

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK LXVI

ZÁŘÍ 1997

ČÍSLO 3

356.33

KOMBINOVANÝ POLNÍ A TERITORIÁLNÍ SYSTÉM ZDRAVOTNICKÉHO ZABEZPEČENÍ

Pplk. MUDr. Vojtěch HUMLÍČEK, prof. MUDr. Albin ŽÁK, CSc., pplk. MUDr. Jozef BALÍK, MUDr. Jiří KVAPIL
Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, Hradec Králové
(rektor: plk. doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.)

Za války je možné jen výjimečně poskytovat adekvátní zdravotnickou pomoc raněným a nemocným přímo na místě, kde došlo k poškození zdraví. V polních podmínkách se proto zdravotnické zabezpečení dělí do několika úrovní, kde je na základě třídění postupně a návazně poskytována zdravotnická pomoc. Jednotlivé úrovně jsou vzájemně propojeny tak, aby mohl být prováděn odsun raněných a nemocných z nižší úrovně poskytované zdravotnické pomoci na úroveň vyšší. Takto obecně charakterizovaný léčebně odsunový systém prošel v průběhu historie zdravotnického zabezpečení svým vývojem a jeho principy se využívají ve všech moderních armádách.

Poslední podstatnou změnu zaznamenal celý polní systém zdravotnického zabezpečení v rámci transformace Armády České republiky prováděné po roce 1990.

Předchozí léčebně odsunový systém měl své opodstatnění v době existence Varšavské smlouvy, kdy byl předpoklad rychlého přenesení bojové činnosti na území nepřítele. Organizace zdravotnického zabezpečení vycházela ze strategie a taktiky vedení bojové činnosti i jejího útočného charakteru. Protože se předpokládala narůstající vzdálenost bojujících vojsk od vlastních stacionárních zdravotnických zařízení, bylo nutné rozvíjení téměř výhradně polních zdravotnických etap k zabezpečení velkého počtu raněných a nemocných, obzvláště při variantě použití zbraní hromadného ničení.

Z neustálého přesunu bojujících vojsk vyplýval i požadavek na maximální pohyblivost zdravotnických zařízení a schopnost jejich plného rozvinutí v polních podmínkách (převážně ve stanech).

Tvorba nového systému zdravotnického zabezpečení za branné pohotovosti státu vycházela z cíle, který má vojenské zdravotnictví zabezpečit. Jedná se o záchranu životů a navrácení zdraví raněným a nemocným, co nejrychlejší vyléčení, obnovení bojeschopnosti, předcházení vzniku invalidity, zabránění vzniku a šíření přenosných onemocnění, zvyšování odolnosti a upevňování zdraví vojáků. Úkolem je dostat raněného co nejdříve a v co nejlepším stavu ke konečnému léčení, pokud možno mimo oblast bojové a operační činnosti.

Při koncipování systému byly uplatňovány následující obecné zásady:

1. Za společné východisko považovat zájem raněných a nemocných vyjádřený jednoznačnou preferencí odborných kritérií.
2. Normy poskytování zdravotní péče v polních podmínkách co nejvíce přiblížit mírovým kvalitativním normám.
3. Opustit resortní pohled na zdravotnické zabezpečení příslušníků AČR a občanů České republiky za branné pohotovosti státu.
4. K rozšíření celkové kapacity léčebných zařízení využívat při odsunech raněných a nemocných plošnou síť civilních stacionárních léčebných zařízení (stálých a pomocných nemocnic).

5. Podle předpokládaných zdravotnických ztrát vojsk Armády České republiky a kapacitních možností zdravotnických zařízení vojenského a civilního teritoria mít k dispozici dostatečný počet polních zdravotnických útvarů a zařízení na zabezpečení těch funkcí, které nemohou být zajištěny teritoriálními zařízeními.

