

ZDRAVOTNICKÉ ZABEZPEČENÍ SOUDOBÉ OPERACE

Zabezpečení soudobých bojů a operací přináší řadu náročných úkolů pro zdravotnickou službu. Rychlé změny situací, vysoká tempa útoku, elasticita přední linie a neustálý vývoj bojové techniky, to vše jsou faktory, na které musí zdravotnická služba v systému zabezpečení včas a adekvátně reagovat. Nejsložitější problémy pak přináší neustálé zdokonalování jak klasických zbraní, tak zbraní hromadného ničení a z nich pak zejména jaderných zbraní. Tento vývoj by ve srovnání s minulými válkami přinesl obrovské změny jak v kvantitativním nárůstu poškození, tak i v jejich kvalitě. Stále více by zdravotnické ztráty měly charakter ohniskovosti, přičemž by tato ohniska byla rozložena na celou hloubku operační sestavy, enormně by narůstal počet popálenin, v masovém měřítku by vznikla nemoc z ozáření, měnil by se i charakter poškození u klasických zbraní (mnohočetnější poranění s velkou devastací tkání). Je pravděpodobné použití nových mixtur BBP, nových BCHL (Vx) a početní růst kombinovaných poranění (poranění — popálení — zamoření a řada dalších kombinací). To vše jsou skutečnosti, se kterými by se zdravotnická služba musela vyrovnávat. To klade značné nároky na její pohyblivost a manévrovost směrem k frontě, na manévry uvnitř zařízení jak typu zdravotnických praporů či oddílů, či manévry uvnitř zařízení nemocniční základny, ať už z hlediska třídění, zabezpečení dostatečného množství krev nahrazujících roztoků, či manévr silami uvnitř zařízení vzhledem k charakteru přicházejícího kontingentu raněných a nemocných.

Během bojů a operací vznikají ztráty na živé síle. Celkové ztráty na živé síle dělíme na nenávratné (mrtví, nezvěstní a zajatí) a zdravotnické ztráty. Zdravotnické ztráty pak můžeme rozdělit na 2 skupiny, bojové a nebojové. Do bojových ztrát počítáme ztráty vzniklé na základě mechanického, tepelného a radioaktivního poškození, zasažení BCHL a BBP, dále pak kombinovaná poranění a komplikace. Z nich pak jednotlivé druhy poškození či zasažení mají svoji vnitřní klasifikaci, např. radioaktivní zasažení dělíme na akutní a chronické stavy apod. Kombinovaná poranění a komplikace tvoří samostatné druhy, ale jsou prakticky výslednicí jmenovaných mechanismů poškození; vzhledem k jejich kvantitě (např. kombinovaná poranění po jaderných úderech mohou představovat největší část poškozených) a potřebě zvláštních druhů pomoci jsou jako samostatná kategorie bojových ztrát. Do nebojových ztrát počítáme úrazy, infekce a parazitární nemoci a ostatní nemoci jednotlivých orgánů a systémů lidského těla. Z hlediska potřeb třídění k poskytnutí pomoci, odsunu a statistiky pak dále dělíme raněné a nemocné na lehce a těžce raněné, potřebující pomoc v 1. pořadí apod.

Ztráty, které utrpí vojenská jednotka, útvar, svazek, nebo svaz při bojové činnosti na živé síle za určité období (den, operaci), či při plnění určitého úkolu (bližší, další úkol) označujeme jako celkové ztráty a dělíme na 2 základní skupiny, ztráty nenávratné a zdravotnické. Vyskytují se v určitém vzájemném poměru, který kolísá.

Tak např. ztráty na živé síle v první světové válce činily 20 % nenávratných a 80 % zdravotnických, v druhé světové válce 25 % nenávratných a 75 % zdravotnických. V soudobé válce bez použití jaderných zbraní předpokládáme 25 % nenávratných a 75 % zdravotnických, s použitím JZ 35 % nenávratných a 65 % zdravotnických. V ohniscích jaderného napadení počítáme s 40 % i více nenávratných a 60 % (popř. méně) zdravotnických.

Zdravotnické ztráty pak zahrnují osoby, které utrpí jakékoliv poškození na zranění a dostávají se do péče zdravotnické služby. Do této skupiny zpravidla počítáme raněné a nemocné, kteří byli vyřazeni

z bojové činnosti na dobu delší než 24 hodin, a kteří byli odsunuti od jednotky.

