medycznej, którzy potrafią improwizować i dostosować się do trudnych warunków, aby wykonać zadanie.

Jeżeli miałbym wskazać luki w systemie zabezpieczenia medycznego to na pewno na największą uwagę zasługuje nieprzygotowanie służby do konfliktu symetrycznego z przeciwnikiem, który będzie w stanie kontestować supremację w powietrzu. W oczywisty sposób zaburzy to system ewakuacji medycznej tą drogą, która dotychczas była preferowana. Obecne struktury wojskowej służby zdrowia są skonstruowane na potrzeby zabezpieczania asymetrycznych operacji zagranicznych, o niskiej intensywności i te zadania wykonują w stopniu bardzo dobrym.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Obecne zmiany w sposób oczywisty są związane z wojną na Ukrainie. Decydenci wojskowej służby zdrowia zdają sobie sprawę, że w warunkach konfliktu o dużej intensywności, siły i środki (medyczne i techniczne) potrzebne do wykonania zadań będą niewystarczające. Zapotrzebowanie na nie znacznie przekroczy możliwości służby. Powoduje to konieczność dostosowania się do nowych wyzwań. Szefowie i dowódcy są tego świadomi,

co widać przykładowo po zmianach w szkoleniu żołnierzy. Obecnie duży nacisk kładzie się na wprowadzanie zagadnień medycyny pola walki do ćwiczeń zintegrowanych z innymi rodzajami wojsk w ramach szkoleń poligonowych. Podczas nich zespoły medyczne działają w strukturach jednostek operacyjnych, w składzie których etatowo występują. Zmiany więc idą w dobrym kierunku, co nie oznacza, że wojskowa służba zdrowia jest już teraz przygotowana do nowych wyzwań. Znamy zagrożenia jakie wiążą się dla Francji w związku z konfliktem w Ukrainie, jesteśmy świadomi wymagań jakie są nam obecnie postawione przez przełożonych, ale ewolucja, która ma nas dostosować do podobnego konfliktu, wciąż trwa.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Tak, słyszałem o tych planach, ale nie czuję się upoważniony do dyskusji o ich szczegółach, gdyż ich nie znam. Ogólnie rzecz biorąc plany te mówią o zagadnieniach podjętych w poprzednim pytaniu. Myślę, że tezy zawarte w wymienionych dokumentach dobrze odpowiadają na wyzwania najbliższych lat i są realne do realizacji. Oczywiście w teorii. Kluczowa jednak będzie odpowiednia dynamika w ich wprowadzaniu. Musi być co najmniej taka jak zmieniająca się sytuacja geopolityczna, która ulega ekstremalnie szybkiej degradacji...

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Tak i nie. Żołnierze francuskiej wojskowej służby zdrowia wielokrotnie udowadniali, że potrafią się dostosować do trudnych warunków działania i realizować swoją misję, mimo niewystraszających sił i środków. W wymiarze historycznym szczególnie cenne są doświadczenia personelu medycznego z konfliktów po II Wojnie Światowej. Jednak nie jestem przekonany o tym, czy obecnie mamy odpowiedni stopień odporności indywidualnej, potrzebnej do udziału w wojnie o dużej intensywności. Ostatnie lata, ściśle mówiąc dziesięciolecie, charakteryzujące się brakiem bezpośredniego zagrożenia, wpłynęły na obniżenie stopnia gotowości do takiego konfliktu. Dotyczy to również całego społeczeństwa, które bardzo powoli zaczyna sobie zdawać sprawę z tego, że wojna na dużą skalę jest bardzo blisko i może wybuchnąć dosłownie w każdej chwili. Pociągnie to za sobą szereg reperkusji w życiu codziennym i konieczność dostosowania się do nowej sytuacji oraz zmianę swojego dotychczasowego życia i różnego typu przyzwyczajęń. Żołnierze wojskowej służby zdrowia wywodzą się z tego społeczeństwa i w nim funkcjonują na co dzień, więc siłą rzeczy są jego lustrzanym odbiciem. Ze wszystkimi tego skutkami. Oczywiście na plus żołnierzy działa bardzo specyficzne szkolenie, któremu są poddawani. Mimo wszystko nie jestem pewien czy żołnierze są gotowi do działania w wojnie o dużej intensywności. Dotyczy to sfery osobistej i zawodowej.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Nie ma innej drogi jak intensywne szkolenie w warunkach jak najwierniejszego odwzorowania konfliktu symetrycznego. Żołnierze muszą mieć obraz zbliżony do rzeczywistego pola walki i być poddani podobnemu poziomowi stresu podczas treningu, aby ich stopień przygotowania do takiego konfliktu się zwiększał. Stres będzie indywidualny i zdolności do radzenia sobie z nim wynikać będą z predyspozycji i stopnia przygotowania każdego żołnierza. Będzie też grupowy, będący pochodną sytuacji, w której znajduje się cały pododdział. Im więcej tego typu formacji będzie realizowanych, odpowiednio rzeczywistych, wprowadzających elementy stresogenne, tym personel medyczny będzie lepiej przygotowany.

Będzie miało to pozytywny wpływ na ograniczenie przypadków zespołu stresu pourazowego (PTSD).

Przygotowanie medyczne obejmujące sprzęt i szkolenie muszą ewoluować pod kątem wojny o dużej intensywności. Należy integrować pododdziały medyczne z jednostkami operacyjnymi, w ramach, których funkcjonują, a następnie przeprowadzać duże ćwiczenia połączone z udziałem wszystkich rodzajów wojsk. Kooperacja między wojskami będzie kluczowa w takim konflikcie. Dobrym przykładem tego typu szkolenia była operacja *Orion 23* (ćwiczenie strategiczne obejmujące wszystkie struktury armii francuskiej i najwyższe władze państwowe, zorganizowane w 2023 roku, przyp. red.). Należy kontynuować przygotowania w tym kierunku, w którym żołnierze na ćwiczeniach są stawiani w sytuacjach dla nich problematycznych, nieoczywistych, poruszających zagadnienia, w których wciąż istnieją największe luki i braki w wytrenowaniu. Spowoduje to dostarczenie doskonałego materiału do dalszej pracy, po przepracowaniu którego osiągnie się realny progres.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Jako że służę w strukturach szpitalnych to odpowiem wyłącznie za ten obszar wojskowej służby zdrowia. Zdecydowanie brakuje obecnie odpowiedniej liczby personelu medycznego w szpitalach wojskowych do działania w warunkach masywnego napływu poszkodowanych, jaki na pewno nastąpi w czasie konfliktu o dużej intensywności. Struktury szpitalnictwa wojskowego nie są dostosowane do takich warunków. Transformacja jest w trakcie, ale obecnie nie jesteśmy jeszcze przygotowani.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Odpowiedź jest bardzo podobna do tej z poprzedniego pytania. Tak jak brakuje personelu medycznego do działania w warunkach konfliktu o dużej intensywności, takie same niedobory występują w środkach materiałowych i sprzęcie. Przyczyna jest ta sama. Wojskowa służba zdrowia jest przystosowana i zorganizowana na potrzeby konfliktów asymetrycznych, które znamy z ostatnich lat. Trudno wskazać jeden specyficzny obszar, w którym luki są największe. Myślę, że braki występują na całej długości łańcucha ewakuacyjnego, który poniekąd działał bardzo dobrze w dotychczasowych konfliktach. Obecnie, dostosowując go do nowych warunków, należy go „napompować”, tzn. zwieliokrotnić struktury, które już istnieją. Dotyczy to łóżek w szpitalach wojskowych, struktur polowych na teatrze działań oraz wszystkich innych jednostek na całej długości łańcucha. Przykładowo nasze szpitalne 6 bloków operacyjnych, z których działa obecnie 4, na pewno nie wystarczą do zabezpieczenia masywnego napływu rannych.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie LPM 2019-24 i 2024-29? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie znam szczegółów tych planów. Na pewno niewystarczająco abym mógł odpowiedzieć na to pytanie.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Nie jestem pewien co do wsparcia psychoprofilaktycznego przed i w trakcie operacji. Przed każdą operacją realizowane są instruktaże zapoznające żołnierzy z zadaniem, rejonem odpowiedzialności i zagrożeniami jakie mogą tam napotkać, za które odpowiedzialni są ich

przełożeni. Personel medyczny realizuje jeden instruktaż profilaktyczny przed misją, który niekoniecznie dotyczy kwestii psychicznych. Są one bardzo specyficzne i osobiste dla każdego żołnierza. Lekarz instruuje raczej w zakresie zagrożeń typowo medycznych, jak choroby tropikalne czy niebezpieczna flora i fauna.

W trakcie misji wsparcie w zakresie dobrostanu psychicznego powinien zapewniać psychiatra lub psycholog w składzie kontyngentu. Z mojego doświadczenia wynika jednak, że nie zawsze tego typu personel działa na miejscu w ramach operacji zagranicznych. Zdarzały się interwencje psychiatrów, którzy byli wzywani w rejon działań, ale działo się to już po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego i zaobserwowaniu u żołnierzy symptomów zespołu stresu pourazowego. Czyli trudno tu mówić o profilaktyce, tylko raczej działaniu reaktywnym na zaistniały incydent.

Po misji za to, na stałe w naszej kulturze wojskowej zapisały się staże dekompresji psychicznej, które realizowane są przez wszystkie pododdziały opuszczające rejon operacji. Są one bardzo efektywne i przynoszą bardzo dobre efekty w trosce o zdrowie psychiczne żołnierzy.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Tak, realizuję takie formy szkolenia regularnie. Jest to związane z tym, że jako chirurg wojskowy jestem w gotowości operacyjnej do wyjazdu na misję w składzie polowych struktur medycznych. Szkolenia dla tego typu personelu realizowane są cyklicznie, obowiązkowo raz w roku każdy musi takie szkolenie odbyć. Organizuje je Centrum szkolenia operacyjnego medycyny (*Centre de formation operationnelle sante – CeFOS*), na swoich obiektach w Valbonne. Formacja ta, jest na doskonałym poziomie merytorycznym. Idealnie odwzorowane są warunki znane nam z misji zagranicznych takie jak polowe struktury zabezpieczenia medycznego na bazie namiotów. Zestawy i sprzęt medyczny, które mamy do dyspozycji w trakcie szkolenia również są identyczne jak te używane na teatrze działań. Podczas szkolenia rozgrywane są scenariusze różnych zdarzeń jakie mogą się przytrafić w ramach operacji bojowych, ze szczególnym uwzględnieniem masowego napływu rannych, których imitują liczni pozoranci. Nacisk położony jest na chirurgię ratunkową i czynności reanimacyjne w warunkach polowych. Aktualność przekazywanej wiedzy i umiejętności jest zapewniona dzięki informacjom zwrotnym jakie uzyskują instruktorzy od personelu wracającego z misji. Zdarzenia nietypowe, skomplikowane, wymagające od zespołów wzmożonego wysiłku, natychmiast znajdują się w ćwiczonych scenariuszach.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Tak. Uważam, że szkolenie w naszym szpitalu jest na bardzo dobrym poziomie i całkowicie spełnia swoją rolę. Jest oparte, podobnie jak w centrach szkoleniowych, na symulacji medycznej. 4 razy w roku organizowane jest ćwiczenie imitujące zdarzenie, np. z udziałem broni CBRN (chemicznej, biologicznej, radiologicznej, nuklearnej), które obejmuje większość personelu i oddziałów szpitalnych. Szczególnie zaangażowane są oddziały tzw. „pierwszej linii szpitalnej”, czyli oddział ratunkowy, reanimacyjny, chirurgiczny i psychiatryczny. Podczas ćwiczenia trenowane są wszystkie procedury związane z eliminacją zagrożenia, zabezpieczeniem podstawowych czynności życiowych pacjentów i przekazaniem ich do dalszego leczenia specjalistycznego. A więc wracając do pytania. Tak, szkolenie w mojej instytucji jest dobrze zorganizowane i adekwatne do wykonywanych zadań.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Tak. Uważam, że żołnierze i ich rodziny mają dobry dostęp do opieki zdrowotnej. Nie stanowi to we Francji żadnego problemu. W szczególności szpitale wojskowe pełnią tutaj rolę wiodącą, gdyż opieka medyczna żołnierzy należy do ich zadań zasadniczych. Mimo, że 90 % pacjentów tych szpitali to cywile, to w przypadku konieczności leczenia żołnierza, zawsze będzie on traktowany priorytetowo. Celem jest udzielenie mu jak najlepszej opieki medycznej i jak najszybsze przywrócenie go do służby. Podobnie traktowane są rodziny żołnierzy. Mimo, że nie ma pisanego prawa, które by o tym mówiło, to wojskowy szpital jest w stanie zaopiekować się również rodziną żołnierza, jeżeli jest taka konieczność.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Nie, nie znam założeń tego planu. Nie mam jeszcze dzieci, więc nie interesowałem się tym zagadnieniami.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Taka współpraca istnieje od wielu lat, ale teraz nabiera zdecydowanie inny wymiar. Pod wpływem ostatnich wydarzeń, zdaliśmy sobie sprawę, że w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności szpitale wojskowe, samodzielnie, nie poradzą sobie z masowym napływem poszkodowanych. Toteż konieczna będzie kooperacja z placówkami cywilnymi. Spowoduje to na pewno znaczne pogorszenie ogólnych standardów i warunków w jakich świadczona jest opieka medyczna, tak jak miało to miejsce podczas I Wojny Światowej. Mimo to, wojskowa służba zdrowia dostosowała się wtedy do tak wymagających warunków i masowych strat sanitarnych. Teraz będzie podobnie. Personel szpitali wojskowych, aby sprostać nowym wyzwaniom, współpracuje z cywilnymi, wspierając się wzajemnie, wymieniając swoim doświadczeniem. Żołnierze praktykują w placówkach cywilnych i odwrotnie.

Środowisko cywilne mocno otworzyło się na wojskowe po zamachach na terytorium Francji. Doświadczenie zebrane przez żołnierzy na wojnach kolonialnych i operacjach zagranicznych, m.in. zaopatrywanie ran postrzałowych i powybuchowych oraz zarządzanie kryzysem z masową ilością poszkodowanych znacznie ułatwiły stronom cywilnym tworzenie procedur i planów antykryzysowych. Powstały też różne przedsięwzięcia szkoleniowe dla cywili organizowane przez instytucje wojskowe. Strona wojskowa jest również aktywna na różnego typu konferencjach poświęconych tej tematyce. Jedyne czego aktualnie brakuje to dużych ćwiczeń integrujących oba środowiska. Jest to spowodowane dużymi kosztami i trudnością w organizacji takich przedsięwzięć.

Wywiad z lekarzem-stażystą (*aspirant*) Wojskowej Szkoły Lekarskiej w Lyon

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Od kilku miesięcy, jestem lekarzem-stażystą, na moim pierwszym stażu w jednostce operacyjnej. Jestem w trakcie siódmego roku mojej nauki zawodu lekarza wojskowego. Zostało mi 3,5 roku kształcenia, aby uzyskać dyplom i objąć pierwsze stanowisko służbowe w stopniu kapitana (francuski system kształcenia lekarzy wojskowych trwa 10 lat, w tym 6 lat studiów medycznych, zakończonych egzaminem państwowym i 4 lata stażu, przyp. red.). Obecnie

pełnię obowiązki w jednostce operacyjnej, a już wkrótce będę kontynuował staż na oddziale ratunkowym szpitala wojskowego.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Jako że jestem dopiero w trakcie formacji i nie pełnię jeszcze służby na stanowisku lekarza wojskowego, trudno mówić o sytuacjach, które szczególnie zapisały mi się w pamięci. Takie zdarzenia są najczęściej związane z operacjami zagranicznymi, a te jeszcze przede mną. Póki co brałem udział w zabezpieczeniu medycznym szkolenia, w tym spadochronowego, ale nie byłem świadkiem żadnych specyficznych wydarzeń.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Uważam, że francuski system wojskowej służby zdrowia jest dobry. Na szczególną uwagę zasługuje wysoki stopień operacyjności polowych struktur, z lekarzami wojskowymi, którzy są bardzo blisko walczących żołnierzy. Powoduje to możliwość zabezpieczenia podstawowych czynności życiowych poszkodowanych, natychmiast po zranieniu. Powoduje to, że transport rannych, poprzez polowe struktury medyczne, odbywa się w najlepszym możliwym dla nich stanie, aż do szpitali wojskowych w metropolii.

Jeśli miałbym wyszukać jakieś luki w systemie to myślę, że należy kontynuować przygotowania do wojny konwencjonalnej o dużej intensywności. Jak rozpoczynałem studia to w programach nauczania i mentalności kadry dydaktycznej dopiero pojawiały się zagadnienia związane z zabezpieczeniem medycznym wojsk, które prowadzą działania o dużej intensywności. Obecnie w armii francuskiej ryzyko takiego konfliktu już mocno zakorzeniło się w doktrynach i głowach żołnierzy i jest to zauważalne w procesie szkolenia. Należy dołożyć jeszcze większych starań, aby odpowiednio się przygotować do nowych warunków. Nie postrzegał bym tego jako luki w systemie. To jest raczej ewolucja i dostosowanie się do nowych zagrożeń, poprzez wzmocnienie jednostek operacyjnych i zwiększenie stanów osobowych i materiałowych w służbie. Pracy jest bardzo dużo, gdyż konflikt o dużej intensywności zmienia całkowicie zasady, według których wojskowa służba zdrowia działała do tej pory.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Zmiany zachodzące w ostatnich latach są bardzo obszerne. Trudno je teraz oceniać, gdyż większość z nich jest obliczona na efekty długoterminowe więc na oceny jest za wcześnie. Bardzo pozytywnie oceniam dla przykładu reformę nauczania lekarskiego, która spowodowała, że po 10 latach kształcenia ogólnego, lekarz wojskowy jest specjalistą, gotowym do podjęcia zawodu, w różnych warunkach, również w ramach operacji zagranicznych. Jest to bardzo ważne dla realizacji celów nakreślonych dla służby zdrowia, czyli zwiększania stanów osobowych w odpowiedzi na przygotowania do konfliktu o dużej intensywności. O kierunkach i wymaganiach obecnych czasów powinni myśleć politycy, żołnierze są do tego, aby do zmian się zaadaptować i wdrożyć je do działania.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Tak, słyszałem o tych planach, ale nie zagłębiałem się w ich szczegóły, toteż nie jestem w stanie za wiele powiedzieć na ich temat.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Myślę, że mnogość i różnorodność szkolenia powoduje, że żołnierze są do konfliktu o dużej intensywności dobrze przygotowani. Znają zasady działania w terenie, spędzają tam dużo czasu i dobrze się tam czują. Wciąż się szkolą do takiego konfliktu więc poziom ich przygotowania stale rośnie. Pozostaje pytanie jak ten konflikt naprawdę będzie wyglądał. Myślę, że nikt nie jest w stanie teraz odpowiedzieć na to pytanie.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Należy robić dokładnie to co mogę zaobserwować tutaj, w tej jednostce, w której pełnię staż. Ćwiczyć w warunkach jak najwierniej odzwierciedlających realne działania, w dzień i w nocy. W terenie przygodnym, często trudnym, nie ograniczając się do czystych sal wykładowych. Ważne jest, aby żołnierze podczas szkolenia przyzwyczaili się do operowania w warunkach wyczerpania fizycznego i psychicznego, gdyż dokładnie tego samego będzie wymagał od nich konflikt o dużej intensywności. Szkolenie musi być innowacyjne i zaskakujące dla żołnierzy, aby uczyli sobie radzić z najtrudniejszymi przeciwnościami.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Nie jestem w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Mam zdecydowanie za mało służby aby podjąć ten temat.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Nie poznałem jeszcze na tyle sprzętu wojskowej służby zdrowia, żeby wypowiadać się na temat braków. W szpitalu i w jednostkach operacyjnych jest całkowicie inny sprzęt, dostosowany do środowiska działania. Obecnie jestem, póki co, na etapie jego poznawania, toteż nie za bardzo wiem czego brakuje.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie LPM 2019-24 i 2024-29? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie. Nie znam założeń tych planów.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Nie mogę odpowiedzieć na to pytanie na podstawie własnego doświadczenia, gdyż nie byłem jeszcze na żadnej misji zagranicznej. Jednak z tego co słyszałem, od starszych kolegów, to takie wsparcie istnieje i funkcjonuje na odpowiednim poziomie. Na pewno przed i po misji. Wydaje mi się, że w jej trakcie, na teatrze działań żołnierze mają do dyspozycji psychologa lub psychiatrę.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Cały czas jestem w trakcie nauki w Wojskowej Szkole Lekarskiej. Uważam, że poziom nauczania jest na bardzo wysokim poziomie. Fachowa kadra dydaktyczna, spośród lekarzy wojskowych, którzy legitymują się ogromnym doświadczeniem operacyjnym w misjach zagranicznych, zapewnia najwyższy poziom edukacji. Nie ma praktycznie żadnego

przypadku profesora teoretyka, bez swojej własnej historii podczas operacji zagranicznych. Wzmacnia to autorytet wykładowców i przekłada się na wysoki stopień zaufania do nich wśród studentów. Kształcenie wojskowe skoncentrowane jest na takich zagadnieniach jak medycyna wojskowa, tropikalna i katastrof, uzupełniając wiedzę studenta nabytą w uczelni cywilnej. Zaangażowanie praktyków w proces dydaktyczny powoduje, że właśnie na kwestii przydatności nabytych umiejętności koncentruje się nauka w uczelni i wiedza pozyskiwana w jej toku jest bardzo przydatna na dalszych stanowiskach.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Zdecydowanie tak. Formacja w szpitalu wojskowym, który sobie wybrałem na okres stażowy, jest na bardzo wysokim poziomie. Szczególnie doceniam chęć dzielenia się bardzo bogatą wiedzą i doświadczeniem opiekunów stażu. Uważam, że dzięki takiemu szkoleniu będę bardzo dobrze przygotowany do objęcia przyszłego stanowiska służbowego, a nabyte umiejętności pozwolą mi czuć się na nim swobodnie. Nacisk kładzie się na praktyczne czynności w realnych warunkach oddziału szpitalnego. Myślę, że nie ma lepszej formy nauki zawodu medycznego.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Myślę, że generalnie mają odpowiedni dostęp do opieki medycznej, w tym specjalistycznej. Dostępność lekarzy wojskowych jest lepsza lub gorsza, w zależności od miejsca pełnienia służby, natężenia codziennych zadań i wymagań operacyjnych. Z reguły jednak jeden z lekarzy jednostki jest na miejscu, do dyspozycji żołnierzy lub na wypadek sytuacji nagłego zagrożenia życia.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Tak, słyszałem o tym planie, ale nie znam szczegółów, gdyż jestem kawalerem.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Współpraca cywilno-wojskowa jest we Francji na bardzo dobrym poziomie. Jest realizowana w wielu domenach i obszarach. Oba środowiska przenikają się wzajemnie i wymieniają swoimi doświadczeniami. Personel wojskowy ma okazję pracować w placówkach cywilnych i na odwrót, dając możliwość do podglądania stylu pracy innych i przenoszenia dobrych praktyk do swojej działalności. Zarówno środowisko cywilne ma dużo do zaoferowania dla wojskowych, jak i wojskowi dla cywili. Dla przykładu, dużym wsparciem dla powszechnego systemu zarządzania kryzysowego okazały się doświadczenia wojskowych medyków z operacji zagranicznych i ich sposób reagowania na zdarzenia z masową ilością poszkodowanych. Z drugiej strony, personel wojskowy czerpie korzyści i podwyższa jakość świadczeń medycznych poprzez wdrażanie zasad funkcjonujących w placówkach cywilnych. Korzystać zatem z tej kooperacji, która jest wciąż rozwijana, jest obopólne.

