

VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY

ROČNÍK XXXVIII

DUBEN 1969

ČÍSLO 2

614.25[356.33]001.12(091)

NĚKTERÉ POHLEDY NA HISTORICKÝ VÝVOJ ŘÍDÍCÍ ČINNOSTI ÚTVAROVÉHO LÉKAŘE ZA VÁLKY

Plukovník MUDr. Karel SLEZÁK, CSc.

Katedra organizace vojenského zdravotnictví VLVDÚ JEP

Objektivní zákonitosti, určující konkrétní formy a vývoj řízení zdravotnické služby za války (tedy i řídicí činnosti útvarového lékaře), jsou formulovány vlivy, které přicházejí ze tří hlavních směrů:

- z vojenské vědy, především jako stupeň vývoje bojové techniky, organizace bojujících vojsk a způsob vedení válek,
- z lékařské vědy, především jako vývoj poznatků a požadavků na ošetřování a léčení válečných poškození,
- z konkrétního stavu společensko-ekonomických vztahů daného historického období (které ovšem ovlivňují i předchozí dva směry).

Studium historického materiálu ukázalo, že nevychází-li podnět ani z jednoho ze tří uvedených směrů, nevzniká problém organizace zdravotnického zabezpečení a tedy ani problém jeho řízení.

Z období počínajícího prvními záznamy o ozbrojených střetnutích až do období charakterizovaného vznikem masových armád je možné vyvodit tyto základní závěry:

1. Není-li poskytování zdravotnické pomoci rozděleno na více článků, pak podíl organizátor-ské a řídicí práce lékaře je minimální a omezuje se na prvky organizace vlastního léčebného zá-kroku a řízení osob bezprostředně při tomto zá-kroku účinkujících.

2. Organizace vojsk je důležitým prvkem, ovliv-ňujícím organizaci a řízení zdravotnické služby; podstatou jejího působení je členění zdravotnic-ké služby v závislosti na organizační struktuře armády.

3. Není-li vlastní bojová činnost podstatněji členěna prostorově, nejsou kladeny zásadnější požadavky na návaznost a posloupnost činnosti jednotlivých článků zdravotnické služby; jejich

činnost je možno (odhlédnuto od subjektivních chyb) reglementovat předem zpracovanými in-strukcemi, jestliže podmínky vlastního ozbroje-ného střetnutí nevytvářejí zásadnější požadavky na operativní rozhodování o činnosti zdravotnic-ké služby.

4. Členění zdravotnické služby samo o sobě, bez účinku jiných vlivů, vede jen k vytváření or-gánů a základních prostředků zdravotnické služ-by a pro řídicí činnost útvarového lékaře staví jen požadavky kontrolní a úkoly odborné pří-pravy.

5. Nepředkládá-li lékařská věda kvalitativně nové požadavky na poskytování zdravotnické pomoci, jsou organizace a řízení zdravotnické služby více ovlivňovány změnami v organizaci vojsk a ve způsobech vedení ozbrojeného střet-nutí; takový stav v historii vedl k posilování ten-dencí omezit řídicí vliv funkcionářů zdravotnic-ké služby jen na kontrolní činnost po odborné medicínské stránce.

6. Podněty společensko-ekonomické formace, vyjádřené jako důsledek zájmu vládnoucí třídy na organizaci zdravotnické péče, mají charakter bezprostředně impulsní pro vznik této organiza-ce; druhotný vliv se uplatňuje přes stav vývojo-vého stupně vojenské i lékařské vědy; vlastní zákonitosti organizace zdravotnického zabezpe-čení jsou společensko-ekonomickými podmínka-mi ovlivňovány nepřímo; určitým zprostředkova-ným vlivem tohoto faktoru je subjektivní přístup rozhodujících vojenských míst i bezprostředních velitelů k otázkám zdravotnické péče.