Orgány zdravotnické služby propočítávají pravděpodobné zdravotnické ztráty pro operaci (boj) a na základě toho pak plánují manévry silami a prostředky. Jedním z důležitých faktorů při plánování manévru je výše zdravotnických ztrát; na základě zkušenosti minulých válek, vyhodnocování účinků zbraní všeho druhu, způsobu vedení boje a operace stanovíme možná rozmezí počtu zdravotnických ztrát, jejichž počet upřesňujeme podle konkrétní situace. Vzhledem k neustálému vývoji všech druhů zbraní se tato rozmezí periodicky upřesňují a poslední údaje uvádíme v tabulce 1 až 4.

Tabulka 1

Útvar

Způsob vedení boje	Denní ztráty na živé síle v % celkového stavu útvaru		
	zdravotnické	nenávratné	celkové
bez JZ	11—20	4—7	15—27
s JZ	27,5—54	12,5—24	40—78
možné ztráty od jednoho úderu 10—15 v absolutních číslech	100—120	50—60	150—180
možné ztráty od jednoho JÚ mikrokaliberních zbraní v absolutních číslech	15—20	7—10	22—30

Ve variantě boje bez použití JZ počítáme (i v dalších tabulkách) s použitím BCHL a BBP.

Tabulka 2

Svazek

Způsob vedení boje		Denní ztráty na živé síle v % celkového stavu svazku		
		zdravotnické	nenávratné	celkové
bez JZ	útok	7—11	2,3—3,6	9,3—14,6
	obrana	7—13	2,3—4,4	9,3—17,4
s JZ	útok	17—27	7,3—11,6	24,3—38,6
	obrana	15—25	6,3—10,4	21,3—35,4
možné ztráty od jednoho úderu 2—50 v absolutních číslech		30—940	15—470	45—1410

U tankových divizí budou celkové denní ztráty na živé síle kolísat od 10—13 % do 18—20 % celkového stavu v útoku i v obraně; zdravotnické ztráty od 6,5—9 % do 12—13 % celkového stavu divize.

Tabulka 3

Armáda

Druh operace		za den			za operaci		
		zdravotnické	nenávratné	celkové	zdravotnické	nenávratné	celkové
bez JZ	útočná	1,7—2,7	0,5—0,95	2,2—3,65	11,9—24,3	3,9—8,1	15,8—32,4
	obránná	1,7—3,2	0,5—0,9	2,2—4,1	7,8—16,0	2,2—5,3	10,0—21,3
s JZ	útočná	3,5—4,4	1,75—2,5	5,25—6,9	24,2—35,2	11,5—17,5	35,7—52,7
	obránná	4,5—6,3	2,15—2,65	6,65—8,95	18,8—31,5	8,5—14,0	27,3—45,5

Tabulka 4

Front

Druh zbraně	za den			za operaci 10 dnů		
	zdravotnické	nenávratné	celkové	zdravotnické	nenávratné	celkové
střelné	0,5—0,6	0,1—0,2	0,6—0,8	5,0—5,5	1,8—3,0	6,8—8,5
chemické	0,3	0,1	0,4	2,5—3,0	0,9—1,5	3,4—4,5
biologické	0,1—0,2	—	0,1—0,2	1,0—1,5	0,5—1,0	1,5—2,5
nemocní	0,1	—	0,1	1,0	0,5	1,5
jaderné	1,2—1,3	0,5—0,7	1,7—2,0	12,5—14,0	7,0—10,0	19,5—24,0
zbytkové radiace	0,3	0,1—0,15	0,4—0,45	3,0	1,4—2,2	4,5—5,2
celkem	2,5—2,8	0,8—1,15	3,3—3,95	25,0—28,0	12,1—18,2	37,1—46,2

Ztráty v tabulce 3 vycházejí z předpokladu, že v operaci bez JZ by útočná operace trvala 7—9 dní; v operaci s JZ by útočná operace trvala 7—8 dnů a obrana 4—5 dní. U armády na vedlejší směr by mohly být ztráty až o 30 % nižší, na pomocném až o 50 % nižší. Průměrné zdravotnické ztráty od 1 jaderného úderu malé, střední a velké ráže činí 130 osob, při použití mikrokalierního náboje 20 osob (podle některých údajů 50).

V útočné operaci bez použití ZHN jsou předpokládány denní zdravotnické ztráty u střelných zbraní do 1 %, nemocní do 0,1 %. Při použití jaderných zbraní je třeba k denním zdravotnickým ztrátám připočíst 0,1—0,2 % stavu vojsk pro akutní reaktivní stavy. Průměrné zdravotnické ztráty po jaderném úderu malé, střední a velké ráže předpokládáme okolo 180 osob, při použití mikrokalierních nábojů okolo 20 osob (podle některých údajů 50—70 osob).