Wywiad z chorążym (*adjutant*), pielęgniarzem naczelnym Instytutu Inwalidów Legii Cudzoziemskiej

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Przybyłem do Francji w 2002 roku z Madagaskaru, kiedy to zaciągnąłem się do Legii Cudzoziemskiej. Po szkoleniu podstawowym w Castelnaudary trafiłem do sekcji wyrzutni przeciwpancernych *Milan*, kompanii wsparcia (*Compagnie d'éclairage et d'appui – CEA*),

2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (2 REP). Po dwóch latach służby uzyskałem drugą specjalność wojskową, tj. sanitariusza (*auxillaire sanitaire*), po ukończeniu trzymiesięcznego kursu w 2004 roku. W ramach niego odbyłem miesięczny staż w szpitalu wojskowym *Laveran* w Marsylii oraz dwutygodniową praktykę w Brygadzie Straży Pożarnej z Paryża (*BSPP*). W 2007 roku, po ukończeniu kursu podoficerskiego, zgłosiłem swój akces do Szkoły personelu paramedycznego sił zbrojnych (*l'École des personnels paramédicaux des armées – EPPA*) w Toulon, którą ukończyłem w 2011 roku. Po uzyskaniu tytułu pielęgniarza, objąłem stanowisko służbowe w komórce medycznej, przyporządkowanej kompanii logistycznej (*Compagnie de Commandement et de Logistique - CCL*) 2 REP. Podczas kariery zawodowej brałem udział w ok. dziesięciu misjach bojowych poza granicami państwa (Wybrzeże Kości Słoniowej, Czad, Republika Środkowoafrykańska oraz Mali – kilkukrotnie, w ramach operacji *Serval* i *Barkhane*). Za każdym razem byłem częścią zespołu wraz z lekarzami i sanitariuszami komórki medycznej (AM), przyporządkowanego do pododdziału aktualnie biorącego udział w misji. W 2020 r. uległem poważnemu wypadkowi na paroltni, wskutek czego zostałem zakwalifikowany jako niezdolny do wykonywania skoków spadochronowych, co uniemożliwiło mi kontynuację służby w 2 REP. W następstwie zostałem przeniesiony na stanowisko pielęgniarza naczelnego w instytucji, w której pełnię służbę aktualnie.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Na pewno są to sytuacje związane z misjami zagranicznymi. Są one fundamentem naszej działalności zawodowej. Drastyczne wspomnienia związane są przede wszystkim z misją w Mali, gdzie musiałem nieść pomoc kolegom, którym ostatecznie nie udało się przeżyć. Sytuacja, która najbardziej utkwiła mi w pamięci nie jest związana z działaniem przeciwnika, lecz z wypadkiem drogowym wozu bojowego, w wyniku, którego jeden z żołnierzy miał kompletnie zdeformowaną twarz i brak połowy głowy.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Wojskowa służba zdrowia jest bardzo sprawna. Cały czas ewoluuje i zmienia się pod wpływem doświadczeń na polu walki. Sprawia to, że wojskowi medycy są liderami na tle cywilów, którzy z wieloma problemami, normalnymi dla żołnierzy, nigdy się nie zetkną. Obszarem najbardziej eksponowanym i wzmocnianym jest operacyjność wojskowej służby zdrowia, z wyszczególnieniem medycyny wojskowej jako odrębnej części systemu opieki medycznej oraz dziedziny nauki. Warto w tym kontekście wymienić prof. Aigle'a, który jako pierwszy w tej dziedzinie uzyskał swój tytuł naukowy. Jest to dodatkowym motorem napędowym dla żołnierzy i powoduje większą rozpoznawalność zagadnień związanych z wojskową służbą zdrowia w środowisku cywilnym. Widoczne są znaczne środki finansowe i materiałowe jakie przeznaczane są na rozwój szkolenia medycyny wojskowej, ze szczególnym naciskiem na przygotowanie operacyjne pod kątem misji zagranicznych.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Wojskowa służba zdrowia zmienia się cały czas, reagując na bieżąco na wydarzenia na świecie. Zauważalne jest przyspieszenie zakupów sprzętu i szybki czas dostaw do jednostek. Zmiany idą w dobrym kierunku, w szczególności, jeśli chodzi o szkolenie i ćwiczenia w terenie, które są realizowane z wierniejszym odzwierciedleniem pola walki niż dotychczas. Jest to podyktowane właśnie wymaganiami obecnych czasów. Kolejnym obszarem, w którym

widoczne są zmiany to informatyzacja zarządzania dokumentacją medyczną poprzez system teleinformatyczny *Axon*, który znacznie ułatwia pracę personelowi medycznemu.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Tak, słyszałem o obu projektach. Projekt *SSA 2020* był szeroko promowany w jednostkach i instytucjach wojskowej służby zdrowia, gdyż dotyczy wszystkich jej żołnierzy i pracowników cywilnych. Projekt *SSA 2030* jest naturalną kontynuacją poprzedniego planu i jego aktualizacją, spowodowaną koniecznością dostosowania się służby do zmian w budżecie Ministerstwa Obrony oraz dynamicznej sytuacji geostrategicznej. Tezy planów są realne, ale muszą brać pod uwagę ograniczenia jakie nakłada konieczność współpracy z władzami i instytucjami cywilnymi.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Jako legionista nie czuję się upoważniony do wypowiadania się o całej armii francuskiej. Z całą pewnością mogę powiedzieć, że personel medyczny Legii Cudzoziemskiej jest dobrze przygotowany do takiego konfliktu. Jest to spowodowane ciężkim szkoleniem, doświadczeniem w walce, ale również zasadami panującymi w tej formacji, jak słynne: „maszeruj albo gin”. Istotne jest silne poczucie przynależności do grupy, wzmacniające odporność pojedynczego żołnierza na trudy walki i zwiększające jego gotowość do działania w trudnych momentach.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Armia francuska przygotowuje się do takiego konfliktu od co najmniej kilku lat, poprzez zwiększenie realności szkolenia i ćwiczeń. Wszystkie ćwiczenia, w szczególności te certyfikowane niczym nie różnią się od realnych misji na terytorium nieznanym. Zachowywana jest pełna dyscyplina operacyjna i taktyczna. Pododdziały wykonują swoje zadania, będąc autonomiczne, w czasie przekraczającym kilkadziesiąt godzin. To jest ogromna zmiana jaka dokonała się na przestrzeni ostatnich lat.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Wszystkie dane dotyczące zabezpieczenia medycznego są zawarte w Instrukcji nr 600, która jest aktualizowana według potrzeb i ryzyka zabezpieczanych przedsięwzięć. Musimy zaufać przełożonym, że odpowiednio przewidują zagrożenia przygotowując dokumenty normatywne.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Sprzęt, tak jak już wspominałem, ewoluuje cały czas, pod względem zmieniającej się sytuacji na świecie. Aktualnie wiele się dzieje w domenie ewakuacji taktycznej. Przykładowo, do jednostek operacyjnych dostarczane są nowe opancerzone wozy ewakuacji medycznej.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie *LPM 2019-24* i *2024-29*? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie. Przyznam, że nie zagłębiałem się w szczegóły tych planów więc nie chciałbym zabierać głosu w tej sprawie.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Tak. Profilaktyka psychologiczna przed projekcją polega na przedstawieniu wszystkim żołnierzom teatru działania, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń jakie mogą ich na nim spotkać. Podczas misji, opiekę psychoprofilaktyczną nad członkami kontyngentu sprawuje psycholog, będący w składzie każdej misji. Po zakończeniu operacji, przed powrotem do metropolii, bardzo korzystną rolę dla kondycji psychicznej legionistów pełnią kilkudniowe turnusy relaksacyjne na Cyprze, realizowane całością pododdziałów.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Poziom kształcenia i szkolenia medycznego w wojskowych instytucjach oceniam bardzo wysoko. Nacisk kładzie się na czynności praktyczne, nabywane w realnych warunkach. Dla przykładu podczas każdego semestru trzyletniego kursu pielęgniarza, realizowanego w szkole w Toulon, kursant musiał odbyć dziesięcioletniowy staż w wyznaczonym szpitalu wojskowym, na różnych oddziałach. Kurs kończył się sześciomiesięczną formacją w zakresie medycyny katastrof na uniwersytecie w Nicei. Wartością dodaną był fakt, że kursanci pochodzili ze wszystkich rodzajów sił zbrojnych, co powodowało możliwość intensywnej wymiany doświadczeń między nami. Czteromiesięczny kurs sanitariusza z kolei, obejmował 20 dni stażu w szpitalu wojskowym w Marsylii i 2 tygodnie w Paryżu, w jednej z jednostek Straży Pożarnej.

Dodatkowo, realizowałem kurs ratownictwa pola walki (*sauvetage au combat* – SC) który jest obowiązkowy dla personelu wyjeżdżającego na operację zagraniczną. Wszyscy lekarze i pielęgniarze powinni odbyć taką formację na poziomie SC 3 (istnieją 3 poziomy zaawansowania, od 1 do 3, przy czym poziom 3 jest najwyższy, przyp. red.). Podczas tego szkolenia przerabiane są w praktyce wszystkie warianty niesienia pomocy w warunkach taktycznych. Nabyte umiejętności w instytucjach szkolnictwa okazały się bardzo pomocne i wręcz niezbędne na misjach bojowych.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Na podstawie 2 REP mogę powiedzieć, że personel medyczny jednostki ciągle się szkoli. Szkolenie medyczne jest na odpowiednim poziomie. Jednostka zainwestowała w odpowiednią bazę materiałową do ćwiczeń, w tym zaawansowane fantomy, realnie odzwierciedlające procesy życiowe zachodzące w organizmie, jak pocenie się, bledność powłok skórnych, kaszel, itp. Podczas mojej służby w jednostce pielęgniarze byli regularnie (w każdy piątek) poddawani testom praktycznym zaawansowanych czynności ratunkowych. Podobnie jak sanitariusze, według swoich umiejętności i kompetencji.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Zdecydowanie tak. We Francji najbliższa rodzina ma taki sam dostęp do wojskowych placówek służby zdrowia jak sam żołnierz. Podstawowa opieka zdrowotna sprawowana jest z reguły przez lekarzy cywilnych, przy czym konsultacje specjalistyczne realizowane są w wojskowych szpitalach, gdzie żołnierze i ich rodziny obsługiwane są poza kolejnością.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Tak, znam założenia tego planu i uważam, że są bardzo dobre dla rodzin wojskowych, które nie czują się już pozostawione same sobie. Wcześniej bywało z tym różnie. Jest to

szczególnie ważne podczas wyjazdów na misje zagraniczne. Rodzina otoczona odpowiednią opieką lepiej znosi trudy rozłąki.

Wywiad ze starszym sierżantem (*sergent – chef*), pielęgniarzem, służącym w komórce medycznej jednostki operacyjnej, odpowiedzialnym za szkolenie i zabezpieczenie medyczne

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Mam 35 lat. Od czternastu lat jestem w armii. W 2011 roku ukończyłem kurs sanitariusza. Przez kolejne 7 lat pełniłem służbę w sekcji do zadań specjalnych, w ramach której miałem okazję brać udział w wielu misjach zagranicznych na całym świecie. Zadania dla tego pododdziału były specyficzne, różniące się znacznie od tych wykonywanych przez inne pododdziały. Następnie zostałem skierowany na kurs pielęgniarza wojskowego do szkoły w Lyon, po którego ukończeniu powróciłem do macierzystej jednostki, tym razem do komórki medycznej, na stanowisko podoficera, na którym służę obecnie.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Byłem świadkiem zdarzeń podczas operacji zagranicznych, związanych z rannymi żołnierzami po naszej stronie i koniecznością uruchomieniem łańcucha ewakuacyjnego do metropolii. Sytuacja, która najbardziej mi utkwiła w pamięci nie jest jednak związana z działaniem przeciwnika tylko ma związek z dużą ilością poszkodowanych po zrzućcie spadochronowym, podczas jednego z wielu ćwiczeń tego typu. Służba medyczna tego dnia musiała się zmierzyć ze zdarzeniem typu MASCAL, z dużą ilością poszkodowanych, o różnym stopniu ciężkości i niestety z jedną ofiarą śmiertelną.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuska wojskowa służba zdrowia, bezwzględnie należy do najlepszych na świecie. System zabezpieczenia medycznego, w którym lekarze i pielęgniarze znajdują się w składzie jednostek bojowych, bardzo blisko walczących wojsk jest systemem unikalnym. Wydaje mi się, że żadne inne siły zbrojne nie mają podobnego rozwiązania. Silną stroną jednostki, w której służę jest realność i intensywność szkolenia. Niestety brakuje czasu, aby trenować jeszcze lepiej i więcej. Praktycznie niemożliwe jest, z powodu natłoku innych zadań, praktykowanie w cywilnych placówkach medycznych, aby utrzymać i doskonalić umiejętności manualne.

Należy położyć jeszcze większy nacisk na szkolenie, szczególnie w kontekście przygotowań do konfliktu o wysokiej intensywności. Trening musi być cykliczny, powtarzany w krótkich odstępach czasu, tak aby żołnierze utrzymali swoje kompetencje i umiejętności na najwyższym poziomie.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Na pewno wiele się zmienia pod kątem czynności ratunkowych na polu walki. Francuskie siły zbrojne cały czas obserwują trendy wśród wiodących państw w dziedzinie medycyny pola walki, w szczególności w Stanach Zjednoczonych i wnioski wdrażają do swoich procedur. Na tym polu widać spory progres. Dużo zmienia się pod kątem sprzętu w jednostkach medycznych. Widzimy stały dopływ nowoczesnych środków materiałowych i technicznych, dzięki czemu wchodzimy na wyższy poziom szkolenia. Nie jest to jednak ilość

wystarczająca. Brakuje trochę środków materiałowych. Podam przykład indywidualnego pakietu medycznego (*trousse individuelle du combattant – TIC*). Żołnierze biorący udział w operacjach zagranicznych posiadają taki pakiet na swoim wyposażeniu. Niestety nie ma w jednostkach jego wersji treningowej. Powoduje to brak możliwości ćwiczenia w warunkach zbliżonych do misji, na sprzęcie odpowiadającym temu jaki żołnierze będą używać podczas realnych działań. Sprzęt medyczny, w szczególności wspomniany *TIC*, jest nieodzowny, podobnie jak hełm i kamizelka taktyczna. I tak samo priorytetowo powinien być traktowany.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Nie słyszałem konkretnie o tych planach. Wyzwania najbliższych lat wskazują na zagrożenie konfliktem o dużej intensywności, co ma wydzźwięk w działaniach decydentów. Przykładem jest zmiana w formacji personelu paramedycznego. Kurs sanitariusza (*auxillaire-sanitaire*), który trwa 4 miesiące, jest szkoleniem dobrym, ale długim. Dotyka tak skomplikowanych zagadnień jak anatomia i fizjologia. Obecnie ma być zastąpiony skróconym, kilkutygodniowym szkoleniem ratownika pola walki (*opérateurs de premiers secours de combat – OPSC*), uczącym przede wszystkim podstawowych czynności ratunkowych. Pozwoli to na formację większej ilości medyków, przeszkolonych na poziomie podstawowym, na potrzeby jednostek pierwszej linii. Ma to na pewno związek ze zwiększonym zapotrzebowaniem na personel medyczny w warunkach konfliktu o dużej intensywności.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Tak. Moim zdaniem żołnierze służący obecnie w wojskowej służbie zdrowia są dobrze przygotowani do działania w takich warunkach i wciąż te przygotowania kontynuują. Widać też zmianę nastawienia decydentów, którzy starają się pracować nad kondycją żołnierzy. Przykładowo wprowadzono obowiązkowe egzaminy sportowe dla kandydatów do szkół medycznych. Brakuje oczywiście odpowiedniej liczby żołnierzy, gdyż nie powiększa się struktur medycznych w jednostkach, zasłaniając się problemami administracyjnymi i finansowymi. Przyjęto założenie, że jeden instruktor ma formować czterech żołnierzy. Jeżeli faktycznie armia ma przygotowywać się do konfliktu o dużej intensywności warto pomyśleć nad zmianą tych proporcji, np. do stanu jeden instruktor formujący ośmiu lub dziesięciu żołnierzy. Spowoduje to znaczne powiększenie struktur medycznych, na miarę obecnych wyzwań, w krótkim czasie.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

W pierwszej kolejności należy ustalić priorytety szkoleniowe. Szkolenie medyczne musi posiadać najwyższy priorytet wśród dowódców i personelu odpowiadającego za szkolenie żołnierzy. Na równi ze szkoleniem ogniowym i łącznością. Uważam, że triada w postaci strzelania, medycyny pola walki i łączności powinna być podstawą wyszkolenia indywidualnego każdego żołnierza. Bez tego nikt nie przetrwa na współczesnym polu walki. Oczywiście wszystkie inne umiejętności jak np. reagowanie na atak z użyciem broni masowego rażenia, są też ważne ale nie są priorytetem. Wystąpienie takiego zagrożenia jest wciąż mało realne, a umiejętności radzenia sobie w sytuacji zranienia będą koniecznością na porządku dziennym. W obecnej chwili szkolenie medyczne nie jest dla dowódców priorytetem i jest bagatelizowane. Zmienia się to w jednej chwili, gdy pododdział w walce doznaje strat

i następuje gorączkowe poszukiwanie pielęgniarzy, ratowników i sanitariuszy. W warunkach konfliktu o dużej intensywności nie będzie to możliwe i każdy musi umieć poradzić sobie sam. Szczególnie jak dojdą do tego trudne warunki klimatyczne jak deszcz czy śnieg oraz stres, który zawsze jest obecny w tego typu sytuacjach.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Jeśli chodzi o pododdziały i komórki medyczne to uważam, że tak. Gorzej jest z pododdziałami bojowymi i personelem medycznym w ich strukturach. Obecnie jest to sanitariusz w składzie każdego plutonu. W warunkach konfliktu o dużej intensywności będzie to zdecydowanie za mało. Dlatego też, jak już wspominałem wcześniej, trwają próby skrócenia formacji personelu paramedycznego, tak, aby jak największa ilość żołnierzy z podstawowym wyszkoleniem medycznym zasilila szeregi jednostek na polu walki. Wymaganiem minimalnym powinna być obecność jednego sanitariusza (posiadającego wyższy poziom wyszkolenia, np. SC 2, przyp. red.) i dwóch paramedyków z podstawową znajomością ratownictwa pola walki w każdym plutonie. W takiej sytuacji dowódca plutonu będzie miał swobodę manewru w dysponowaniu personelem medycznego do różnych zadań. Nie będzie problemu również z przejęciem obowiązków sanitariusza plutonu, w przypadku jego zranienia lub zabicia, co w warunkach konfliktu o dużej intensywności na pewno będzie się zdarzało. Zadaniem paramedyków jest zabezpieczenie podstawowych czynności życiowych przy użyciu prostych gestów technicznych, jak zatamowanie krwotoku za pomocą opaski uciskowej oraz przekazanie poszkodowanych na dalszy etap łańcucha ewakuacyjnego, gdzie będą działali lekarze i pielęgniarze.

Dotychczas lekarz ze swoim punktem medycznym był obecny już na poziomie kompanii, przy stanowisku dowódcy. W warunkach walki z przeciwnikiem o podobnym potencjale nie będzie możliwe desygnowanie tego typu wyspecjalizowanego personelu, którego formacja trwa wiele lat, do jednostek na pierwszą linię walk. Toteż kluczowe dla powodzenia misji zabezpieczenia medycznego w warunkach konfliktu o dużej intensywności będzie posiadanie odpowiedniej ilości, dobrze wyszkolonego personelu paramedycznego na pierwszej linii. Jeżeli jego zabraknie to zespoły medyczne na tyłach walczących wojsk nie będą mogły realizować swojego zadania i łańcuch ewakuacyjny w momencie próby nie zadziała jak należy.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Jak już wspominałem wcześniej należy doposażyć jednostki medyczne armii francuskiej w sprzęt medyczny. Znowu wróć do przykładu indywidualnego pakietu medycznego (*TIC*), ponieważ rozmowę na temat wyposażenia należy rozpocząć od podstawowego sprzętu znajdującego się na stanie każdego żołnierza w rejonie operacji. Sytuacja obecna, w której żołnierze nie mają dostępu do tego typu sprzętu na szkoleniach powoduje, że nie mogą trenować i przygotowywać się do walki jak należy. Aby rozwiązać problem żołnierze inwestują własne środki w zakup pakietów dostępnych na rynku cywilnym, co samo w sobie nie jest złe, ale niesie za sobą kolejne konsekwencje. Pakiety, które kupują różnią się między sobą i nie mają takiej samej zawartości. Ma to bardzo negatywny wpływ na automatyzację czynności ratowniczych. Ćwicząc cały czas na różnych zestawach, nie można wykształcić w sobie odpowiednich mechanizmów. Co gorsza może dojść do sytuacji, w której żołnierz zabiera swój prywatny pakiet medyczny, do którego się przyzwyczaił, ale w którym brakuje podstawowych środków medycznych, do realnego działania. Taka sytuacja

w momencie zranienia może mieć dla niego fatalne konsekwencje. Toteż należy jak najszybciej wyposażyć żołnierzy w odpowiednio skompletowane pakiety medyczne co, przy zestawach medycznych sanitariuszy i paramedyków, znacznie poprawi stan posiadania plutonu, dając solidną bazę materiałową do działania. Pozwoli również na ujednolicenie szkolenia w zakresie podstawowych czynności ratujących życie na polu walki.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie LPM 2019-24 i 2024-29? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie znam konkretnych zapisów tych planów, ale wydaje mi się, że głównie chodzi o ambulanse medyczne, które należy wymienić. Obecnie używane *VAB-san* mają już swoje lata i choć spełniają cały czas swoją rolę, posiadają liczne ograniczenia, np. dużych problemów przysparza transport rannych o nietypowych gabarytach. Nowe pojazdy mają znacznie poprawić zdolności ewakuacyjne pododdziałów medycznych, dzięki czemu będzie można transportować większą ilość poszkodowanych, w lepszych warunkach. Ma to być możliwe dzięki odpowiednim rozwiązaniom technicznym pojazdów. Poprawić ma się również środowisko pracy dla załogi ambulansów, dzięki bogatemu wyposażeniu medycznemu. Niestety nie mamy jeszcze żadnych wieści na temat konkretnych terminów planowanych dostaw nowych ambulansów.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Przed operacją realizowana jest seria spotkań informacyjnych lekarza komórki medycznej jednostki z żołnierzami, mające na celu wprowadzenie ich w zagadnienia związane ze zdrowiem w rejonie misji, w tym z zakresu psychoprofilaktyki. Podczas operacji zagranicznych żołnierze mogą korzystać z usług psychologa, który jest w składzie kontyngentu. Po zakończonej misji, żołnierze zgłaszający problemy psychiczne są otoczeni odpowiednią opieką podczas leczenia, tuż po wystąpieniu urazu. Jedynym problemem w systemie wsparcia psychoprofilaktycznego jest to, że poziom opieki maleje wraz z upływającym czasem. Słyszałem o tym od kilku moich kolegów, którzy wymagali takiego wsparcia. Jest to bardzo niebezpieczne dla tych żołnierzy, gdyż często drastyczne nawroty zaburzeń psychicznych w związku ze służbą następują kilka lat po wystąpieniu traumatycznego zdarzenia. Dochodzą do tego wszystkie procedury administracyjne, przez które musi przejść pacjent, związane np. z określeniem przydatności do służby czy wypłatą odszkodowania lub renty. Proces leczenia zespołu stresu pourazowego jest długotrwały i nie jest łatwy dla żołnierza. Toteż powinien on być otoczony opieką przez cały czas.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Kształcenie medyczne odbywa się w Zespole Szkół Medycznych Lyon – Bron (*EMSLB*). Uważam, że jest na wysokim poziomie i jest dobrze zorganizowane. Zanim kandydat przyjedzie na studia pielęgniarские, przechodzi kurs online na cyfrowej platformie edukacyjnej, dzięki czemu nabywa wiedzę teoretyczną. Na uczelni dominuje już praktyka. Dzięki współpracy ze szpitalami wojskowymi oraz doświadczonej kadrze instruktorskiej i naukowej zajęcia są na bardzo dobrym poziomie. Nacisk kładzie się na pozyskiwanie realnych umiejętności praktycznych, które kursanci nabywają na oddziałach szpitalnych. Różnorodność przypadków urazowych i chorobowych, występujących w środowisku cywilnym, choć różniących się trochę od wojskowego, jest bardzo pomocna w procesie kształcenia żołnierzy.

