

K řízení zdravotnické služby na operačním stupni

Se zvýšením ničivé síly na bojišti se zvyšuje počet raněných. Roste proto význam zdravotnické služby. Jsou stále větší nároky na kvalifikovanou a odbornou pomoc raněným a nemocným.

Zůstává stále hlavní problém, a to co nejdříve poskytnout pomoc raněnému. Za druhé světové války se snažili vyřešit tento problém tím, že síly a prostředky zdravotnické služby přisunovali co nejblíže k vojskům. Přiblížením léčebných prvků zdravotnické služby na bojiště zkrátí se čas přisunu raněného na jednotlivé zdravotnické stupně. K tomu byly organizovány odpovídající jednotky — sběrači raněných, jednotky pro odsun raněných a jednotky zdravotnické pomoci.

Tento systém byl založen na předpokladech, že vojska budou postupovat poměrně pomalu a zdravotnické etapy budou moci poskytovat pomoc delší dobu na jednom místě. Přijmout tento systém i v příští možné válce by bylo jistě chybné. Nový způsob řešení je třeba hledat. Určitý podklad k řešení mohou poskytnout zkušenosti z lokálních válek (Korea, Vietnam, Blízký východ), i když zde bylo použito jen konvenčních prostředků ničení. Manévrová válka charakterizovaná značnými údery a rychlými přesuny nám může dát představu, jaké požadavky budou kladeny na zdravotnickou službu. Její úkoly budou ještě nesrovnatelně vyšší, než v těchto válkách.

Vzhledem k současným možnostem zdravotnické služby předpokládáme, že raněný přijde na divizní obvazště průměrně za 4–8 hodin.

Tento čas je však z lékařského hlediska dlouhý. A co více — tento čas není kratší

jako koncem druhé světové války, kdy v Sovětské armádě 62,8 % raněných dosáhlo divizního obvazště za 1 až 9 hodin. V některých případech bude tento čas ještě delší. Může to mimo jiné způsobit stále snižování počtů zdravotnické služby. Např. v druhé světové válce zdravotnická služba polské armády měla na stupni pluku 95 pracovníků. Přitom obsluhovala prostor okolo 10 km² a na jednoho pracovníka připadalo 153 raněných. Současně je u pluku 36 pracovníků, kteří mají obsluhovat prostor okolo 150 km² a na jednoho pracovníka připadá statisticky 7 raněných (podobně je tomu u divize). Jak je vidět, podmínky zdravotnické služby se zhoršily. Z toho vyplývá i delší čas pro přisun raněného na zdravotnické etapy.

Zásady činnosti zdravotnické služby na operačním stupni se utvářely analogicky jako koncem druhé světové války s tím rozdílem, že nemocnice přešly z kompetence náčelníka zdravotnické služby armády na front. Nemocniční základny frontu, které mají 30 různých druhů nemocnic a možnost rozvinout 88 až 10 tisíc nemocničních lůžek každá, jsou značně vzdáleny od linie frontu (40–50 km). Front disponuje různým počtem nemocničních základen — průměrně 6–8. Má možnost rozvinout 70–90 tisíc lůžek. Takový počet raněných předpokládáme ošetřit během frontové operace.

Frontové základny budou zahajovat činnost s určitým zpožděním, které vyplývá z času na přesun na nové místo a samotné rozvinutí. NZ obsazuje velký prostor 400–600 km². Z toho vyplývají určité potíže při přesunu nemocných a vydělení

k tomu sil a prostředků dopravy. Léčení raněných a nemocných ve FNZ počítáme po dobu 2—3 měsíců. Přitom bude probíhat odsun na teritorium. Počítáme, že vlaky, auty a částečně letectvy bude odsunuto 40—45 % raněných, tj. okolo 35 tisíc. Ostatní mají se léčit ve FNZ. To může budít určité výhrady. Může se to týkat celkové možnosti zdravotnické služby, zásad rozvinování ve válce a nutnosti udržování značných sil a prostředků zdravotnické služby pro civilní obyvatelstvo na teritoriu.

K rozvinutí jedné FNZ je třeba značného množství kádrů — 400 lékařů, 1200 ošetrovatelek a okolo 3500 zdravotnického personálu. K rozvinutí 6—8 základů je třeba 2500—3500 lékařů, od 7 do 10 000 ošetrovatelek a 21 000 až 28 000 přeškoleného personálu.

Dodržování zásady „léčit“ na FNZ zhoršuje podmínky činnosti zdravotnické služby. K léčení jsou optimální stacionární podmínky umístění. Ty můžeme získat na teritoriu rozšířením stálých nemocnic a rozvinutím nových v sanatorích, školách atd. Předvídáme, že na teritoriu se počet nemocničních lůžek ze 180 tisíc zvýší až na 360 tisíc. Budou samozřejmě pracovat v omezenějších podmínkách, ale budou to jistě lepší podmínky než v polních nemocnicích.

Při ponechání současného stavu je třeba značného úsilí při mobilizaci sil a prostředků na teritoriu a překonávat ztížené podmínky v polních základnách.

Na rozehrách při cvičení vidíme zesílenou tendenci zkrátit čas od zranění vojáka do poskytnutí jemu nejprve lékařské a pak ostatní pomoci. Ve Vietnamu docílili Američané zorganizovat zdravotnickou službu tak, že v některých případech zkrátili dobu od zranění k poskytnutí pomoci do 25 minut. Upustili od vytváření stálých základů poblíž bojujících vojsk. Organizovali lehké nemocniční základny s širokými možnostmi samostatného působení. Každá nemocnice měla jen 60 lůžek, spojením pak mohla dosáhnout až do 400 lůžek. Zmenšení nemocnic mělo výhodu v manévru a možnosti zasahovat v nejpotebnějších místech. Podobně i ostatní armády NATO počítají s nemocnicemi o menším se počtu lůžek, které však nepřekročí počet 100.

