ZRÍNYI MIKLÓS
NEMZETVÉDELMI EGYETEM
HADTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Ph.D. ÉRTEKEZÉS

Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy

„A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakításra, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és -támogató tevékenységre."

Tudományos témavezető:

Dr. Farkas József nyugállományú vezérőrnagy
egyetemi tanár
a hadtudomány doktora

Budapest, 2003.

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS 4

I. Fejezet 8
A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY HELYE ÉS SZEREPE AZ EGYES TÖRTÉNELMI KORSZAKOKBAN A MAGYAR KATONA-EGÉSZSÉGÜGY TÖRTÉNETÉNEK ÁTTEKINTÉSE 1945-TŐL NAPJAINKIG

1. A katona-egészségügyi biztosítás fejlődéstörténete a xx. század hadviseléseiben *8*

2. Az egészségügyi veszteség jellemzői a xx. század második felének fegyveres konfliktusaiban *13*

3. Az egészségügyi biztosítás új alapelvei a XX. Század második felének fegyveres konfliktusaiban *23*

4. A magyar katona-egészségügy helye és szerepe a hadsereg, a társadalom és a tudomány elmúlt 50 éves történetében *25*

II. Fejezet **35**
A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY SZERKEZETI ÉS SZERVEZETI ÁTALAKÍTÁSÁNAK FŐBB LÉPÉSEI

1. Az 1990-1996 között történt intézmény- és struktúra-átalakítás *35*

2. Az 1997- 2001. között történt intézmény és struktúra átalakítás *41*

III. Fejezet **47**
A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY ELŐTT ÁLLÓ FŐBB FELADATRENDSZEREK A MEGVÁLTOZOTT KATONAPOLITIKA TÜKRÉBEN

1. Az egészségügyi biztosítás szövetségei alapelveiről általában *47*

2. Egészségügyi biztosítás *52*

IV. Fejezet **62**
A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY TÁRSADALMI, POLITIKAI ÉS GAZDASÁGI BEÁGYAZÓDÁSÁNAK HATÁSAI, VALAMINT SZEREPE A SZERKEZETI ÉS SZERVEZETI ÁTALAKÍTÁSBAN

1. Az objektív és az alaprendeltetésnek megfelelő kialakításának hiányosságai *64*

2. A gazdálkodás, finanszírozás és az ösztönzőrendszer anomáliái *64*

3. A gazdálkodás *65*

V. Fejezet **66**
AZ ÚJSZERŰEN JELENTKEZŐ FELADATOK ÁLTAL TÁMASZTOTT KÖVETELMÉNYEK MEGHATÁROZÁSA, KÖVETKEZTETÉSEK LEVONÁSA

1. A katona-egészségügy működését meghatározó törvényi követelmények *66*

2. A katona-egészségügy működését meghatározó hadműveleti követelmények *66*

3. A törvényi, a katona-egészségügyi és hadműveleti kötelezettségek értékelése, valamint az előírások által támasztott követelmények meghatározása, következtetések *67*

VI. Fejezet **70**
A HATÉKONY ÉS KORSZERŰ TOVÁBBLÉPÉS LEHETŐSÉGE A MAGYAR HONVÉDSÉGBEN

1. Az Magyar Honvédség egészségügyi szervezetei és helyzetük *70*

2. A Magyar Honvédség egészségügyi rendszere átalakításának általános alapelvei *80*

3. Elgondolás az új kihívásnak megfelelő szakmai struktúra és annak szervezeti megoldásaira *83*

4. A mobil képességekkel rendelkező (ROLE-1; ROLE-4 szervezetek béke- és háborús egészségügyi feladatrendszere *97*

ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK *103*

TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK *105*

AJÁNLÁSOK *107*

MELLÉKLET *108*

HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE *110*

PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK *111*

BEVEZETÉS

„Csak a halottak látják
a háború végét”
Platon

Az országban végbement gyökeres politikai és társadalmi változások, valamint az ezzel együtt átalakult gazdasági rendszer alapvető és meghatározó változásokat okozott a fegyveres erők feladatrendszerében, az ezzel szorosan összefüggő szervezeti keretekben, valamint az ezektől elválaszthatatlan mindenoldalú biztosítás kérdéseiben.

A meglehetősen zárt, autokrata irányítási rendszerben működő haderőnek az egyik napról a másikra olyan kihívásokkal kellett szembesülnie, melyeket eddig nem, vagy nem ilyen formában tapasztalt.

A rendszerváltást aktív szolgálatban átélő hivatásos és vezető állományt a szervezeti struktúrákat illetően, a közel történelmi múlt eddig mindig „kellemesen” érintette, hisz létszám- és szervezetfejlesztésekkel jártak. Most a hatékonyabb, kisebb, ütőképesebb haderő kialakítását nem egy egyszerű redukcióként, hanem regresszióként élik meg nagyon sokan.

Mindennek jelentős kihatása van természetesen a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának feladatrendszerére is, valamint ezekből következően annak szervezetére és működésére.

A NATO politikai tanácsának 1997. júniusi Madridi döntése alapvető és meghatározó változást jelentett a szövetségi viszonyokban, és realitásként 1999. március 12-től igazából megjelent a mindennapjainkban. Mindez, valamint a rendszerváltozás időszakának sajátos feladatai; nagy léptékű, igen rövid reagálási időt megengedő szervezeti változások, átalakítások; a történelmet a mindennapok sorába a jelen időbe engedte, így annak formálásában a még jelenleg is szolgáló katonák akaratlan résztvevők lettek.

Úgy ítélem meg, hogy a képesség-orientált haderő kialakításában az egészségügyi szolgálat szerepe felértékelődött. Az új típusú humanitáriusi műveletekben ez a szerep egyértelműen igazolódott. Az ezekben a műveletekben való aktív részvételünk nagymértékben hozzájárult ahhoz, hogy az értekezés azzal a céllal készüljön el, miszerint a változásokat a történelmi folyamatokba ágyazva és értékelve, elemezze a katona-egészségügy feladatrendszereinek objektívan meghatározó tényezőit, a magyar egészségügyi és katonai specialitásokat figyelembe véve fogalmazza meg és alakítsa ki a Magyar Honvédség jelenlegi helyzetében leghatékonyabban működő egészségügyi ellátórendszerének béke- és háborús, valamint rendkívüli körülmények között is egyaránt alkalmazható elvi, majd a későbbiekben a gyakorlatban is működőképes modelljét.

Az értekezés első fejezetében először általánosságban a történelem és a háborúk formáló hatása érzékeltetése, majd a magyar katona-egészségügy rövid időszakra vonatkozó történeti áttekintését, azután pedig az elmúlt 10 év – az értekezés céljaként meghatározott kérdés szempontjából – fontos lépéseit idézem fel, abból a meggondolásból, hogy bizonyítani tudjam a katona-egészségügynek azokat a mély és meghatározó gyökereit, melyekből a napjainkban igen gyorsan változó helyzetben is táplálkozni kell.

A második fejezetben azokkal a szervezeti és szerkezeti átalakításokkal, azok indítékaival és mozgatóelemeivel kívánok foglalkozni, melyekkel eddig - többé-kevésbé a vezetésem és irányításom alatt - a katona-egészségügyi szolgálat eljutott.

A harmadik fejezet gyakorlatilag a legmeghatározóbb része a cél eléréséért, hisz a feladatrendszer változásához való igazodást kísérelem meg bemutatni.

A negyedik fejezet a katona-egészségügy önállóságát, mint disciplina létezését hivatott bemutatni, annak ellenére, hogy a társadalmi, esetenként szakmai politikai és az utóbbi időszakban leginkább gazdasági hatások igen sokszor a polgári egészségügyhöz való asszimilálódást, teljes beépülés gondolatát vetik fel. Az első négy fejezet alapján felvetett hipotéziseket, - szorosabban fogalmazva - feladat és követelményrendszereket kell az utolsó két fejezetnek kimondani, és eljuttatni az értekezést a kitűzött cél megvalósításáig.

A megoldandó feladatot ennek megfelelően két fő gondolat köré csoportosítottam:

1. A történelmi és napjaink történései alapján a különböző követelményrendszerek összehangolhatóságának bizonyításával objektívan egyértelművé kívánom tenni a modernkor hadserege egészségügyi szolgálatának feladatrendszerét.

2. A feladatrendszerrel adekvát szervezeti és szerkezeti struktúra felépítésével, felvázolásával a gyakorlatban is be kívánom bizonyítani a hatékony, flexibilis, hosszú távon gazdaságosan működő, képesség-orientált, kreatív egészségügyi szolgálat létrehozásának megalapozott voltát.

Értekezésemben a következő tudományos célokat tűztem ki:

1. A katona-egészségügy történeti áttekintésével vizsgálom a domináns szolgálat kiteljesedése és markánssá válásának elemeit, illetve a változásokat előidéző momentumokat.

2. Választ keresek arra, hogy a társadalmi és politikai hatások miként és miért gyűrűznek be a katona-egészségügy szerkezetét, valamint felépítését is változásra kényszerítő mély szférákba.

3. Áttekintem azokat a sajátos morbiditási és mortalitási adatokat, amelyek békében és háborúban egyaránt indokolják a katona-egészségügy sajátos, a polgári egészségügytől eltérő szerkezeti és szervezeti, nem utolsó sorban pedig működtetési és vezetési viszonyait.

4. Megvizsgálom, hogy egy alapvetően humánus és emberközpontú szolgálat miért kerül a gazdasági és finanszírozási szféra érdeklődéskörébe.

5. A katona-egészségügyi szolgálatra vonatkozó szövetségi követelmények figyelembevételével az egészségügyi szolgálat jelenlegi működéseit szabályozó utasítások, illetve rendeletek írott és íratlan elvárásait összevetve meghatározzam a jelenleg megkövetelhető elvárásokat.

6. Javaslatot teszek a hatékony és korszerű a szövetségi alapelvekkel egyező, a nemzeti sajátosságokat magába foglaló egészségügyi szolgálat kialakítására.

A kitűzött célokat a következő módszerekkel kívánom elérni:

1. A történelmi tények és történések – beleértve napjaink aktualitásait is – elemzése retrospektív módszerek alkalmazásával.

2. A Magyar Honvédség, a NATO és egyéb bilaterális kapcsolatok révén megismert, az egészségügyi szolgálatok működését, szervezetét, szerkezetét érintő tanulmányok, előírások, szabályzók, doktrínák tanulmányozásával, elemzésével a megfelelő következetések levonásával.

3. Morbiditási és mortalitási adatok matematikai módszerekkel történő elemzésével; a közelmúlt fegyveres konfliktusai, különböző humanitáriánusi műveletek során keletkezett egészségügyi veszteségek objektív bemutatásával.