Podobnie procedury ratownicze nie są takie same, ale mają ze sobą wiele cech wspólnych. Co ważne, kadra instruktorska jest w zdecydowanej większości czynna zawodowo. Powoduje to, że przekazywana wiedza jest aktualna i codziennie podlega weryfikacji w warunkach szpitalnych.

Co do szkolenia to jest ono organizowane przez centra szkoleniowe, które zapewniają utrwalanie i ciągłość nabytych kompetencji dla swoich kursantów. Jednym z nich jest kurs ratownictwa pola walki (*sauvetage au combat* - SC), który musi ukończyć każdy żołnierz wojskowej służby zdrowia. Jako dyplomowany pielęgniarz ukończyłem ten kurs na poziomie SC 3, który zarezerwowany jest dla lekarzy i pielęgniarzy. Obecnie trwają prace, aby ten kurs był w programie studiów pielęgniarskiego wojskowego, co spowoduje natychmiastową gotowość absolwenta do wyjazdu na operację zagraniczną. Uważam, że to bardzo dobry pomysł.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Tak, w mojej jednostce duży nacisk kładzie się na szkolenie, które zawsze jest wymagające i jak najbardziej realnie odzwierciedlające pole walki. Jedyne czego brakuje to czasu, aby na jeszcze wyższy poziom wznieść stopień wyszkolenia żołnierzy. Ograniczenia czasowe powodują przykładowo, że personel komórek medycznych nie jest w stanie pełnić dyżurów w cywilnych placówkach służby zdrowia. Taka aktywność pozwoliłaby na utrzymywanie i podwyższanie kompetencji zawodowych, w szczególności technicznych czynności manualnych. W przeszłości było to praktykowane.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Tak. Moim zdaniem żołnierze mają odpowiedni dostęp do opieki medycznej. Dotyczy to również personelu udającego się w rejon operacji zagranicznej. Przed taką misją prowadzone są rozmowy z żołnierzami i wizyty przed i po misyjne. Sprawdzane są również dokumenty takie jak polisy ubezpieczeniowe, aby żaden żołnierz w razie wypadku nie pozostał bez opieki. Wsparciem otoczone są również rodziny, które są informowane na bieżąco o stanie zdrowotnym żołnierzy biorących udział w misjach.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Nie mam rodziny, więc nie znam szczegółów tego planu.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Na przykładzie Legii Cudzoziemskiej mogę stwierdzić, że ta współpraca układa się bardzo dobrze. Przykładem tego są kursy realizowane w jednostkach szkoleniowych, jak formacja sanitariusza. Podczas czteromiesięcznego szkolenia kursant odbywa dwutygodniowy staż na oddziale ratunkowym szpitala wojskowego, podczas którego ma okazję współpracować w zespole z cywilami. Jest to doskonała okazja do wzajemnej wymiany doświadczeń. Podobnie tygodniowy pobyt w Brygadzie Straży Pożarnej w Paryżu (*Brigade de sapeurs-pompiers de Paris – BSPP*), podczas którego legionieści są integralną częścią zespołu medycznego strażaków, którzy na miejscu zdarzenia zawsze są jako pierwsi, daje duże możliwości do współpracy obu środowisk.

Wywiad ze starszym kapralem (*caporal – chef*), służącym w komórce medycznej jednostki, odpowiedzialnym za szkolenie medyczne w swojej jednostce

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Rozmówca odmówił odpowiedzi na to pytanie.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Sytuacje najbardziej zapadające w pamięć, to te związane ze zdarzeniami z masowym napływem poszkodowanych, w której sanitariusze muszą odnaleźć się na pierwszej linii pomocy, w sytuacji kryzysowej. Kluczowa w takich sytuacjach jest doskonała organizacja służby zdrowia i posiadanie lidera, który pociągnie za sobą cały zespół. Najlepiej oczywiście żeby to był lekarz. W sytuacji idealnej, oprócz wiedzy, posiadający doświadczenie i zdolności przywódcze. Niezbędne jest zaufanie, które musi wzbudzać wśród swoich podwładnych. Jego rolą w takich zdarzeniach jest segregacja rannych i określenie priorytetów ewakuacyjnych.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuska wojskowa służba zdrowia jest dość sprawna i wydajna. Doświadczenia na operacjach zagranicznych, szczególnie w Afganistanie, sprawiły, że służba zaczęła dynamicznie ewaluować. Nastąpiły duże zmiany, które trwają cały czas. Dotyczy to całego łańcucha ewakuacyjnego. Od pola walki i organizowanych przez sanitariuszy punktów zbiórki rannych, przez polowe struktury zabezpieczenia medycznego poziomu I i II, po szpitale wojskowe. Ciekawym rozwiązaniem jest Czołówka resuscytacyjno – chirurgiczna (*L'Antenne de réanimation et de chirurgie de sauvetage - ARCS*), która znacznie wzmacnia zdolności służby zdrowia podczas działań bojowych.

Myślę, że służba spełnia swoje zadania w pełnym zakresie zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych. Mamy we Francji odpowiedni system, który potrafi zadbać o zdrowie żołnierzy, fizyczne i psychiczne. Nie jest to tylko moje zdanie. Wielokrotnie słyszałem słowa uznania od naszych rannych, którzy byli pod wrażeniem opieki jaka była nad nimi roztoczona. Jeśli chodzi o luki to zawsze jest coś do zrobienia, ale należy pamiętać, że lepsze jest często wrogiem dobrego. Wydaje mi się, że chęć wprowadzania ciągłych zmian, czasami trochę na siłę, oraz nierealistyczne cele i założenia powodują, że tracimy z oczu rzeczy najważniejsze i przestajemy pracować nad podstawami naszej działalności. Przykładem w wojskowej służbie zdrowia może być przedkładanie szkolenia i umiejętności medycznych nad wyszkoleniem wojskowym, co będzie skutkowało fundamentalnymi brakami w rzemiośle żołnierskim. Nie możemy sobie na to pozwolić. Wracamy tutaj do potencjalnego teatru działań i kwestii zasadniczej jaką jest zdolność do wzięcia udziału w walce, każdego żołnierza, wliczając w to personel medyczny.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Zmiany te oceniam bardzo pozytywnie. Oczywiście, z uwagi na stanowisko na jakim służę, obserwuję ze szczególną uwagą zagadnienia związane z ratownictwem pola walki. Zreorganizowano całkowicie ten obszar działalności. Wprowadzono nowe procedury i dostosowano do nich system szkolenia, z formacją na trzech poziomach. Powrócę jeszcze do mojej poprzedniej myśli na temat ciągłych zmian, na przykładzie systemu ratownictwa cywilnego, z którym również jestem na bieżąco jako czynny ratownik. Zbyt częste modyfikacje procedur i wytycznych we francuskim ratownictwie, powodują, że wykonawcy mają problem z ich wdrażaniem do swojej praktycznej działalności. Oczywiście rozumiem, że autorzy tych reform mają dobre chęci, a ich rekomendacje poparte są badaniami i danymi statystycznymi.

Jednak najbardziej niepożądanym następstwem zbyt częstych zmian w procedurach jest sytuacja, w której ratownik zamiast na działaniu musi skupiać się na myśleniu i analizowaniu czy aby na pewno wykonuje czynności według nowych zasad. Jest to szczególnie niebezpieczne w wojskowym systemie ratownictwa, który musi być instynktowny i oparty na dynamicznym działaniu. Żołnierz na polu walki nigdy nie będzie miał dostatecznie dużo czasu, żeby się zastanawiać nad swoimi następnymi krokami. On musi je wykonywać automatycznie.

Co do kierunku zmian to nie jestem na stanowisku, które upoważnia mnie do takich analiz. Ja skupiam się na moim zadaniu i tym co należy do moich obowiązków. Muszę zaufać decydentom, wprowadzającym te zmiany. To do nich należy analizowanie środowiska bezpieczeństwa i zagrożeń jakie stoją obecnie przed wojskową służbą zdrowia. My, na dole, musimy się odpowiednio zaadaptować i przygotować do nowych wymagań.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Tak, słyszałem o tych planach, ale szczerze mówiąc niezbyt pamiętam ich szczegóły. Na pewno znajdują się w nich zadania związane z wprowadzaniem do służby w jednostkach operacyjnych, już na poziomie plutonów, jak największej liczby żołnierzy przeszkolonych w zakresie ratownictwa pola walki. Jest to bardzo dobra inicjatywa, która znacznie wzmocni zabezpieczenie medyczne pododdziałów na pierwszej linii walki, opartym obecnie na sanitariuszach. Spowoduje to również podniesienie morale żołnierzy, którzy poczują się pewniej, mając obok siebie przeszkolonych kolegów, którzy w razie zranienia będą umieć zareagować i udzielić fachowej pierwszej pomocy.

Nie jestem w stanie odpowiedzieć czy plany te są realne i czy odpowiadają wymaganiom najbliższych lat. Nie jestem politykiem. Jestem tylko zwykłym żołnierzem i dla mnie wojna pozostanie wojną. I to czas pokaże, czy odpowiednio się do niej przygotowaliśmy.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Nie zadaję sobie takich pytań. Uważam, że niczemu one nie służą. Historia się cały czas powtarza, a ludzie o tym zapominają. Zastanawiają się cały czas jaki może być następny konflikt, jakie postawi przed nimi wymagania i czy jest blisko czy daleko. Gdy już historia ich dogoni i znajdują się na wojnie to będą musieli się po prostu do niej zaadaptować i walczyć o przetrwanie. Robić dokładnie to co nasi przodkowie w poprzednich wojnach. Dobrze jest wymyślać nowe reformy i procedury, ale na koniec to wszystko będzie się rozgrywało w naszych głowach. To w sferze mentalnej okaże się czy jesteśmy gotowi do prawdziwej wojny.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Zmieniać ich nastawienie. Należy przypominać historię i pamiętać o naszych przodkach i weteranach. To bardzo ważne.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Nie jestem w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Nie znam liczb jakie mają, czy powinny mieć pododdziały medyczne.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materialowego medyków istnieją jeszcze luki?

Uważam, że na poziomie zabezpieczenia medycznego jednostek operacyjnych i ratownictwa pola walki nie potrzeba zbyt skomplikowanych i kosztownych środków materiałowych. Powinniśmy pozostać tutaj przy prostocie. Opaski uciskowe, opatrunki indywidualne i zestawy do infuzji dożylnych płynów to podstawowe środki, które potrzebujemy. Najważniejsza na tym poziomie jest znajomość zastosowania ich przez personel. Musimy działać z tym co mamy oraz dostosować środki do sytuacji i zadania jakie mamy do wykonania. Niepotrzebne jest myślenie o tym co byśmy chcieli mieć, a co nigdy nie będzie w naszym posiadaniu. Takie roszczeniowe podejście psuje morale żołnierzy i sprawia, że przestają myśleć o swojej misji. Dotychczas, na poprzednich operacjach mieliśmy wszystko czego potrzebowaliśmy, a nawet powiedziałbym, że więcej.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie LPM 2019-24 i 2024-29? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie znam założeń tych planów, więc nie mogę odpowiedzieć na to pytanie.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Tak, mają odpowiednie wsparcie. Przed operacją jest to zadaniem dowódców i w szczególności samego żołnierza, aby odpowiednio przygotować się mentalnie do misji. Według mnie już na poziomie angażu do sił zbrojnych człowiek powinien sobie zadać pytanie po co to robi i czy jest gotowy pójść na wojnę. Będąc na operacji bojowej, już nie ma czasu na stawianie sobie takich pytań. Tutaj należy wykonywać rozkazy. Jeżeli nie jesteś w stanie brać udziału w walce to znaczy, że się nie nadajesz do służby i powinieneś zrezygnować.

Po misji realizowane są turnusy dekompresyjne (*sas de décompression*) oraz istnieją różne mechanizmy w wojskowej służbie zdrowia, które zapobiegają rozwojowi problemów psychicznych u żołnierzy. Uważam, że działają one dobrze.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Tak. Realizowałem kurs sanitariusza (*auxillaire-sanitaire*), który jest bardzo interesującym i kształcącym przedsięwzięciem. Zacząłem go od formacji w zakresie pierwszej pomocy i nabycia uprawnień ratownika cywilnego. Jest to bardzo ważne i potrzebne, gdyż stanowi bazę, na której budowane są następnie kolejne kompetencje ratownika wojskowego. Potem przenieśliśmy się do stolicy, do Brygady Straży Pożarnej z Paryża (*Brigade de sapeurs-pompiers de Paris – BSPP*), gdzie miałem okazję działać ze strażakami, w składzie zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego. Dało to mi unikalną możliwość poznawania czynności ratunkowych w realnym kontekście wyjazdów do różnych zdarzeń, takich jak wypadki samochodowe czy interwencje domowe. Młody ratownik musi sobie w nich poradzić na niwie medycznej oraz psychologicznej, z krzykami rodzin i osób postronnych wokół. Podkreślić należy, że paryscy strażacy podczas swoich dyżurów, praktycznie się nie zatrzymują i wyjeżdżają na interwencje non-stop. Mimo, że to nie był kontekst wojenny to jednak wiele sytuacji znanych z pola walki może się powtarzać również w środowisku cywilnym, toteż tydzień spędzony w Paryżu był bardzo obfity pod kątem dydaktycznym.

Następnie realizowałem część teoretyczną kursu na bazie jednostki szkoleniowej. Podczas niej zapoznawałem się z podstawami anatomii i fizjologii oraz zagadnieniami z zakresu medycyny ratunkowej, tropikalnej i oczywiście wojskowej. Ta część kursu ma na celu, oprócz nauczania, zebranie, porównanie i ujednolicenie wiedzy, którą niektórzy już

posiadają ze swoich wcześniejszych doświadczeń. Zajęcia teoretyczne są przez cały okres trwania formacji przeplatane praktyką, realizowaną w ramach wsparcia przychodni wojskowej. Tutaj miałem możliwość nauki podstawowych czynności medycznych na żywym organizmie, niezbędnych później na pełnionym stanowisku, takich jak pobieranie krwi, iniekcje dożylnie czy małe zabiegi chirurgiczne. Doskonałym uzupełnieniem kursu jest dwutygodniowy staż w szpitalu wojskowym, który odbywałem na oddziale ratunkowym i małych zabiegów chirurgicznych. Podobnie jak w Paryżu, działałem zintegrowany z zespołami etatowymi szpitala, co dało mi bardzo dobre możliwości do szkolenia się w realnych warunkach oddziałów. Na tym etapie poznałem podstawowe zasady obowiązujące w takich obszarach jak zaawansowane czynności reanimacyjne, dostępy dożylnie i płynoterapia oraz podstawowe zabiegi chirurgiczne, wymagające zasad sterylności. Co najważniejsze, opiekunowie stażu pozwalają i zachęcają do praktycznego wykonywania wszystkich czynności przez kursantów.

Taka forma szkolenia zapewnia jednostkom operacyjnym personel, który jest bardzo dobrze przygotowany do pełnienia zadań na stanowisku medycznym. Oczywiście na tym się nie kończy. Formacja musi być kontynuowana w jednostce, żeby można było mówić o kompetentnym sanitariuszu, gotowym do działania w różnych warunkach. Wymaga to z kolei odpowiedniego nastawienia osobistego każdego z żołnierzy. Nie można spocząć na laurach i stwierdzić, że wiesz już wszystko. Trzeba się doskonalić i wykorzystywać do tego każdą sposobność. A jest ich w jednostkach, dzięki pozytywnemu nastawieniu przełożonych, wiele.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Szkolenie medyczne w mojej jednostce jest na bardzo dobrym poziomie i jest stale aktualizowane na bazie doświadczeń żołnierzy. Wróć jednak ponownie do myśli, że nie potrzeba dużych nakładów finansowych i zaawansowanego sprzętu, żeby utrzymać personel medyczny na odpowiednim poziomie. Nowoczesny sprzęt szkoleniowy, jak fantom wiernie odzwierciedlający ciało człowieka, wymaga dużych środków logistycznych, takich jak system teleinformatyczny z wykwalifikowanym operatorem, specjalnej sali i czasu dedykowanego tego typu szkoleniom. Czasami zapominamy, że gesty i czynności proste przynoszą dużo lepsze efekty. Oczywiście taki sprzęt jest przydatny, w szczególności na poziomie zaawansowanym jak *SC 2 i 3 (sauvetage au combat, kurs w zakresie ratownictwa pola walki, przyp. red.)*, ale nie zastąpi on podstawowego szkolenia, które należy realizować cały czas, bez użycia wielkich środków.

Kluczowa na poziomie pola walki jest pamięć mięśniowa. Aby ją wytworzyć konieczna jest regularność treningu i do tego należy podejść priorytetowo. Bardzo dobrym pretekstem do szkolenia są różnego rodzaju ćwiczenia, w ramach których należy praktykować warianty zdarzeń medycznych. Personel medyczny, działający w ramach nich, powinien realizować realne czynności medyczne, takie jak wkłucia dożylnie na swoich kolegach, mimo, że są to czynności inwazyjne i mogą wiązać się z powikłaniami. Żołnierze muszą zrozumieć, że w ich interesie leży, aby medycy byli jak najlepiej wyszkoleni, gdyż ich życie będzie zależało od poziomu kompetencji personelu medycznego. Z drugiej strony medycy muszą zapewnić jak najlepsze warunki do takich gestów, ograniczając do minimum ryzyka. Mają tego świadomość, a odpowiednia formacja i zabezpieczenie materiałowe daje im taką możliwość.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Dostępność do opieki zdrowotnej żołnierzy i rodzin w dużej mierze zależy od regionu, w którym usytuowane są jednostki. We Francji istnieją pewne rejony, które dysponują ograniczonymi możliwościami opieki zdrowotnej. Dotyczy to w szczególności obszarów

wiejskich, daleko od dużych ośrodków zurbanizowanych. Dostęp do konsultacji lekarskich w jednostkach jest mocno regulowany przez inne obowiązki lekarzy, których jest bardzo dużo. Żołnierz, a szczególnie członek jego rodziny, który uskarża się na ból głowy, nigdy nie będzie traktowany priorytetowo. Nie jest to podyktowane złą wolą personelu, tylko dużą ilością zadań, które musi w tym czasie realizować. Nie jest też powiedziane, że rodzina żołnierza nie zostanie przyjeta. Konieczna jest obopólna adaptacja do sytuacji.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Nie znam założeń tego planu. Z moich obserwacji wynika, że rodziny żołnierzy francuskich są otoczone odpowiednią opieką. W szczególnej sytuacji są rodziny tych, którzy wyjechali na operacje zagraniczne. Jednostka dba, aby członkowie rodziny żołnierza mieli informację co się z nim dzieje, a w przypadkach tragicznych zdarzeń otrzymali pełne wsparcie instytucji do tego powołanych.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Taka współpraca jest naturalna. Oba systemy muszą kooperować i łączyć swoje zasoby i dzieje się to w sposób instynktowny. Poziom współpracy wzrasta w odpowiedzi na poziom zagrożenia. Im więcej zagrożeń, tym większy zakres kooperacji.

Wywiad ze starszym kapralem (*caporal – chef*), pełniącym służbę w komórce medycznej jednostki operacyjnej, odpowiedzialnym za sprawność techniczną pojazdów służby zdrowia

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Do Legii Cudzoziemskiej wstąpiłem w 2004 roku i służę w niej również obecnie, na stanowisku sanitariusza, w stopniu starszego kaprała. Początek mojej służby związałem z kompanią bojową, o specjalności górskiej, w której to służyłem do 2013 roku. Potem przeniesiono mnie do kompanii dowodzenia i logistyki, gdzie spędziłem kolejne kilka lat mojej służby. W tym czasie byłem ranny na jednej z operacji zagranicznych, w Republice Środkowoafrykańskiej. W 2016 roku objąłem stanowisko sanitariusza w komórce medycznej jednostki. Moim zadaniem jest, oprócz oczywiście obowiązków związanych z zabezpieczeniem medycznym, dbanie o sprawność pojazdów będących na stanie komórki oraz sterylizacja instrumentów chirurgicznych i dentystrycznych.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwily Panu w pamięci najbardziej?