Je zřejmé, že jak výše, tak i struktura zdravotnických ztrát závisí na řadě konkrétních podmínek. Proto můžeme zdravotnické ztráty odhadovat pouze po hlubokém a všestranném zhodnocení nepřítel a vlastní situace. Nemá a nemůže být nějaká „všeobecná“ univerzální šablona pro reálný odhad zdravotnických ztrát. Má-li být tento odhad co nejvěrohodnější, pak se zdravotnická služba neobejde bez řady konkrétních údajů od operačních, průzkumných, chemických, ženižních i dalších orgánů. Tyto propočty jsou náročné i časově a proto v poslední době se zejména na vyšších stupních přechází na jejich strojové zpracování. Jedním z limitujících faktů pro výpočet zdravotnických ztrát je předpokládaný počet jaderných úderů nepřítel. Při odhadu musíme postupovat velmi obezřetně a používat všech dostupných informací o druhu, ráži, počtu jaderných úderů, předpokládaných pásem zamoření, operační či taktické situaci, poměru sil apod.

Péči o raněné, nemocné a zasažené realizujeme u bojujících vojsk léčebně odsunovým systémem, tj. souhrnem opatření k poskytnutí zdravotnické pomoci raněným a nemocným v potřebném rozsahu a v požadovaném časovém termínu. Zahrnuje složku léčebnou a odsunovou, která tvoří neoddelitelnou část jednoho celku. Nebylo tomu tak vždy. Organizace zdravotnického zabezpečení bojujících vojsk bylo rozpracována po vzniku stálých pravidelných armád koncem 17. a počátkem 18. století. Používaly se prakticky 2 způsoby, které postupem času daly vznik jednomu systému, vzniklému kombinací obou

— byl to způsob (systém) léčení na místě a způsob (systém) odsunový.

Náš současný systém léčebně odsunového zabezpečení jsme převzali od Sovětské armády. Tento systém se stále zdokonaloval a do začátku Velké vlastenecké války byl prakticky dokončen systém etapního léčení s odsunem podle určení a jeho organizační včlenění do dnešní podoby proběhlo v letech války. Současný systém již nepředpokládá odsun všech raněných a nemocných od etapy na etapu, ale počítá s tím, že část raněných a nemocných bude některé etapy mít cílem je co nejrychlejší odsun raněných a nemocných do těch zdravotnických zařízení, kde jim bude poskytnut jak nutný druh pomoci, tak i léčení. Zvlášť velký význam má organizace rychlého odsunu podle určení počínaje etapou odborné lékařské pomoci (tj. divizním obvazistěm nebo zdravotnickým oddílem).

Podstatou systému etapového léčení s odsunem podle určení jsou postupná, na sebe navazující léčebná opatření na zdravotnických etapách, skloubená s odsunem raněných a nemocných do specializovaných zařízení podle zdravotnických indikací a v souladu s bojovou a zdravotnickou situací. Zvláštní význam má postupnost a návaznost pomoci, tzn. dodržení jednotných postupů léčení a postupné rozšiřování léčebných opatření na zdravotnických etapách v závislosti na jejich vzdálenosti od fronty.

Významným opatřením systému léčebně odsunového zabezpečení a podmínkou jeho účinnosti je včasnost poskytnutí potřebného druhu zdravotnické pomoci — ve lhůtách (termínech, časových úsecích) nejpříznivějších pro možnost navrácení zdraví raněným a nemocným. Zvláštní význam má včasná první lékařská a odborná lékařská pomoc. Tu podmiňuje včasný výnos a vývoz raněných z bojiště, co nejrychlejší, odsun a správná organizace práce zdravotnických etap. Nejcharakterističtější znakem tohoto systému je široká paleta poskytované specializované zdravotnické pomoci, zabezpečená mohutnými nemocničními zařízeními frontu v nemocničním zařízení frontu v nemocničních základnách, vybavených k tomuto účelu jak příslušnými specialisty, tak příslušným materiálem, přístroji a technikou.

Specializace je zabezpečena buď již tabulkami počtů, (např. chirurgická odsunová nemocnice, nemocnice lehce raněných, infekční polní pohyblivá nemocnice, neurologická polní pohyblivá nemocnice, polní letecká nemocnice) nebo posílením nemocnic všeobecně chirurgic-

kých či vnitřních skupin specialistů, učleněných tabulkově do zvláštních útvarů (posilových skupin specialistů). Zejména tento druhý způsob specializace dává možnost pružného manévru silami zabezpečujícími poskytování specializované lékařské pomoci v souladu s měnícími se podmínkami situace.