4. Külföldi tanulmányutaim során szerzett nemzetközi, illetve hazai tapasztalataim felhasználásával.

5. A Magyar Honvédség egészét érintő belga és amerikai tanulmányok, valamint az egészségügyi szolgálatot érintő több - Országos Egészség Pénztár, kincstári biztos, Művek Kft., Perfekt Kft. - szakmai és gazdaságossági átvilágítás eredményeinek, következtetéseinek felhasználásával.

6. Összegzett következtetések levonásával, javaslatok tételével.

A Ph.D. értekezés készítése és annak kutatása időszakában:

A Magyar Köztársaság 1999. március 12-én a NATO teljes jogú tagja lett. Az Országgyűlés 29/1999. (IV. 14.) és 86/2000. (X.20.) határozata értelmében két preventív egészségügyi kontingenst hoztunk létre, amelyeket a balkáni hadszíntéren alkalmazunk. A 2322/1999. (XII.07.) Kormányhatározat a haderő eddigi legnagyobb volumenű átalakítására intézkedett. Magyarországon rendezte meg 2001. szeptember 17. és 21. között a NATO legfelsőbb egészségügyi döntési szervezetének, a NATO Egészségügyi Szolgálat Főnökök Tanácsának (COMEDS) ülését.

2002. december 18-án az Országgyűlés 111/2002. (XII.18.) határozata alapján elsőként veszünk részt a többnemzetiségű integrált egészségügyi erők részeként Afganisztánban a International Security Assistance Force (ISAF-III.) feladat egészségügyi biztosításában.

A kutatómunkámat nehezítette:

A szövetségi kötelezettség következtében érvényes különböző doktrínák, - így a logisztikai és egészségügyi doktrínák - csak tervezet formájában álltak rendelkezésemre. A haderő-átalakítás, illetve az ezt megelőző stratégiai felülvizsgálat a szolgálat számára mind tartalmában, mind időrendjében a kutatómunkám addigi eredményeivel messze nem egyező feladatokat határozott meg. Ezt követően jelentős energiákat és főleg időt emésztett fel a kutatómunka eredményeinek számomra elsődlegesen fontos prioritásának összehangolása a már említett feladatsorokkal.

A kutatómunkámat segítette:

A Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Doktori Iskola vezetésének biztatása és folyamatos támogatása, mely a nehézségek során említett, sokszor válságos időszakon segített át. Ambiciózus és sokat vállaló munkatársaim, az egészségügyi csoportfőnökség szellemisége és összetartozása, a célok mindenáron elérésére való törekvése, a technikai feltételek biztosítása, az egészségvédelmi intézet tudományos könyvtárának fantasztikus kitekintési köre és a Honvédorvos folyóirat publikációs lehetőségei reményeim feletti támogatást adott.

Nem utolsó sorban személyes tanácsaikért és aktív közreműködésükért prof. Dr. Farkas József és prof. Dr. Vámos László nyugállományú vezérőrnagy uraknak tartozom köszönettel munkám könnyebbé tételében.

I. Fejezet

A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY HELYE ÉS SZEREPE AZ EGYES TÖRTÉNELMI KORSZAKOKBAN A MAGYAR KATONA-EGÉSZSÉGÜGY TÖRTÉNETÉNEK ÁTTEKINTÉSE 1945-TŐL NAPJAINKING

1. A katona-egészségügyi biztosítás fejlődéstörténete a XX. század hadviseléseiben

A XIX. és XX. század határán, amikor a nagyipar rohamos fejlődésnek; az ipari koncentráció, centralizáció és az ezzel kapcsolatban óriás városok kialakulásának vagyunk tanúi, a biológia és az orvostudomány az ezelőtt soha nem látott rohamos fejlődésnek indul. A termelőerők fejlődése, az urbanizálódásfokozódó igényt támaszt elsősorban a közegészségügy és járványvédelem felé. Robert Koch és Louis Pasteur felléptével kezdetét veszi az orvostudományban az úgynevezett bakteriológiai éra, amelynek során felfedezik az anthrax, a tbc., a lepra, a pestis, a siphilis, a gonorrhea, a malária, a typhus, diphteria, a cholera, a meningitis epidemica és a tetanus kórokozóját. Ezt követi az epidemiológia, majd a serológia fejlődése. A fertőzések elleni megelőző rendszabályok megjelennek a sebészetben is; az antisepsis mellé, majd nem sokkal annak helyére lép az asepsis: a hővel történő csírátlanítás. William Stewart Halsted 1890-ben először használt steril gumikesztyűt műtéthez. Erre a korszakra esik a röntgensugár és a radioaktivitás (radium-emanatio) felfedezése is. Egyéb gyakorlati eredményekkel is gazdagodik az orvostudomány: az inhalációs narkózis mellé bekerül a sebészi érzéstelenítés módszerei közé a helyi érzéstelenítés, majd a lumbalis érzéstelenítés is. A diagnosztika a laryngoscopiával, a cystoscopiával és a rectoscopiával gazdagodik.

Járványok - egyelőre békeidőben - fokozottan háttérbe szorulnak, s bár háborúban is csökken a jelentőségük, a katona-egészségügyi szolgálat számára még mindig igen nagy gondot jelentenek. A háború egyes időszakaiban azonban egyre több energiát fordíthat a katona-egészségügyi szolgálat a sérültek ellátására, a tömeges ellátás módszereinek a továbbfejlesztésére, majd arra, hogy a sérültellátás e korszak háborúinak egész időtartama alatt folyamatossá váljék.

A századforduló első jelentősebb háborújában, az orosz-japán háborúban már bizonyos fokig tükröződnek a fent említett változások.

A fejlődés az orvostudomány területén sem állt meg. Erre a korszakra esik a klinikai orvostudomány specializálódása, majd a modern, sokosztályos, több százágyas kórházak megjelenése és a mikrobiológia, valamint higiénia további fejlődése. Ezeknek a vonásoknak megfelelően gazdagodik a katonai orvostudomány is, amely ekkor, s azóta egyre inkább, az orvostudománynak önálló tudományágává vált.

Az első világháborúban az orvostudomány említett specializálódása eredményeként már megjelentek a szakosított orvosi ellátás elemei is: mozgó szakorvosi csoportokat szerveztek, így például fej-nyak sebészekből, szemészekből, akik egy-egy tábori kórházban megjelenve, szakosított sebészi, vagy konziliáriusi munkát végeztek.

Az első világháború sebészi tapasztalatainak elemzése alapján Wilhelm A. Oppel kidolgozta a szakaszos gyógykezelés elvét. Ennek értelmében az egyes egészségügyi kiürítési szakaszokon a sérültek nem azonos színvonalú segélyben részesülnek, hanem az egymást követő szakaszokon egyre magasabb szintű segélyt kell nyújtani. A sérültek az egyes szakaszokon olyan segélyt kapnak, amilyenre szükségük van teljes gyógyulásukhoz. Amennyiben az adott szakasz ilyen segélyt biztosítani nem képes, akkor az olyan legyen, hogy a sérültet mielőbb szállíthatóvá tegye és biztosítsa, hogy arra a magasabb egészségügyi kiürítőszakaszra élve eljusson, ahol a számára szükséges magasabb színvonalú segélyt, vagy a végleges ellátást megkaphatja.

Világosan bebizonyosodott, hogy nem csak a közvetlen gyógykezelés, hanem a tábori egészségügyi erőkkel és eszközökkel történő manőver is a katonaorvosok dolga, hogy a helyben történő segélynyújtás és a hátraszállítás dialektikus egységet alkot, s hogy az időben adott elsősegély és a gyors, kíméletes szállítás az alapvető feltétele annak, hogy a sérültek minél előbb a végleges ellátás és gyógykezelés helyére jussanak. Az is kiderült, hogy tovább nem tartható az az elv, hogy a sérültek csak a csata után hordhatók ki a harcmezőről, s hogy érvényt kell szerezni osztályozás révén annak az elvnek, hogy a könnyű sérültek mielőbb leváljanak a sérültek más csoportjairól, így a könnyű sérültek számára külön kiürítési irányt kell tehát meghatározni. Tisztázódott - egyelőre túlnyomóan elméleti síkon - az egészségügyi kiürítési szakaszok fogalma, s az ezekre épülő szakaszos segélynyújtás, illetve gyógykezelés elve.

A második világháborúban a korábbi háborúkkal szemben megsokszorozódtak a tűz- illetve csapásmérő erők és eszközök. Az automatafegyverek egyre szélesebb skálája került bevetésre, tömegessé váltak a harckocsik és a különböző típusú (vadász-, vadászbombázó, és bombázó) repülőgépek, valamint különböző, gyorsan mozgó alakulatok.

Ebben a háborúban a különböző fegyvernemek jól szervezett együttműködése révén a tűz, a csapás és a manőver alkalmazása, valamint összehangolása lett a hadműveleti művészet legfőbb tartalma. A helyzetek most semmiben sem hasonlítottak az első világháború második szakaszának állásharcaihoz, ellenkezőleg, a gyorsan változó helyzetek, sőt a meglepetés tényezői kerültek előtérbe, s ezekhez kellett alkalmazkodnia a katona-egészségügyi szolgálatnak is. Új jellemvonása a második világháborúnak, hogy a nagy hatósugarú bombázó repülőgépek elterjedésével együtt a hátországot, s ezzel a polgári lakosságot (ipar, közlekedés) is sújtó csapások jelentkeztek, amelyek következményeinek felszámolásában - először a történelem során ilyen méretben - szükség volt a katonai és polgári egészségügyi szolgálat közötti együttműködésre.

A tűz- és csapásmérő erők megsokszorozódása a sérültek számának a megtöbbszöröződését jelenti. E háborúban szorultak először háttérbe a járványok. Az orvostudomány fejlődése erre az időre lehetővé tette a teljes katonai személyi állomány többféle védőoltását és a tömeges fertőtlenítés eljárásainak kidolgozását, majd alkalmazását. Túlzás, azonban némi igazság van mögötte, hogy amerikai orvosok a második világháború legnagyobb eredményét a DDT felfedezésében jelölik meg. Megfordult az arány a sérültek és betegek között, most már a sérültek "javára", amennyiben ez utóbbiak aránya a betegekhez 3:1. A fertőző betegségek

tömegméretekben alkalmazott profilaxisa tehát eredménnyel járt. Nem lebecsülendők azok az eredmények sem, amelyeket a klinikai orvostudományok szolgáltattak a tábori sérültellátáshoz. Az érzéstelenítési módszerek tovább fejlődtek. A sebészeten belül számos speciális-szakma (idegsebészet, arc-állkapocs sebészet, mellkasi sebészet, urológiai sebészet, ortopédiai sebészet, stb.) alakult ki, szélesen elterjedtek különböző sokk-megelőző és elhárító eljárások. Ezek között elsősorban a vérátömlesztés, a friss vér helyett konzervált vér alkalmazása; a háború utolsó éveiben megjelennek a plazmapótszerek (Dextrán, PVP), ugyancsak az első kemoterápiás szerek és végül az antibiotikus gyógyító éra fejlődését megnyitó penicillin is*.