Było takich sytuacji kilka. Na pewno pod kątem zabezpieczenia medycznego najtrudniejsze były misje w Afganistanie. Jedną z sytuacji, która najbardziej utkwiała mi w pamięci jest związana z zadaniem przeszukania wioski w poszukiwaniu rebeliantów. W pewnym momencie usłyszeliśmy strzały i zauważyliśmy, że kule latają nam nad głowami. Automatycznie zajęliśmy pozycje obronne i przystąpiliśmy do odparcia ataku. Przeciwnik był dość daleko więc ostrzał nie był zbyt precyzyjny. Jeden z młodych żołnierzy, dla którego była to pierwsza misja bojowa, był wyraźnie podekscytowany strzałami i nie zachowywał się adekwatnie do sytuacji. Głośno krzyczał, gestykulował i nie reagował na moje kilkukrotne wezwania do ukrycia. Misja zakończyła się dla niego kilkoma ranami kończyn dolnych, po postrzale z broni automatycznej, która dosłownie pogruchotała jego kości. Żołnierz ten przeżył, ale do dziś nie odzyskał pełnej sprawności swoich nóg. Problematyczne było też

zachowanie kolegów z drużyny rannego, którzy nie byli w stanie udzielić adekwatnej pierwszej pomocy poszkodowanemu.

Kolejną znaczącą sytuacją dla mnie była walka w bliskim kontakcie z rebeliantami w Mali, gdzie przeciwnik znajdował się w odległości rzutu granatem. Dochodziło do scen, które większość żołnierzy znała tylko z filmów. Mieliśmy sporo strat, podobnie zresztą jak przeciwnik, w tym niestety ofiary śmiertelne. Plagą tej misji były improwizowane ładunki wybuchowe (*improvised explosive device* - IED), które również są odpowiedzialne za zabicie naszych żołnierzy.

Ostatnim wydarzeniem, które przychodzi mi do głowy miało miejsce w Republice Środkowoafrykańskiej, w stolicy tego państwa Bangi. Byłem wtedy na stanowisku sanitariusza i dodatkowo kierowcy wozu opancerzonego. Podczas jednego z patroli, doszło do zamieszek na dużą skalę. W pewnym momencie zostaliśmy otoczeni przez rozwścieczony tłum, który praktycznie chciał nas ukamienować. Brak interwencji z naszej strony, mieliśmy związane ręce, gdyż przeciwnik nie był uzbrojony w broń palną, tłum uznał za zachętę do eskalacji i zaczął miotać w nas granatami. Niestety jeden z nich wybuchł w naszym bezpośrednim sąsiedztwie, powodując kilku rannych, w tym mnie. Poczułem tylko takie krótkie smagnięcie, jakby różgą i gorąco, podobne do wylania wrzątku na ciało. Doznałem przerwania tętnicy, więc krew lała się ze mnie dużym strumieniem. W pierwszym odruchu, chciałem krzyczeć, że jestem ranny i potrzebuję pomocy, ale szybko zdałem sobie sprawę, że to przecież ja jestem sanitariuszem plutonu i to na mnie wszyscy koledzy liczą. Usiadłem więc koło ciężarówki, która zapewniała mi częściową zasłonę i założyłem sobie opaskę uciskową na nogę z rozerwaną tętnicą.

Następnie przystąpiłem do pomocy kolegom, gdyż wtedy jeszcze mogłem chodzić. Czucie w nodze straciłem ostatecznie nie z przyczyny rany, lecz z powodu mocno założonej opaski uciskowej. Pamiętam, że ból od opaski uciskowej był tak intensywny i trudny do zniesienia, że prosiłem pielęgniarkę o jej poluzowanie, choć wiem, że nie powinno się pod żadnym pozorem tego robić. Ewakuowano nas ambulansem opancerzonym do polowego punktu medycznego, zlokalizowanego w bezpośredniej bliskości miejsca zdarzenia, gdzie byłem operowany przez lekarza z naszej jednostki. Podczas transportu cały czas starałem się pomagać w opatrywaniu rannych kolegów. Dużym wyzwaniem dla nas było opanowanie stresu i odpowiednie zorganizowanie się, aby uniknąć dodatkowych ofiar. Wszyscy ranni byli wciąż uzbrojeni i obładowani amunicją i granatami. Po dziś dzień pamiętam efekt ketaminy (silny lek znieczulający, stosowany często na polu walki, przyp. red.), która wywołała u mnie nieprzyjemne halucynacje. Śniło mi się, że jestem martwy, a moja dusza lewituje w powietrzu. Obudził mnie upadek z dużej wysokości na ziemię. Poprosiłem, żeby więcej nie podawano mi tego leku. Odmówiłem, również podaży morfiny, gdyż chciałem jak najdłużej zachować pełną świadomość sytuacji, w której się znajduję.

Po operacji, przewieziono nas śmigłowcem na lotnisko, a następnie samolotem przeznaczonym dla najwyższych władz państwowych do paryskiego szpitala wojskowego *Percy*. Wszystko to rozegrało się w mgnieniu oka i wydawało się jakby trwało kilka minut. W szpitalu przeprowadzono kolejne operacje, już docelowo zabezpieczając nasze rany. Otoczony byłem pełną opieką, wliczając w to psychologów, psychiatrów i księdza, ale w mojej głowie funkcjonowało nastawienie, że nic tak naprawdę się nie stało i nie potrzebuję specjalnej opieki. Jedyne czego wtedy chciałem to spokój, czego nie omieszkalem oznajmić personelowi oferującemu swe wsparcie. Rehabilitację przeprowadziłem we własnym zakresie. Wyszukałem w sieci odpowiednie ćwiczenia dla siebie i systematycznie je wykonywałem. Kluczowe w tym momencie było moje pozytywne nastawienie i charakter, który nigdy nie pozwala się poddać. Po trzech miesiącach wróciłem do pełnej sprawności i aktywności. Niestety nie można tego

samemu powiedzieć o moich kolegach, których powrót do służby wyglądał zdecydowanie trudniej. Byli tacy, którzy nigdy już do niej nie wrócili.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

Francuską wojskową służbę zdrowia oceniam dobrze. Szczególnie porównując ją do polskiej. Brakuje jej jednak wiele do amerykańskiej i jest to kwestia przede wszystkim dużo niższego budżetu. Siły zbrojne Stanów Zjednoczonych posiadają również dużo większe doświadczenie od Francuzów w zakresie zabezpieczenia medycznego działań bojowych. Jest to spowodowane tym, że są w stanie ciągłej wojny, co ma przełożenie na opracowywanie i wprowadzanie nowych rozwiązań w służbie zdrowia, które siłą rzeczy my jesteśmy zmuszeni od Amerykanów zapożyczać. Zawsze można, a wręcz należy się doskonalić i ulepszać. Czynności medyczne jakie wykonuje personel medyczny na poziomie jednostki bojowej są proste i nie należy ich komplikować. Można przyrównać je do naprawy układu hydraulicznego. Trzeba natychmiast zatrzymać wyciek płynów, a następnie zająć się resztą.

Jeśli chodzi o słabe strony to według mnie jest to niedofinansowanie służby. Sprzęt medyczny jest drogi. Na przykładzie noszy, które mają być na wyposażeniu każdego sanitariusza, a kosztują 3000 euro za sztukę, można wyobrazić sobie skalę wydatków jakie pochłania profesjonalna służba zdrowia w siłach zbrojnych. Kolejnym mankamentem jest coraz większa biurokracja. Komórka medyczna nie jest już podległa dowódcy jednostki na terenie której się znajduje i na rzecz której działa jak to było dotychczas. Obecnie podlega centrum medycznemu z ramienia wojskowej służby zdrowia, co ma dobre i złe następstwa. Z jednej strony łatwiej jest teraz pozyskać sprzęt i materiały medyczne. Z drugiej niesie to za sobą wiele dodatkowej pracy biurowej, jak sprawozdania dzienne, tygodniowe, miesięczne, najczęściej w formie tabel i zestawień, wypełnianych różnymi kolorami. Często mamy wrażenie, że i tak nikt tego nie czyta, a my wykonujemy nikomu niepotrzebną, bezsensowną pracę. A pochłania ona naprawdę dużo czasu, który można spożytkować zdecydowanie lepiej. Powoduje to również przemianę dowódców w pracowników administracyjnych, którzy praktycznie nie wstają od swoich biur.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Zmiany, które nastąpiły w ostatnich latach są istotne przede wszystkim w zakresie wyposażenia personelu medycznego. Zauważalne są większe dotacje sprzętu i materiałów medycznych. Obecnie każdy sanitariusz może sobie doposażyć plecak w odpowiedni asortyment, praktycznie w dowolnej ilości. Dobrym przykładem pozytywnych modyfikacji materiałowych jest indywidualny pakiet medyczny (*trousse individuelle du combattant – TIC*), który w porównaniu do poprzednich misji, rozrósł się do znacznych rozmiarów, dając tym samym dużo większe możliwości działania dla żołnierzy na polu walki. Oprócz podstawowych czynności jak zatamowanie krwotoku, przy użyciu opaski uciskowej lub opatrunku indywidualnego, pakiet ten umożliwia obmycie ran oraz założenie dostępu dożylnego. Nie widzę wielkich zmian w zakresie procedur i zasad udzielania pierwszej pomocy na polu walki. Co roku aktualizujemy stan naszej wiedzy i nie ma wielkich różnic w tym zakresie. Jeśli już, to są drobne modyfikacje protokołów podaży leków, w tym leczenia płynami infuzyjnymi.

Czy te zmiany są adekwatne do wyzwań, to pokaże dopiero konflikt z Rosją, do którego mam nadzieję nigdy nie dojdzie. Wojskowa służba zdrowia jest dostosowana do

czasów obecnych i była w stanie zabezpieczać operacje prowadzone dotychczas. Co będzie dalej? Przyszłość wszystko zweryfikuje.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Nie słyszałem o tych planach. Myślę, że to jest dobre pytanie do lekarzy.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Obecnie nie jesteśmy przygotowani do takiego konfliktu, w sferze mentalnej i technicznej. Pewnie zaadaptujemy się do niego, ale to trochę potrwa i kosztować nas będzie znaczne straty. Sytuacja będzie podobna do poprzednich lat. Uważam, że moja jednostka nie była odpowiednio przygotowana do wojny w Afganistanie. Dostosowanie się żołnierzy do działania w tamtych warunkach było procesem i trwało kilka lat. Kosztowało to życie i zdrowie wielu ludzi. W wyniku tego poziom wyszkolenia i przygotowania żołnierzy do walki stale rósł i był nieporównywalnie większy na późniejszych zmianach w Afganistanie oraz na misjach w Mali, w których to osiągnął swoje apogeum. Podczas działania w tym ostatnim państwie miałem wrażenie, że jestem uczestnikiem gry komputerowej. Działaliśmy instynktownie, jak dobrze naoliwiona maszyna. Doświadczenie i adaptacja do nowych warunków wojennych rodziła się w bólach i została okupiona sporymi stratami. Teraz będzie podobnie. Pozostaje pytanie o materiał ludzki, który jest obecnie do dyspozycji dowódców. Pozostawię to pytanie otwartym...

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Przede wszystkim zmienić taktykę działania. Dobrym materiałem szkoleniowym są doświadczenia Ukraińców, które należy wykorzystać. Jak słyszę, że mamy ich szkolić i przygotowywać do wojny, to zastanawiam się czy to nie powinno być na odwrót i to oni nie powinni trenować nas. Zresztą, taka wymiana już się w pewnych obszarach dzieje. Pododdziały armii francuskiej szkolą się w zakresie walki okopowej z masowym udziałem artylerii i dronów. Obopólne korzystanie z doświadczeń jest niezbędne. Różnica potencjałów Rosji i każdego z osobna państwa europejskiego jest tak kolosalna, że Europejczycy muszą się zjednoczyć i działać wspólnie. Inaczej nie mamy szans, a „pobrzękiwanie szabelką” polityków i zaklinanie rzeczywistości niewiele pomoże.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Póki co, obecna liczba żołnierzy wystarcza na zabezpieczenie medyczne funkcjonowania według dotychczasowych standardów. Pytanie tylko na jak długo. Moim zdaniem, problemowe będzie nie tylko zwiększenie liczby personelu medycznego, ale również utrzymanie obecnego stanu etatowego. Nie widać następców dla żołnierzy, z których duża grupa będzie odchodzić wkrótce do cywila. Ci co przychodzą często nie mają odpowiedniej motywacji do służby i szybko rezygnują z błahych powodów. Nie jestem optymistą, jeśli chodzi o sytuację kadrową wśród personelu medycznego naszej jednostki. Tym bardziej, że jesteśmy jednostką, w której wymagania wobec żołnierzy są znacznie wyższe niż w większości innych formacji francuskich sił zbrojnych. Pełniąc tutaj służbę, żołnierz musi się poddać większym rygorom i ograniczeniom, często związanym z cierpieniem i bólem. Ja już po tylu latach, do tego bólu się przyzwyczaiłem i nie wyobrażam sobie służby w innym miejscu. Nie widzę jednak tej gotowości do walki z niedogodnościami u nowych rekrutów...

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Zabezpieczenie materiałowe w naszej jednostce jest na dobrym poziomie. Dotyczy to codziennej działalności. Jednak, aby zobrazować prawdziwe wyzwania jakie czekają przed służbą zdrowia w warunkach konfliktu posłużę się przykładem. Niedawno nasza jednostka została postawiona w najwyższy stan gotowości, w związku z wydarzeniami w Nigrze (pucz wojskowy i atak tłumy na ambasadę francuską w lipcu 2023 r., przyp. red.). O 04.00 rozbrzmiał alarm, a o godzinie 14.00 byliśmy już na lotnisku z całym sprzętem gotowi do odlotu. Nasz komponent medyczny miał do dyspozycji kompletny zestaw *PM 14* (Punkt Medyczny, zabezpieczający działania bojowe na poziomie pułku/batalionu, przyp. red.), spakowany i przygotowany do zrzutu ze spadochronem. Ilość materiałów i sprzętu w tym zestawie jest odpowiednia do zabezpieczenia pierwszego starcia z przeciwnikiem, na jeden lub dwa dni walki. Następnie kluczowe jest zapewnienie łańcucha zaopatrzeniowego przez pododdziały logistyczne. Bez tego nie ma co nawet myśleć o jakimkolwiek funkcjonowaniu zabezpieczenia medycznego.

Wracając do naszego przykładu, po wylądowaniu na kontynencie afrykańskim, okazało się, że pozostajemy cały czas w permanentnej gotowości, w jednym z zaprzyjaźnionych państw, ale zaplanowana operacja jest cały czas odraczana i w końcu nie dochodzi do skutku. Czas upływa, wojsko się nudzi, więc należy się szkolić. I teraz rodzi się pytanie skąd wziąć materiały do szkolenia. Tych z zestawu nie możemy używać, bo są przeznaczone do realnego działania, na terytorium przeciwnika. Naszej logistyce zebranie środków do szkolenia zajęło ok. dwóch, trzech tygodni. Opóźnienie było spowodowane kwestiami budżetowymi. Nie wiadomo było, z której podziałki finansowej mają być wydzielone środki. W konflikcie o dużej intensywności nie może tak to działać.

Podsumowując, nasza komórka medyczna, pod względem sprzętowym, jest w ciągłej gotowości do działania. Wszystko jest spakowane i gotowe do użycia. Pozostaje kwestia logistyki i sprawnego łańcucha zaopatrzeniowego, którego funkcjonowanie jest niezbędnym elementem zabezpieczenia medycznego.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie *LPM 2019-24* i *2024-29*? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Tak. Poruszę temat nowych pojazdów, bo ten temat jest mi najbliższy. Zamiana obecnych ambulansów na bazie pojazdów *VAB*, na nowe typu *Griffon* nie będzie dla naszej jednostki sprawą łatwą. Niektórym wydaje się, że to może być zrobione natychmiast, „od ręki”. To tak niestety nie działa. Takie przebrojenie całej jednostki na nowe pojazdy trwa kilka lat. Najpierw należy zadbać o odpowiednią infrastrukturę, przebudować garaże i warsztaty naprawcze, dostosowując je do wymagań nowego wozu, który jest większy od dotychczasowych. Następnie konieczne jest wyposażenie warsztatów w specjalistyczny sprzęt i części zamienne, a ich załogi trzeba wyszkolić z zasad obsługi pojazdu. Pozostaje jeszcze niemniej ważna kwestia, czyli możliwości użycia operacyjnego nowego wozu, w warunkach, gdzie już użytkowane dotychczas pojazdy, mimo, że mniejsze, sprawiają spore problemy załodze. Średnio co 2 lata dochodzi do poważnych zdarzeń drogowych z udziałem pojazdów *VAB*. Ciasna zabudowa i wąskie uliczki w otoczeniu jednostki nie są dobrym środowiskiem działania dla tego typu sprzętu.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Myślę, że nie do końca. Cały czas zgłaszanie problemów psychicznych czy psychologicznych przez żołnierzy jest odbierane jako ich słabość i nie jest mile widziane przez przełożonych. Dlatego też, tylko nieliczni poszukują takiego wsparcia i raczej robią to w tajemnicy przed dowódcami i swoim najbliższym otoczeniem. Jedyne realne wsparcie psychologiczne oferuje kapelan jednostki, który zawsze wszystkich chętnie wysłucha. Pokutuje też opinia, że w razie problemów mentalnych lub zdarzeń traumatycznych wystarczające jest kojące działanie alkoholu, który ma być uniwersalnym lekiem na problemy. Podobnie ciężka praca fizyczna jest uważana za dobrą formę odreagowania stresu. Żołnierz wykopie sobie dół, to mu przejdzie. Niestety dochodzi czasami do poważnych zaburzeń natury psychicznej. Sam czasami do końca nie wierzyłem, że można się znaleźć w takiej sytuacji, w której człowiek nie widzi dla siebie wyjścia. Jedną sytuacją tego typu szczególnie utkwiała mi w pamięci. Żołnierz znajdujący się w ciężkiej depresji, którego podejrzewałem o grę aktorską i symulowanie problemów, próbował wysiąść z ambulansu w trakcie jazdy, przy prędkości ponad 100 km/h. Działanie lecznicze w zakresie problemów psychicznych jest niestety tylko i wyłącznie reaktywne. Profilaktyka psychologiczna praktycznie nie istnieje. Jedyne po operacjach realizowane są turnusy dekompresyjne na Cyprze.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Tak. Pierwsze szkolenie medyczne realizowałem na szkoleniu podstawowym. To był 2004 rok, więc poziom tej formacji nie był zbyt wysoki. Sprzęt również był przestarzały. Następnie ukończyłem trzymiesięczny kurs sanitariusza, który już był na lepszym poziomie, ale tylko powierzchownie dotykał zagadnień związanych z medycyną wojskową. Zawodu nauczyłem się dopiero po powrocie z tego szkolenia do jednostki. Codzienne obowiązki i doświadczenia bojowe na misjach zagranicznych ukształtowały mnie jako medyka wojskowego. Następnie przechodziłem formację ratownictwa pola walki (*sauvetage au combat* – SC) na poziomie 1 i 2, we francuskich jednostkach operacyjnych. Szkolenia te są dobrze zorganizowane. Instruktorzy bardzo duży nacisk kładą na praktyczne działanie oraz na wyrabianie u szkolonych, tzw. „pamięci mięśniowej”. Wymagają również od kursanta przygotowania do szkolenia, na podstawie wcześniej otrzymanych materiałów. Przyjeżdżając na kurs żołnierz musi znać podstawowe zagadnienia pierwszej pomocy na polu walki. Ta wiedza od razu jest weryfikowana w trakcie ćwiczebnych scenariuszy. Nieodpowiednie działanie kursanta, skutkuje jego natychmiastową relegacją z kursu.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

Tak. W naszej jednostce przełożeni dokładają starań abyśmy zawsze mieli najnowszą wiedzę i cyklicznie, raz w tygodniu, ćwiczyli wybrane scenariusze medycyny pola walki. Realizowane są one na bazie sali dydaktycznej z fantomem, który wiernie odzwierciedla procesy fizjologiczne człowieka. Nasz dowódca dba, aby treningi cały czas nas zaskakiwały i były jak najbardziej złożone i niestandardowe. Szkolenie jest adekwatne do zadań i spełnia swoją rolę. Pozostaje jeszcze kwestia odpowiedniej motywacji każdego żołnierza, która musi być cały czas na najwyższym poziomie. Tylko wtedy szkolenie przyniesie oczekiwany efekt. Z tym oczywiście jest różnie.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

To w dużej mierze zależy od umiejscowienia jednostki. Jeśli chodzi o naszą jednostkę to żołnierze mają generalnie odpowiedni dostęp do opieki. Ja również korzystam czasami z usług lekarzy wojskowych i nie mam z tym problemu. Oczywiście dużo będzie zależało od innych zadań jakie personel medyczny musi realizować. Czasami jest ich bardzo dużo, co ma negatywny wpływ na dyspozycyjność lekarzy dla żołnierzy. Wojskowa służba zdrowia nie jest zobligowana do zapewnienia opieki rodzinom żołnierzy, aczkolwiek zdarza się, że takie wsparcie jest dla nich realizowane. To też jest kwestią posiadania przez personel odpowiedniej ilości czasu.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Nie, nie znam założeń tego planu. Z własnego doświadczenia wiem, że opieka nad rodziną żołnierza, który realizuje zadania poza granicami państwa pozostawia wiele do życzenia.

16. Jak ocenia Pan współpracę instytucji wojskowych z cywilnymi na rzecz powszechnego systemu opieki zdrowotnej?

Środowiska wojskowe i cywilne są bardzo odmienne. Pilnują raczej swoich specyficznych zadań. Istnieje wymiana myśli i doświadczeń między nimi, np. poprzez organizowanie wspólnych manewrów, takich jak wspólne reagowanie w ramach sztabów kryzysowych na zamachy terrorystyczne. Takie przedsięwzięcia są jednak realizowane dość rzadko. Wiemy, gdzie znajdują się regionalne struktury obrony cywilnej, ich przedstawiciele pojawiają się czasami w jednostce, ale niewiele z tego wynika. Przynajmniej takie są moje obserwacje. Może więcej się dzieje na poziomie lekarskim i dowódczym. Bardzo dobrą platformą do zacieśnienia współpracy cywilno-wojskowej są takie operacje jak *Vigipirate* i *Sentinelle* (misje wojskowe wspierające cywilne służby w zakresie zapobiegania zamachom terrorystycznym, polegające na patrolowaniu najbardziej zatłoczonych i narażonych na wrogą działalność, rejonów wielkich miast, przyp. red.). Podczas nich doskonalone są praktyczne aspekty kooperacji obu środowisk, takie jak tworzenie struktur dowodzenia czy nawiązywanie i utrzymywanie kanałów łączności podczas działania.