Léčebně odsunový systém zahrnuje tudíž kromě složky odsunové jako neoddělitelnou součást složku léčebnou, která spočívá v poskytování různého druhu zdravotnické pomoci, charakteristického pro ten či onen typ zdravotnických etap. Přímo na bojišti, bezprostředně po vzniku poranění poskytujeme **první pomoc** — buď formou svépomoci či vzájemné pomoci, nebo ji poskytne zdravotnický instruktor roty či sběrač raněných. Na praporem obvazišti první pomoc doplňuje a rozšiřuje o **předlékařskou pomoc** zdravotník praporu. Efektivní pomoc má být poskytnuta do 1—2 hodin po vzniku poranění. Do 2—4 hodin po vzniku poranění je třeba poskytovat **první lékařskou pomoc**, kterou poskytujeme většinou na plukovním obvazišti a představuje takové lékařské výkony, jež by umožnily bez dlouhého zdržení na etapě další odsun raněných a nemocných. **Odbornou (kvalifikovanou) lékařskou pomoc má poskytnout odborník** — chirurg nebo internista (radiotoxiterapeut) na divizním obvazišti (zdravotnického oddílu) do 6 hodin po poranění nebo zasažení. Jde o neodkladné chirurgické nebo interní výkony, bez nichž by byl vážně ohrožen život postiženého. Nemocniční základny poskytují specializovanou lékařskou pomoc a odbornou lékařskou pomoc těm raněným a nemocným, kterým nebyla poskytnuta dříve a kteří ji potřebují. Má být poskytnuta do 10—12 hodin od vzniku poranění, či poškození. K zabezpečení potřebného léčení je třeba, aby rozvinutá nemocniční základna zůstala na místě nejméně 30 dní.

Rozsah zdravotnické pomoci závisí na okamžitém poměru výkonnosti etapy a úkolů, které před ní stojí. Tento poměr může narušovat bojová situace, charakter bojové činnosti, počet a charakter zdravotnických ztrát, snížený stav personálního a materiálního vybavení etapy a změna podmínek pro činnost etapy (zamoření, ohrožení palbou apod.). Podle vzniklé situace pak na zdravotnické etapě můžeme poskytnout pomoc v plném rozsahu, zúženém a rozšířeném. Při používání zbraní hromadného ničení půjde nejčastěji o zúžený rozsah pomoci.

V závislosti na časech potřebných k poskytnutí určeného druhu zdravotnické

pomoci rozvíjíme zdravotnické etapy v příslušných vzdálenostech od čáry dotyku, kratších za útoku (praporem obvaziště 1—2 km, plukovní obvaziště 4—6 km, divizní obvaziště (zdravotnický oddíl) 10 až 15 km, nemocniční základna 30—50 km, delších v obraně, praporem obvaziště do 5 km, plukovní obvaziště asi 10 km, divizní obvaziště (zdravotnický oddíl) 15 až 20 km, nemocniční základna 80—100 km.

K realizaci komplexního zdravotnického zabezpečení má zdravotnická služba síly a prostředky, které podle pracovního zaměření dělíme na:

1. řídicí,
2. léčebné,
3. hygienicko-epidemiologické,
4. dopravní a odsunové,

5. prostředky vojenské farmacie (k zabezpečení zdravotnického materiálu a techniky)

6. prostředky zajišťující činnost zdravotnických útvarů, zařízení a jednotek (týlové, spojovací a další),

ad 1. Úkolem řídicích orgánů zdravotnické služby je vytvářet podmínky nezbytné pro dobrý průběh zdravotnického zabezpečení vojsk, vymezovat úkoly a řídit činnost podřízených útvarů (zařízení, jednotek) zdravotnické služby podle konkrétní situace: dále usměrňovat činnost podřízených útvarů (zařízení, jednotek) zdravotnické služby v souladu s celkovou funkcí léčebně odsunového systému, organizovat jejich nepřetržitě materiální zabezpečení, kontrolovat a vyhodnocovat plnění úkolů zdravotnického zabezpečení.

K řídicím orgánům zdravotnické služby počítáme u útvaru hlavního lékaře, u svazku náčelníka zdravotnické služby u armády náčelníka zdravotnické služby se zdravotnickým oddělením, u frontu náčelníka zdravotnické služby se zdravotnickou správou, frontové odsunové středisko a velitelství nemocniční základny.

ad 2. Úkolem léčebných sil a prostředků je přejímat raněné a nemocné, třídit je podle povahy poranění a onemocnění, podle naléhavosti ošetření a schopnosti k odsunu, poskytovat raněným a nemocným zdravotnickou pomoc a léčení ve stanoveném rozsahu; připravovat raněné a nemocné k dalšímu odsunu, zabezpečovat občerstvení a stravování raněných a nemocných.