A második világháborút követő lokális háborúk tapasztalata annyiban feltétlenül figyelmet érdemel, hogy kiderült, különösen a franciák vietnami hadműveletei egészségügyi biztosításának tanulságaként, hogy a szállíthatóság fogalma revízióra szorul. Bizonyos, viszonylag egyszerű, az egészségügyi szaksegédszemélyzet által végrehajtható sokkellenes eljárások alkalmazásával és a helikopterek, valamint túlnyomásos kabinnal ellátott sugárhajtású szállító repülőgépekkel, jóformán minden sérült haladéktalanul szállíthatóvá tehető! Ilyen módon az is állítható, hogy a légi kiürítő eszközök a korszerű háborúban, az egészségügyi ellátásban nélkülözhetetlenek.

A lokális háborúk némileg rámutatnak arra is, hogy a második világháborús gyakorlattal szemben szorosabbá kell tenni a katonai egészségügyi bázis és a hátországi egészségügyi bázis együttműködését.

Ugyancsak változott az elvégezhető beavatkozások terjedelme, hisz a lokális háborúk mellett lévő országok egészségügyi kapacitása szinte teljesen szabad volt, és a már említett légi kiürítési lehetőség az időfaktort, mint meghatározó tényezőt jelentősen lerövidítette.

A lokális háborúk lehetőséget teremtettek újabb és a jobb terápiás, illetve, diagnosztikus eszközök tábori változatainak kifejlesztésére, ami a terápiás és diagnosztikus eljárások béke körülményekhez közeli megvalósulását tették lehetővé. Új veszélyt a katonai közösségekre a különböző vírusok által okozott betegségek jelentették.

Így a vietnami háborúban az amerikai, az afganisztáni harcokban a szovjet, a dél-szláv háborúban pedig a szerb katonák küzdöttek a hepatitiszes fertőzésekkel. Az előfordulási arány - mely az említett katonák körében egyes csoportoknál a 80 %-os érintettséget is elérte - a lehető legjobb indikátora jelenleg is a kedvezőtlen körülmények közötti harc közegészségügyi, illetve járványügyi minősítésének.

* Egészségügyi 20. Szakutasítás: Az egészségügyi biztosítás szervezésének alapjai Honvédelmi Minisztérium 1971. 5-41. oldal

Az 1989-90-es évek történelmi jelentőségű politikai és társadalmi változásai nyilvánvalóan hatottak a hadseregre, azon belül az egészségügyi szolgálatok feladataira.

Talán nem eltúlzott megállapítás az, hogy a világméretű konfliktusok lehetősége a világrendszerek szembeállásának megszűntével minimálisra csökkentek. Magyarország - geopolitikai helyzeténél fogva - az új szövetségi struktúrák kialakulásában történelmi esélyt és szerepet kapott. Mindezt katalizálta az országok határainál folyó polgárháború, mely kizárta annak lehetőségét, hogy a világban folyó konfliktusok kezelése mellett közönyösen elmenjünk.

A válságkezelés, mint fogalom, új dimenzióként jelent meg. Ezekben a műveletekben a kreatív minőségi szellemi tevékenységet végző szolgálatok, úgy mint a műszaki, egészségügyi és egyéb humán szférához tartozó szervezetek, valamint a logisztika, kiemelt lehetőséget és szerepet kap, illetve kapott.

Így egyáltalán nem meglepő, hogy 1991-től napjainkig szinte nincs és nem volt a világon olyan konfliktus, melynek kapcsán, illetve annak zárásaként a magyar katona-egészségügy részvétele ne került volna szóba.

Az öbölháborút követő időszakban igen sok, elsősorban a szorosabban vett hadtudományok körében jelentek meg írások, így az egészségügyi biztosítás kérdései, - tekintettel az igen alacsony veszteségekre -, háttérbe szorultak. Igazából néhány nyugati katonaorvosi folyóiraton kívül sehol sem jelentek meg az egészségügy öbölháborús tapasztalatairól szóló cikkek. Ez utóbbiak is inkább a háború utáni kurd menekültek iráni és törökországi egészségügyi ellátási kérdéseiről, problematikáiról szóltak, mivel az egészségügyet itt tudták sérülthöz és beteghez kapcsolni, egy szóval látványossá tenni. Természetesen az Amerikai Egyesült Államok hadseregének egészségügyi szolgálata 1992. januárjától a "The Journal of the US. Army Medical Department" lapjain több mint 90 cikket jelentettek meg e témakörben. Ez, úgy gondolom természetes is, hiszen az amerikai szárazföldi csapatok - melyet kizárólagosan támadó hadműveletre készítettek fel - alig fél év alatt - 1990 augusztusától 1991. január elejéig - 44 katonai kórházat, több mint 13.000 ággyal, több mint 23.000 fős egészségügyi személyzettel telepítettek át Európából és az Egyesült Államokból tengeri, és légi úton az öböl térségébe. Ezen kívül 1.800 ágy Európában, 25.000 ágy pedig az Egyesült Államokban állt a sérültek rendelkezésére. Mindehhez kapcsolódott a kórházhajókon - USNS Mercy és a USNS Comfort - lévő 1.500, illetve a légierőnek biztosított 3.500 ágy, valamint ezen utóbbi két haderőnem 17.000 fős egészségügyi személyzete. Ekkora egészségügyi erőt a második világháború óta az Egyesült Államok nem mozgósított.

Az előkészítés, felvonulás és a tervezés időszakában az egészségügy 30-40.000 fős veszteségre - melyből 15.000 fő halott - számolt a háború során, így az egészségügyi biztosítás megszervezése igen komoly feladatot jelentett. A tervezett veszteségek ellátására igen nagy az ágy- és személyzeti létszámigény volt. Ezért állt elő az a furcsa helyzet a háború előkészítése időszakának a végén, hogy a már készenlétet elért harcoló csapatok elvárt szintű egészségügyi biztosításához nem volt elegendő az egészségügyi intézmény és szakember*.

* Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvos-csoport az öböl-háborúban.
I. rész Katonai Logisztika 2. évfolyam 1994. 4. szám 139-167. oldal (Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy)

A háború után - annak ellenére, hogy a harci cselekmények során összesen 148 fő vesztette az életét és 458 fő sebesült meg - egy sor ismeretanyag összegyűlt.

Az egészségügyi biztosításra a személyi, anyagi és technikai túlbiztosítottság volt a jellemző. A biztosítási övben, illetve az első és második lépcső közé jelentős erőt telepítettek. Így nem meglepő a zászlóalj szinten működő szakorvosi műtő Forward Army Surgical Team (F.A.S.T. Előretolt Sebész Szakcsoport). Hadtest, esetenként dandár és dandár szinten az úgynevezett Combat Support Hospital (C.S.H. Harctámogató Kórházat) alkalmazták, amelyek légi úton mobilizálhatóak. Az egészségügyi intézetek kivétel nélkül oszthatók és lépcsőzésük ez által könnyedén biztosítható. Áteresztőképességük az általunk addig ismert segélyhelyeknél lényegesen kisebb (100-200 fő). Kérdés viszont, hogy egy nagyobb tömegű sérültáramlásnál és az ellenség légi, illetve szárazföldi fölényénél mennyiben alkalmazhatóak ilyen formában.

A legmagasabb sérültszámnál sem érték el a kapacitásuk felét az egészségügyi intézetek. Így az ellátás, segítségnyújtás mérve mindenütt teljes terjedelmű volt.

A racionális anyag- és eszközbiztosítás következtében a telepítési normák valamivel rövidebbek és a saját készletéből kiegészítés nélkül megvalósíthatóak. Ebből adódóan a sérültek átlagosan másfél órán belül az elsődleges ellátó helyen, 3 órán belül a műtőben, 6 órán belül a kórházban voltak.

Ugyanakkor nem lehet és nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt sem, hogy a háború igen gyors lefolyása következtében az egészségügy módfelett kényelmesen láthatta el feladatát, az ellátásra szorulók meglehetősen alacsony száma miatt. A legnagyobb sérültáramlási nagyságrend 24 óra alatt nem érte el a 100 főt.

Történelmi tény, hogy harci körülmények között először alkalmaztak Computer Tomograph-ot, nem filmes leképező rendszereket, folyékony oxigént előállító készüléket. A vezetésnél a műholdak segítségét is igénybe vették*.

A 90-es évek második felétől a dél-szláv háború térségének szűkülése, az elsősorban etnikai feszültségek következményeként létrejövő "menekültkérdések" kezelése egy új műveleti forma, nevezetesen a "Humanitárius hadműveletek" néven összefoglalt tevékenység és feladatsor jelentette és jelenti még napjainkban is a hadseregek részére az új kihívásokat.

A preventív medicina előtérbe kerülése mellett a mobil, tábori körülmények közötti működés; az instabil, de a békéhez közeli állapotok egyre inkább kikövetelik azt a doktrinális tételt, miszerint a háborús ellátásnak közelítenie kell a békeellátási szintet.

* Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvos-csoport az öböl-háborúban
I. rész Katonai Logisztika 2. Évfolyam 1994. 4. szám 139-167. oldal
II. rész Katonai Logisztika 3. Évfolyam 1995. 1.szám 115-136. oldal (Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy)

2. Az egészségügyi veszteség jellemzői a XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban

a) Az egészségügyi veszteség jellemzői

A XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban a szemben álló felek egészségügyi veszteségeit meghatározó tényezők lényegesen eltértek egymástól. Szerepet játszott ebben az erőviszonyokon túl, az egyes fegyveres erők állományának igen eltérő fizikai és pszichikai felkészítettsége, kiképzettsége, épp úgy, mint az egészségügyi ellátás jelentősen különböző szakmai és technikai potenciálja.

b) Az egészségügyi veszteség fegyverfajták szerinti megoszlása

A második világháborút követő időszakban a gyalogsági lőfegyverek fejlesztésének fő célját az önsúly csökkentése, a tűzgyorsaság és a találati pontosság növelése, valamint mindezek révén a károsító hatásuk fokozása képezte. Evégett csökkentették a lőfegyverek kaliberét, a lőszer súlyát, fokozták annak kezdősebességét. A testszövetekbe behatoló lőszer súlypontja néhány cm után áthelyeződik, irányt változtat. A bukdácsoló, elforduló lövedék energiájának jelentős hányadát oldalsó irányban adja le. Többször változik a lőcsatorna iránya és annak kiterjedése.