Wywiad z kapralem (*caporal*), służącym na stanowisku sanitariusza kompanii bojowej jednostki operacyjnej

1. Proszę o przedstawienie się, opisanie w skrócie swojej kariery wojskowej i obecnie zajmowanego stanowiska.

Do Francji przybyłem w 2017 roku z Japonii, gdzie służyłem w siłach zbrojnych, w stopniu porucznika. W tym samym roku wstąpiłem do Legii Cudzoziemskiej. Po kilkumiesięcznym okresie podstawowym zasiliłem szeregi 2. Pułku Cudzoziemskiego Spadochroniarzy (*2REP*). W 2018 roku byłem uczestnikiem operacji *Barkhane* w Mali. W 2019 roku ukończyłem kurs sanitariusza, po którym pełniłem obowiązki sanitariusza sekcji, łącząc je czasami z innymi, np. dowódca drużyny. W 2021 roku przeszedłem dwutygodniową formację ratownika pola walki (*SC 2*) w Castelnau-d'Aud. Brałem udział w dwóch czteromiesięcznych misjach szkoleniowych. Najpierw w Gujanie Francuskiej, w 2021 roku, służyłem jako sanitariusz. Następnie w Dżibuti, w 2022 roku, funkcję sanitariusza sekcji łączyłem ze stanowiskiem kierowcy wozu bojowego. W 2022 roku zostałem przeniesiony do sekcji dowodzenia, gdzie pełnię obowiązki sanitariusza kompanii. Kilkakrotnie brałem udział w misjach *Sentinelle* w Paryżu i Marsylii.

2. Czy może Pan opisać sytuacje związane z zabezpieczeniem medycznym sił zbrojnych, które utkwiły Panu w pamięci najbardziej?

Póki co, większość poważnych przypadków zagrożenia życia, z którymi miałem do czynienia związana była ze szkoleniem w jednostce w Calvi. Zdarzały się wypadki podczas skoków spadochronowych i udary cieplne podczas forsownego treningu fizycznego. W ramach ćwiczeń zdarzały się rany cięte kończyn, w jednym takim przypadku musiałem wykonać szycie chirurgiczne w warunkach polowych. Podczas operacji *Barkhane* moja jednostka nie zanotowała żadnego rannego. Obecnie jednostka nie bierze udziału w misjach zagranicznych o charakterze bojowym, toteż sanitariusze w plutonach nie spotykają się z ciężkimi urazami.

3. Jak ocenia Pan wojskową służbę zdrowia we Francji? Czy spełnia swoje zadania w niezbędnym zakresie? Czy widzi Pan luki w zabezpieczeniu medycznym sił zbrojnych i obszary nad którymi należy pracować najintensywniej?

W mojej jednostce zabezpieczenie medyczne jest bardzo dobrze zorganizowane. Komórka medyczna jest w pełni zintegrowana z jednostką, co daje jej duże możliwości działania. Dodatkowo każda kompania posiada w swoich strukturach sanitariuszy, którzy zapewniają zabezpieczenie medyczne w podstawowym zakresie. Podczas operacji *Barkhane* byłem naocznym świadkiem sprawnego działania łańcucha ewakuacyjnego, kiedy to żołnierz po udarze cieplnym, w niespełna 48 godzin znalazł się w szpitalu wojskowym w Paryżu. Uważam, że ewakuacja strategiczna jest realizowana na najwyższym światowym poziomie. Należy pracować nad kontynuacją formacji personelu medycznego, w szczególności sanitariuszy. Szkolenie jest obszarem, nad którym należy pracować najintensywniej.

4. Jak ocenia Pan zmiany zachodzące w strukturach wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat? Czy zmiany te idą w dobrym kierunku i czy odpowiadają wymaganiom obecnych czasów?

Na poziomie kompanii, w której służę, od co najmniej trzech lat, nic się nie zmieniło.

5. Czy słyszał Pan o projektach *Projet de service SSA 2020* i *AMBITION STRATÉGIQUE SSA 2030*? Czy tezy i plany zawarte w tych dokumentach odpowiadają wyzwaniom najbliższych lat i czy są realne do zrealizowania?

Nie. Nie słyszałem, o takich projektach.

6. Czy żołnierze wojskowej służby zdrowia są Pana zdaniem przygotowani do realizowania zadań w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności z przeciwnikiem o podobnym lub większym potencjale bojowym?

Moja odpowiedź brzmi tak i nie. Uważam, że nawet najlepsze systemy wojskowej opieki medycznej jak amerykański, nie będą nigdy gotowe do takiego konfliktu w stu procentach. Zabezpieczenie medyczne działań bojowych w konflikcie wielkoskalowym wymaga ogromnych zasobów materialnych. Czynności ratunkowe na polu walki są najtrudniejszą domeną do wytrenowania, ponieważ nie jesteśmy w stanie w pełni symulować obrażeń człowieka, takich jak masywne krwotoki. Toteż stopień przygotowania żołnierzy nigdy nie będzie kompletny.

7. Co należy zrobić, aby stopień ich przygotowania do takiego konfliktu był jak największy?

Należy inwestować w szkolenie i odpowiedni sprzęt. Podczas ostatniego ćwiczenia w Centrum szkolenia do walki w terenie zurbanizowanym (*Centre d'entraînement aux actions en zone urbaine – CENZUB*), organizowałem ewakuację dziesięciu poszkodowanych na skrzyni ładunkowej pojazdu ciężarowego. Miałem tylko to do dyspozycji jako środek

transportu. Siły zbrojne powinny dostarczyć jednostkom wielonoszowe pojazdy dedykowane taktycznej ewakuacji medycznej.

8. Czy pododdziały medyczne sił zbrojnych posiadają odpowiednią liczbę żołnierzy do zabezpieczenia medycznego w tak wymagających warunkach?

Pododdział medyczny jednostki dysponuje odpowiednią ilością personelu w obecnych warunkach operacji zagranicznych o niskiej intensywności. Przykładowo w mojej kompanii jest obecnie pięciu sanitariuszy, jeden w każdym plutonie i jeden jako koordynator bezpośrednio podległy dowódcy kompanii. Jednak w razie konfliktu o wysokiej intensywności, z pewnością nie będzie to ilość wystarczająca. W warunkach takiego konfliktu nigdy nie będziemy dysponować liczbą personelu medycznego, która będzie nas satysfakcjonować.

9. Czy wojskowa służba zdrowia dysponuje odpowiednim sprzętem do zabezpieczenia medycznego konfliktu zbrojnego o dużej intensywności? W jakich obszarach zabezpieczenia materiałowego medyków istnieją jeszcze luki?

Nie, nie dysponuje odpowiednim sprzętem. Zdecydowanie brakuje zestawów do działania w przypadku zdarzeń masowych. Na poziomie kompanii bojowej, każdy z sanitariuszy sekcji posiada na swym wyposażeniu plecak medyczny, dostosowany do zaopatrzenia trzech rannych, w tym jednego poważnie, o pilnym priorytecie ewakuacyjnym. Na przykładzie opaski uciskowej, którą sanitariusz ma w plecaku tylko jedną, z pewnością mogę stwierdzić, że to nie jest wystarczająca ilość. Dodatkowo w teorii, na wyposażeniu każdego żołnierza jest zestaw indywidualny (*TIC -trousse individuelle du combattant*), ale nie jest on wydawany na ćwiczenia, z uwagi na środki ścisłej kontroli jak morfina. Nawet obecnie podczas misji *Sentinelles* żołnierze posiadają mniejszy zestaw, składający się z opaski uciskowej, indywidualnego opatrunku izraelskiego i kilka par rękawiczek.

10. Czy zna Pan główne założenia planów modernizacyjnych w wojskowej służbie zdrowia na podstawie LPM 2019-24 i 2024-29? Czy odpowiadają one wymaganiom medyków?

Nie słyszałem o takich planach.

11. Czy żołnierze francuskich sił zbrojnych mają odpowiednie wsparcie psychoprofilaktyczne przed, w trakcie i po operacji zagranicznej?

Przygotowanie i opieka psychoprofilaktyczna przed i w trakcie misji należy do dowódców, którzy są zobligowani poinformować żołnierza o specyficznych warunkach panujących na teatrze działań. Nie ma konkretnego udziału psychologów podczas misji, a reakcja na problemy natury psychicznej należą do żołnierza i jego przełożonych. Bardzo dobrym pomysłem jest skierowanie, przed powrotem do metropolii, całego pododdziału na turnus adaptacyjny na Cyprze, podczas którego każdy ma możliwość skorzystania z konsultacji psychologicznej. Relaksacyjna atmosfera połączona z dobrym jedzeniem, komfortowymi warunkami mieszkalnymi i aktywnością sportową powoduje odpoczynek psychiczny żołnierzy przed powrotem do swoich domów i codziennej służby w garnizonie.

12. Czy realizował Pan jakieś formy kształcenia i szkolenia medycznego w ramach instytucji szkolnictwa wojskowego? Jak ocenia Pan poziom kształcenia i przydatność nabytych umiejętności w praktyce?

Przeszedłem trzymiesięczne szkolenie sanitariuszy w Castelnau-d'Aud. W ramach niego odbywałem dwutygodniowe praktyki na oddziale ratunkowym, w szpitalu wojskowym *Laveran* w Marsylii oraz jednotygodniowy staż w Brygadzie Straży Pożarnej z Paryża (*BSPP*). W trakcie tego drugiego okresu byłem przez 5 dni w ciągłym dyżurze, jeżdżąc ze strażakami do interwencji na pokładzie ambulansu. Było to ciężkie, ale bardzo przydatne doświadczenie.

Trudno jest nabyć praktyczne umiejętności w tak krótkim czasie, dlatego czas spędzony w tych placówkach traktowany jest jako zapoznanie się z zawodem medycznym i różnymi stanami zagrożenia życia, w jakich może znajdować się człowiek.

Dodatkowo ukończyłem szkolenie *SC2 (sauvetage au combat)*, czyli ratownika pola walki, również w Castelnaudary. Realizm i przydatność wszystkich szkoleń były różne i zazwyczaj zależały od instruktora, jego kompetencji i umiejętności w przekazywaniu wiedzy.

13. Czy szkolenie medyczne w pańskiej instytucji spełnia Pana oczekiwania i jest adekwatne do realizowanych zadań?

W naszej jednostce mamy to szczęście, że część szkoleń prowadzą doświadczeni operatorzy grupy komandosów (*Groupement des commandos parachutistes - GCP*), którzy kładą nacisk na praktykę i umiejętności nabyte podczas misji bojowych, konfrontując je z teorią. Coraz bardziej realistyczne uwzględnianie warunków bojowych poprawia przygotowanie żołnierzy do przyszłych zadań.

14. Czy Pana zdaniem żołnierze francuscy i ich rodziny mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, w tym do profilaktyki i usług specjalistycznych?

Na przykładzie komórki medycznej w Calvi mogę stwierdzić, że opieka medyczna nie obejmuje wszystkich problemów zdrowotnych żołnierzy jednostki. Lekarze jednostki zapewniają wsparcie tylko w podstawowym zakresie i nie posiadają możliwości diagnostyki wielu przypadłości, które spotykają pacjentów. Powoduje to konieczność korzystania przez żołnierzy z cywilnych zasobów we Francji oraz w krajach, z których pochodzą. Sytuacja, w której legionista wraca z urlopu z wypisem konsultacyjnym od specjalisty, przetłumaczonym na język francuski nie należy do rzadkości.

15. Czy zna Pan założenia i korzysta z programu *Plan famille 2018-2022*?

Nie posiadam rodziny we Francji więc nie korzystam z tego typu planów.

Analiza wywiadów

1. Metodologia

Wywiady z doświadczonym personelem wojskowej służby zdrowia zostały przeprowadzone na potrzeby rozprawy doktorskiej, pt. „Rozwój wojskowej służby zdrowia Republiki Francuskiej w perspektywie lat 2020-2030”. Ich celem jest skonfrontowanie tez i założeń zawartych w dokumentach normatywnych oraz ogólnie dostępnych materiałach źródłowych francuskiej wojskowej służby zdrowia, takich jak wydawnictwa i oficjalne strony internetowe, ze zdaniem doświadczonych żołnierzy służących w jej strukturach. Analiza wypowiedzi personelu medycznego, czynnie uczestniczącego w przemianach, które są anonsowane w przestrzeni medialnej pozwala wyciągnąć wnioski na temat realnej dynamiki zmian zachodzących w jej strukturach i zweryfikować stopień realizacji planów. Częste oderwanie planistów i decydentów od rzeczywistych problemów wykonawców, którzy te założenia mają realizować oraz brak komunikacji wertykalnej w strukturach hierarchicznych, jakim są niewątpliwie francuskie siły zbrojne, powoduje niepowodzenie ważnych programów modernizacyjnych. Aby tego uniknąć, konieczna jest wymiana informacji obejmująca wszystkie szczeble hierarchii, w tym te najniższe i rozszerzona analiza rzeczywistych problemów, trawiących wojskową służbę zdrowia. Pomocne w tym mogą być właśnie rozmowy z praktykami, dające istotne informacje zwrotne dla szefostwa armii.

Głównym kryterium w doborze interlokutorów było posiadanie przez nich niezbędnego doświadczenia w służbie, w tym w szczególności na misjach poza granicami państwa. Wyjątkiem od tej reguły jest lekarz-stażysta Wojskowej Szkoły Lekarskiej, który jest na początku swojej kariery wojskowej. Jego obserwacje, dają pogląd na to jak służbę, a w szczególności zmiany w niej zachodzące, postrzegają młodzi adepci zawodu lekarza wojskowego. Ważną zasadą przy wybieraniu rozmówców była różnorodność stanowisk na których pełnią służbę, tak aby ich punkt widzenia rzeczywistości odpowiadał jak największej liczbie środowisk i obszarów działania wojskowej medycyny.

Najliczniej reprezentowany jest podsystem medycyny sił zbrojnych, który odpowiada za zabezpieczenie medyczne jednostek operacyjnych w codziennej służbie oraz na misjach zagranicznych. Pielęgniarze i sanitariusze pełniący służbę w komórkach medycznych i kompaniach bojowych są na samym dole hierarchii wojskowej, pełniąc służbę na pierwszej linii walki. Ich sprawne działanie jest niezbędne w zapewnieniu poprawnie funkcjonującego łańcucha ewakuacyjnego dla poszkodowanych żołnierzy. Podstawowe czynności ratujące życie, udzielane natychmiast po zranieniu, za które są odpowiedzialni medycy jednostek operacyjnych, są kluczowe dla rokowań pacjentów. Ich odpowiednia jakość znacznie zwiększa szanse rannych na przeżycie. Niestety rola personelu medycznego jednostek operacyjnych, w szczególności sanitariuszy i paramedyków często jest niedoceniana, a ich opinie i wnioski, przy planowaniu zmian, pomijane. A to przecież oni są ich głównymi wykonawcami. Powoduje to niezrozumienie założeń decydentów wśród żołnierzy i może skutkować utratą zaufania do wyższych przełożonych. Rozmowy przeprowadzone na poczet tej pracy z personelem na najniższym szczeblu hierarchii wojskowej wypełniają lukę informacyjną obejmującą ten obszar wojskowej służby zdrowia oraz dają bardzo obfity materiał do przemyśleń i pracy dla dowódców i planistów.

W trzech przypadkach interlokutorami są przedstawiciele medycyny szpitalnej, która jest obecnie w centrum zainteresowania decydentów projektujących zmiany w służbie zdrowia, z uwagi na konieczność dostosowania jej do wymagań konfliktu o dużej intensywności. Niezbędnym warunkiem do funkcjonowania odpowiedniej opieki medycznej w takim konflikcie będzie znaczne poszerzenie zdolności szpitali wojskowych do absorpcji masowej liczby poszkodowanych, generowanych na polu walki z przeciwnikiem o podobnym potencjale. Opinie doświadczonych lekarzy w czynnej służbie na wysokich stanowiskach w szpitalach wojskowych oraz jednego w rezerwie operacyjnej, odznaczającego się bardzo bogatym doświadczeniem zawodowym są szczególnie cenne dla analizy zmian w tym podsystemie.

Szkolnictwo wojskowe reprezentowane jest przez lekarza na stanowisku dyrektora studiów o wyjątkowym doświadczeniu operacyjnym, nawet jak na wymagające warunki francuskich sił zbrojnych (19 misji zagranicznych, w tym 8 skoków bojowych, w ramach operacji powietrznodesantowych) oraz wymienionego już wcześniej lekarza-stażystę. Ciekawych wniosków dostarcza zestawienie opinii żołnierza z najwyższych szczebli hierarchii wojskowej z młodym adeptem medycyny wojskowej, dopiero na początku swojej przygody z wojskiem. Istotnym dopełnieniem wywiadów jest rozmowa z pielęgniarką naczelną Instytutu Inwalidów Legii Cudzoziemskiej. Jest to placówka, której działanie stanowi unikalny w skali światowej przykład opieki roztoczonej nad weteranami i żołnierzami w czynnej służbie prezentującymi problemy natury psychologicznej, w ramach jednej placówki. Międzypokoleniowa wymiana doświadczeń ludzi pochodzących z diametralnie różnych czasów (szlak bojowy niektórych pensjonariuszy instytutu sięga konfliktów w Indochinach

i Algierii), a przede wszystkim drobne prace manualne, wykonywane wspólnie są bardzo dobrym uzupełnieniem tradycyjnych metod psychoterapii.

2. Analiza odpowiedzi

Odpowiedzi na pierwsze pytanie, dotyczące przebiegu kariery zawodowej interlokutorów, dają pogląd na różnorodność i bogactwo ich doświadczenia. Obejmuje ono wiele jednostek operacyjnych, szpitali wojskowych i innych instytucji na całym świecie. Rozległe interesy francuskie, o których bezpieczeństwo dbają siły zbrojne z wojskową służbą zdrowia, jako istotnym i niezbędnym ich elementem, powodują, że personel medyczny ma bardzo dużo okazji do uczestnictwa w operacjach zagranicznych. Zdecydowana większość lekarzy wojskowych, w trakcie dwóch lat po zakończeniu kształcenia w szkole lekarskiej jest desygnowana do wykonywania zadań poza granicami państwa. Podobnie jest z pielęgniarkami i sanitariuszami, których niedobory w służbie powodują, że są oni szczególnie pożądanymi w jednostkach biorących udział w misjach zagranicznych i często wykonują obowiązki w ramach wsparcia pododdziałów, których nie są częścią na co dzień.

Drugie pytanie, dotyczy sfery osobistej rozmówców i ich subiektywnych odczuć w ocenie sytuacji, które najbardziej zapisały się w ich pamięci związanych z zabezpieczeniem medycznym. Ciekawą konstatacją jest fakt, że dla niektórych z nich takimi wydarzeniami są sytuacje niezwiązane z operacjami bojowymi. Wypadki podczas szkolenia na poligonach lub inne czynności, wymagane od personelu medycznego w rejonie misji, całkowicie abstrakcyjne w stosunku do stanowiska służbowego są czasami równie ważne i zapadające w pamięć żołnierzy. Na szczególną uwagę zasługuje opis wydarzeń jednego z sanitariuszy, który brał czynny udział we wszystkich najbardziej krwawych operacjach bojowych armii francuskiej ostatnich lat. Porusza on problematykę niedostatecznego przygotowania żołnierzy do działań bojowych, w wyniku czego nieadekwatne zachowanie na polu bitwy skutkuje śmiercią lub w najlepszym wypadku poważnymi urazami i wykluczeniem ze służby. Przywołane wspomnienia z Republiki Środkowoafrykańskiej dają pogląd na złożoność i trudność organizacji akcji ratunkowej w nieprzyjaznym środowisku, w zdarzeniu z dużą ilością poszkodowanych. Skala trudności szybkuje szczególnie wysoko, gdy sanitariusz, odpowiedzialny za zabezpieczenie medyczne plutonu, sam jest ciężko ranny. Tylko odpowiednia formacja, kondycja psychofizyczna i wyjątkowe nastawienie mentalne żołnierza pozwalają działać w tak skomplikowanych okolicznościach. Na uwagę zasługuje również przywołanie zdarzenia z operacji *Serval*, przez jednego z lekarzy będącego jego świadkiem, który opisuje dynamiczną sytuację na polu walki i konieczność dostosowania się do niej żołnierza, który swoją rolę ratownika łączy z podstawową funkcją strzelca w pododdziale bojowym. Szczególnie cenna jest konstatacja lekarza, będącego szefem zabezpieczenia medycznego podczas zasadzki w dolinie Uzbini, o nieprzygotowaniu pod kątem medycznym pododdziałów francuskich do misji w Afganistanie. Na szczęście wyciągnięto wnioski i był to punkt zwrotny w rozwoju ratownictwa pola walki we Francji.

Ocena ogólna wojskowej służby zdrowia i jakości zabezpieczenia medycznego sił zbrojnych zawarte w pytaniu trzecim, jest na poziomie dobrym lub bardzo dobrym u wszystkich interlokutorów. Niektórzy z nich sytuują ją pośród najlepszych wojskowych służb medycznych na świecie. Wydaje się, że niebezpiepodstawnie. Świadczy to o odpowiedniej znajomości swoich zadań przez personel medyczny w siłach zbrojnych Francji i świadomości wypełniania ich na wymaganym przez dowódców poziomie. Podstawowa misja wojskowych medyków, czyli zorganizowanie i zapewnienie funkcjonowania łańcucha ewakuacyjnego w rejonie operacji,

a następnie poprzez polowe struktury do szpitali w metropolii, była wiele razy w ostatnich latach weryfikowana w praktyce. Mnogość misji bojowych, obfitujących w zdarzenia wymagające ewakuacji medycznej, miała bezpośredni wpływ na ulepszanie procedur i doskonalenie jakości opieki medycznej. Spowodowało to z kolei silne poczucie dobrze wykonanego obowiązku wśród personelu medycznego, przekładające się na świadomość własnej wartości, wysokie morale i zdolność adaptacji do trudnych warunków służby.

Nie znaczy to, że można teraz spocząć na laurach. Rozmówcy wskazali szereg obszarów, nad którymi należy intensywnie pracować. Największym wyzwaniem najbliższych lat według nich jest dostosowanie wojskowej służby zdrowia do wymagań obecnych czasów, związanych z konwencjonalną wojną w Ukrainie. Ryzyko podobnego konfliktu, w którym uczestniczyć będą pododdziały francuskich sił zbrojnych, a co za tym idzie całe społeczeństwo je wspierające, elektryzuje żołnierzy na każdym poziomie hierarchii wojskowej. Ruszyły programy modernizacyjne mające powiększyć i ulepszyć infrastrukturę oraz wyposażać jednostki i instytucje wojskowe w jak najlepszy sprzęt. Zmieniono programy szkoleniowe zwiększające czas spędzony na ćwiczeniach i treningach, na poligonach oraz w terenie przygodnym. Dołożono starań aby szkolenie było realizowane w środowisku jak najbardziej odzwierciedlającym realne pole walki. Wszystko to zostało dostrzeżone i wskazane w wypowiedziach interlokutorów. Problemem pozostają niedobory kadrowe, które powodują nadmierną eksploatację personelu i brak czasu na szkolenie, co podkreśla szczególnie jeden z rozmówców.