Prioritní pro celý systém se stala průchodnost zdravotnických zařízení a jejich kapacita jak tředicí, tak i léčebná, zejména operační, s dostatečným vybavením odsunovými prostředky. Nově přijatý systém zdravotnického zabezpečení však byl výrazně ovlivňován rovněž zásadami přijaté obranné doktríny, přechodem na brigádní princip výstavby armády, úrovněmi poskytované zdravotnické pomoci a normami pro poskytování zdravotní péče v polních podmínkách.

Předpoklad vedení bojové činnosti na území vlastního státu vedl k rozhodnutí rozčlenit síly a prostředky vojenského zdravotnictví tak, aby jedna část výkonných složek byla prostorově i funkčně vázána na činnost vojsk, druhá část na teritoriální zařízení státu. Významnou součástí léčebně odsunového systému se stalo dobře připravené teritorium se sítí stacionárních civilních i vojenských zdravotnických zařízení. Pro takto vytvořený léčebně odsunový systém se začal používat název **kombinovaný polní a teritoriální (územní) systém zdravotnického zabezpečení**.

Na základě odborných kritérií bylo stanoveno, aby vojenské zdravotnictví plnilo své úkoly za branné pohotovosti státu ve 4 úrovních poskytované pomoci (obdobně v NATO Role of Medical Support):

- první pomoc (svěpomoc, vzájemná pomoc, pomoc nižším zdravotnickým personálem),
- první lékařská pomoc (výkony zachraňující život a zabezpečující obnovu a udržení vitálních funkcí),
- neodkladná odborná lékařská pomoc (zejména chirurgická pomoc na záchranu života a končetin a účinná resuscitace),
- odborná a specializovaná lékařská pomoc a konečné léčení (schéma 1).

Z hlediska přežití a vzniku komplikací má rozhodující význam časový faktor, proto je nutné zdravotnickou pomoc na všech úrovních poskytovat co nejdříve.

Pro splnění požadavku včasného poskytnutí zdravotnické pomoci je třeba na nejnižších stupních zajistit dobrou vycvičenost všech vojáků v poskytování první pomoci. Navíc je účelné mít pro splnění tohoto úkolu k dispozici v každé jednotce vojáky-pomocné sběrače raněných, přeškolené v krátkodobém kursu nad rámec zdravotnické přípravy zaměřeném na ošetřování, vyprošťování a vynášení raněných. U jednotky s větším počtem vojáků (mechanizovaná rota) je organicky začleněn příslušník zdravotnické služby - zdravotnický instruktor.

V současném systému zdravotnického zabezpečení raněných a nemocných vojáků za války v Armádě České republiky hraje časové hledisko významnou úlohu i na dalších úrovních poskytované zdravotnické pomoci. Z odborného hlediska se za nejzazší mez, kdy musí být raněnému poskytnuta první lékařská pomoc, považuje doba 2 hodin od vzniku poranění. Toto kritérium je možné za všech okolností a ve všech druzích bojové činnosti splnit pouze v případě, je-li potřebný zdravotnický personál zařazen přímo v rámci odpovídající organizační struktury a etapa první lékařské pomoci (praporní obvaziště) je rozvíjena v sestavě praporu v hloubce 3-5 km od předního okraje obrany (schéma 2).

Odsun raněných z této úrovně musí být prováděn co nejrychleji na vyšší etapu v léčebně odsunovém systému - zdravotnický oddíl. Méně častou alternativou bude přímý odsun z etapy první lékařské pomoci do stacionární nemocnice. Jedná se o případy, kdy budou zdravotnické ztráty menší a do nemocnice bude možné dostat raněného dříve. Taková situace by mohla nastat na okraji bojové sestavy nebo při činnosti na samostatném směru. Odsun na zdravotnický oddíl, případně do nemocnice, provádějí útvary druhů vojsk zpravidla vlastními silami a prostředky, od mechanizovaných praporů je odsun prováděn prostředky zdravotnického oddílu. Poskytování vyšší úrovně zdravotnické pomoci - neodkladné odborné lékařské pomoci - musí být provedeno nejpozději do 6 hodin od vzniku poranění. To vyžaduje, aby mechanizovaná brigáda měla ve své sestavě zařazen zdravotnický oddíl, který se rozvíjí v prostoru brigády v hloubce 25-30 km od předního okraje obrany. Podle předpokládaného počtu ztrát by měla mít brigáda k dispozici 1-2 takové etapy.

