

ZDRAVOTNICKÉ ZABEZPEČENÍ OMS

Charakter činnosti operační manévrovací skupiny (OMS) neumožní ve zdravotnickém zabezpečení uplatnit přijatý a v současné době používaný systém etapového léčení s odsunem podle určení. Odlišnosti v léčebně odsunovém zabezpečení vzniknou za situace, kdy dojde k odtržení OMS od hlavních sil, kdy bude obtížné rozvinout etapy odborné lékařské pomoci (rozhodně ne v dostatečném počtu) a kdy nebude možné odsunout raněné do nemocniční základny po komunikacích přes území nepřítelů. To předpokládá přijímat v přípravném období, ale i v průběhu bojové činnosti [podle konkrétní situace] některá opatření:

- posílit zdravotnické etapy personálem, zdravotnickým materiálem, technikou a odsunovými prostředky (hlavně na převoz raněných),
- zabezpečit, aby zdravotnické etapy byly schopny po určitou dobu poskytnout neodkladnou pomoc o stupeň vyšší než za normálních podmínek,
- zvýšit zásoby zdravotnického materiálu u jednotlivce a jednotek,
- organizovat součinnost k využití všech možných prostředků a způsobů odsunu raněných do nemocniční základny.

Etapy můžeme posílit zdravotnickým personálem z odřadu zdravotnických posilových skupin a ze záložního zdravotnického oddílu velitelství nemocniční základny, výjimečně též z posilových skupin specialistů. Zdravotnické odsunové prostředky můžeme vyčlenit z autobusových zdravotnických praporů.

Organizace zdravotnického zabezpečení OMS bude vycházet z předpokládaného

množství zdravotnických ztrát. Tyto budou u OMS značně variabilní a časově i prostorově nerovnoměrně rozloženy. Za rychlého postupu budou zdravotnické ztráty způsobeny především nepřátelským letectvem a dělostřelectvem [musíme počítat i s širším použitím mikrokaliبرních úderů nepřítelů]. Vyšší ztráty budou u prvořadových jednotek, které se zaváží do boje s nepřítelem (kterého nemohou obejít). Za takové situace můžeme předpokládat průměrné denní zdravotnické ztráty u OMS frontu 3–5 % a OMS armády 6–7 %. Po dosažení určeného prostoru v hloubce nepřátelského území budou ztráty [tak jako při boji v obklíčení] větší. Především mohou narůst při použití jaderných zbraní. V tomto období můžeme předpokládat průměrné denní zdravotnické ztráty u OMS frontu 6–10 i více procent a OMS armády 10–15 i více procent. Při vážnutí odsunu od OMS do nemocniční základny (prakticky do spojení OMS s hlavními silami) počítáme s tím, že se denně bude zvyšovat počet nenávratných ztrát osob.

Rozsah poskytování zdravotnické pomoci bude záviset na situaci. Za rychlého postupu vojsk bude pomoc zůžena na neodkladná opatření, která zachraňují život. Při boji v obklíčení a při vážnutí odsunu bude nezbytný rozsah zdravotnické pomoci rozšířit.

První pomoc budeme organizovat a poskytovat formou svépomoci a vzájemné pomoci přímo v bojových vozidlech. To vyžaduje, aby všichni vojáci dobře znali zásady poskytování první pomoci. Již v přípravném období musíme kompletně doplnit lékařničky bojových vozidel, popř. zvýšit v nich

množství obvažového materiálu. Pokud dojde k jednotlivým poraněním a bojové vozidlo bude schopné pokračovat v plnění úkolu, raněného ponecháme ve vozidle a podle stupně poranění předáme k dalšímu ošetření až za krátké zastávky.

Předlékařskou pomoc poskytneme praporem obvažiště během zastávek a přestávek v bojové činnosti. Lehce raněné, kteří jsou schopni pohybu, budeme po poskytnutí pomoci vracet zpět do bojových vozidel, neschopné pohybu a těžce raněné převezeme na předem určených zdravotnických vozidlech a při nejbližší možnosti je předáme plukovnímu obvažišti.