K léčebným silám a prostředkům počítáme na jednotlivých stupních (uvádíme některé kalkulační normy):

- u útvaru — **plukovní obvaziště P10**, — průchodnost raněných za hodinu 20—25,

- poskytnutí první lékařské pomoci za hodinu 4—8 (při 3 lékařích),
- nejkratší efektivní doba činnosti na jednom místě — 2 až 3 hodiny,
- doba rozvinutí — 20 minut,
- u svazku — **divizní obvaziště (zdravotnický oddíl) — (DO, ZO)**
- průchodnost za hodinu — 40,
- průchodnost za den — 300—500,
- může dočasně hospitalizovat — 40,
- nejkratší efektivní doba činnosti na jednom místě — 48 hodin,
- zahájení příjmu raněných — 30—40 minut,
- plně rozvinutí — 2—3 hodiny;
- u armády — **armádní odřad zdravotnických posilových skupin (Aozps)**
- 3 skupiny řízení odsunů, 4 skupiny všeobecné chirurgické, 2 toxikologické, 2 oftalmologické, 2 psychoneurologické, 2 skupiny zdravotnického personálu jako záloha pro útvary armády,
- skupiny jsou určeny pro posilování divizních obvazíšť (zdravotnických oddílů), event. nižších etap,
- **zdravotnické oddíly (ZO)**
- pro posilování svazků, event. samostatné rozvinování péči zdravotnické služby armády,
- u frontu — **odsunová sběrna (OS)**
- spolu s nemocnicí chirurgického typu může tvořit rozdělovní raněných nemocniční základny,
- může zabezpečovat uvolnění nemocniční základny po skončení její činnosti,
- **chirurgická polní pohyblivá nemocnice (CHPPN) — 200 lůžek,**
- **chirurgická odsunová nemocnice (CHON) — 600 lůžek,**
- **nemocnice lehce raněných (NLR) — 750 lůžek,**
- **vnitřní polní pohyblivá nemocnice (VPPN) — 300 lůžek,**
- **neurologická polní pohyblivá nemocnice (NPPN) — 300 lůžek,**
- **infekční polní pohyblivá nemocnice (IPPN) — 100 lůžek,**
- **polní letecká nemocnice (PLN) — 200 lůžek,**
- **posilové skupiny specialistů (PSS),**
- určeny k posilování nemocnic a jejich specializací v rámci nemocnice základny,
- jsou zde skupiny neurochirurgů, hrudních chirurgů, ortopédů, všeobecných chirurgů, laboratorní, radiometrické, soudně lékařské a pojiždné rtg kabinety,

— **transfúzní stanice typu „A“ a „B“ (TS)**

— určeny k odběrům, uchování a distribuci krve pro zdravotnická zařízení,

— **zdravotnické oddíly (ZO)** — pro posilování armád, eventuálně samostatné rozvinování v hloubce operační sestavy,

Dále můžeme v počátečním období války využívat teritoriální zdravotnická zařízení rozvinutá na vlastním území, typu:

— dočasné lékařské ošetrovací středisko (DLOS) — poskytující odbornou lékařskou pomoc jako divizní obvaziště, mají 400 míst pro hospitalizaci,

— vojenská nemocnice (VN — 500 lůžek,

— pomocné vojenské nemocnice „A“ a „B“ (PVN) — 300 a 500 lůžek,

— odsunové nemocnice — 500 a 1000 lůžek.

ad 3. Úkolem hygienicko-epidemiologických sil a prostředků je neustálý dozor nad zdravotním, hygienickým a epidemiologickým stavem vojsk a prostoru jejich působení se zřetelem na možné použití bojových biologických prostředků nepřítel; dále pak pro hygienická a protiepidemická opatření s hlavním důrazem na přenosné choroby a cesty jejich přenosu.

K hygienicko-epidemiologickým silám a prostředkům počítáme tyto výkonné prostředky:

— u svazku — hygienicko-epidemiologickou četou (HEC); je v sestavě zdravotnického praporu,

— u armády — armádní hygienicko-epidemiologický oddíl (AHEO),

— u frontu — frontový hygienicko-epidemiologický oddíl typu „A“ a „B“ (FHEO).

ad 4. Úkolem odsunových a dopravních sil a prostředků zdravotnické služby je zajistit odsun raněných a nemocných z bojiště nebo ohniska hromadných ztrát, jejich odsun na zdravotnické etapy, kde jim bude poskytnuto ošetření nebo léčení, přesuny, přemísťování sil a prostředků útvarů (zařízení, jednotek) zdravotnické služby do prostorů jejich činnosti a přesun zdravotnického materiálu.