Období vzniku a rozvoje masových armád, kte-ré budeme dále sledovat, můžeme pro naši po-třebu charakterizovat v jednotlivých oblastech vlivů na činnost útvarového lékaře takto:

Vojenská věda dospívá k nutnosti vytvářet masové armády, zasazovat je do boje rozděleně časově i prostorově s jednotným cílem, tj. s návaznými úkoly. Armády jsou vyzbrojovány kvalitativně novou technikou, která jednak podstatně zvyšuje ničivou sílu armád, jednak umožňuje mnohem rychlejší manévry vojsk. Ve vojenské vědě je toto období charakterizováno jako přechod od manuálního k strojovému vedení válek. Podle kritérií námi sledovaných můžeme toto období vymezit od druhé poloviny XIX. století, která představuje vlastní přechod od předchozích způsobů vedení válek, do konce 2. světové války, která představuje vrchol tohoto období. Atomové výbuchy nad Hirošimou a Nagasaki jsou předzvěstí kvalitativně nového období vojenské vědy, které nastupuje tehdy, kdy nejsilnější světové mocnosti jsou masově vyzbrojeny termonukleárními zbraněmi a raketami. Začátek tohoto období můžeme klást do padesátých let našeho století.

Takto vymezené období je i v oblasti lékařské vědy charakterizováno bouřlivým rozmachem, z kterého vyplývají zásadní a důležité požadavky na organizaci zdravotnického zabezpečení. Lidské poznání nezadržitelně postupuje a je využíváno jak ve smyslu humanistickém, tak antihumanistickém. Lidé poznávají nové možnosti vzájemného ničení a současně i nové možnosti čelit následkům své vyvinuté ničící schopnosti.

Společensko-ekonomické formace tohoto období vyhrocují tuto stránku rozpornosti lidského poznání. Avšak i vládnoucí třída kapitalistické společnosti je objektivně nucena projevovat stále větší zájem o osud bojovníků vyřazených z bojové činnosti v důsledku poškození zdraví. Doplňování masových armád pro další vedení války se stává novým problémem, neřešitelným jako dříve, povoláním čerstvých sil z rezervních zdrojů. Vedení války vyžaduje udržení náročného válečného průmyslu, odčerpávání lidských sil pro bezprostřední bojovou činnost ohrožuje úspěch války. Stále důležitějším zdrojem doplňování se stávají vyléčení bojovníci, navracení do bojových akcí již v průběhu války. Organizace zdravotnického zabezpečení dostává na základě tohoto motivu podnět ke svému rozvoji i z této oblasti vlivů.

Z těchto širších souvislostí vybereme ty konkrétnější odrazy, které ovlivnily náplň práce lékaře útvaru a vytyčily požadavky na jeho organizačtorskou a řídicí práci a formy jejího provádění.

Reglementační řízení zdravotnického zabezpečení pomocí předem zpracovaných instrukcí a inspektorský charakter řídicí činnosti lékařů se dostávají do rozporu s potřebami válečné praxe. Složitější způsoby vedení bojových akcí a existence jejich návaznosti, určené jednotným cílem operací, nedovolují schematicky dodržovat předem stanovené reglementy činnosti zdravotnické služby a jejich zařízení. Příkazy, obsažené v různých instrukcích, nejsou v praxi dodržovány, neboť „překážejí“ vedení boje. Opatření zdravotnické služby jsou stále více závislá na rozhod-

vání velitelů, které je stále operativnější. Na druhé straně, v souvislosti s větším členěním operačních a bojových sestav do hloubky i do šířky, vystupují stále naléhavěji do popředí požadavky na návaznost a posloupanost činnosti jednotlivých článků zdravotnické služby, stejně tak jako organizovanost té činnosti, která spojuje funkci jednotlivých článků — tj. zdravotnický odsun.