Ismert, hogy a lövedék okozta sérülés nagysága nem csupán a annak kinetikai energiájától, valamint a testszövetek eltérő tömörségétől és rugalmasságától, hanem a lövedék, illetve testszövetek érintkezési felületének nagyságától is függ. A kis kaliberű lőfegyverek előbbi hatástényezői lényegesen fokozták a lőcsatorna és az ideiglenes pulzáló sebüreg kiterjedését, az elsődleges és másodlagos nekrózis zónáját. A folyadékkal és gázzal telt üreges szervekre ható hidrodinamikai nyomásemelkedés, a távolabb eső szerveket is károsíthatja.

A nagy sebességű, bukdácsoló és oldalirányban mozgó lövedék több szerv egyidejű többszörös sérülését okozhatja. A testszövetek kiterjedt roncsolása növelte a heveny vérveszteség, a sokk és a sebfertőzések valószínűségét.

A hagyományos fegyverek fejlesztésének másik fő irányát a fokozott hatású robbanófegyverek újabb fajtáinak és generációinak előállítása képezte. Csökkentették ezek méretét és tömegét; fokozták romboló-, károsító- és pszichikai hatásukat. Az új összetételű; szilárd, por és folyadék halmazállapotú robbanótöltet hatóereje általában 20-60 %-kal, de egyes esetekben 200 %-kal haladták meg az azonos mennyiségű TNT fajlagos robbanási energiáját*.

A fokozott hatású robbanó-repeszfegyverek hatástényezői: a lökéshullám és a túlnyomás, az elsődleges és másodlagos repeszek, a hőhatás, továbbá a robbanás toxikus gáztermékei.

* Opilat, V.: Vzrivcsatnije vecsesztva inzsenyernyih bojepripaszov. Zarub, vojen. Obozrenyije, Moszkva 1980. 8. szám 40-42. oldal

A lökéshullám és a túlnyomás közvetlen hatására a nyílt terepen zömében nyílt lágyrészsérülések, nyílt és szilánkos csonttörések, továbbá zárt végtag- és koponyasérülések a jellemzők. A zárt helyen (pl. épületben, harckocsiban) tartózkodók közt a tompa traumák; zárt végtag-, csigolya- és koponyasérülések, továbbá a levegőt és a folyadékot tartalmazó belső szervek morfofunkcionális károsodásai, illetve működési zavarai dominálnak.

A fokozott hatású robbanófegyverek repeszei szabálytalan alakúak, éles szélűek, igen eltérő tömegűek, zömük 10 gramm alatti. A repeszek sebessége a robbanótöltet hatóerejétől, a köpeny fizikai tulajdonságaitól, a repesz tömegétől és geometriai dimenzióitól függ. Sebességük 200-2500 m/s közt változik.*

A repeszek okozta sebcsatorna iránya, mélysége és kiterjedése előre nem meghatározható. Az okozott sebzések szabálytalan alakúak, egyenetlenek, nehezen áttekinthetőek. A bemeneti nyílás alapján nem lehet következtetni a mélyebben fekvő szövetek károsodásának kiterjedésére, a szövetroncsolás nagyságára, azok szennyezettségére.

A fokozott hatású robbanófegyverek okozta sérüléseket a mechanikus traumák, a robbanáskor keletkező láng és hőhatás kiváltotta égési sérülések, a robbanás gáztermékei által keltett toxikus ártalmak különböző kombinációi jellemzik. A károsító tényezők egyidejűleg egy, vagy több testtájékon (szerven) többszörös és összetett sérüléseket okozhatnak.

A gyakorlatilag egyidőben ható polifaktorális hatástényezők a testszövetek mély és kiterjedt roncsolását, endogén intoxikáció fellépését, a homeosztázis zavarait váltják ki.

c) A lőtt- és a repeszsérülések aránya

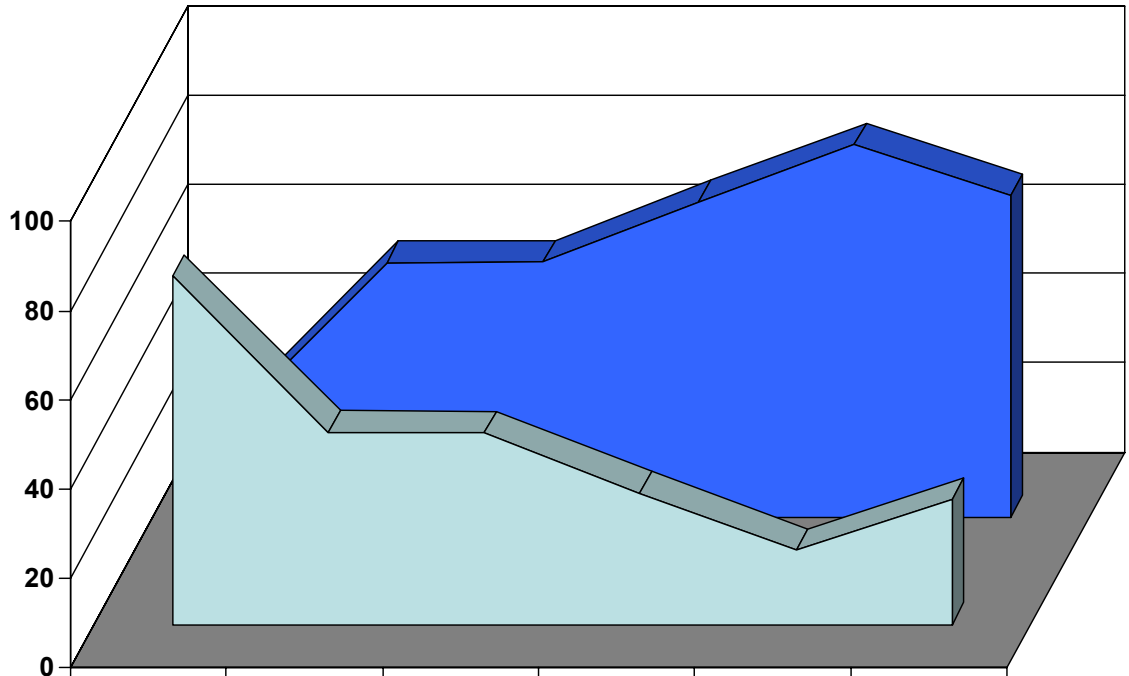
A lőtt- és a repeszsérülések aránya az adott háború különböző időszakaiban váltakozott, de összességében a repeszsérüléseké emelkedett, meghaladta a 70 %-ot. (1. számú ábra)

*Lochmann G: Feldchirurgie 1986. 82-83. oldal

1. számú ábra

Lőtt- és repeszsérülések aránya a XX. századi háborúkban

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



	Orosz-Japán	I. VH.	II. VH.	Korea	Vietnam	Afganisztán 1988
Lőfegyver	78,1	43,1	43	29,4	16,7	28,1
Repesz	21,9	56,9	57	70,6	83,3	71,9

Forrás: Dr. Vámos László: A XX. század második felében viselt háborúk egyes katonai orvostani tanulmányok a szakirodalom alapján Honvédorvos 1995. (47) 4. szám 238. oldal

A repeszsérülések egyre emelkedő tendenciájának tudható be a többszörös sérülések határozottan emelkedő trendje. Ez utóbbiak aránya Afganisztánban a 40. szovjet hadseregnél az 1980. évi 16 %-ról, 1988-ban 71 % fölé emelkedett.

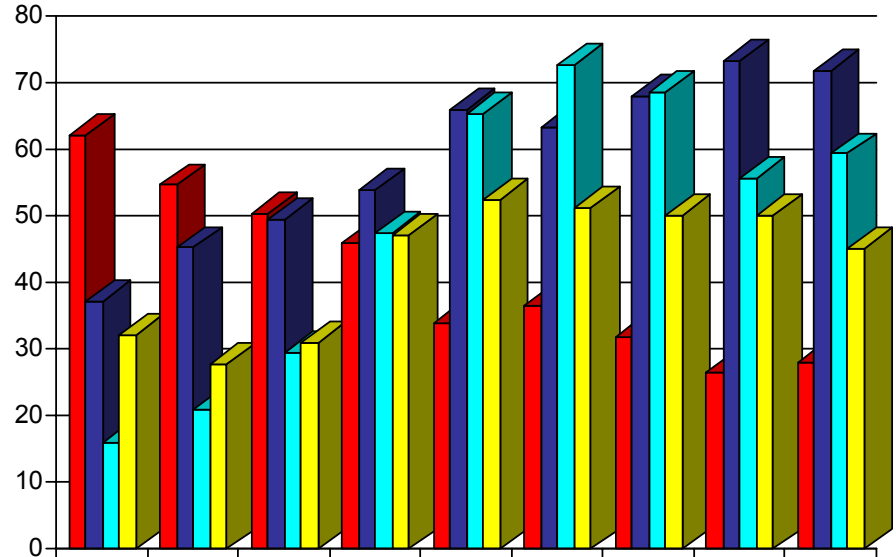
A repesz- és a lőttsérülések súlyosság szerinti megoszlása az egyes fegyveres konfliktusokban számottevően eltért egymástól. Koreában az USA fegyveres erők sérültjeinek kb. 65-70 %-a repeszektől származott. Azok többségét azonban, a relatíve kis sebességű (370-390 m/s) és tömegű (1 g alatt) repeszek képezték. A primer halálos harci sérülések 50-60 %-át a lőfegyverek magas kinetikai energiájú lövedékei okozták. Afganisztánban a szovjet fegyveres erők súlyos sérültjeinek aránya, a repeszsérülések arányának növekedésével párhuzamosan az 1980. évi 32,1 %-ról 1988-ban 45,2 %-ra emelkedett*. (2. számú ábra)

* Dr. Vámos László: A XX. század második felében viselt háborúk egyes katona-orvostani tanulmányok a szakirodalom alapján Honvédorvos 1995. (47) 4. szám 239. oldal

2. számú ábra

Sérülések jellemzői a sebesülés jellegének és súlyosságának alapján (Afganisztán, a szovjet 40. HDS., 1980-1988)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



	1980.	1981.	1982.	1983.	1984.	1985.	1986.	1987.	1988.
Lőtt s.	62,2	54,7	50,4	46	34,1	36,6	31,8	26,5	28,1
Repesz s.	37,2	45,3	49,6	54	65,9	63,4	68,2	73,5	71,9
Többszörös	16	21,1	29,5	47,6	65,4	72,8	68,8	55,8	59,4
Igen súlyos, súlyos	32,1	27,7	31,1	47,1	52,4	51,4	50,2	50,1	45,2

Forrás: Nyecsaejev E.A. Medicinszkij Obozvecsenyije, 40. armii (cifri i fakti)
Vojenno Medicinszki Zsurnal 1991. 8. szám 4-7. oldal

d) A sérülések prognózisa

A lőtt- és a repeszsérülések egymáshoz viszonyított aránya azonban önmagában nem nyújt kellő alapot sem a harci sérülések súlyossága szerinti megoszlásának, sem a primer és a szekunder elhalálozás valószínűségének megítélésére.