K odsunovým a dopravním silám a prostředkům počítáme tyto výkonné prostředky:

— u útvaru a svazku — odsunové a dopravní prostředky jsou začleněny v sestavě plukovníka obvaziště a zdravotnického praporu (zdravotnického oddílu),

— u armády — autobusový zdravotnický prapor (abzpr) — odsunová kapacita 2000 raněných/1 koloběh,

— u frontu — autobusový zdravotnický prapor (abzpr) — odsunová kapacita 1750 raněných/1 koloběh,

ad 5. Síly a prostředky vojenské farmacie zabezpečují vojska a jejich zdravotnickou službu všemi druhy zdravotnického materiálu a techniky, organizují opravy zdravotnické techniky, pečují o hospodárnou spotřebu zdravotnického materiálu a organizují využití kořistního zdravotnického materiálu.

K silám a prostředkům vojenské farmacie počítáme tyto výkonné prostředky:

— u svazku — zdravotnický sklad je začleněn v sestavě divizního obvaziště,

— u armády — armádní zdravotnický sklad,

— u frontu — frontový zdravotnický sklad.

Aby bylo využití všech sil a prostředků zdravotnické služby co nejefektivnější, příslušný náčelník zdravotnické služby je podle schváleného plánu začleňuje do operační (bojové) sestavy nebo do vytvářených záloh, kde plní stanovené úkoly zdravotnického zabezpečení vojsk. Význam a potřeba manévru zdravotnickými silami a prostředky tkví především v tom, že je určitým způsobem členíme nebo naopak seskupujeme do míst zasazení a činností, posílujeme jimi nižší stupně velení nebo vytváříme z nich příslušné zálohy. Tak můžeme reagovat na operační (bojovou) situaci a její změny, na zdravotnickou situaci, zejména vznik zdravotnických ztrát, hygienicko-epidemiologickou situaci a stav zásob zdravotnického materiálu u vojsk. Čím vyšší je stupeň velení, tím manévr zdravotnickými silami a prostředky je složitější a náročnější.

Hlavní lékař pluku plánuje manévr plukovním obvazištěm tak, že již před bojem z něj vyčlení nejnútnejší síly a zejména odsunové prostředky pro posílení praporečnických obvazišť a skupin sběru a vývozu raněných z bojiště. V průběhu boje může plukovní obvaziště členit na báзовou část a pojiždňou převazovou a tím zabezpečovat první lékařskou pomoc zároveň na dvou místech, nebo střídá činnost obou součástí obvaziště, přesunovat je střídavě za vojska a tím zabezpečovat včasné poskytování první lékařské pomoci při vysokém tempu postupu vojsk.

Náčelník zdravotnické služby divize již většinou dostává z nadřazeného stupně kromě odsunových prostředků i jednu až dvě etapy odborné lékařské pomoci (zdravotnické oddíly). S těmito silami a prostředky pak plánuje manévr jednak k posílení plukovních obvazišť odsunovými prostředky, jednak k postupnému přesunu za

vojska a rozvinutí přidělených zdravotnických oddílů i vlastního zdravotnického praporu divize k zabezpečení včasného poskytnutí odborné lékařské pomoci příslušníkům divize i příslušníkům přidělených a posilových útvarů, které působí v její prospěch. Přitom musí též plánovat a v rámci hygienicko-epidemiologických opatření zabezpečit manévr hygienicko-epidemiologickou četou, která je sice součástí zdravotnického praporu, ale může působit i samostatně, nebo může být přičleněna k některému ZO. Obdobně divizní zdravotnický sklad, ač je součástí zdravotnického praporu, může být přičleněn k ZO, který je rozvinut za vojska, a odtud zásobovat podřízená plukovní obvaziště zdravotnickým materiálem.

Složitost manévru zdravotnickými silami a prostředky narůstá na stupni vševojskové armády a zejména na stupni frontu.

Plní zdravotnické útvary armády, rozšířené o útvary přidělené od frontu, zaujímají podle rozhodnutí náčelníka zdravotnické služby armády prostory zdravotnických záloh armády, z nichž většinou se jedna rozmísťuje u TVS armády a dvě až tři jsou předsunuté za provosledovými divizemi. Tyto předsunuté zdravotnické zálohy doplňujeme ze zdravotnické zálohy, rozmístěné u TVS armády. Jsou to síly a prostředky, potřebné pro posílení příslušných divizí na jeden den boje. Zahnují síly a prostředky léčebné (ZO, posilové skupiny odborníků z armádního oddělu zdravotnických posilových skupin), odsunové (zdravotnické autobusy), zásobovací (normy zdravotnického materiálu) a v některých případech i hygienicko-protiepidemické (pojiždňé hygienicko-epidemiologické laboratoře). Náčelník zdravotnické služby armády cestou předsunutých zdravotnických záloh zásobuje podřízené divize zdravotnickým materiálem, posílují je vyčleněnými ZO buď jejich přidělením divizí do operační podřízenosti, nebo jejich rozvinutím ve prospěch divize. Organizuje jejich cestou odsun raněných a nemocných z rozvinutých ZO (DO) do nemocničních základů frontu. Zároveň může jejich cestou posilovat zdravotnickou službu divizí odborníky z armádního oddělu zdravotnických posilových skupin, pojiždňými hygienicko-epidemiologickými laboratořemi nebo uhrazovat ztráty zdravotnického personálu.