Vznikají nové druhy válečných poškození: mnohočetná střelná poranění, střepinová poranění, zasažení bojovými chemickými látkami. Infekční onemocnění jsou stálou metlou bojujících vojsk. Lékařská věda prohlubuje své poznání patogeneze, diagnostiky, prevence i terapie válečných poškození. Jednotlivé články zdravotnické služby se musí s těmito požadavky lékařské vědy vyrovnávat v činnosti svých jednotlivých zařízení, zvyšují se požadavky na účelnost manévru s nimi, který není již závislý výlučně na bojové situaci. Postupně vzniká dělba práce mezi jednotlivými články zdravotnické služby a jejími zařízeními. Je to dělba vynucená válečnými podmínkami a stále více ovlivňovaná poznáním průběhu patologického procesu válečných poškození a potřeb jejich léčení. Vznikají zdravotnická zařízení, diferencovaná podle jejich místa v procesu ošetřování a léčení těchto poškození. Vytváří se léčebně-odsunový systém. Stoupají požadavky na odborně-lékařskou erudici funkcionáře, řídicího tento systém a tedy i činnost jednotlivých jeho článků.

Praktické vyrovnání s těmito požadavky nepostupovalo lehce. Na řízení systému se podíleli lékaři zprvu jen menším dílem. Převážnou část řízení prováděli vševojskoví důstojníci, případně důstojníci intendantních a jiných týlových směrů. Vytvořily a prohloubily se dvě linie řízení: vševojsková a odborná. Jejich vzájemné působení neprobíhalo vždy v jednotném směru. Důsledky se projevovaly v nedostatečné účinnosti zdravotnického zabezpečení a byly v podstatě projevem toho, že vládnoucí třída kapitalistické společnosti uplatňovala především jediný svůj zájem v ohledu zdravotnického zabezpečení: rychlé doplnění bojujících vojsk, který byl současně provázen snahou nedopustit oslabování bojujících vojsk „předčasným“ ošetřováním.

V této historické situaci se formuje i postavení lékaře útvaru, náplň jeho činnosti, jeho organizačtorské a řídicí práce a formy jejího provádění.

Lékař útvaru postupně (v různých armádách dříve či později) dostával do svých rukou organický prostředek, který mu umožňoval plnit určený úkol v systému léčebně-odsunového zabezpečení: poskytování první lékařské pomoci. Historický vývoj tohoto druhu pomoci byl přirozeně v jednotlivých obdobích poznamenán co do obsahové náplně vývojem lékařské vědy. Vývoj šel však ještě v jiném směru: zatímco v začátku období byla existence tohoto organického prostředku víceméně bází pro výkonnou práci útvarového lékaře, stává se později převážně objektem jeho řídicí činnosti. Útvarový lékař dostává

i pravomoc přímého řízení tohoto prostředku, později i pravomoc pro řízení zdravotnického odsunu z nižších článků. Někde v průběhu tohoto procesu začíná tedy růst podíl řídicí a organizátorské práce v činnosti útvarového lékaře, až dosáhne současného stavu, kdy rozhodným způsobem převáží nad výkonnou léčitelem prací. Kdy k tomu dochází a jaké jsou příčiny této změny? Jsou to příčiny objektivní, zákonité nebo jsou důsledkem subjektivních představ a rozhodnutí? Pokusíme se srovnáním a vyhodnocením historických fakt dát podrobnější odpověď na položené otázky.

Lékař útvaru v začátku tohoto období vykonává dozor nad činností nižšího zdravotnického personálu, pracujícího na nižším článku, řídí vnitřní chod etapy a současně na ní poskytuje první lékařskou pomoc. Řídicí činnost tedy vykonává mimo, spolu s výkonnou prací a jeho místem je jmenovaná etapa. Místo rozvíjení této etapy je zpočátku předem reglementováno, později určováno nadřízeným odborným náčelníkem podle zásady řízení po odborné linii. Jakmile však bojové akce pluků začínají být prostorově a časově náročnější (podřízeny cíli armádní operace) a jakmile se zdravotnický odsun stává nedílnou součástí léčebně-odsunového systému, dostává se princip rozvíjení útvarové etapy podle reglementu, ale i podle rozhodování nadřízeného odborného náčelníka do rozporu s potřebou a možnostmi praxe. Útvarový lékař je nyní odpověden i za manévry plukovním obvazištem. Ukazuje se neúnosným, aby řízení manévru plukovním obvazištem bylo prováděno bez informovanosti o bojové situaci, k čemuž nutně docházelo při pobytu útvarového lékaře na plukovním obvazišti.