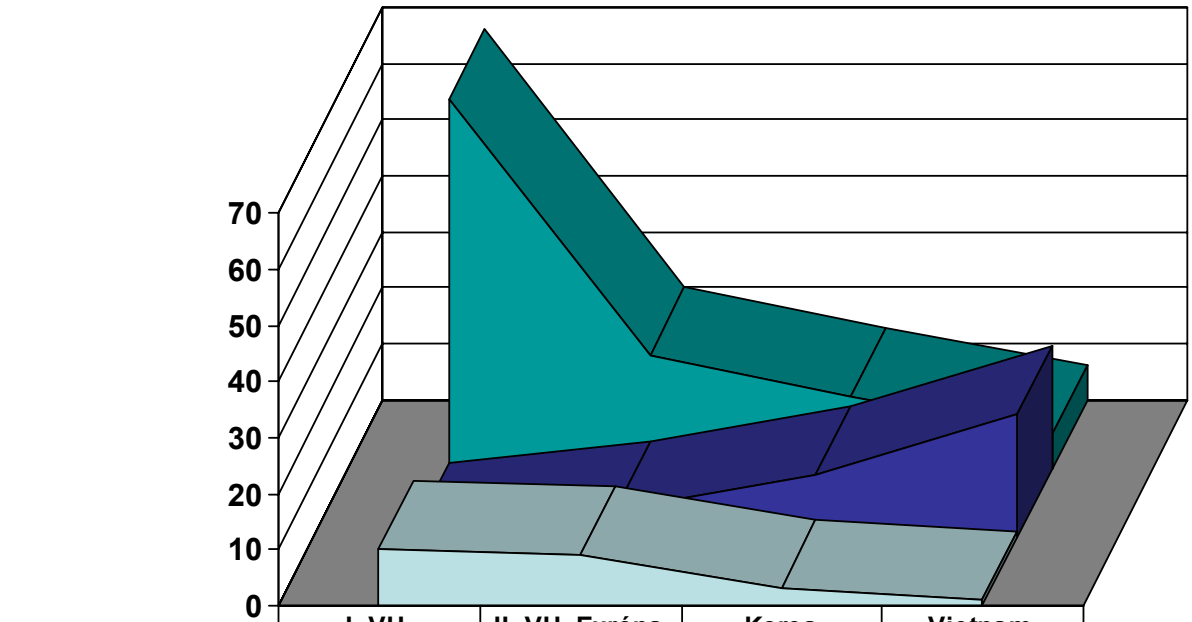
A XX. század második fele fegyveres konfliktusainak egészségügyi mutatói bizonyították a sérültek letalitásában a segélynyújtás és a sérülés közötti időintervallumnak, illetve a segélynyújtás kvalitásának döntő fontosságát. Vietnamban az USA fegyveres erőinél a sérültek kiszállítása időtartamának és az első sürgősségi segély ugrásszerű fejlődésének betudhatóan a harcmezei primer letalitás a második világháborús 20-25 %-ról 10-12 %-ra csökkent. Ennek betudhatóan a segélyhelyeket és a kórházakat élve elérő súlyos sérültek aránya növekedett.

Jól szemlélteti ezt a legsúlyosabb sérülés típusok közé tartozó hasi sérülések prognózisának alakulása. A második világháborúban az amerikai fegyveres erőknél az európai hadszíntéren a hasi sérültek segélyhelyre történő kiszállításának időtartama általában 9 órát vett igénybe, ami Koreában 3,1 órára, Vietnamban pedig 1 órára csökkent. Ennek eredményeként a segélyhelyekre felvett hasi sérültek aránya a második világháborús 4,7 %-ról Koreában 11 %-ra, Vietnamban 22 %-ra emelkedett. (3. számú ábra)

3. számú ábra

A felvett áthatoló hasi lőtt sérültek, valamint letalitásuk arányának változása a sérülés és a felvétel közötti idő függvényében (USA)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



	I. VH.	II. VH. Európa	Korea	Vietnam
Időintervallum (h.)	10	9	3,1	1
Felvett hasi s. (%)	1,1	4,7	11	22
Letalitás (%)	66	20,2	12,7	6,1

Forrás: Ganzoni N: Die Schussverletzung im Krieg Hans-Huber Verlargen Bern-Stuttgart-Wien 1975. 206. oldal

Következménye a hasi lőttsérülések intra- és posztoperatív letalitásának az első világháborús 66 %-ról Koreában 12,7 %-ra, Vietnamban pedig 6,1 %-ra csökkenése.

Az agykoponya sérültek intra- és posztoperatív letalitása az előzőekhez hasonlóan a második világháborús 13,7 %-ról Vietnamban 10,7-11,23 %-ra mérséklődött.

A harcmezei letalitás fő okait azonban változatlanul az életfontosságú szervek roncsolódása, a heveny vérveszteség, a sokk és a légzési elégtelenség képezték. A harcmezei halálesetek oka az első 10 percben az életfontosságú szerv roncsolódásában, 2-3 órán belül a heveny vérveszteségben, 4-12 órán belül pedig a sokkban jelölhető meg. A kórházi tagozatban a vezető halálokok közt az első napon a heveny vérveszteség és az agysérülés, a 6-14 nap közt pedig a respirációs distressz-szindróma, továbbá a pneumónia és a peritonitis szerepel*.

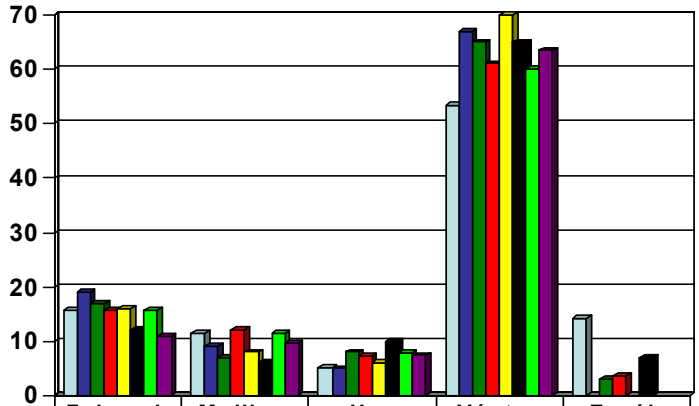
e) A harci sérülések testtájéki megoszlása

A szakirodalmi adatok mozaikjaiból összeálló kép arra utal, hogy a sérülések testtájéki megoszlása a különböző fegyveres konfliktusok igen eltérő harcmódjai, fegyverzete, klimato-geográfiai viszonyai ellenére gyakorlatilag nem tért el a második világháborús adatoktól. A harci sérülések túlnyomó többségét az alsó és felső végtag- traumák képezték, amelyeket sorrendben a fej-nyak-, a mellkas- és a hastájéki sérülések követték. (4. számú ábra)

4. számú ábra

A sérülések testtájéki megoszlása a II. világháborúban és a XX. század második felének egyes fegyveres konfliktusaiban

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



	Fej-nyak	Mellkas	Has	Végtag	Egyéb
II. VH. Hopkins	15,7	11,6	5,2	53,3	14,2
II. VH. Fischer	19	9	5	67	
II. VH. Courbil	17	7	8	65	3
Korea, Holmesh	15,7	12,2	7,3	61,1	3,7
Vietnam, Kovaric	16	8	6	70	
Arab-izrael, Courbil	12	6	10	65	7
Afganisztán, 1984. Rudjenko	15,8	11,5	7,9	60,1	
Afganisztán, 1987. Rudjenko	10,9	9,6	7,4	63,5	

Forrás: Dr. Vámos László: A XX. század második felében viselt háborúk egyes katona orvostani tanulmányok a szakirodalom alapján Honvédorvos 1995. (47) 4. szám 242.

* Dr. Vámos László: A XX. század második felében viselt háborúk egyes katona orvostani tanulmányok a szakirodalom alapján Honvédorvos 1995. (47) 4. szám 242. oldal

Ehhez hasonlóan a primer halálos lőttsérülések testtájéki megoszlása sem változott. Az első helyet a fej-nyaktájéki sérülések foglalták el. Sorrendben ezt a mellkas-, a hastájéki és az ezektől lényegesen alacsonyabb mortalitású végtagsérülések követték.

A primer halálos sérülések aránya azonban változott. Az USA fegyveres erőknél a hastájéki primer halálos sérülések második világháborús 15 %-os mutatója Koreában 10 %-ra, Vietnamban pedig 9 %-ra csökkent. A végtagsérüléseké majd felére mérséklődött. Ugyanakkor a mellkasi sérüléseké emelkedett. Koreában az összes elsődleges halálozás kb. 25 %-át a többszörös sérülések képezték.

A XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban a primer és szekunder letalitás csökkenésének meghatározó tényezői közé a légi sebesültszállító kapacitás növelése, a sürgősségi és a szakorvosi segély időintervallumának jelentős csökkentése sorolható.

f) Sérült-beteg arány, vezető betegségcsoportok.

A XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban a betegek aránya messze meghaladta a sérültekét. Vietnamban az USA fegyveres erők összes egészségügyi veszteségeinek kb. 85 %-át, Afganisztánban a szovjet hadsereg egészségügyi veszteségeinek 89 %-át betegek képezték*.

Ezen arány kialakításában szerepet játszott a háború több éves időtartama, a harcok eltérő intenzitása és ciklikus jellege, a hadszíntér szélsőséges klimato-geográfiai sajátságai, a terület és a lakosság higiénés-epidemiológiai viszonyai, a vízellátás nehézségei.

A vezető megbetegedési csoportok közé a fertőző, a neuro-pszichikai és a bőr-nemi betegségek tartoztak. A belső szervi megbetegedések közt a légzőszervi, a gyomor-bél és a szív-érrendszeri kórformák túlsúlya érvényesült.