Zdravotnická záloha u TVS armády tvoří základ záložních sil a prostředků zdravotnické služby armády. Z ní náčelník zdravotnické služby armády vyčleňuje a doplňuje síly a prostředky do předsunutých zdravotnických záloh, v ní soustře-

duje prostředky od frontu a doplňuje a zásobuje útvary a odsunové prostředky před jejich dalším nasazením. Z toho vyplývá, že složení armádní zdravotnické zálohy je proměnné, zejména pokud se týče počtu ZO a odsunových prostředků. Stálými prvky zůstávají jen velitelský Aozps, jehož náčelník je zároveň velitelem celé zdravotnické zálohy, velitelský a štáb abypr, a armádní zdravotnický sklad.

Množství a rozmanitost frontových zdravotnických útvarů a zařízení znemožňuje jejich přímé řízení ze zdravotnické správy frontu. Proto jsou na tomto stupni vytvořeny orgány pro řízení manévru a činnosti a materiální zabezpečení zdravotnických útvarů frontu. Z nich především Velitelství frontového odsunového střediska (VFOS) hraje důležitou úlohu jako záložní velitelské stanoviště zdravotnické služby frontu a jako orgán pro řízení příjmu zdravotnických útvarů a zařízení při jejich soustředění v prostorech soustředění, pro řízení činnosti zaplněných nemocničních základů a jejich uvolňování odsunem raněných a nemocných do zdravotnických zařízení na teritoriu. Neméně důležitými řídicími orgány jsou Velitelství nemocničních základů (VNZ), kterých je u frontu několik. Jejich hlavním úkolem je podle rozkazů náčelníka zdravotnické služby frontu učleňovat polní nemocnice a je zabezpečující útvary do nemocničních základů (NZ), organizovat jejich přesun do stanovených míst rozvínutí a řídit a po všech stránkách zabezpečovat jejich činnost. Organizace umožňuje jednomu VNZ řídit až 3 nemocniční základny, o celkové kapacitě 15–20 000 lůžek, což představuje 40–60 zdravotnických útvarů. Rozvinutá nemocniční základna zůstává vzhledem k charakteru poskytované specializované lékařské pomoci na místě 3–6 týdnů a představuje asi pro 60 % raněných a nemocných konečnou etapu zdravotnické pomoci a léčení. Nemocniční základny jsou rozvíňovány postupně za armádami prvního sledu ve vzdálenosti 30–40 km od čáry dotyku. Většinou se rozvíňují ve prospěch každé prvosledové armády, není však výjimkou ani rozvínutí jedné NZ ve prospěch dvou sousedních armád na jejich rozhraní. Vzdálenost mezi jednotlivými NZ se pohybuje mezi 70–90 km, nemá z důvodů únosnosti délky odsunu přesáhnout 100 km. Někdy, na základě vyhodnocení účinku zbraní hromadného ničení nepřítel, můžeme rozvíňout NZ k zabezpečení vysokých zdravotnických ztrát přímo v blízkosti jejich výskytu. V tom případě nemusíme do držet uvedené vzdálenosti. Postupně roz-

víňování za prvosledovými armádami zabezpečíme tím, že u rozvinuté NZ vytváříme zálohu polních nemocnic pro vytvoření další. Tyto nemocnice jsou přisunovány pod velením příslušného NZ z týlu, z prostorů soustředění zdravotnických útvarů a zařízení. Kromě těchto útvarů u NZ rozvíňutých nejbližší za vojsky rozmísťujeme zálohy sil a prostředků, určené k posilování prvosledových armád, zvané Zdravotnické zálohy zvláštního určení (ZZZU). Další zálohu umísťujeme u TVS frontu. Je určena k zabezpečení míst velení a k likvidaci hromadných ztrát u frontových svazků a útvarů. Složení těchto záloh je nestálé, většinou je to několik zdravotnických oddílů a odsunových prostředků z autobusových zdravotnických praporů. Náčelník zdravotnické služby frontu jim velí buď přímo, nebo prostřednictvím příslušného VNZ.