Obecnym zmianom w wojskowej służbie zdrowia, w których żołnierze czynnie uczestniczą, poświęcone jest pytanie czwarte. Rozmówcy w zdecydowanej większości, akceptują kierunek, w którym podąża służba. Podkreślają znaczenie doświadczeń z poprzednich konfliktów, które były katalizatorem do zmian, które już nastąpiły w poprzednich latach oraz wojny w Ukrainie, która inspiruje zmiany obecne. Zdają sobie sprawę z poziomu trudności i wielkiej skali teoretycznych założeń. Wskazują na ograniczone środki finansowe i niedobory kadrowe jako największe przeszkody w dostosowywaniu służby do realiów konfliktu o dużej intensywności. Większość zmian zachodzących w służbie jest realizowanych w długoterminowym czasookresie, więc ich efektów nie należy się spodziewać natychmiast, co zauważają interlokutorzy. Jedną z zasadniczych zmian w funkcjonowaniu komórek medycznych w jednostkach operacyjnych jest podporządkowanie ich centralnym organom wojskowej służby zdrowia. Niektórzy z rozmówców odnieśli się do tej kwestii sceptycznie, argumentując, że taka zmiana skutkuje nałożeniem na lekarzy w jednostkach dużej liczby dodatkowych obowiązków (w szczególności administracyjnych, związanych z zarządzaniem zasobami ludzkimi i materiałowymi), do których nie są powołani i nie byli odpowiednio formowani. Ciekawą opinią na temat negatywnego wpływu zbyt częstych zmian podzielił się jeden z sanitariuszy, który uważa, że ciągła pogoń decydentów za ulepszaniem i doskonaleniem systemu zabezpieczenia medycznego powoduje utratę z pola widzenia umiejętności podstawowych, jak wyszkolenie wojskowe. Na kluczowe pytanie, czy dynamika zmian nadąża za błyskawicznie degradującym się środowiskiem bezpieczeństwa rozmówcy, podobnie jak decydenci, póki co, nie znają odpowiedzi.

Szczegóły największych planów wyznaczających kierunki wojskowej służby zdrowia na najbliższe lata, zawarte w pytaniu piątym, przysporzyły rozmówcom sporych problemów. Większość z nich nie zna konkretnych założeń teoretycznych, nakreślonych przez planistów i decydentów, według których służba ma funkcjonować. Na podstawie tego można wysnuć wniosek, że szwankuje komunikacja między dowódcami wyższego szczebla, a poziomem

wykonawczym, na pierwszej linii zabezpieczenia medycznego w jednostkach operacyjnych sił zbrojnych. Jeden z interlokutorów zwrócił uwagę na ten fakt i wskazał, że jest on główną przyczyną niezrealizowania planów, które były ogłaszane w przeszłości oraz powodem braku wzajemnego zrozumienia pomiędzy żołnierzami na skrajnych szczeblach hierarchii wojskowej. Doskonałą znajomością wymienionych w pytaniu planów wykazuje się lekarz wojskowy na stanowisku dyrektora studiów w szkole lekarskiej, co jest zrozumiałe, z uwagi na jego wysoki status w strukturach planistyczno- dowódczych służby. Optymizmem może napawać fakt, że wymieniony rozmówca uważa założenia teoretyczne za realne i podaje konkretne ich przykłady, które znajdują się w zaawansowanym stopniu realizacji.

Równie optymistyczne są odpowiedzi na pytanie szóste, które podnosi kwestię gotowości żołnierzy wojskowej służby zdrowia do konfliktu o wysokiej intensywności. Większość interlokutorów jest zgodna co do tego, że pod względem technicznym żołnierze są bardzo dobrze przygotowani do takiego konfliktu. Są też przekonani o wysokich zdolnościach Francuzów do adaptacji do zastanych warunków. Przywołane są przykłady z historii, wojen światowych i kolonialnych, do których nikt specjalnie się nie przygotowywał. Mimo to, wojskowa służba zdrowia realizowała swoje zadania na wymaganym przez dowódców poziomie, dostosowując swoje struktury do bieżącej sytuacji. Ważnym głosem w tej sprawie jest wypowiedź jednego z rozmówców, który wskazał na konieczność przygotowania całego narodu oraz wszystkich struktur państwowych do konfliktu na dużą skalę, co będzie miało przełożenie na gotowość pojedynczego żołnierza.

Równie zgodni interlokutorzy są w kwestii nieprzygotowania struktur wojskowej służby zdrowia do takiego konfliktu, które obecnie dostosowane są do operacji zagranicznych o niskiej intensywności z przeciwnikami, nad którymi Francja posiada zdecydowaną przewagę w każdym aspekcie sztuki wojennej. Aby dostosować te struktury do wojny na dużą skalę konieczna będzie zmiana dotychczasowych doktryn i procedur, co podnosi w swojej wypowiedzi jeden z lekarzy. Chroniczny niedobór fachowego personelu medycznego i duże ryzyko strat, spowoduje wycofanie szczególnie cennych specjalistów, takich jak lekarze i pielęgniarki na dalsze poziomy zabezpieczenia medycznego, pozostawiając pole do działania na pierwszej linii dla paramedyków i sanitariuszy. Warto przywołać również opinię interlokutorów, którzy zauważają, że żaden system zabezpieczenia medycznego na świecie, funkcjonujący w czasie pokoju i operacji o niskiej intensywności nie jest przygotowany do natychmiastowego przedstawienia się na wojnę konwencjonalną. To jest proces, który wymaga czasu. Kluczowe jest to, że francuska wojskowa służba zdrowia, według rozmówców jest gotowa do zaabsorbowania pierwszego szoku, wynikającego z nieuniknionych masowych strat sanitarnych. Inną kwestią jest dostosowanie się całego systemu obrony państwa i społeczeństwa do nowej sytuacji oraz uruchomienie maszyny wojennej, pozwalającej na stałe uzupełnianie stanów osobowych i materiałowych walczących wojsk.

Na pytanie siódme, o to co należy zrobić, aby stopień przygotowania żołnierzy do konfliktu o wysokiej intensywności był jak największy, większość rozmówców wskazuje na wzmożony wysiłek w obszarze szkolenia, które powinno być realizowane w warunkach realnie odzwierciedlających pole walki. Należy wyciągnąć żołnierzy ze „strefy komfortu”, realizując zadania treningowe w sytuacjach przedłużającego się dyskomfortu oraz stresu indywidualnego i zespołowego. Żołnierze muszą radzić sobie w trudnym położeniu, nieznanym im z podręczników i dotychczasowych scenariuszy szkoleniowych. Szkolenie musi obejmować cały personel medyczny francuskich sił zbrojnych, niezależnie od miejsca pełnienia służby, na co zwraca uwagę jeden z rozmówców. Istotne jest formowanie żołnierzy służących na stanowiskach w instytucjach wojskowych, według tych samych schematów co w jednostkach

pierwszoliniowych. To te placówki, nie mające przeznaczenia bojowego, stanowiąc będą rezerwuar kadrowy, z którego mogą czerpać pododdziały liniowe w warunkach wojny na dużą skalę, więc ich personel musi znać podstawy działania na polu walki. Interlokutorzy podkreślają znaczenie konfliktu na Ukrainie, który jest wyjątkowo bogatym poligonem doświadczalnym, z którego Francuzi wyciągają wnioski i implementują je do swojego systemu szkolenia. Ciekawą konstatacją żołnierzy jednostek operacyjnych jest konieczność doskonalenia personelu medycznego w zakresie wyszkolenia wojskowego, w takich obszarach jak strzelanie i łączność. Jest to spowodowane doświadczeniami bojowymi z poprzednich misji, w których zdarzały się sytuacje, gdzie medycy byli przede wszystkim żołnierzami, biorącymi czynny udział w walce, a przejście od kombatanta do ratownika było zazwyczaj wyjątkowo płynne. Bardzo ważne będzie indywidualne nastawienie mentalne i to co będzie rozgrywało się w głowach żołnierzy. Wsparciem w tym zakresie może być kultywowanie pamięci o weteranach i ich wkładu jaki włożyli w obronę ojczyzny w jej trudnych chwilach w przeszłości.

W odpowiedzi na pytanie ósme, o odpowiednią liczbę żołnierzy wojskowej służby zdrowia do zabezpieczenia działań na dużą skalę, interlokutorzy są zgodni co do tego, że aktualnie liczebność personelu medycznego w służbie nie jest odpowiednia do takiego zadania. Obecny stan osobowy w służbie jest przystosowany do zabezpieczenia medycznego, na bardzo wysokim poziomie, konfliktów o niskiej intensywności. Nie zapewnia on odpowiedniej obsady do rozwijania dużych struktur medycznych jak szpitale polowe, zabezpieczające działanie bojowe związków taktycznych na poziomie dywizji czy korpusu. Zdolności operacyjne istniejących struktur były wielokrotnie weryfikowane w niedawnej przeszłości, podczas misji zagranicznych w Afganistanie i Mali. Jeden z rozmówców użył plastycznego sformułowania, stwierdzając, że teraz aby sprostać wymaganiom konfliktu na dużą skalę, należy „napompować” te struktury, zwiększając wielokrotnie ich możliwości przyjęcia rannych. Dotyczy to wszystkich elementów łańcucha ewakuacyjnego, w tym szpitali wojskowych na jego końcu, których obecne możliwości są dalekie od spełnienia tych kryteriów. Przesłanie ich jednak na działalność wojenną, pozwoli na przesunięcie większości pacjentów do placówek cywilnych i pełną koncentrację na poszkodowanych w działaniach wojennych, co wielokrotnie ich potencjał.

Zwiększenie istniejących struktur nie będzie zadaniem łatwym, co zauważa inny z rozmówców, wskazując na nienajlepszy materiał ludzki świeżo rekrutowanych żołnierzy. Jego zdaniem wyzwaniem dla wojskowej służby zdrowia będzie utrzymanie obecnego stanu osobowego, z uwagi na dużą skalę odejść ze służby doświadczanego personelu. Częściowym rozwiązaniem problemu niedoborów kadrowych w systemie zabezpieczenia medycznego ma być formowanie i wdrażanie do służby dużej ilości paramedyków, którzy będą przechodzili skrócone szkolenie, obejmujące podstawowe zagadnienia ratownictwa pola walki. Pozostaje tylko pytanie o to, jak zwiększona rekrutacja i wymuszone obniżenie standardów, tak aby sprostać ogromnemu i pilnemu zapotrzebowaniu, wpłynie na jakość realizacji zadań przez pododdziały medyczne.

Odpowiedzi w podobnym tonie padają na pytanie dziewiąte, traktujące o sprzęcie i materiałach medycznych, niezbędnych do działania w warunkach konfliktu o wysokiej intensywności. Rozmówcy w większości doceniają pozytywne zmiany w tym zakresie, generowane przez doświadczenia bojowe na misjach zagranicznych. Zauważalne jest nasycenie jednostek i komponentów medycznych najnowszej generacji sprzętem, pozwalającym realizować zadania na wysokim poziomie. Dobrym przykładem jest indywidualny pakiet

medyczny (*TIC*), który pod wpływem misji zagranicznych, znacznie zwiększył swoją objętość, dostosowując się do wymagań pola walki. I tak jak w przypadku materiału ludzkiego, aby sprostać wymaganiom wojny konwencjonalnej, musi zadziałać efekt skali, zwielokrotniający zasoby materiałowe w służbie.

Sytuacja indywidualnego pakietu medycznego, opisana przez jednego z pielęgniarzy, w który żołnierze muszą zaopatrywać się sami we własnym zakresie, pokazuje, że w domenie sprzętu jest jeszcze wiele do zrobienia. Skalę trudności w zorganizowaniu łańcucha dostaw dla walczących wojsk i materiał do przemysłów dla decydentów powinien dać opis zabezpieczenia logistycznego jednej z operacji zagranicznych nakreślony przez sanitariusza biorącego w niej udział. Do działań bojowych w trakcie tej misji ostatecznie nie doszło, a żołnierze mimo to napotkali na szereg problemów natury administracyjnej uniemożliwiających im użytkowanie sprzętu i materiałów medycznych, niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania. Większość rozmówców w domenie materialnej jest jednak ostrożnymi optymistami, wskazując, że to w kwestii zasobów kadrowych może dojść do poważnych zaburzeń uniemożliwiających poprawne działanie służby w konflikcie o dużej intensywności. Wyzwaniem w obszarze zaopatrzenia, warunkującym funkcjonowanie zabezpieczenia medycznego w takich warunkach, będzie stworzenie łańcucha dostaw, dostarczającego środki medyczne do struktur na pierwszej linii walki, które będą konsumowały ogromne ich ilości.

Pytanie o konkretne plany modernizacyjne przynosi podobne odpowiedzi jak to o ogólne kierunki rozwoju służby. Większość rozmówców nie zna głównych założeń teoretycznych planistów, co stanowi kolejny powód do zadumy nad komunikacją wertykalną we francuskiej wojskowej służbie zdrowia. Brak zaangażowania w plany modernizacyjne personelu na najniższym szczeblu hierarchii już na etapie planowania, który założenia teoretyczne będzie wdrażał do swojej działalności praktycznej może mieć negatywny wpływ na ich końcowe powodzenie. Ciekawe jest zestawienie opinii dyrektora studiów uczelni wojskowej na temat ambulansów nowej generacji wprowadzanych do służby ze zdaniem sanitariusza odpowiedzialnego za użytkowanie i sprawność techniczną pojazdów w komórce medycznej jednostki operacyjnej. Optymistyczne stwierdzenia lekarza, służącego na stanowisku znacznie oddalonym od problemów jednostek bojowych, jaskrawo zderzają się z chłodnym, realistycznym nastawieniem praktyka, widzącego sprawy z perspektywy pierwszej linii pola walki. Tematyka nowego wozu ewakuacyjnego dla jednostek operacyjnych jest, obok budowy nowego szpitala wojskowego w Marsylii, wymienione przez jednego z lekarzy, jedynym znanym interlokutorom założeniem planów modernizacyjnych.

Niejednoznaczne są opinie na temat opieki psychoprofilaktycznej w armii francuskiej. Rozmówcy zauważają znaczną poprawę w tym obszarze. Opracowano specjalną formację mającą na celu szkolenie personelu wojskowego w zakresie detekcji objawów zespołu stresu pourazowego. Wprowadzono turnusy dekompresyjne na Cyprze dla jednostek powracających z misji, które są bardzo dobrze odbierane przez żołnierzy. Psychologowie lub psychiatry teoretycznie obecni są w składzie kontyngentów zagranicznych, choć jak twierdzi jeden z interlokutorów ci drudzy przybywają na teatr działań dopiero po zaistnieniu zdarzenia traumatycznego. Wszystkie te działania, jakkolwiek słuszne i potrzebne, zderzają się jednak z opiniami rozmówców, którzy twierdzą, że w zakresie profilaktyki psychologicznej jest jeszcze wiele do zrobienia. Na podstawie dwóch wypowiedzi należy wnioskować, że niewiele się zmienia na poziomie pododdziałów jednostek bojowych, gdzie wciąż pokutuje teza, że poszukiwanie pomocy u specjalisty w przypadku problemów psychicznych jest oznaką słabości. Objawy behawioralne żołnierzy związane z traumatycznymi przeżyciami jak agresja czy nadużywanie alkoholu są bagatelizowane i mylnie interpretowane. Jeden

z doświadczonych lekarzy zwraca również uwagę na niedoszacowanie problemów natury psychicznej wśród personelu medycznego, który w założeniu ma pomagać w każdej sytuacji i powinien być według potocznego myślenia innych żołnierzy niezniszczalny. Brak odpowiedniego wsparcia psychoprofilaktycznego dla medyków skutkuje dużą ilością odejść ze służby. Ważnym głosem w sprawie leczenia zespołu stresu pourazowego jest opinia jednego z pielęgniarzy o krótkoterminowości terapii i braku odpowiedniej kontynuacji opieki dla żołnierzy zmagających się z tego rodzaju zaburzeniami, którego nawroty mogą pojawiać się długo po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego.

Odpowiadając na pytanie o jakość kształcenia i szkolenia w instytucjach wojskowych, interlokutorzy są zgodni co do tego, że jest ono na bardzo wysokim poziomie. Wszystkie placówki wojskowej służby zdrowia, mające za zadanie kształcić i szkolić żołnierzy posiadają doświadczoną kadrę dydaktyczną i instruktorską. Według rozmówców to właśnie ten fakt, w połączeniu z bogatym zapleczem infrastrukturalnym i materiałowym, sprawia, że jakość nauczania i szkolenia jest na najwyższym poziomie. Nie bez znaczenia jest to, że większość instruktorów w uczelni i ośrodkach szkoleniowych cały czas jest aktywna zawodowo, co powoduje, że nabyta wiedza i umiejętności są na bieżąco aktualizowane. Stopień ich przydatności w służbie oceniany jest przez rozmówców bardzo wysoko. Wpływ na to ma również nacisk na pozyskiwanie umiejętności praktycznych w realnych warunkach oddziałów szpitalnych czy poligonów, wiernie odwzorowujących pole walki. Jedynym ograniczeniem w działalności szkolnictwa wojskowego, które wskazują interlokutorzy, jest niedostateczna liczba miejsc na kursach, wynikająca ze zbyt małej liczby personelu szkolącego. Utrzymanie wysokiej jakości formacji wymaga doskonale przygotowanych i doświadczonych instruktorów, co powoduje, że możliwości rekrutacji personelu są mocno selektywne. Niewystarczające zasoby kadrowe w jednostkach szkoleniowych mogą stanowić problem w perspektywie powiększania stanów osobowych struktur wojskowej służby zdrowia w odpowiedzi na zagrożenie konfliktem o dużej intensywności. Właśnie przygotowaniom do tego typu wojny służą wnioski i doświadczenia z Ukrainy, które Francuzi analizują i wdrażają do swojej działalności szkoleniowej.

Wszyscy interlokutorzy są równie zgodni co do dobrej jakości szkolenia w jednostkach i instytucjach, w których służą. Jest to ważna konstatacja, z uwagi na to, że reprezentują oni różne środowiska działania, takie jak jednostki operacyjne i szpitale wojskowe. Daje to podstawę do wnioskowania, że w całej wojskowej służbie zdrowia duży nacisk kładzie się na odpowiedni stopień wyszkolenia żołnierzy. Rozmówcy wskazują na cykliczność szkolenia, któremu są poddani, co jest kwestią fundamentalną dla utrzymania sprawności w działaniu personelu medycznego. Podkreślają również fakt organizowania szkolenia w realnych warunkach, w których przyjdzie następnie działać żołnierzom. Odpowiednio dla szpitala wojskowego będą to jego oddziały, specyficzne dla każdej specjalności, a dla jednostek bojowych poligony lub teren przygodny, w którym personel medyczny będzie odpowiadał za zorganizowanie i funkcjonowanie struktur polowych oraz łańcucha ewakuacyjnego. Jedynym ograniczeniem dla działalności szkoleniowej, które wymieniają interlokutorzy jest natłok zadań służbowych, który powoduje, że brakuje czasu na jeszcze intensywniejszy trening.

Pozytywnie rozmówcy odnoszą się do pytania o odpowiedni dostęp żołnierzy francuskich sił zbrojnych do opieki zdrowotnej. We Francji, co zostało wskazane w ich odpowiedziach, żołnierze, tak jak inni obywatele, korzystają z dostępu do powszechnego systemu ochrony zdrowia, w tym lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wojskowa służba

zdrowia, w szczególności poprzez szpitale wojskowe, zapewnia natomiast kompleksowe wsparcie żołnierzy w zakresie opieki specjalistycznej. Oferuje skróconą ścieżkę diagnostyczno-leczniczą, która ma za zadanie przywrócić żołnierza do służby w jak najszybszym czasie. Lekarze w jednostkach wojskowych, z uwagi na duże obciążenie zadaniami związanymi z działalnością operacyjną pododdziałów, w których służą oraz zwiększoną ilością obowiązków administracyjnych i zarządczych, nie mają dostatecznej ilości czasu do zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej żołnierzom. Jeszcze w mniejszym stopniu ich rodzinom. Mimo wszystko starają się to robić, a zakres tej opieki zależy od lokalnych uwarunkowań w jakich funkcjonuje dana jednostka wojskowa. Wydaje się, że prawdziwa jest opinia jednego z rozmówców, który twierdzi, że lekarze nigdy nie mają czasu, ale jak jest pilna potrzeba pomocy to zawsze są do dyspozycji żołnierzy, a nawet czasami również ich rodzin.

Podobnie jak z pytaniami o inne plany, większość rozmówców nie zna założeń planu rodzinnego zaplanowanego na lata 2018-2022. W teorii ma on za zadanie objąć opieką rodziny żołnierzy podczas ich nieobecności spowodowanej długotrwałym wykonywaniem obowiązków służbowych poza miejscem zamieszkania. Zauważalna jest jednak według nich poprawa wsparcia nad rodzinami, które nie są już pozostawione same sobie, jak to było w przeszłości.

Wszyscy interlokutorzy są zgodni co do konieczności współpracy cywilno-wojskowej, która szczególnie po zamachach terrorystycznych w 2015 roku na terytorium Francji, weszła na wyższy poziom. Jak słusznie zauważył jeden z rozmówców, mnogość zagrożeń dla państwa jest katalizatorem większej kooperacji obu środowisk, a jej zakres wzrasta proporcjonalnie do niebezpieczeństw. Poziom współpracy różni się w zależności od rodzaju jednostek i instytucji. Zdecydowanie mniejszy jest w jednostkach bojowych, które mają swój bardzo wymagający i specyficzny cykl szkoleniowy i operacyjny, a większy w szpitalach wojskowych, które wpisane są w regionalne struktury opieki zdrowotnej oraz plany zarządzania kryzysowego. Jeden z interlokutorów opisał tę współpracę na przykładzie aglomeracji Marsylii, gdzie wojskowe instytucje medyczne biorą czynny udział w działaniach antykryzysowych lokalnych władz, m.in. wydzielając siły i środki do zabezpieczenia ostatnich Igrzysk Olimpijskich. Doskonałą platformą wymiany doświadczeń są kursy i formacje personelu wojskowego, uwzględniające praktykę żołnierzy w środowisku cywilnym.