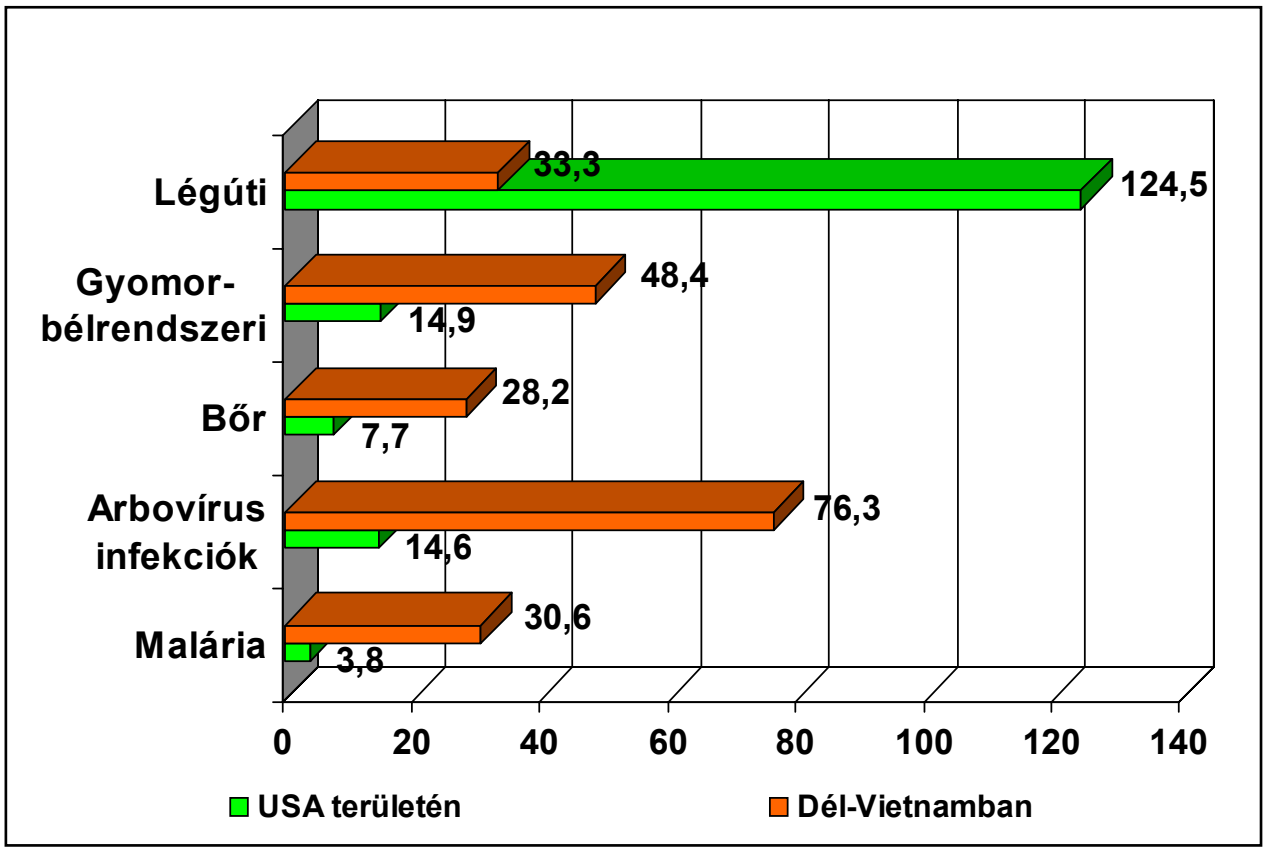
Az összes egészségügyi veszteség 50-60 %-át a járványos fertőző betegségek alkották. Vietnamban 1965-1973 között az USA fegyveres erők legfőbb egészségügyi problémáját a malária, a bélrendszerei infekciók és a vírus hepatitisek képezték. Dél-Vietnamban 1967-ben az amerikai csapatok közt a bélrendszeri infekciók aránya 48,4 ezrelék, míg az USA területén állomásozók közt 14,9 ezrelék volt. A vírus hepatitisek aránya közti különbség 7-10-szeres volt. A lakosság közt a kolera gyakori előfordulása ellenére az amerikai csapatok közt e megbetegedést nem észlelték. A bélinfekciók terjedése elsősorban a lakosság által használt vízlelőhelyek (kutak, folyók, csatornák) igénybevételének tulajdonítható. (5. számú ábra)

* Ivaskin V.T.: Opit organyizacii medicinszkoj pomoscsi bolnim 40. armii v Afganisztane Vojenno Medicinszkij Zsurnal 1992. 11.12.

5. számú ábra

Az USA hadsereg megbetegedési mutatói Vietnamban és az USA területén

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Grinberg D. (cit. Beljakov. 1976.) alapján

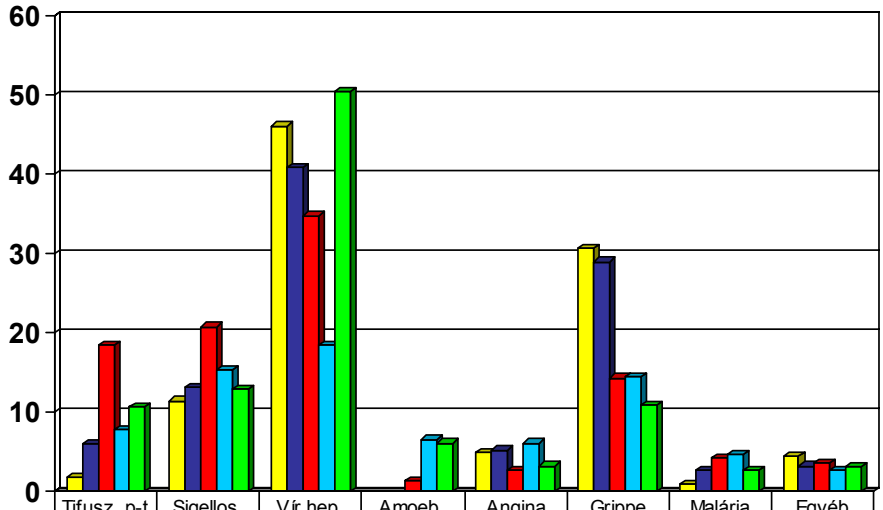
Afganisztánban a szovjet csapatok összes egészségügyi veszteségeinek 56,8 %-át a fertőző betegségek képezték. Legnagyobb hányadukat a bélrendszeri infekciók és a vírus hepatitisek alkották. A legsúlyosabb problémát a malária és az amőbás fertőzések okozták. A bélrendszeri infekciók terjedésének fő tényezője az elégtelen vízellátás volt*. (6. számú ábra)

* Ivaskin V.T.: Opit organyizacii mediciszkoj pomoscsi holnim 40. armii v Afganisztane Vojenno Medicinszkij Zsurnal 1992. 11.12.

6. számú ábra

Fertőző megbetegedések struktúrája az afganisztáni háborúban (SZU)
(Az összes fertőző betegségek százalékában)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



	Tifusz, p-t	Sigellos.	Vír.hep.	Amoeb.	Angina	Grippe	Malária	Egyéb
1980.	1,8	11,4	46,1		4,9	30,6	0,8	4,4
1982.	5,9	13,1	40,9		5,2	29	2,7	3,2
1984.	18,5	20,8	34,8	1,3	2,6	14,3	4,2	3,5
1986.	7,8	15,3	18,5	6,5	6,1	14,5	4,7	2,6
1988.	10,6	12,9	50,5	6,1	3,2	10,9	2,7	3,1

Forrás: Ivaskin V.T.: Opit Organyzacii medicinszkoj pomoscsi bolnim 40. armili v Afganisztane Vojenno-Medicinszkij Zsurnal 1992. 11-12.

A sérülésekkel társuló fertőző betegségek speciális diagnosztikai és terápiás módszereket igényeltek.

A fertőző megbetegedések fellépésének és elterjedésének megelőzésében a víz- és az élelemhigiéné játszott kiemelt szerepet.

g) Neuro-pszichikai zavarok, harci stressz

A fegyveres konfliktusokban a harctevékenység a katonáktól magas fizikai, morális és pszichikai teljesítményt követelt. A harcképesség legalább olyan mértékben múlt a katonák szervezetének teljesítőképességén, mint mentális állapotán.

A vietnami és az afganisztáni fegyveres konfliktusokban tömegesen észlelték a neuro-emocionális feszültséggel, pszichikai dezorganizációval, a depresszív állapottal járó "harci stressz" fellépését.

A neuro-pszichikai zavarokat leggyakrabban az alvászavar, a kimerültség, a professzionális feladatellátás motivációs hiánya, a fokozott nyugtalanság, a pszichoemocionális túlfeszítettség tünetei jellemezték. A súlyosabb zavarokat a magas fokú nyugtalanság, az agresszivitás, a morális - igazságérzeti orientáció zavarai, az interperszonális kapcsolat csökkenése, az affektív túlfűtöttség, avagy gátlásosság, továbbá a nagyfokú pszichikai labilitás tünetei jelezték.

A "harci stressz-állapot" elsősorban a harcokban közvetlenül részt vevő csapatok állományánál volt észlelhető. Az egészségügyi veszteségen belül arányuk 10-17 %-ra tehető. Gyógykezelésük tapasztalatai szerint 80-90 %-uk egészségi állapota, a csapat egészségügyi tagozatban 1-2 napos gyógykezeléssel helyreállítható. A súlyosabb esetek hosszadalmas hátországi gyógykezelést igényeltek*.

Mindezek a neuro-pszichikai zavarok megelőzésének, gyógykezelésének új dimenziójára utalnak.

h) A sebészeti és belgyógyászati ellátás jellemzői

A XX. század végi fegyveres konfliktusokban a sebészeti ellátás újszerű problémáját fokozott hatású lő- illetve robbanófegyverek okozta összetett, és többszörös sérülések képezték. Arányuk elérte a 20-30 %-ot, de esetenként a 70 %-ot is meghaladta. E sérüléstípus sajátossága a több szervben és szervrendszerben kialakuló patológiák szinergizmusa, egymás hatásának súlyosbítása. Következménye a súlyos, életveszélyes sérülések és a szövődmények arányának növekedése volt.

Beigazolódott a több szervre kiterjedő sérülések egymást követő műtéti ellátásának hátrányossága. Ehelyett az összetett és többszörös sérülések sebészeti ellátásának lehetőség szerint együtemű elvégzésére törekedtek.

Ugyanakkor a sebészeti ellátásban változatlanul és egységesen érvényesült a korai elsődleges sebészi sebellátás, a korai antibiotikus profilaxis; kevés kivételtől eltekintve a sebek elsődleges halasztott varrattal történő zárása; a műtéteknél a szervi és szervrendszeri funkciók maximális megőrzése.

A poliorganikus traumás sérülések a visceralis szövődmények korai és aktív fellépésével jártak. Az elölfekvő tagozatokban a sérültek letalitását elsősorban a posztoperatív ellátás szintje befolyásolta. Ez a sebészet és más szakterületek új dimenziójú együttműködését, illetve az intenzív ellátó kapacitás fokozását igényelte.

A belgyógyászati ellátás feladatköre jelentősen bővült és változott. A belgyógyászati esetek az összess egészségügyi veszteség több mint kétharmadát képezték. Ennek jelentős hányadát a fertőző betegségek és pszicho-traumatizáltak alkották.