Součástí ZZZU mohou být i frontové hygienicko-epidemiologické oddíly, pokud nejsou zasazeny. Jejich rozmístění při zasedání, pokud to situace nevyžaduje jinak, je v NZ, odkud prostorově zabezpečují hygienicko-epidemiologickým dozorem, průzkumem a nezbytnými opatřeními určitou část pásma frontu podle rozhodnutí náčelníka zdravotnické služby. Další jejich možné rozmístění při zasedání je přímo u ohniska výskytu epidemicky závažných onemocnění, při organizaci karanténních, zdravotnicko-observačních opatření nebo u prostoru, který je zasažen bojovými biologickými prostředky. Prostorově zabezpečení je pro frontové hygienicko-epidemiologické oddíly typické, na rozdíl od činnosti armádních hygienicko-epidemiologických oddílů, které vedou průzkum, zabezpečují dozor a hygienicko-epidemiologická opatření na směrech, převážně za prvosledovými divizemi armády.

Armády a frontové zdravotnické útvary a zařízení zdravotnickým materiálem zásobují frontové zdravotnické sklady, které vyvázejí materiál do frontových základů a odtud jej svými pohyblivými odděleními přisunují do oddělení frontových základů za armádami a doplňují zásoby rozvíňutých NZ. Napojením na polní zásobovací systém se zásobují i zdravotnické útvary a zařízení frontu ostatními druhy materiálu.

Zvláštností v systému zdravotnického zabezpečení je zdravotnické zabezpečení počátečního období války, zejména při organizaci příkrytí státní hranice. Etapy odborné lékařské pomoci (zdravotnické oddíly, divizní zdravotnické prapory) zůstávají většinou v záloze a jejich úkoly v poskytování odborné lékařské pomoci

přebírají stacionární zařízení na teritoriu -- dočasná lékařská a ošetrovací střediska (DLOS). Obdobně i specializovanou lékařskou pomoc a hospitalizaci raněných a nemocných zabezpečují vyčleněné stacionární zařízení na teritoriu -- vojenské nemocnice, pomocné vojenské nemocnice

a odsunové nemocnice. Až po vyčerpání jejich kapacity, jsou rozvíjeny, vyžaduje-li to situace, polní zdravotnické etapy. Též k hygienicko-protiepidemickému zabezpečení využíváme stacionárních Okružných hygienicko-epidemiologických oddílů.

Závěrem chceme připomenout několik hlavních zásad při plánování i vedení soudobých operací a bojů.

Velká účinnost a ničivost moderních zbraní, zejména jaderných, bude v řadě případů příčinou vzniku většího počtu zdravotnických ztrát, než na jaké stačí síly a prostředky zdravotnické služby daného stupně. Z toho důvodu vytváříme zálohy zdravotnických sil a prostředků na vyšších stupních velení a v případech i jejich vyčerpání, organizujeme pomoc s využitím vševojskových prostředků. To se týká zejména vyhledání a vyproštění raněných a zasažených po úderech, jež mají za následek hromadné ztráty, vyčlenění nutného počtu dopravních prostředků všeobecného určení k zabezpečení včasného odsunu raněných a zasažených, popř. i zabezpečení jejich vzdušného odsunu. Řešení těchto otázek vyžaduje nutně zainteresovanost příslušných velitelů nebo jejich zástupců, stejně jako ochrana a obrana zdravotnických etap nebo jejich evakuace jako vynucené opatření před zachycením pozemními silami protivníka. Evakuace zdravotnických etap, zaplněných raněnými a nemocnými, je vždy záležitostí značně složitou, na vyšších stupních (zejména u nemocniční základny) velmi těžce uskutečnitelnou. Nemocniční základna je po rozvinutí nepohyblivá, protože dopravní prostředky jí odebíráme a přidělujeme dosud nerozvinutým polním nemocnicím k přesunu do míst zasazení a rozvinutí. Polní nemocnice nejsou totiž vybaveny takovým počtem dopravních prostředků, aby se mohly přesunout jedním koloběhem. I na nižších etapách však předpokládá evakuace značné posílení dopravními prostředky a vždy znamená zhoršení zdravotního stavu většiny raněných i zvýšení nenávratných ztrát.

Zdravotnické zabezpečení je neoddelitelnou součástí plánování i řízení bojové činnosti vojsk. Udržování a zvyšování jeho kvality a nepřetržité akceschopnosti musí být vzhledem k charakteru soudobých bojů a operací prvořadým zájmem všech orgánů zdravotnické služby a předmětem pozornosti i velitelských orgánů jako jeden z důležitých faktorů zabezpečení činnosti vojsk a jejich vysokého morálního stavu.