3. Wnioski

- a. Żołnierze francuskiej wojskowej służby zdrowia, niezależnie od miejsca pełnienia służby i poziomu w hierarchii wojskowej są świadomi zagrożenia konfliktem o dużej intensywności z przeciwnikiem o podobnym potencjale militarno-gospodarczym. Przeciwnik na europejskim teatrze działań w postaci Rosji jest wskazany konkretnie, co nie było we Francji dotychczas oczywiste. Świadczy to o realności niebezpieczeństwa i jego poważnym traktowaniu przez wojskowych decydentów.
- b. Obecne struktury wojskowej służby zdrowia są dostosowane do zabezpieczenia medycznego działań o niskiej intensywności, charakteryzujących się niewielkimi stratami sanitarnymi, z przeciwnikiem o ograniczonych zdolnościach militarnych. Zadanie to, polegające głównie na utworzeniu i utrzymywaniu przez cały czas trwania operacji łańcucha ewakuacyjnego z pola walki do szpitali wojskowych w metropolii, wykonuje na bardzo dobrym poziomie.
- c. Przygotowania do wojny na pełną skalę służby medycznej w armii francuskiej obejmują wszystkie poziomy i aspekty jej działalności. Dostosowane do nowego wyzwania zostały

- programy modernizacyjne w zakresie sprzętu wojskowego i infrastruktury. Zmodyfikowano szkolenie, kładąc nacisk na praktyczne działanie w terenie jak najbardziej odwzorującym przyszłe pole walki. W ramach ćwiczeń zgrywa się połączone siły różnych rodzajów wojsk i zasoby cywilne. Planowane jest znaczne powiększenie stanów osobowych, umożliwiające rozwijanie większych struktur zabezpieczenia medycznego niż dotychczas, pozwalające zabezpieczać działanie bojowe dużych związków taktycznych, od poziomu dywizji wzwyż.
- d. Zwiększenie zasobów kadrowych nie będzie zadaniem łatwym, w szczególności w korpusie lekarzy wojskowych, z uwagi na długi okres ich kształcenia, wynoszący 10 lat. Niedobory w personelu wysokospecjalistycznym, mają być w warunkach konfliktu o dużej intensywności niwelowane przez nasycenie pododdziałów bojowych paramedykami, formowanymi na kilkutygodniowych kursach ratownictwa pola walki. W odróżnieniu od obecnej doktryny, która kładzie nacisk na działanie lekarzy w ramach jednostek pierwszoliniowych, jak najbliżej walczących wojsk, ich obecność ma być ograniczona do polowych struktur zabezpieczenia medycznego na tyłach ugrupowania bojowego.
 - e. Istnieje silne przekonanie wśród żołnierzy pododdziałów medycznych o swoim odpowiednim przygotowaniu indywidualnym do konfliktu o dużej intensywności, pod względem technicznym i mentalnym. Podstawą do takiego twierdzenia jest bogate doświadczenie operacyjne w dotychczasowych konfliktach, wysoki poziom szkolenia oraz zdolności adaptacyjne, udowadnianie przez wojskowych medyków w odległej i bliskiej przeszłości.
 - f. Pododdziały i instytucje wojskowej służby zdrowia dysponują odpowiednim sprzętem na pierwsze dni walki o dużej intensywności. Powodzenie dalszych działań zależeć będzie od prawidłowego funkcjonowania zabezpieczenia materiałowego, zaopatrującego walczące wojska w sprzęt i materiały medyczne, konsumowane w bardzo dużej ilości. Zagadnienie to obejmuje zdolności do produkcji własnej zasobów przez rodzimy przemysł, odpowiednie jego składowanie i urzutowanie w magazynach i polowych składach oraz transport na czas i w odpowiedniej ilości do pododdziałów i instytucji.
 - g. Plany wydatków modernizacyjnych francuskich sił zbrojnych na przyszłe lata są bardzo korzystne dla wojskowej służby zdrowia, przeznaczając na jej potrzeby ogromne środki. Konieczna jest odpowiednia alokacja tych zasobów finansowych w obszarach kluczowych dla funkcjonowania służby w warunkach konfliktu o dużej intensywności. Są to przede wszystkim zwiększenie stanów osobowych we wszystkich strukturach zabezpieczenia medycznego, poszerzanie bazy łóżkowej szpitali wojskowych oraz wyposażenie pododdziałów i instytucji w nowoczesny sprzęt.
 - h. Kształcenie w szkołach medycznych oraz szkolenie w instytucjach szkolnictwa wojskowego jest na bardzo wysokim poziomie. Ma na to wpływ bogata baza materiałowa oraz fachowa i doświadczona kadra dydaktyczna i instruktorska. Nacisk kładzie się na nabywanie przez elewów i kursantów praktycznych umiejętności, niezbędnych w dalszej służbie, w realnych warunkach oddziałów szpitalnych lub zespołów ratownictwa współpracujących instytucji. Istotnym problemem jest ograniczona liczba personelu instruktorskiego w jednostkach szkoleniowych, co przekłada się na niską dostępność formacji dla żołnierzy. Szczególnie problematyczne będzie to w najbliższych latach, w których zakłada się znaczne zwiększenie stanów osobowych, wymagających intensywnego szkolenia w odpowiedzi na zagrożenie konfliktem o dużej intensywności.
 - i. Wsparcie psychoprofilaktyczne dla żołnierzy we Francji ulega stałej poprawie. Wdrożono szereg działań mających na celu zapobieganie przypadkom zespołu stresu pourazowego.

Desygnowano psychologów do służby w operacjach poza granicami kraju. Żołnierzy wysyła się na turnusy dekompresyjne po zakończeniu misji. Opracowano system szkolenia mający na celu poprawę skuteczności w detekcji objawów problemów natury psychologicznej. Wojna konwencjonalna na pełną skalę charakteryzuje się bardzo dużym ładunkiem stresu i obciążeniem sfery psychicznej dla biorących w niej udział ludzi, przez długi okres czasu. Powoduje to duże ryzyko występowania przypadków zespołu stresu pourazowego u walczących żołnierzy. Odpowiednie przygotowanie mentalne żołnierzy do trudnych warunków służby, sprawne diagnozowanie przypadków wystąpienia objawów *PTSD* i fachowa opieka na wczesnym etapie leczenia pozwolą na uniknięcie masowych strat w szeregach pododdziałów liniowych.

- j. Żołnierze francuscy mają odpowiedni dostęp do opieki zdrowotnej, która we Francji należy do najlepszych w Europie. Na poziomie podstawowym zazwyczaj korzystają z usług systemu cywilnego lub lekarzy jednostki, w miarę ich dostępności, ograniczonej licznymi obowiązkami służbowymi. Szpitale wojskowe natomiast zapewniają kompleksowe wsparcie żołnierzom w zakresie leczenia specjalistycznego, oferując dla nich priorytetową ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. Przekłada się to na dyspozycyjność żołnierzy w służbie, minimalizując ich czas przebywania na zwolnieniach lekarskich. Rodziny żołnierzy, z uwagi na zbyt małe siły i środki wojskowej służby zdrowia, nie są objęte taką opieką i korzystają wyłącznie z powszechnego systemu opieki zdrowotnej.
- k. Niezbędnym elementem systemu bezpieczeństwa Francji jest współpraca cywilno-wojskowa, realizowana na wielu płaszczyznach. Kooperacja ta nabrała szczególnego znaczenia po zamachach terrorystycznych w 2015 roku. Środowisko cywilne czerpało z bogatego doświadczenia wojskowych przy opracowywaniu procedur działania w sytuacjach dotąd dla niego nieznanych. Szczególnie cenne było doświadczenie żołnierzy w zakresie zarządzania kryzysem, w związku z masową ilością poszkodowanych po użyciu broni palnej i materiałów wybuchowych. Ważnym ogniwem regionalnych planów zarządzania kryzysowego są szpitale wojskowe, wspierające środowisko cywilne w tym zakresie oraz realizujące na co dzień świadczenia medyczne dla lokalnych społeczności.

Bibliografia

Akty prawne

- Dekret nr 2016-1327 Ministra Zdrowia i Spraw Społecznych z 6 października 2016 roku, o organizacji powszechnego systemu zdrowia i innych podmiotów medyczno-psychologicznych w razie nadzwyczajnych zdarzeń sanitarnych (*Décret no 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*), Dz. U. (JORF) nr 0235 z 08 października 2016.
- Rozporządzenie nr 2018-20 z 17 stycznia 2018 roku w sprawie wojskowej służby zdrowia i Narodowego Instytutu Inwalidów (*Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides*), Dz. U. (JORF) nr 0014 z 18 stycznia 2018.
- Ustawa nr 2004-806 o zdrowiu publicznym z 9 sierpnia 2004 roku (*LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*), Dz.U. nr 0185 z 11 sierpnia 2004.
- Zarządzenie Ministra Obrony (*Ministere des Armees*) z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie organizacji wojskowej służby zdrowia (*Arrete du 11 juillet 2018 portant organisation du service de sante des armees*) Dz. U. (Journal officiel de la Republique Francaise - JORF) Republiki francuskiej z dnia 13 lipca 2018 roku.
- Zarządzenie Ministra Obrony z 18 listopada 1996 roku ustanawiająca warunki składania i rozpatrywania wniosków dotyczących zezwolenia na otwarcie zakładów farmaceutycznych Centralnej Apteki Sił Zbrojnych (*Arrêté du 18 novembre 1996 fixant les formes et conditions de présentation et d'instruction des demandes d'autorisation d'ouverture des établissements pharmaceutiques de la Pharmacie Centrale des Armées*) Dz. U. (JORF) nr 275 z 26 listopada 1996.

Dokumenty i materiały źródłowe

- Biała księga obrony i bezpieczeństwa narodowego 2013 (*Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale 2013*), Wydział informacji prawnej i administracyjnej (DILA), 2013.
- Broшуra informacyjna Wojskowej Szkoły Lekarskiej (*Livret d'accueil élèves Ecole de Sante des Armees*), 2023.
- Broшуra informacyjna Wojskowej Szkoły Personelu Paramedycznego (*Livret d'accueil eleves Ecole du Personnel Paramédical des Armees*), 2024.
- Doktryna NATO dla współpracy cywilno-wojskowej (*NATO Standard AJP-3.19 Allied Joint Doctrine For Civil-Military Cooperation*), 11.2018.
- Doktryna sił zbrojnych nr 125/ARM/CICDE/NP z 17 lipca 2019 roku (*Doctrine interarmées DIA-3.19_CIMIC(2019) N° 125/ARM/CICDE/NP du 17 juillet 2019*).
- Doktryna wykorzystania śmigłowców w ratownictwie medycznym (*Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente*), Samu Urgences de France, Gueblez; 2017.
- Dokument Ministerstwa Obrony z marca 2021 roku, pt. „Ambicje strategiczne wojskowej służby zdrowia 2030 - Ze wszystkich zobowiązań” (*Ambition stratégique SSA 2030 – De tous les engagements*), Ministerstwo Obrony, 2021.

- Dokument Ministra Obrony pt. „Plan dla rannych 2023-2027. Wsparcie dla żołnierzy i ich rodzin” (*Plan Blessés 2023-2027. Accompagner les militaires blessés et leurs familles*), 2023.
- Dokument prasowy z ćwiczenia Orion-23 (*Dossier de presse – Orion-23*), Ministerstwo Obrony, 02.2023.
- Dokument prasowy z operacji Odporność (*Dossier de Presse — Opération RÉSILIENCE*), Ministerstwo Obrony, 29.03.2020.
- Dokument pt. „CASA MEDEVAC, nowy wektor w ewakuacji taktycznej drogą powietrzną” (*Le CASA MEDEVAC: un nouveau vecteur pour les évacuations aériennes tactiques*) z konferencji poświęconej medycynie powietrznej i kosmicznej z dnia 26 kwietnia 2014.
- Dokument pt. „Szkoly i akademie bezpieczeństwa i obrony partnerskie dla Dyktoriatu współpracy w zakresie bezpieczeństwa i obrony” (*Ecoles et académies de sécurité et de défense partenaires de la DCSD*), Ministerstwo ds. Europy i Spraw Zagranicznych, 2024.
- Dokument wydany przez Ministerstwo Obrony pt. „Personel medyczny sił zbrojnych 2030. Polityka kadrowa wojskowej służby zdrowia” (*Soignants des armées 2030. Politique des ressources humaines du SSA*), Ministerstwo Obrony, 2022.
- Dossier pt. „Doświadczenia z zamachów 13 listopada 2015 roku. Organizacja wsparcia przez prowincjonalne zespoły medyczne” (*Retour d’expérience des attentats du 13 novembre 2015. Organisation des renforts par les Samu de province*), Lavoisier SAS, 2016.
- Dyrektywa szefa Sztabu Generalnego nr 796/DEF/EMA/EMP.1/DR z 11 lipca 1997 roku w zakresie prowadzenia działalności cywilno – wojskowej (*Directive no 796/DEF/EMA/EMP.1/DR du 11 juillet 1997 relative a la conduite des actions civilo – militaires*).
- Dziennik wojenny i operacyjny zespołu sanitariuszy 13. Dywizji Piechoty (*Journal de marche et d’opérations du groupe de brancardiers de la 13e DI*), Sekcja historyczna Obrony, 26 N 292/11, 05.08.1914-10.07.1915.
- Dziennik wojenny barona Percy, chirurga naczelnego Wielkiej Armii, 1754-1825 (*Journal des campagnes du baron Percy, chirurgien en chef de la grande armée, 1754-1825*), Plon-Noourrit, Paryż, 1904.
- Instrukcja Ministra Obrony o numerze 600/ARM/DCSSA/PC w sprawie zabezpieczenia medycznego szczególnie ryzykownych aktywności w siłach zbrojnych (*Instruction N° 600/ARM/DCSSA/PC relative au soutien sanitaire des activités à risques dans les armées, directions et services*), Ministerstwo Obrony, Biuletyn oficjalny nr 9 z 8 marca 2018 roku.
- Instrukcja Ministra Obrony o numerze 20340/DEF/SGA/DAJ/D2P/EGL w sprawie opatentowanych wynalazków urzędników Ministerstwa Obrony Narodowej z 25 marca 2008 roku (*Instruction n° 20340/DEF/SGA/DAJ/D2P/EGL relative aux inventions brevetables des agents du ministère de la Défense du 25 mars 2008*), Biuletyn oficjalny (BOC) Nr 16 z 25 kwietnia 2008, tekst 1.
- Instrukcja Ministra Zdrowia i Spraw Socjalnych nr DGS/DUS/SGMAS/2014/153 z 15 maja 2014 roku o przygotowaniu systemu ochrony zdrowia do działania w sytuacjach nadzwyczajnych (*Instruction N° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles*).
- Instrukcja nr 500021/ARM/DCSSA w sprawie organizacji Dyktoriatu centralnego wojskowej służby zdrowia z dnia 4 stycznia 2022 r (*Instruction n°500021/ARM/DCSSA relative*

- à l'organisation de la direction centrale du Service de santé des armées du 4 janvier 2022*, Biuletyn oficjalny Ministerstwa Obrony (BOC) z 11 lutego 2022 roku.
- Instrukcja nr. 527740/DEF/DCSSA/ AAD-EMP z 18 grudnia 2015 w sprawie postępowania z poszkodowanymi psychicznie w siłach zbrojnych (*Plan d'action 2015-2018, Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées*), Ministerstwo Obrony, 2015.
- Merens A., Rapp Ch., *Bactéries multirésistantes et voyages*, CEMI - Institut Pasteur, Paryż, 2014
- Narodowy przegląd strategiczny z 2022 roku (*Revue nationale stratégique – 2022*, Sekretariat generalny obrony i bezpieczeństwa narodowego (SGDSN), 2022.
- Projekt SSA 2020 nr 515697/DEF/DCSSA/PS z 25 listopada 2013 roku.
- Protokół ustaleń między Ministrem Obrony a Ministrem Zdrowia i Spraw Społecznych z 6 kwietnia 2017 roku w sprawie wzmocnienia współpracy w celu wspierania reagowania na potrzeby zdrowotne ludności, w tym społeczności obronnej, oraz odporności Narodu (*Protocole d'accord entre le ministère de la défense et le ministère des affaires sociales et de la santé relatif au renforcement de leur coopération afin de soutenir la réponse aux besoins de santé de la population, y compris de la communauté de défense, et de la résilience de la Nation du 6 avril 2017*), Biuletyn oficjalny sił zbrojnych (BOC) z 6 maja 2017 roku.
- Raport informacyjny nr 3167 Zgromadzenia Narodowego z 20 czerwca 2001 roku w sprawie działań cywilno – wojskowych na zagranicznych teatrach (*Rapport D'information Assemblée Nationale N° 3167 sur l'action civile des armées sur les théâtres extérieurs - action civilo-militaire*).
- Raport Trybunału Obrachunkowego (Cour de Comptes) z 7 czerwca 2023 r., pt. Wojskowa służba zdrowia, zdolności do konsolidacji (*Le service de santé des armées une capacité à consolider*).
- Strategiczny przegląd obrony i bezpieczeństwa narodowego z 2017 roku (*Revue stratégique de défense et de sécurité nationale – 2017*), Delegacja ds. informacji i komunikacji obronnej (DICO), 2017.
- Umowa pomiędzy szpitalem wojskowym Legouest a Centrum szpitalnym Metz-Thionville (*Signature accord-cadre HIA Legouest CHR Metz- Thionville*), Dossier prasowe, 06.02.2014.
- Umowa ramowa o partnerstwie między wojskową służbą zdrowia, a Wysoką izbą ds. zdrowia z 27 czerwca 2017 roku (*Accord-cadre de partenariat entre L'Etat - ministère des armées et La Haute Autorité de santé du 27 juin 2017*).
- Vademecum pt. Agresja zbiorowa z użyciem broni palnej. Wytyczne dla pracowników służby zdrowia (*Agressions collectives par armes de guerre. Conduites à tenir pour les professionnels de santé*), Ministerstwo Zdrowia, 2018.
- Wspomnienia Hallopeau F.H., *Fonctionnement complet d'un service chirurgical transportable et déplacable. Destiné à opérer, à panser les blessés du front*, La Presse Medicale, 11.02.1915
- Wywiad przeprowadzony na potrzeby niniejszej pracy z pułkownikiem rezerwy Francois Limas w dniu 30.01.2025r. w Warszawie.

Publikacje

- Aigle L., *Indicatif "Clochette", Médecins des BEP et des REP, 70 ans au service des légionnaires parachutistes*, Lavauzelle, Beychac-et-Cailla, 2018
- Arcan A., Ferrandis J.J., *Le service de Santé aux Armées pendant la Première Guerre mondiale*, Editions LBM, Paryż, 2008
- Briole G., Lebigot F., Lafont B., *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*, ADDIM, Paryż, 1998, s.19-20.
- Cohen E.P., *Médecin de guerre, de l'Afghanistan à Paris*, Le Passeur, Paryż, 2016.
- Crocq L., *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paryż, Odile Jacob, 1999.
- Dawidczyk A., Jurczak J., *Metodologia bezpieczeństwa w przykładach i zastosowaniach. Podręcznik akademicki*, Difin, Warszawa, 2022.
- De Galard G., Bazil B., *Une femme à Dien Bien Phu*, Éditions Les Arènes, Paryż, 2003.
- De Villiers P., *Servir*, Fayard, Paryż, 2017.
- Deroo E., *La médecine militaire: Le service de santé des armées*, ECPAD, Ivry-Sur-Seine, 2008.
- Fall B., *Rue sans joie. Indochine (1946-1962)*, Les belles lettres, Paryż, 2023.
- Gierszewski J., Pieczywok A., *Metodologiczne podstawy badania problemów bezpieczeństwa*, Difin, Warszawa, 2020.
- Godart P., *Le service de santé des armées : histoire, enjeux et défis*, Inflexions, 2012.
- Gouraud H., *Lyautey – Les vies illustres*, Hachette, Paryż, 1938.
- Grauwin P., *J'étais médecin à Diên Biên Phu*, France Empire, Paryż, 2004.
- Lemaire M., *Le service de santé militaire dans la guerre d'Indochine*, L'Harmattan, Paryż, 1997.
- Menager P., *Vauban, constructeur de génie*, Christine Bonneton, Chamalières, 2020.
- Merat S. et al, *Le blessé de guerre*, Arnettes, Paryż, 2014,
- Montagnon P., *La Guerre d'Algérie: Genèse et engrenage d'une tragédie (1954-1962)*, Pygmalion, Paryż, 2004.
- Pasquier P. et al., *Le blessé par attentat terroriste*, Arnette, Paryż, 2017.
- Pigeard A., *Le service de santé aux armées de la Révolution et de l'Empire 1792-1815. Chirurgiens, médecins, pharmaciens*, Editions de la Bisquine, Paryż, 2016.
- Sabak Z., *Wstęp do metodologii badań bezpieczeństwa*, PSWJPII, Biała Podlaska, 2021.
- Sergeant P., *La légion saute sur Kolwezi*, Presses de la cité, 1978.
- Shapiro F., Silk-Forrest M., *Des yeux pour guérir*, Seuil, Paryż, 2005.
- Wey R. et al, *Histoire de la Médecine aux Armées, de 1980 à nos jours*, Editions Pierre de Taillac, Paryż, 2025.
- Zeller N., *Corps et âme: Un médecin des forces spéciales témoigne*, Tallandier, Paryż, 2023.
- Annette S., David A. et al, *Les évacuations médicales stratégiques pour troubles psychiques en opération: étude sur l'évolution des motifs d'hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Percy en 2016-2017*, Medecine et Armees, 2019, 47, s.25-32.
- Ausset S., *L'utilisation du sang total dans la prise en charge des hémorragies massives : rationnel clinico-biologique et principes de mise en œuvre*, Revue francophone des laboratoires, 2020, 525, s.40-45.

- B.d, Le modèle hospitalier, ActuSante, 2016, 142, s.14.
- B.d., „Enseigner pour sauver”. *Le CESimMO : centre de simulation au carrefour de l’opérationnel et de la formation*, ActuSante, 2020, 159, s.31-32.
- B.d., *Ire Antenne médicale spécialisée du GIGN : au cœur de l’action*, Les Gueules Cassées Sourire Quand Même, 2022, 32, s.28-37.
- B.d., *2020-2021 : La réserve du SSA se transforme*, ActuSante, 2021, 161, s.38-39.
- B.d., *Attentats de Paris : le SSA en première ligne*, ActuSante, 2015, 141, s.7.
- B.d., *Au cœur de la recherche et de l’innovation : le PORI*, ActuSante, 2018, 152, s.22-23.
- B.d., *Au secours des victimes en Turquie*, TIM, 2023, 337, s.10.
- B.d., *Barkhane: transfert du scanner de l’antenne médicale de Gao sur la base aérienne de Niamey*, ActuSante, 2022, 165, s.39.
- B.d., *CADISMEX : une formation opérationnelle pour les IADE et les IBODE du SSA*, ActuSante, 2015, 141, s.9-10.
- B.d., *Comment s’organise la réserve du SSA?*, ActuSante, 2019, 154, s.27-28.
- B.d., *Des opérations chirurgicales réussies à bord du porte-avions Charles de Gaulle*, ActuSante, 2021, 161, s.18-19.
- B.d., *Exercice ORION, principe et enjeux*, ActuSante, 2023, 166, s.24-25.
- B.d., *HIA Clermont Tonnerre: au service de la dissuasion*, ActuSante, 2018, 151, s.31.
- B.d., *L’Agence de l’Innovation de Défense : une opportunité pour le SSA*, ActuSante, 2019, 155, s.32-33.
- B.d., *L’Agence de l’Innovation de Défense : une opportunité pour le SSA*, ActuSante, 2019, 155, s.32-33.
- B.d., *L’HIA Desgenettes vous présente son futur*, ActuSante, 2018, 151, s.32
- B.d., *La médecine des forces un maillage au plus près du combattant*, ActuSante Printemps 2019, 153, s.28-29
- B.d., *La recherche opérationnelle de l’IRBA sur l’acclimatation à la chaleur*, ActuSante, 2021, 160, s.20-21.
- B.d., *Le directeur central à la rencontre du personnel du SSA à Djibouti*, ActuSante, 2022, 164, s.10-11.
- B.d., *Le ravitaillement médical : perspectives à l’horizon 2030*, ActuSante, 2020, 156, s.38-39.
- B.d., *Le ravitaillement sanitaire, l’ingénierie biomédicale au cœur de la chaîne santé*, ActuSante, 2016, 142, s.20-22.
- B.d., *Les établissements de la composante “ ravitaillement sanitaire ”*, ActuSante, 2020, 156, s.30-31.
- B.d., *Les UMO, les capacités du SSA pour le soutien médical des Forces*, ActuSante, 2018, 156, s.61-63.
- B.d., *Préparation opérationnelle des équipes médico-chirurgicales hospitalières à bord du PHA Tonnerre*, ActuSante, 2021, 160, s.16-17.
- B.d., *Rétrospective des engagements du SSA*, ActuSante, Printemps 2018, Nr 150, s. 48.
- B.d., *S’adapter aux besoins opérationnels*, ActuSante, 2019, 152, s.30.
- B.d., *S’adapter aux besoins opérationnels*, ActuSante, 2019, 152, s.30.
- B.d., *Systèmes de transport Golden Hour Box*, ActuSante, 2019, 155, s.37.
- B.d., *Témoignage de techniciens biomédicaux*, ActuSante, 2020, 56, s.34-35.
- B.d., *Touchdown! 6 directions de chaîne pour la transformation du SSA*, ActuSante, Été – Automne 2018, 151, s.10-11.
- B.d., *Une démarche de soutien en 6 étapes*, ActuSante, 2019, 155, s.28-29.