Vzniká objektivní nutnost udržovat kontakt se zdrojem informací o vývoji bojové situace a s reakcí velitele na tento vývoj, tj. s jeho rozhodováním. Upevňování principu nedílné velitelské pravomoci, které si vynucuje způsob velení a řízení v armádách novodobého typu, zpevňuje rovněž vazbu odborného řízení na řízení velitelské. Útvarový lékař je nucen realizovat uvedené požadavky osobním stykem se štábem útvaru a s velitelem. Tento vývoj je nejtypičtější v období druhé světové války, i když jeho některé rysy můžeme sledovat již např. v 1. světové válce.

V těchto obdobích však uvedený vývoj byl ovlivňován i faktory přicházejícími z opačného pólu. Postupné zmenšování podílu výkonné léčebně-preventivní práce útvarového lékaře bylo totiž i **objektivně umožněno** těmito okolnostmi:

- zvětšováním počtu lékařů u útvaru;
- zužováním rozsahu pomoci na tomto stupni úměrně ke zlepšování odsunových možností a podmínek;
- podstatným poklesem podílu epidemických onemocnění v celkovém počtu zdravotnických ztrát; tato okolnost byla důsledkem pokroku lékařské vědy a „osvobodila“ útvarového lékaře od podstatné části výkonné léčebně-preventivní činnosti, která byla nutná

zejména na tomto článku zdravotnické služby.

Výkonná léčebně-preventivní činnost útvarového lékaře však stále — i v těchto obdobích — zůstává důležitým podílem jeho celkové činnosti. Osobní styk se štábem útvaru a velitelem je považován za víceméně vynucený faktor, a nepřesahuje proto míru nutnosti. Tato míra nutnosti je v první řadě určována nutnou frekvencí manévru silami a prostředky, které má útvarový lékař k dispozici pro plnění uložených úkolů. Ani skutečnost, že útvarový lékař jako řídicí funkcionář zdravotnické služby na daném stupni se stává příslušníkem štábu útvaru, nic na tomto stavu nemění.

V zájmu úplnosti je třeba dodat, že určitý brzdicí vliv na odloučení útvarového lékaře od výkonné práce měla i Ženevská konvence, nebo alespoň snaha po jejím uplatnění v některých směrech. Výrazem této snahy bylo i bránění tomu, aby útvarový lékař nenabyl příliš zjevného charakteru štábního důstojníka na úkor charakteru lékaře.

Nicméně je třeba konstatovat, že ve sledovaném období podíl řídicí a organizátorské činnosti útvarového lékaře stoupá.

Na začátku sledovaného období byla organizátorská a řídicí činnost útvarového lékaře zaměřena nejvíce k řízení vnitřního chodu etapy první lékařské pomoci. Pokud útvarový lékař opomíjeli tuto činnost na vrub vlastní výkonné léčitelem práce, dopouštěli se chyby, na kterou poukázal svým známým výrokiem i N. I. Pirogov (5). Studium jeho prací z této doby nás vede k závěru, že Pirogov měl na mysli právě tuto organizační (administrativní) činnost lékaře: organizaci vnitřního chodu etapy, organizaci poskytování pomoci na **dané** etapě. Svědčí pro to i ta okolnost, že do organizačních opatření zařazoval **především** třídění raněných a dále ostatní organizační opatření související s poskytováním pomoci na etapě (5).