Jak řeší tyto armády obsluhu většího počtu raněných a nemocných?

Je známo, že na operačním stupni řeší tento problém rychlým a hromadným odsunem. Ve Vietnamu měli vybudovaný celý systém zdravotnických odsunů. Raněný po poskytnutí pomoci v lehkých nemocnicích byl odsunut na velkou vzdálenost od

fronty. První odsunová základna byla na Filipínách nebo Okinávě. Zdravotnická letadla v pravidelných letech odvážela raněné. Ranění, kteří neměli naději se vyléčit během 2—3 měsíců, byli odváženi do USA do nemocnic, které byly nejbližší jejich stálého bydliště.

Zkušenosti ukazují, že je možné snižovat stavy a prostředky zdravotnické služby udržovaných v prostoru bojové činnosti. Přitom můžeme zabezpečit raněným a nemocným kvalifikovanou pomoc a léčení, které se blíží mírovým podmínkám.

Je otázka, do jaké míry můžeme použít tyto zkušenosti v našich podmínkách (šlo o lokální válku s použitím konvenčních prostředků). To musíme důkladně zvážit.

Zejména je třeba zvážit též ekonomické důsledky nového řešení. Tak např. během frontové operace přijde do FNZ okolo 90 000 raněných. Z toho předpokládáme odsunout na teritorium do 45 %, tj. okolo 30—35 tisíc.

Teritoriální základna disponuje značným počtem dopravního letectva.

Možnosti odsunu raněných jednotlivými typy letadel ukazuje **tabulka 1**.

Jednoduchý výpočet podle údajů v tabulce 1 ukazuje na objem odsunu u typů letadel na vzdálenost 400—800 km

AN-2	180 X 3 =	324 osob
IL-14	306 X 3 =	918 osob
AN-12	120 X 2 =	240 osob
AN-24	432 X 3 =	1296 osob
IL-18	720 X 3 =	2160 osob
TU-134	225 X 3 =	675 osob
IL-62	240 X 2 =	480 osob

Celkem 6093 osoby

Samozřejmě, že tento výpočet je jen orientační. Ke snížení může dojít různými způsoby — např. nesprávné využití typu letadel, špatné podmínky přistání některých typů letadel na letištích atd.

I při využití letectva na 40 % bude schopno zajistit odsun 3000 raněných a nemocných denně. Jestliže přijmeme, že z celkového počtu raněných nebude mít naději na odsun okolo 10 %, pak můžeme počítat, že 60—70 % raněných a nemocných schopných odsunu budeme moci denně odsunout letadly. Pak můžeme počítat, že po skončení frontové operace, která trvala 10—12 dní, by odsun z FNZ mohl skončit do dvou týdnů.

Kdybychom přijali zásadu ihned odsunout raněné a nemocné z FNZ, důsledek by se projevil v mnoha směrech. Především by se mohl zmenšit počet nemocničních lůžek v FNZ. Také počet FNZ by

Tabulka 1

Typ letadla	Počet letadel	Rychlost přeletu km/h	Dolet	Počet raněných v jednom letadle a celkově	Počet možných letů
AN-2	18	180	1 200 km	6/108	3
IL-14	17	320	1 800 km	18/306	3
AN-12	2	520	12 000 km	60/120	2
AN-24	16	540	3 000 km	27/432	3
IL-18	10	650	5 000 km	72/720	3
TU-134	5	900	2 000 km	45/225	3
IL-62	2	870	10 000 km	20/240	2
Celkem	70			2 151	

se mohl snížit o 1/3, tzn. místo 6—8 by bylo 4—6. V nemocnicích bychom ponechávali jen raněné, které nemůžeme odsunout a uvolněné nemocnice můžeme použít v nových prostorech.

Náklad na odsun raněného nepřevyšuje 200—600 zlotých. Tento náklad je samozřejmě vyšší, než při použití jiného dopravního prostředku. Avšak při použití jiného dopravního prostředku musíme počítat s rozvinutím nemocnic na cestách odsunu a se stravováním raněných během odsunu.

Při přijetí nového způsobu odsunu bylo by třeba učinit opatření na teritoriu pro příjem raněných a nemocných. Jde zejména o vykládací prostory a odsun do teritoriálních zařízení. Přizpůsobení dopravních prostředků by nedělalo větší potíže. Některá letadla již mají možnost

adaptace — viz IL-14, AN-2 a IL-18. U ostatních letadel je třeba připravit záchytky k zavěšení nosítek a k nakládání raněných připravit vhodná zařízení. Strmé schody rozhodně neodpovídají těmto požadavkům. Ukazuje se, že nejvíce času bychom ztráceli při nakládání a vykládání. Vyřešení těchto problémů by přispělo i v míru k odstranění namáhavých prací v dopravním letectvu.

Zjednodušila by se spolupráce s ministerstvem zdravotnictví. Podle konkrétních podmínek je třeba si učinit závěr, zda přijat zásadu maximálního odsunu raněných z frontu na teritorium a jakým způsobem. Zvážit náklady na odsun v konkrétních podmínkách, zda jsou převažující nad časem odsunu raněných, přičemž je třeba brát v úvahu i morální hledisko.

Upraveno z polského tisku