První lékařskou pomoc poskytneme plukovní obvažiště buď organické nebo vyčleněné.

Organické plukovní obvažiště poskytneme první lékařskou pomoc během zastávek a přestávek. Pro poskytnutí pomoci využije hlavně pojízdnou převazovnu nebo stacionární objekty (ordinace lékaře, školy, hostince, kina atd.). V tuto dobu budou přiváženi ranění z praporečnických obvažišť. Můžeme též ponechat vozidla s raněnými u osy postupu plukovního obvažiště, které je bude postupně přibírat. Plukovní obvažiště můžeme posílit chirurgem zdravotnického praporu nebo samostatného zdravotnického oddílu a tím zvýšit jeho kapacitu a popř. zabezpečit základní chirurgické ošetření.

Náčelník zdravotnické služby svazku (OMS) může první lékařskou pomoc organizovat tak, že vyčlení některá plukovní obvažiště (přidělených jednotek dělostřelectva, PVO) a nařídí je rozvinout poblíž pochodové osy. Potom by tato plukovní obvažiště pracovala jako etapní stanice. Vzhledem k délce pochodových proudů mohla by tato plukovní obvažiště pracovat na místě prakticky 20–24 h, aniž by se vzdálila od vlastních vojsk. Na tato plukovní obvažiště můžeme odsunovat raněné od pochoduvojců vojsk.

U OMS frontu bude hloubka celé sestavy větší. Pro poskytování **odborné lékařské**

pomoci (v nejnutnějším rozsahu) můžeme v blízkosti pochodové osy rozvinout i etapy odborné lékařské pomoci — přidělené samostatné zdravotnické oddíly. Rozvinout v těchto prostorech divizní zdravotnické prapory by nebylo vhodné.

Po dosažení určeného prostoru v hloubce nepřátelské obrany organizujeme zdravotnické zabezpečení OMS jako v obraně nebo v obklíčení. Všechny zdravotnické etapy (praporeční a plukovní obvažiště, zdravotnický prapor, samostatné zdravotnické oddíly) budou rozvinuty. U etap odborné lékařské pomoci bude docházet k nahromadění raněných a nemocných. Proto je výhodné rozvinovat tyto etapy na základě stacionárních zdravotnických zařízení (nemocnice, sanatoria, lékařské domy, rehabilitační zařízení, zotavovny atd.). Etapy odborné lékařské pomoci posílíme materiálem a personálem. Po spojení OMS s hlavními silami bude nejdůležitějším úkolem zdravotnické služby organizovat rychlé poskytnutí lékařské pomoci raněným.

Zvláštností zdravotnického zabezpečení OMS jsou zdravotnické odsuny. Hlavní zásadou musí být, aby zdravotnické odsuny probíhaly po komunikacích na rozvinuté etapy hlavních sil (dokud to situace dovolí), tzn. dokud se OMS neodpoutá a nevzdálí od hlavních sil. Tyto odsuny uskutečňují předem určená zdravotnická vozidla, která se pravděpodobně do sestavy OMS již nevrátí. Proto vyčlenění počtu zdravotnických odsunových vozidel musí být tak velké, aby i po odsunu raněných na etapy hlavních sil zbylo dostatečné množství vozidel pro vedení raněných.

Raněné a nemocné můžeme odsunovat též vrtulníky přímo do nemocniční základny. Velmi zřídka můžeme vrtulníky vyčlenit se speciálním zaměřením pro odsuny raněných. Je ale možné, že budeme OMS přisunovat vrtulníky další síly, prostředky a materiál. V tomto případě bude nutné organizačně zabezpečit, aby všechny vrtulníky na zpáteční cestě přepravily raněné a nemocné.

Tyto názory na zdravotnické zabezpečení OMS jsou pouze dílčím příspěvkem a podnětem k dalšímu řešení problémů spojených s organizací zdravotnického zabezpečení OMS v útočné operaci.

Bude účelné dále rozvíjet tuto problematiku, zejména po ověření a získání bohatších zkušeností ze cvičení.