Důležitost včasného a promyšleného manévru etapou první lékařské pomoci se zvětšuje, jakmile se upevňuje další prvek léčebně-odsunového systému, související s rozvojem lékařské vědy: dělba práce při ošetřování raněných a nemocných, a to nejen podle mechanického kritéria času, ale s kvalitativně odlišným obsahem, odpovídajícím průběhu patologického procesu. Vzniká požadavek posloupnosti a návaznosti poskytování pomoci, vyjádřený v systému jednotné léčebné doktríny. Útvarový lékař je povinen řídit manévry plukovním obvazištem nejen s ohledem na bojovou situaci, ale současně s ohledem na časové a prostorové požadavky poskytnutí určitého druhu pomoci — první lékařské pomoci — a s ohledem na rozmístění etapy, poskytující vyšší druh pomoci.

Všechno to, co jsme dosud při sledování historického vývoje činnosti útvarového lékaře poznali, svědčí o zákonitosti růstu podílu organizátorské a řídicí práce a určitém snížení podílu výkonné léčebně-preventivní práce. Až do konce 2. světové války se nesetkáváme v žádných do-

stupných pramenech s faktem absolutizace organizátorské a řídicí práce útvarového lékaře a téměř úplným vymizením podílu výkonné léčebně-preventivní činnosti.

To, že se právě s takovým pojetím činnosti útvarového lékaře za války setkáváme v současné době v naší armádě, nemůžeme tedy odůvodnit žádnými objektivními zákonitostmi, které by se projevily v celém historickém vývoji této otázky, konče 2. světovou válkou. Tendence zvyšování podílu organizátorské a řídicí práce v činnosti útvarového lékaře za války nelze ještě ztotožňovat s absolutizací této činnosti v současné době.

Závěr

Z celého historického vývoje zdravotnického zabezpečení bojujících vojsk a jeho řízení je možno vyvodit tyto obecné závěry:

1. Vlastní historii útvarových lékařů lze začít období, kdy dochází k vytváření pravidelných pěších pluků (závěr XVI. století).

Z hlediska postavených otázek ji lze dělit na tři hlavní období:

- první období, kdy útvarový lékař měl za úkol jen ošetřovat raněné a řídit práci svých pomocníků (ještě druhá polovina XIX. století);
- druhé období (1. a 2. světová válka), kdy vedle odborné výkonné práce a odborného řízení pracovišť řídil i manévry svých prostředků a odsun (zejména tam, kde měl více podřízených lékařů, resp. pracovišť);
- třetí období, kdy těžiště práce útvarového lékaře přešlo do řídicí činnosti tak dalece, že výkonná léčebně-preventivní práce se stává výjimečnou; tento stav nacházíme v různých reglementech po 2. světové válce.

2. Požadavky na řízení zdravotnického zabezpečení v průběhu válečných (bojových) akcí vzrůstají se vznikem a vývojem léčebně-odsunového systému.

3. Řízení léčebně-odsunového systému postupně s upevňováním jednotlivých podmínek jeho vzniku a vývoje přechází zákonitě do rukou zdravotnické služby. Hlavním objektivním faktorem, který ovlivňuje nutnost řízení léčebně-odsunového systému lékařem, je takový stupeň vývoje lékařské vědy, na kterém je schopna klást diferencované požadavky na činnost jednotlivých článků a ovlivnit časovou a prostorovou potřebu jejich zasazování a rozmístění.

4. Historický vývoj vstupu lékaře do řízení zdravotnického zabezpečení a později do řízení léčebně-odsunového systému postupuje od nejvyšších článků k nižším. Brzdícím momentem je potřeba výkonné léčebné činnosti lékaře, vyplývající ze zákonitého nedostatku lékařů ve válečných podmínkách. Podpůrným momentem naopak je vznik zcela určitých prostředků zdravotnické služby, plnících vymezené diferencované úkoly v léčebně-odsunovém systému a jejich organické začleňování na stále nižší články.