- Bacquey V., La numérisation de l'espace de bataille au sein du SSA, ActaSante, 2018, 150, s.52.
- Bacquey V., *La numérisation de l'espace de bataille au sein du SSA*, ActaSante, 2018, 150, s.51.
- Barbier O., Malgras M., *Expérience chirurgicale française à l'hôpital medico-chirurgical de KAIK (Kaboul International Airport Afghanistan): place de la chirurgie orthopédique*, Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, 2014, 100, s.498-502.
- Bey E., Brachet M., *Brûlures radiologiques : comment les soigner ?*, ActaSante, 2021, 161, s.30-31.
- Boisseaux H., *L'Ecole du Val-de-Grace*, Revue défense national, 2017/3, 798, s.64-70.
- Bonnet S, et al., The French Advanced Course for Deployment Surgery (ACDS) called Cours Avancé de Chirurgie en Mission Extérieure (CACHIRMEX): history of its development and future prospects, JR Army Med Corps, 2016, 162, s.343–347.
- Borgman M.A, Spinella P.C et al., *The ratio of blood products transfused affects mortality in patients receiving massive transfusions at a combat support hospital*, The Journal of Trauma Injury Infection and Critical Care. 2007, 63, s.805–813.
- Bourgasser M., *ORION, ou l'épreuve de la haute intensité*, Esprit Défense, 2023, 7, s.20-31.
- Brunier C., *Nous avons secouru les victimes du séisme en Turquie*, Esprit Défense, 2023, 8, s.56-57.
- Carli P., Nahon M., Telion C., *Attentats avec sites multiples – la stratégie du « camembert à Paris*, Journal Européen des Urgences et de Réanimation, 2016, 28, 2-3, s.109-111.
- Cellarier D, Martineau O., *Retour d'expérience du soutien réel de troupes aéroportées durant l'exercice ORION*, Medecine et Armees, 50, 3, s.41-51.
- Chauvin F., Fischer L.P., et al., *L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918*, Histoire des sciences médicales- Tome XXXVI-Nr 2, 2002.
- Couret A., Roux E., et al., *L'Élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale (ESCRIM) certifié EMT2 par l'OMS*, ActaSante, 2022, 164, s.18.
- Cremades S., *Le concept d'antenne hospitalière des armées (AHA)*, ActaSante, 2022, 163, s.52-53.
- Debue-Barazer C., Perrolat S., *1914-18: guerre, chirurgie, image. Le Service de Santé et ses représentations dans la société militaire*, Sociétés & Représentations, Nr 25, 2008/1.
- Denis J., Attoumani S. et al., *High specificity and sensitivity of Zika EDIII-based ELISA diagnosis highlighted by a large human reference panel*, PLoS Neglected Tropical Disease, 2019, 13, s.2-3.
- Dupre H.L., Loriau J. et al, *Neurochirurgie et choc hémorragique en Role 2 L'enseignement CACHIRMEX et la collecte de sang total mis en pratique au CMCIA Dominique Mattei de Djibouti*, Medecine et Armees, 2023, 49, s.23-37.
- Eon A., Marion L., *100 ans de pratique clinique au profit des forces armées. De la sémiologie aux modèles psychopathologiques*, Médecine et Armées, 2019, 47, s.7-12.
- Eric M.G, *Intelligence artificielle : les domaines à investir*, ActaSante, 2021, 161, s.16-17.
- Favaro P., Conte B., *Le ravitaillement médical de demain*, ActaSante, 2022, 163, s.48-49.
- Ganaye L., Carbonaro A., Py N., *Transfusion chain during Barkhane operation: organization and lessons learned*, International Review of the Armed Forces Medical Services, 2023, 96/2, s.12-14.
- Gignoux-Froment F., Moris M. et al. *1918-2018 – Réflexions sur les évolutions de la pratique de la psychiatrie militaire en opération*, Médecine et Armées, 2019, 47, s.13-18.

- Guesdes A., *L'accompagnement au cœur des ressources humaines du SSA*, ActuSante, 2022, 165, s.31.
- Halbert E., *L'ambition numérique du SSA*, ActuSante, 2022, 163, s.56-57.
- Halbert E., *L'ambition numérique du SSA*, ActuSante, 2022, 163, s.57-58.
- Honore F., 3 questions au... MGI Honoré, ActuSante, 2022, 163, s.38-39.
- Jerome P., *Séminaire sur les évacuations médicales par voie ferrée*, ActuSante, 2020, 159, s.22.
- Jost D., Lemoine S., *French lyophilized plasma versus normal saline for post-traumatic coagulopathy prevention and correction: PREHO-PLYO protocol for a multicenter randomized controlled clinical trial*, Trials, 2020, 21, s.106.
- Lanteri D., *Former les partenaires pour mieux se protéger : un enjeu majeur de la coopération internationale médicale*, ActuSante, 2021, 161, s.20-21.
- Lanteri D., *Interview - MGI Sylvie Paul, directrice de la médecine des forces*, ActuSante, 2023, 166, s.26-27.
- Lanteri D., *Le SSA en appui de la résilience de la Nation*, ActuSante, 2021, 162, s.34-35.
- Le Bars R., Conte B., Polly V., *Les sacs médicaux à visée opérationnelle dans le Service de santé des armées*, Médecine et Armées, 2013, 41, s.91-96.
- Maitreau L., *Exosan 2023 pour évaluer les compétences des futurs médecins militaires*, ActuSante, 2023, 167, s.15.
- Martin G., Roger H., Debrus F., *Ça s'est passé dans notre environnement-Axone*, ActuSante, 2019, 155, s.47.
- Martin G., Roger H., Debrus F., *Les avancées du numérique*, ActuSante, 2018, 152, s.36.
- Martin-Perez S., *La réserve du SSA: valeurs partagées et nouveaux projets*, ActuSante, 2022, 165, s.33.
- Masquelet C.A, Rigal s., *Prise en charge hospitalière des blessés des membres, victimes de terrorisme urbain. Enseignements des attentats de novembre 2015 à Paris*, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2020, 205, s.665-669.
- Mathieu M.P, Mission «Jeanne d'Arc 2018» le SSA navigue entre formation et opérations, ActuSante, 2018, 151, s.18.
- May M.C, *Polynésie Française: première formation militaire initiale des soignantes réservistes*, ActuSante, 2022, 165, s.41.
- Mele E., Rondier J.P., Favre J.D., *Les rapatriés sanitaires en psychiatrie. Description clinique, facteurs etiopathologiques et orientation thérapeutique*, Médecine et Armées, 2007, 35, s.417-428.
- Palmieri B., *Mise en condition de survie des blessés en opération extérieure : procédure et expérience à partir du terrain afghan*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2012, 196, s.893-907.
- Pasquier P., Dubost C. et al., *Predeployment training for forward medicalisation in a combat zone: The specific policy of the French Military Health Service*, Injury, 2014, 45, s.1307-1311.
- Pellistrandi J., *Editorial*, Revue Defense National, 2022, 848, s.1-2.
- Peyrebrune M., *L'expertise terrain de l'IRBA en milieu polaire, le suivi de la mission UPPICK*, ActuSante, 2021, 160, s.18-19.
- Rey J.L., *Service de santé des armées et actions civilo-militaires au Kosovo, de la théorie à la pratique*, Médecine et Armées, 2001, 29, s.165-167.
- Rigal-Sastourne J.C., *Quel avenir pour l'hôpital militaire ?*, ActuSante, 2022, 163, s.50-51.
- Rigot S., *Les mâchoires d'orion, guerre fictive en Occitanie*, TIM, 2023, 338, s.15-19.

- Sailliol A, Martinaud C et al., *The evolving role of lyophilized plasma in remote damage control resuscitation*, Transfusion, 2013, 53, s.65 –71.
- Savornin K., *La pharmacie centrale des armées, fabrique à antidotes*, Esprit Défense, 2023, 6, s.60-61.
- Tardo-Dino P.E., Malgoyre A., *La chambre bioclimatique de l'IRBA*, ActuSante, 2021, 160, s.21-22.
- Taton P., Daube S. et al, *Modernisation du lot « Medevac » du Service de santé des armées*, Médecine et Armées, 2015, 43, s.413-416.
- Trouillas M., Banzet S. et al., *Épidermes de culture*, ActuSante, 2019, 155, s.35.
- Truchot M., Balanca B. et al., *Use of a Digital Cognitive Aid in the Early Management of Simulated War Wounds in a Combat Environment, a Randomized Trial*, Military Medicine, 2020, 185, s.1077-1082.
- Weiss D.S., Marmar C.R. et al., *The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans*, Journal of traumatic Stress, 1992, 5, s.365-367.

Strony internetowe

<http://cagrenoble.fr>
<http://www.mspb.com>
<https://africacenter.org>
<https://air-cosmos.com>
<https://conferencedesdoyensdemedecine.org>
<https://defense-zone.com>
<https://dj.ambafrance.org>
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr>
<https://eassml.org>
<https://fr.wikipedia.org/>
<https://raids.fr>
<https://wofitm.wp.mil.pl>
<https://www.acadpharm.org>
<https://www.cge.asso.fr>
<https://www.defense.gouv.fr>
<https://www.defnat.com>
<https://www.francecompetences.fr>
<https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr>
<https://www.gov.pl/>
<https://www.igesa.fr>
<https://www.kelformation.com>
<https://www.miagesdjebels.org>
<https://www.pasteur.dz/fr>
<https://www.podcastics.com>
<https://www.republicain-lorrain.fr>
<https://www.senat.fr>
<https://www.sgdsn.gouv.fr>
<https://www.vie-publique.fr/>
<https://www.wojsko-polskie.pl>

Wykaz zdjęć, rycin, wykresów i tabel

Zdjęcia

Zdjęcie 1. Jeden z podręczników pierwszej pomocy na polu walki w siłach zbrojnych Francji, będący efektem doświadczeń operacji w Kolwezi.....	47
Zdjęcie 2. Graficzne przedstawienie czynności pomagają w szkoleniu żołnierzy w zakresie podstawowych gestów ratowniczych na polu walki.....	48
Zdjęcie 3. Instrukcja medyczna z okresu wojny w Jugosławii.....	49
Zdjęcie 4. Zastosowane fotografie miały ułatwić szkolenie żołnierzy, lepiej oddając rzeczywiste realia.....	50
Zdjęcie 5. Wyposażenie Punktu medycznego <i>PM 14</i> spakowane w skrzyniach, w pełnej gotowości do projekcji na teatr działań, w jednej z jednostek operacyjnych francuskich sił zbrojnych. Skrzynie ładunkowe, po rozstawieniu punktu w miejscu dyslokacji, pełnią funkcję pomocnicze, służąc przykładowo jako stoły i krzesła.....	85
Zdjęcie 6. Druga część zestawu <i>PM 14</i> . Przezroczyste ściany skrzyń oraz precyzyjne opisy umieszczone na ich froncie, ułatwiają lokalizację środków medycznych.....	86
Zdjęcie 7. Zestaw wstępnej projekcji (<i>LPI</i>), przygotowany do działania. W wiodących jednostkach operacyjnych przygotowanych jest kilka takich zestawów, pozwalających na jednoczesną projekcję kilku zespołów w różnych rejonach działania.....	87
Zdjęcie 8. Sprzęt medyczny jest niezbędnym uzupełnieniem wszystkich zestawów. Opisy na półkach pozwalają na uniknięcie pomyłki po ogłoszeniu alarmu w doborze odpowiedniego sprzętu przypisanego do konkretnego zestawu.....	88
Zdjęcie 9. Najnowsza odmiana noszy taktycznych dostarczonych do pododdziałów bojowych francuskich sił zbrojnych. Budowa z ultralekkich materiałów minimalizuje wagę noszy co ma zasadnicze znaczenie dla możliwości przenoszenia ich przez ratowników w swoich plecakach.....	91
Zdjęcie 10. Nosze taktyczne po złożeniu. Miniaturyzacja sprzętu jest niezbędnym krokiem, wychodzącym naprzeciw potrzebom ratowników pola walki.....	92
Zdjęcie 11. Wnętrze plecaka medycznego sanitariusza w jednostce operacyjnej. Zwraca uwagę kolorystyczne i opisowe oznaczenie kieszeni, co ułatwia dobyte potrzebny sprzęt w warunkach taktycznych.....	93
Zdjęcie 12. Francuski indywidualny pakiet medyczny (<i>TIC</i>), będący na wyposażeniu każdego żołnierza, posiada w swym składzie zestaw do zapewnienia dostępu dożylnego, co czyni go unikatowym w skali światowej.....	95
Zdjęcie 13. Karta medyczna pola walki (<i>Fiche médicale de l'avant – FMA</i>) w wersji papierowej, wodoodpornej i zabezpieczonej przed podarciem.....	187
Zdjęcie 14. Rewers <i>FMA</i>	188
Zdjęcie 15. Centralnym punktem sali reanimacyjnej jest łóżko przeznaczone dla jednego poszkodowanego w stanie nagłego zagrożenia życia. Zwraca uwagę przygotowanie sprzętu, który jest gotowy do natychmiastowego użycia.....	232
Zdjęcie 16. Dużą rolę w działalności ratunkowej według nowoczesnych standardów odgrywa miniaturyzacja sprzętu medycznego, który może być przenoszony w dowolne miejsce, co zapewnia zespołowi ratownicznemu odpowiednią mobilność.....	232
Zdjęcie 17. Ważnym elementem sali reanimacyjnej jest odpowiednio wyposażony i zawsze przygotowany do działania wózek reanimacyjny z niezbędnym wyposażeniem.....	233

Zdjęcie 18. Przygotowany sprzęt, gotowy do użycia, według standardów znanych z operacji zagranicznych pozwala na prawidłową organizację pracy w momencie akcji ratunkowej.....	233
Zdjęcie 19. Pozostałe środki medyczne niezbędne do działania w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia znajdują się w przeszklonych szafach. Zwraca uwagę spis wyposażenia w prawym, górnym rogu każdej z szaf, weryfikowany codziennie przez dyżurnego sanitariusza.....	234
Zdjęcie 20. Plecak ratowniczy będący na stanie sali reanimacyjnej służy przede wszystkim w sytuacjach interwencji wyjazdowych. Jego wyposażenie i konfekcja wynika z operacyjnych doświadczeń personelu komórki medycznej. Kolory i opis kieszeni plecaka pomagają w instynktownym dobiec potrzebnego sprzętu.....	234
Zdjęcie 21. Wanna na wjeździe do sali reanimacyjnej mająca za zadanie chłodzić żołnierzy po udarze cieplnym.....	235
Zdjęcie 22. Jednakowo wyposażone stanowiska w sali opatrunkowej pozwalają na jednoczesne opatrywanie ran dwóm poszkodowanym żołnierzom.....	235
Zdjęcie 23. Niezbędnym elementem wyposażenia sali opatrunkowej jest wózek z niezbędnymi środkami opatrunkowymi do zaopatrywania ran i urazów.....	236
Zdjęcie 24. Gabinet dentystyczny działający w ramach przychodni na terenie jednostki wojskowej ułatwia żołnierzom zadbanie o prawidłowy stan uzębienia.....	237
Zdjęcie 25. W holu głównym przychodni zwraca uwagę gablota zawierająca przedmioty używane w ramach zabezpieczenia medycznego konfliktów w przeszłości.....	238
Zdjęcie 26. Uprawy pensjonariuszy, pełniące rolę terapii psychoprofilaktycznej.....	240
Zdjęcie 27. Uprawa winorośli przez pensjonariuszy.....	241
Zdjęcie 28. Wyroby ceramiczne wykonane przez pensjonariuszy znajdujące się w butik na terenie Instytutu.....	241
Zdjęcie 29. Inne pamiątki ręcznie wykonane przez legionistów.....	242
Zdjęcie 30. Najbardziej prestiżowy produkt pracy pensjonariuszy, czyli wino będące obowiązkowym elementem wszystkich uroczystości obchodzonych w Legii Cudzoziemskiej.....	242
Zdjęcie 31. Miejsce spotkań towarzyskich, wybudowane i utrzymywane wspólną pracą pensjonariuszy.....	243
Zdjęcie 32. Przychodnia na terenie Instytutu.....	244
Zdjęcie 33. Tablica czynności medycznych wykonywanych na rzecz pensjonariuszy przez personel medyczny przychodni.....	245
Zdjęcie 34. Stanowiska do podstawowych zabiegów sanitarnych i monitorowania stanu pacjenta.....	245
Zdjęcie 35. Kompletny zestaw urządzeń do monitorowania podstawowych czynności życiowych pacjenta. Zwraca uwagę widoczna miniaturyzacja sprzętu.....	246
Zdjęcie 36. Modułowy plecak ratowniczy będący na wyposażeniu personelu medycznego przychodni. Kieszenie są oznaczone kolorystycznie i skrótowo opisane, tak aby ułatwić dobiec potrzebnego sprzętu podczas interwencji.....	246
Zdjęcie 37. Szafy z materiałami medycznymi i wózek reanimacyjny ułatwiający dostępność środków medycznych podczas interwencji.....	247

Ryciny

Rycina 1. Struktura organizacyjna wojskowych zespołów szpitalnych.....	60
Rycina 2. Struktura organizacyjna zespołów szpitalnych cywilno – wojskowych (EHCM).....	63
Rycina 3. Struktura organizacyjna EMSLB.....	65
Rycina 4. Struktura organizacyjna DPMO.....	68
Rycina 5. Obszary działalności Instytut badań biomedycyny wojskowej – IRBA.....	77
Rycina 6. Schemat zaopatrzenia wojskowej służby zdrowia w sprzęt i materiały medyczne.....	82
Rycina 7. Schemat łańcucha dowodzenia służb francuskich szczebla wojewódzkiego wg. planu <i>Orsec-novi</i> , w trakcie zamachów terrorystycznych w Paryżu, w 2015 roku.....	100
Rycina 8. Schemat akcji ratunkowej po zamachu terrorystycznym, z podziałem na strefy dostępu dla służb ratunkowych.....	102
Rycina 9. Struktura organizacyjna Dowództwa europejskiego transportu powietrznego - EATC.....	119
Rycina 10. Schemat łańcucha ewakuacyjnego akcji ratunkowej w zdarzeniach o charakterze nuklearnym i radiologicznym.....	151
Rycina 11. Schemat proponowanej struktury zespołu reanimacyjno – chirurgicznego.....	205
Rycina 12. Proponowany schemat struktury <i>Grupy Zabezpieczenia Medycznego</i>	206
Rycina 13. Proponowany schemat struktury <i>Zespołu Zabezpieczenia Medycznego</i>	208
Rycina 14. Proponowany schemat struktury <i>Wojskowej Akademii Medycznej</i>	211
Rycina 15. Proponowany schemat struktury <i>WCKMed</i>	212
Rycina 16. Proponowany schemat szkolenia w jednostkach operacyjnych Sił Zbrojnych RP.....	214
Rycina 17. Proponowany schemat organizacyjny <i>Departamentu Zaopatrzenia Medycznego – DZM</i>	216
Rycina 18. Schemat łańcucha ewakuacyjno – leczniczego.....	220

Wykresy

Wykres 1. Zestawienie pokazujące procentowy przydział rezerwistów do poszczególnych podsystemów wojskowej służby zdrowia w 2018 roku.....	107
Wykres 2. Przyczyny ewakuacji medycznej podczas operacji <i>Barkhane</i> w rejonie afrykańskiego Sahelu.....	131
Wykres 3. Priorytety ewakuacji medycznej nadane poszkodowanym przez personel medyczny natychmiast po zranieniu.....	131
Wykres 4. Przyczyny ewakuacji z rejonu misji do szpitala wojskowego <i>Percy</i> w latach 2016 – 17 spowodowane zaburzeniami psychicznymi.....	167
Wykres 5. Długość hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym po ewakuacji z rejonu misji.....	168
Wykres 6. Procentowy rozkład poszkodowanych w desancie spadochronowym w ramach ćwiczenia <i>Orion – 23</i> , według priorytetu ewakuacyjnego.....	172

Tabele

Tabela 1. Zestawienie pokazujące procentowe rozłożenie aktywności wojskowej służby zdrowia na przestrzeni ostatnich lat.....	53
Tabela 2. Zestawienie aktywności wojskowych centrów medycznych.....	55
Tabela 3. Zestawienie przedstawiające ograniczenie zdolności operacyjnych szpitali wojskowych w okresie dziesięciolecia cięć budżetowych.....	58
Tabela 4. Zestawienie dalszej degradacji szpitali wojskowych w zakresie zdolności operacyjnych.....	58
Tabela 5. Porównanie wyposażenia zestawów indywidualnych wz. II/93 i TIC II/08.....	134
Tabela 6. Zestawienie przedstawiające zakładane zwiększanie liczby personelu medycznego w szczególnie pożądanym przez siły zbrojne specjalizacjach lekarskich.....	176
Tabela 7. Siły i środki przeznaczone do zabezpieczenia medycznego działalności operacyjnej francuskich sił zbrojnych.....	178-179
Tabela 8. Zestawienie przedstawiające spadek zainteresowania rekrutacją do wojskowej szkoły lekarskiej.....	181
Tabela 9. Zestawienie obrazujące spadek liczby kandydatów do wojskowej szkoły pielęgnarskiej.....	181
Tabela 10. Zestawienie przedstawiające spadek liczby personelu medycznego w wojskowej służbie zdrowia na przestrzeni ostatnich lat.....	182
Tabela 11. Skala problemu obsadzenia stanowiskowego w poszczególnych specjalizacjach lekarskich na przestrzeni ostatnich lat.....	182