Ranění a nemocní jsou z úrovně zdravotnického oddílu odsunováni prostředky armádního sboru (vozidly autobusového zdravotnického praporu) ke konečnému léčení do stacionárních teritoriálních zdravotnických zařízení, případně do polních nemocnic zdravotnické brigády. Pro poskytování odborné a specializované lékařské pomoci i konečného léčení byla kromě polních a stacionárních vojenských nemocnic nově určena také část civilních nemocnic.

Na základě dohody mezi Ministerstvem obrany ČR a Ministerstvem zdravotnictví ČR se za branné pohotovosti státu vyčleňují ve prospěch armády předem určené stálé a pomocné nemocnice civilního zdravotnictví. V těchto nemocnicích se jedná o kapacitu cca 30 000 lůžek, což je lůžková kapacita, kterou lze pro potřeby Armády České republiky uvolnit, aby nebylo narušeno zdravotnické zabezpečení civilního obyvatelstva.

Civilní lůžkový fond má ale oproti potřebám za branné pohotovosti státu nevýhodný, prakticky obrácený podíl chirurgických a nechirurgických lůžek. Zvláště vyčleněné pomocné nemocnice plně

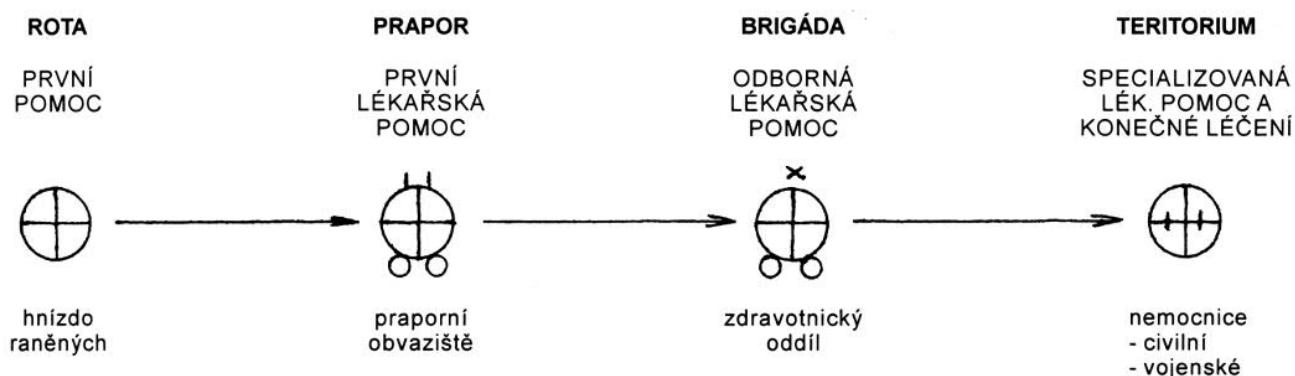


Schéma 1 Úrovně poskytované zdravotnické pomoci v poli

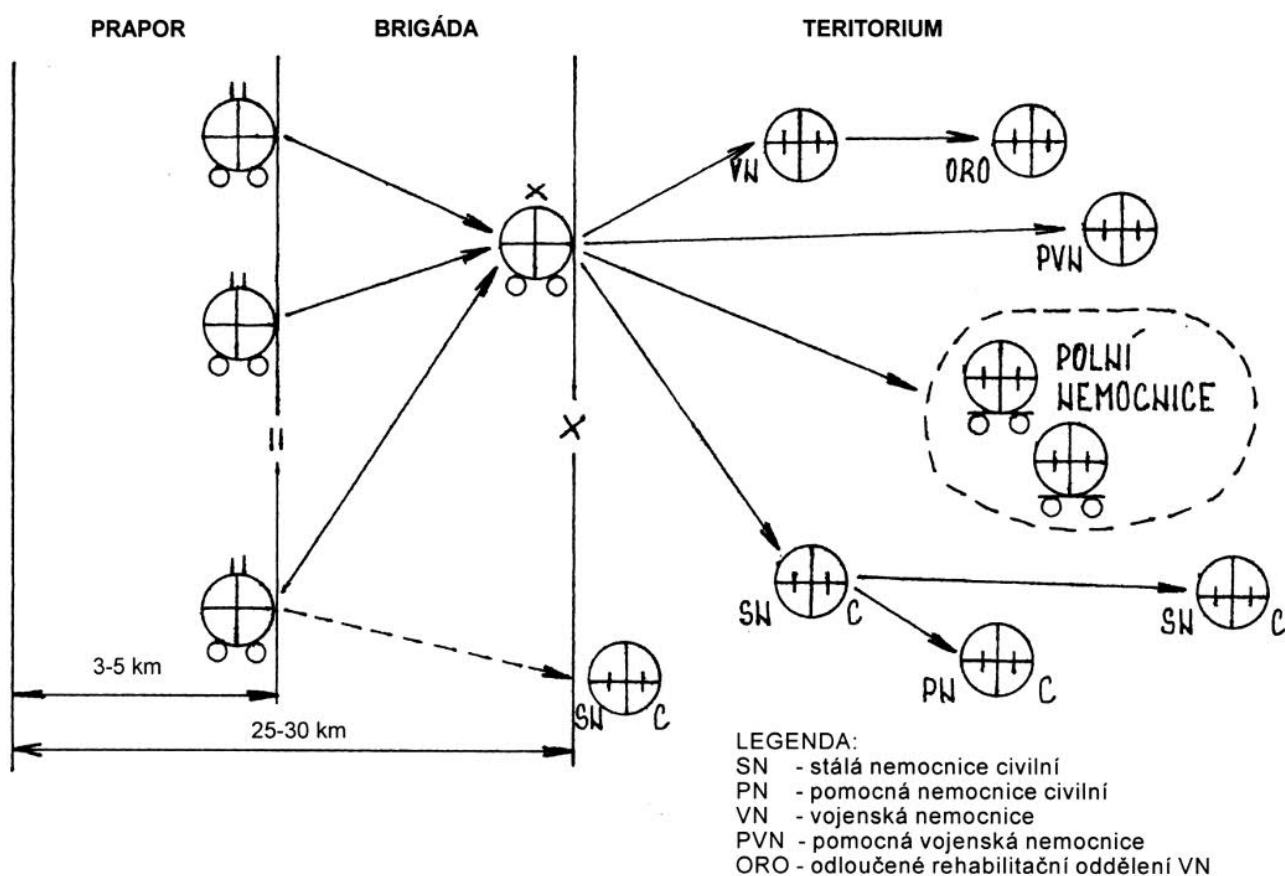


Schéma 2 Kombinovaný polní a teritoriální systém zdravotnického zabezpečení

neodpovídají ani dalším požadavkům a potřebám vojenského zdravotnictví především na třídící a operační kapacitu.

Lůžková kapacita ve stálých a pomocných nemocnicích je téměř rovnoměrně rozdělena po celém území státu. V pásmu bojové činnosti by proto nemocnice byly zaplněny velmi rychle a jejich operační kapacita by byla brzy zahlcena. Potom by bylo potřeba i těžce raněné převážet na velké vzdálenosti do hloubky státního území. To by zhoršovalo podmínky pro raněné v poskytnutí včasné pomoci a léčení. Stacionární vojenská léčebná zařízení i při maximálním využití existujících nemoc-

ničních, lázeňských a rekreačních zařízení představují po provedené redukci pouze necelou čtvrtinu z celkové lůžkové kapacity AČR ve stabilních zařízeních.