5. K útvarovému lékaři dochází vývojová vlna řízení tehdy, kdy v důsledku všech uvedených okolností dostává úkol zabezpečit vymezený

druh pomoci svým vlastním (organickým) prostředkem a má odpovědnost za to, že jej poskytne včas (podle požadavků lékařské vědy) a všem potřebným.

6. Organizace a řízení léčebně-odsunového zabezpečení měly vždy dvě stránky:

- organizace a řízení vnitřní činnosti zdravotnických prostředků,
- organizace a řízení jejich manévru a v souvislosti s tím i organizace a řízení zdravotnického odsunu na tyto prostředky.

Historický pohled ukazuje, že nejdříve vznikají požadavky na organizaci a řízení, vyplývající z první stránky. Tato stránka není totiž bezpodmínečně závislá na trvalé podřízenosti zdravotnických prostředků lékaři příslušného článku. Zvýšení vlivu na náplň organizátorské a řídicí činnosti lékaře příslušného stupně, vyplývajícího z druhé stránky, je závislé přímo na vedení boje a operací.

7. Tendence uchovat určitou možnost výkonné léčebné práce útvarového lékaře v celém historickém vývoji neustále trvala. Podporou této tendence je hlavně nedostatek lékařů ve válce.

8. Řídicí práce útvarového lékaře obsahuje v celém historickém vývoji složky, které kladou požadavky na lékařskou erudici, současně však i na erudici vojenskou, jejíž potřeba je však vynechána požadavky organizace zdravotnického zabezpečení.

Literatura

1. Dobiáš, V.: Přehledné dějiny všeobecného a vojenského lékařství. Praha, Naše vojsko 1958. 209 s.
2. Georgijevskij, A. S.: Istoričeskij očerk razvitiia medicinskoj služby armijskich objedinenij. Leningrad, izd. VMOLA im. S. M. Kirova 1955. 220 s.
3. Kriegssanitätsvorschrift (Heer), Berlin 1938.
4. Die Organisation des Wehrmachtsanitätswesens im 2. Weltkrieg unter besonderer Berücksichtigung des Jahres 1943. Wehrwissenschaftliche Rundschau, 1965, 15:5—6.
5. Pirogov, N. I.: Načalo obščej voennopolovoj chirurgii, Moskva — Leningrad, Medgiz 1941.
6. Pytlík, R.: Přednášky z předmětu „zdravotnická služba ve válce“, učební text pro kurs důst. zdrav. z povolání. Praha, 1936.
7. Ring, F.: Zur Geschichte der Militärmedizin in Deutschland. Berlin, Deutscher Militärverlag 1962. 370 s.
8. Royal Army Medical Corps Training Pamphlet. London, H. M. Stationary Office, 1935.
9. Royal Army Medical Corps Training Pamphlet No 2, Amendments No 1. Great Britain, The War Office, 1943.
10. Semeka, S.: Medicina vojennaja. Encyklopedičeskij slovar voennoj mediciny. Moskva, Gosudarstvennoje izd. med. lit. 1948. 714—915, sv. 3.
11. Smirnov, E. I.: Otázky organizace a taktiky zdravotnické služby. Praha, Naše vojsko 1947. — Voj. zdrav. knihovna. Sv. 1.
12. Ševcov, O. S.: Medicinskoje obespečenie vojsk v Vislo — Oderskoj operacii. VMŽ, 1965, 3:10—16.

Souhrn

Autor sleduje v historickém vývoji vznik a změny náplně činnosti útvarového lékaře za války. Zvláště se zaměřuje na činnost řídicí a hledá objektivní zákonitosti růstu jejího podílu v celkové činnosti útvarového lékaře. Současně posuzuje tuto otázku z hlediska využití jeho odborně-lékařské erudice za války.