* Dr. Svéd László; Dr. Szolnoki László: Változások a Magyar Honvédség Egészségügyi ellátórendszerében a NATO elvek türében Honvédorvos 1998. 50. szám 22.oldal

A XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban a belgyógyászati profilú ellátás sajátosságai közé sorolható a sérülésekhez társult, a békegyakorlatban kevéssé ismert fertőző betegségek diagnosztikája és terápiája, továbbá az összetett és többszörös sérülések belgyógyászati szövődményeinek ellátása.

Tágabb értelemben a belgyógyászati felkészülés feladatkörébe tartozott a vegyi sérültek és a különböző típusú sugársérülések gyógykezelése is.

3. Az egészségügyi biztosítás új alapelvei a XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban

A XX. század végi fegyveres konfliktusokban az egészségügyi biztosítás új elvekkel gazdagodott.

Ezek:

A következetesség elve, amely a harci sérülésfajták kóroktanának és kórfejlődésének egységes értelmezése alapján, egységes gyógykezelési elvek alkalmazását jelentette a progresszíven emelkedő szintű ellátást nyújtó tagozatokban.

A flexibilitás elve a konkrét helyzethez való rugalmas alkalmazkodást tartalmazta.

Az ekvivalencia elve szűkebb értelemben a csapatok és az egészségügyi szolgálatuk azonos szintű mobilitását, járműparkjának azonos védettségét és terepjáró képességét, híradó technikáját jelentette. Tágabb értelemben pedig a kor színvonalának megfelelő, kettős rendeltetésű egészségügyi technikai eszközrendszerre és modulokból a szükségletnek megfelelően összeállítható egészségügyi egységkészletekre utalt.

Az osztályozás, a segélynyújtás és a kiürítés egymásra építésének elve a sérülés súlyosságának, a sérült állapotának, az általános és az egészségügyi helyzet mérlegelésével a "helyben" végzett gyógykezelés, illetve a kiürítés előnyeinek és hátrányainak mérlegelését tartalmazta.

A XX. század második felének fegyveres konfliktusaiban az egészségügyi biztosítás alapvető céljait a harcmezei primer letalitás csökkentése; a sérülés és az első ellátás közötti időtartam csökkentése; az első szaksegély és sürgősségi segély szintjének emelés;, a sürgősségi sebészeti beavatkozások optimális esetben 1 órán, de legalább 6 órán belüli elvégzése, valamint a preventív medicina gyakorlati alkalmazása képezték.

Az egészségügyi biztosítás újabb elveinek és céljainak megvalósítása az egészségügyi ellátórendszer részleges átszervezését igényelték.

A zászlóalj egészségügyi szolgálatok alapvető feladatát a gyors sebesültgyűjtés, az emeltszintű sürgősségi szaksegély, vagy első sürgősségi orvosi segély képezte. A sebesültgyűjtés hatékonyságának fokozására kellő védelmet és mozgásképességet biztosító (terepjáró, páncélozott, híradó eszközökkel ellátott) járműveket fejlesztettek ki és alkalmaztak. Az első szaksegély szintjét az első sürgősségi segély szintjére emelték. Végrehajtására arra kvalifikált "technikusokat" alkalmaztak. Felszerelésüket a standardokban meghatározott beavatkozásokhoz szükséges eszközökkel (pl. kézi lélegeztető készülék) és gyógyszerekkel (pl. volumen-pótló infúziók) egészítették ki.

A dandár egészségügyi ellátás szintjét általános, illetve sürgősségi szakorvosi szintre emelték. Az intenzív ellátó és a sebesült szállító kapacitásukat fokozták.

A hadosztály (hadtest) szintű *egészségügyi* ellátás modelljei igen különbözőek voltak. Egyes esetekben 60-200 ágyas mobil katonai kórházakat alkalmaztak. Más esetekben egészségügyi zászlóaljakat telepítettek. Ezek kórházi, sebesültszállító, higiénés-járványügyi, egészségügyi logisztikai századokkal rendelkeztek. A szaktechnikai felszerelésük különböző rendeltetésű konténereket, monitorokat, képalkotó és klinikai laboratóriumi eszközöket, vérellátó szakfelszereléseket, fürdető-fertőtlenítő egységeket, továbbá az autonóm működéshez szükséges infrastruktúrát tartalmazott.

Kifejlesztették, és kiterjedten alkalmazták az egészségügyi légiszállítást.

Összefoglalás

A XX. század végi fegyveres konfliktusokban a szemben álló felek egészségügyi biztosításának körülményei és feltételei igen specifikusak, lehetőségeik pedig eltérőek voltak. A tapasztalati adatok alapján azonban néhány jövőbe mutató következtetés levonása lehetséges, melyek ezentúl alapelvként is kezelhetők.

1. A harci sérülések és a betegségek letalitásának csökkentése, a felgyógyultak arányának növelése alapvetően az időtényezőn és az ellátás minőségén múlik.

2. Az egészségügyi biztosítás hatékonyságát és hatásosságát a felkészülés szintjén túl mindinkább a technikai ellátottság szintje határozza meg.

3. A békeellátás szintjét a lehető legjobban megközelítő háborús ellátás megvalósításának előfeltétele a védelmi stratégiai koncepcióban a humán értékek képviselete. Ezen alapelv érvényesítése alapozza meg az egészségügyi biztosításban a kompromisszumos ellátásnak csak kényszerítő körülmények közötti és átmeneti alkalmazását, a lehető leggyorsabb áttérést a "béke" egészségügyi ellátást lehető legjobban megközelítő új ellátási princípiumra.

4. Az egészségügyi biztosítás alapelve a segélynyújtás közelítése a sérülési gócokhoz. A sürgősségi és a reparatív sebészeti ellátás súlypontját a csapat egészségügyi tagozat, a rekonstrukciós sebészeti ellátását pedig a "központi" tagozat alkotja.

5. A sérült- és a betegellátásban a harci sérülések, valamint betegségek kóroktanának és kórtanának egységes szemléletére alapozott, egységes ellátási elvek, illetve időnormák érvényesülnek. Ezek szerint a az első egészségügyi sürgősségi segélyt 0,5-1 órán, az első általános és sürgősségi orvosi segélyt 1-4 órán belül, a sebészeti szakorvosi segélyt pedig optimális esetben 1 órán, de legalább 6 órán belül célszerű elvégezni.

6. A segélynyújtás folyamatában következetesen érvényesül az osztályozás, a segélynyújtás és a kiszállítás egymásra épített alkalmazása.

A XX. század második felének fegyveres konfliktusai egészségügyi biztosításában megjelent új alapelvek az egészségügyi stratégiai koncepcióváltás szükségességére utaltak.

A Magyar Honvédség egészségügyi biztosításának rendeltetését, céljait és feladatait hosszú távra meghatározó összfegyvernemi doktrína és ennek nyomán a honvéd egészségügyi doktrína megváltozott, alapvetően a fentiek szellemében.

4. A magyar katona-egészségügy helye és szerepe a hadsereg, a társadalom és a tudomány elmúlt 50 éves történetében

Az elmúlt 50 év történetét a katona-egészségügy szempontjából alapvetően négy nagy szakaszra oszthatjuk, mely mind szervezetével, mind a vele szemben támasztott követelményekkel, tevékenységének súlypontjaival és jelentőségével összhangban van.

Az első szakasz	1945-től 1956-ig,
a második	1957-től 1974-ig,
a harmadik	1975-től 1989-ig,
a negyedik	1990-től napjainkig tartott, illetve tart.

a.) Az 1945-től 1956-ig terjedő időszakot a tömeghadsereg kialakítása, a harcképesség szintjeinek a feltételekkel nem mindig arányos nagyságrendben való fenntartása és a szovjet típusú vezetési, irányítási, továbbá alárendeltségi viszonyok megteremtése jellemezte.

A második világháború befejezése utáni négy esztendő alatt, gyakran nehézségek közepette megteremtődtek a szolgálat működéséhez szükséges szervezési, személyi és anyagi feltételek. Az egészségügyi szolgálatvezető szerve az egészségügyi osztály átszervezésre került és 1949. augusztus 01-től a „Petőfi" hadrendben a Hadtáp Szolgálatfőnökség IV. önálló osztálya, később egészségügyi csoportfőnökség rendszerbe lépett. A szolgálat első főnöke Dr. Merényi Gusztáv orvos vezérőrnagy volt, akit még ebben az évben letartóztattak és koncepciós perek kapcsán a következő évben kivégeztek.

A szervezetszerű ágyak száma 1950. január 01-én 3.570 volt. Budapesten már működött a Honvéd Központi Rendelőintézet, a Repülőorvosi Intézet, a Fogtechnikai Laboratórium, a Honvéd Egészségügyi Anyagraktár, a Honvéd Egészségügyi Iskola és a Honvéd Egészségügyi Tudományos Kutató Intézet. A kórházak közül a Központi Katonai Kórház, az 1. Katonai Kórház, a Repülő Kórház, a Reuma Kórház és a TBC Kórház (Törökbálint).

Érthető módon lehetetlen volt ebben az időszakban az igények mindenoldalú kielégítése. A bevonuló orvosok általában nem, vagy csak hiányos katonai és katonaorvosi ismeretekkel rendelkeztek. Az egészségügyi tiszthelyettesek felkészültsége alacsony szintet képviselt. Jelentős ápolónői és asszisztensi hiánnyal kellett szembenézni. Mindezek miatt hatékony kiképzési munkát kellett megindítani. 1950. január 01-jétől a Központi Katonai Kórházban „Honvéd Egészségügyi Iskola" indult, amely a hivatásos orvosok mellett a tartalékos orvosokat és egészségügyi tiszthelyetteseket is képzett. Ugyancsak 1950-ben alakult a felcser tiszti iskola Dr. Ákos Károly orvos ezredes vezetésével. Az állomány beilleszkedését nehezített az indokolatlanul nagy számú nem szakmai jellegű kiképzések sorozata. Kedvezőtlenül hatott a hadseregre jellemző gyakori áthelyezés, súlyos károkat okozott a bizalmatlanság légköre által produkált minden eset.

Az 1953-ban megkezdett létszámcsökkentések idején az intézetek ágyszáma 4 220 (13 kórház, 1 tüdőszanatórium), a 11 nagyobb helyőrségben hadosztály-lazarett* működött. Még ebben az évben megszűnt két honvédkórház.

1954-ben már szükségszerű lépés volt a kihasználatlan kórházak átadása. Egyes kórházakban (Győr, Szolnok) az állami egészségügyi szolgálat működtetett ágyakat.

1955-56-ban újabb intézetek kerültek átadásra. 1956. október 01-vel a debreceni, miskolci pécsi, szolnoki, székesfehérvári, szombathelyi és győri kórházak is átadásra kerültek a 8 db lazarettel együtt.