Z hlediska kvality je třeba poukázat na fakt, že ani polovinu této kapacity netvoří plnohodnotná lůžková zařízení typu vojenské nemocnice. Při působení protivníka na celé území i zázemí státu a průmyslová a správní centra může docházet k poškození, případně vyřazení stacionárních zdravotnických zařízení z funkce. Z oblasti předpokládaného vedení bojové činnosti rovněž může být provedena evakuace civilního obyvatelstva včetně

zdravotnických zařízení. Tím bude docházet v oblastech, kde je vedena bojová činnost, ke snižování lůžkové kapacity a k prohlubování disproporce mezi potřebou lůžek a volnou lůžkovou kapacitou. Tato fakta vedla k nutnosti ponechat k doplnění lůžkového fondu teritoria za branné pohotovosti státu část lůžkové kapacity polních nemocnic. Polní nemocnice byly reorganizovány a jsou vytvořeny v rozsahu nezbytném pro doplnění celkové lůžkové kapacity. Jsou vlastně jedinou mobilní lůžkovou kapacitou v rámci celého státu.

Polní nemocnice nemusí být využity jen pro poskytování zdravotnické pomoci příslušníkům vlastní armády, ale při nedostatku lůžkové kapacity ve stacionárních zdravotnických zařízeních mohou být využity také pro léčení civilního obyvatelstva. Rovněž mohou být podle Ženevských konvencí využívány i pro léčení zajatců.

Stávající lůžková kapacita polních nemocnic po jejich podstatné redukci zvyšuje jen málo podíl vojenských zařízení v nemocniční léčbě příslušníků armády. Spolu s vojenskými stacionárními zařízeními tvoří jen necelých 40 % nemocničního fondu určeného pro léčení raněných a nemocných příslušníků armády.

Zásadními změnami v kombinovaném polním a teritoriálním systému zdravotnického zabezpečení je zmenšení počtu úrovní poskytované zdravotnické pomoci, přiblížení úrovně poskytující první lékařskou pomoc směrem k raněnému a využívání teritoriálních zdravotnických zařízení. Hlavní výhodou kombinace polního a teritoriálního systému je kromě využívání dobře vybavených stacionárních zařízení větší variabilita při použití lůžkového fondu polních zařízení. Mobilnost umožňuje zasazení polních zařízení vcelku nebo samostatně zejména tam, kde není síť stacionárních zařízení dostatečně hustá, kde jsou zdravotnické ztráty největší a do-

stupná teritoriální lůžková zařízení jsou zaplněna raněnými a nemocnými.

Domníváme se, že dosažený stav odpovídá současným potřebám AČR. Je finančně a personálně úspornější, vůči civilní sféře otevřenější a je v právním souladu se zdravotnictvím státu. Při zachování dostupnosti dosažené kvality poskytované péče přinesl v limitu osob vojenského zdravotnictví značnou úsporu. Počet polních zdravotnických útvarů a zařízení byl oproti stavu v začátku transformace snížen na pouhých 15 %, takže procento zdravotnického personálu ve vztahu k celkovým počtům jak mírové, tak i rozvinuté AČR je nyní ve srovnání s armádami NATO jedno z nejmenších. Například z celkových počtů rozvinutého Bundeswehru činí zdravotnický personál 16 %, zatímco v AČR pouze cca 10 %. Další redukce zdravotnických zařízení armády by však již snížila dostupnost a úroveň poskytované zdravotní péče.

Souhrn

Autoři popisují současný systém zdravotnického zabezpečení raněných a nemocných vojáků za branné pohotovosti státu a charakterizují jednotlivé úrovně poskytované pomoci. V článku jsou rovněž uvedeny zásady využívané při provádění změn v polním léčebně odsunovém systému AČR po roce 1990.

Klíčová slova: Léčebně odsunový systém; Kombinovaný polní a teritoriální systém zdravotnického zabezpečení; Odsun raněných.

Do redakce došlo 18. 6. 1997