1955. szeptemberében került sor a főszakorvosok kinevezésére. Az egészségügyi intézetek számának radikális csökkentése következtében ekkor csak a Központi Katonai Kórház, az 1. és a 3. Honvéd Kórházak álltak a szolgálat rendelkezésére 2.500 ággyal. Ekkor kerültek a korábban önálló állategészségügyi szolgálat és alárendeltjei az egészségüggyel közös szervezésbe.

Az 1950-es évektől a korábbiakban nem tapasztalt fejlődés következett be az orvostudomány, valamint az orvostechnikai és a gyógyszerkutatás terén. Megváltozott számos megbetegedés előfordulási aránya, érezhetővé vált a különböző környezeti, civilizációs-ártalmak hatása.

Merényi Scholcz Gusztáv orvos vezérőrnagy (1946-1949), Felkai Dénes orvos ezredes (1949-1953), Dr. Uray Gyula orvos ezredes (1953-1957), mint egészségügyi csoportfőnökök, a szolgálat tekintélyét és szakmai színvonalát igen magas szintre emelték. Természetesen ez a tudományos színvonal a benne szereplőktől függtek. A legtekintélyesebb és legnagyobb szaktudású orvosok kaptak „meghívót" a hadsereg kötelékébe.

* 40-50 ágyas bel- és sebészeti osztályból álló kórházak, amelyekben a 10 napon belül gyógyuló betegeket és sérülteket kezelik.

Így a szerencsétlen sorsú és kivégzett Dr. Merényi Gusztáv orvos vezérőrnagy vezető kardiológus volt, aki az akkori időben még a Wilson és White intézetben is járt az USA-ban. Jellemző, hogy az I. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten 1952. márciusában az előadók között találjuk Dr. Szántó György orvos vezérőrnagy, Dr. Dreisigert László orvos alezredes, Dr. Litmannt Imre professzor, Dr. Szenes Tibor orvos ezredes, Dr. Ivanovics György akadémikust. Két évvel később már ugyanilyen értekezleten Dr. Farádi László orvos ezredes, Dr. Trencsényi Tibor orvos vezérőrnagy, Dr. Keleti Béla orvos ezredest, és Dr. Gonda Pál orvos ezredes neve tűnik fel*.

Ezen nagy szakmai tudású szakemberek felismerték, hogy a katonaorvosokat „szinten tartani”; fejlődést, netán tudományos munkát indukálni csak akkor lehet, ha nem csak visszértágulattal, sérvvel, mandulalobbal, lúdtalppal foglalkoznak, hanem ha a katonai egészségügyi intézmények megnyitják kapuikat a polgári lakosság betegei előtt - akkori becslések szerint - az ágyszám 30-50 százalékáig. Rájöttek, hogy a zömében fiatalokból álló, kiválogatott fiatal férfiak elsorvasztják a korábbi munkahelyeken, és az egyetemen szerzett tudást, az „aszpirin-ricinus” színvonal réme aligha kerülhető el**.

Rövidesen el is érték, hogy a honvédkórházakat a katonabetegek ütemes kivizsgálása és gyógykezelése révén a megüresedett ágyakra Budapesten a Központi Ágynyilvántartó, vidéken a megyei rendelőintézetek beutalójával polgári betegeket vettek fel. A polgári betegek már 1952-ben kb. az ágyak 30 százalékát foglalták el. Az ebben az időszakban kialakított és felállított Országos Traumatológiai Intézet vezetője a Magyar Néphadsereg főseb észe lett. Ebben az időszakban már felvételi osztály létesült, traumatológiát, égett beteg osztályt, a mérgezettek számára bel-osztályokat alakítottak ki. Előbb Budapesten, majd vidéken is bekapcsolódtak a katonai kórházak a traumatológiai, a sürgősségi belgyógyászati, majd a sürgősségi sebészeti ellátó hálózatba. 1953-ban elkezdődött a tudományos munka is közegészségtani, járványtani, méregtani profillal az ország kutatóhálózatától izolált kutatóintézetben (Honvéd Egészségügyi Tudományos Kutató Intézet – (HETKI). Ekkor alakult a Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanácsa (MN OTT), mely ettől kezdve évente tartott tudományos konferenciákat.

A minden szempontból előremutató intézeti struktúra és az ellátandókkal arányos nagyságrend az ekkor modernnek számító szervezési és szervezeti változások mellett az erre az időszakra jellemző és ismert politikai atmoszféra, valamint a személyi kultusz igen csak rányomta bélyegét, így megkeserítette az egészségügyi szolgálat mindennapjait és életét.

Az akkori egészségügyi csoportfőnökség idejének java részét az intézetek és csapatok helyszíni ellenőrzésére fordította. A kiképzésből kiesett napok száma, a nyári táborozások, a menetrend-szerűen érkező hasmenéses járványok, a különböző ételmérgezések tényleges veszedelmeket és életveszélyt jelentettek az egészségügyi szolgálat tagjai részére.

* Dr. János Gy.: A katonaorvosok szerepe magyar orvostudomány fejlődésében a felszabadulás után Honvédorvos XXVIII. évfolyam 1976. 91-106. oldal

** Dr. Farádi László: Diagnózis az életemről; Gondolat, Budapest 1983.

Az egyik alakulatnál, ahol 1953-ban harmadszor volt ételmérgezés, a hadbíróság a hadtápfőnököt és a vezetőorvost halálra ítélte és az ítéletet végre is hajtották. A csapatorvos egy 40 év körüli falusi körorvos volt, három hónapja vonult be alakulatához és a baj bekövetkeztekor nem is tartózkodott a helyőrségben. Özvegye, három árvája maradt. Az élet és a sors sajátos paradoxona, hogy pályámat ugyanezen alakulatnál kezdtem, ahol soha nem felejtették el ennek a történetnek az említését. A kivégzett katonaorvos rehabilitációjára és sírkőavatására 1998-ban került sor, ahol mint csoportfőnök mondhattam beszédet és róhattam le tiszteletem a korszak legnépszerűtlenebb és egyben legéletveszélyesebb beosztása, a csapatorvos előtt.

Az '56-os forradalom alatt egyebek között a Magyar Néphadsereg egészségügyi szolgálata is feloszlott. A kórházak már nem voltak katonakórházak és nem voltak civil kórházak sem. Ellátták a sebesülteket és elhelyezték őket, tekintet nélkül arra, hogy a barikád melyik oldalán harcoltak és sérültek meg.

b) A forradalom után megszűnt a csapatorvossággal járó életveszély, de nem csökkent a csapatorvosi munka népszerűtlensége.

A forradalom leverése idején a csapatoknál orvosi elnéptelenedés támadt.

1957-ben, mire a néphadsereg újjászervezésének ideje elérkezett, a vezetésre többé-kevésbé alkalmas katonaorvosok száma 15-20 lehetett. 1957 márciusában Dr. Farádi László ezredest (1957-1967) nevezik ki egészségügyi csoportfőnökké. A csoportfőnökség létszáma negyedét tette ki az 1956 előttinek.

Az egészségügyi szolgálat tekintélye jelentősen megnőtt, mikor 1959-ben vezérőrnaggyá léptették elő, és így akkor összesen a Honvédelmi Minisztériummal együtt ebben az időszakban 7 tábornok szolgálat a hadseregben. Az akkori honvédelmi miniszter Révész Géza vezérezredes nevéhez fűződik az ösztöndíjrendszer bevezetése. Ő mondta ki: "Még egyszer nem vihetjük megfélemlítéssel, hamis ígéretekkel az orvosokat a csapathoz, különösen nem azokat, akik előtt szakmai-tudományos perspektíva áll."*

Ez a hiteles története annak, hogy hazánkban elsőként a hadsereg szerződött készülő szakemberekkel, s adott ki "társadalmi ösztöndíjat".

Az ösztöndíjrendszer révén azonban csak 6 év múlva kezdődhetett meg a csapatok orvosokkal történő feltöltése. Szintén az akkori honvédelmi miniszter oldotta meg a helyzetet a végzős orvosok tartalékos szolgálatra történő behívásával. A 6 hónapos tartalékos szolgálat két hónapos elméleti felkészítésből és 4 hónapos csapatgyakorlatból állt.

1959-ben megszüntették a felcsertiszt-képzést is. 1960 után egyre gazdagodtak a kapcsolatok a hazai orvostudomány kutatóműhelyeivel, egyetemi tanszékekkel, országos hatáskörű higiénés intézetekkel, a kísérletes orvostudományi kutatóintézettel.

* Dr. Farádi László: Diagnózis az életemről Gondolat, Budapest 1983.

A Honvédorvos ebben az időszakban vált elismert orvostudományi folyóirattá.

A Honvédorvos az első olyan folyóirat Magyarországon, mely számtalan publikációt közöl arról, miként kell a "békemedicina" elveit alkalmazni mostoha körülmények között, olyankor, amikor egyidőben, vagy igen rövid időn belül beláthatatlan tömegben érkeznek sérültek a segélyhelyekre. Ekkor találó kifejezéssel katasztrófa-medicinának nevezték el összefoglaló névvel e disciplinát, mely ettől kezdve helyet kapott az orvosképzésben és -továbbképzésben.

Az időszakot, a hadsereg lassú, nagyságrendjében nem jelentős, de minőségi fejlődése jellemezte. Stabil és kiváló minőségű intézményi háttér, valamint a Varsói Szerződés országaihoz hasonló alárendeltségű és struktúrájú csapattagozat - zászlóalj, ezred, hadosztály, hadsereg (hadtest) - alakult ki. Magyarországon katonaorvosi egyetem, illetve akadémia híján is intenzív és eredményes tudományos kutatás folyt katonaorvosi témákban. Magyarország kezdeményezte, hogy a Varsói Szerződés tagállamainak egészségügyi szolgálatai évente egy alkalommal közös tudományos konferenciát rendezzenek. Ezen aktivitásnak köszönhetően katonaorvosok sorai szereztek tudományos fokozatot, részt vettek az ország orvos-szakmai és tudományos életében, különböző funkciókat töltöttek be szakmai egyesületekben; docensi, professzori címeket kaptak.

Az 5. Hadsereg 1961-ben történt megalakításával a szervezésben hatalmas gyakorlatot, jelentős jártasságot adó képző hellyé vált.

1969-ben az Orvos-továbbképző Intézetben alakult meg a Honvédelmi Egészségügyi Tanszék, mely ma is bázisa a katonaorvosi szakképzésnek és továbbképzésnek. Ma a Semmelweis Orvostudomány Egyetem Honvéd- és Katasztrófa-orvostani Tanszékeként működik.

Mindezen pozitívumok mellett azonban a hatvanas évek végére ismételten megkezdődött a csapatorvosok alakulattól történő elvándorlása. A csapatorvosok relatíve alacsony száma, a kiképzési feladatok növekedése, az alárendeltségből gyakorta adódó sajátos intellektuális konfliktusok, az első ösztöndíjas szerződésben meghatározott szolgálati idő letelte - egy évért, két évet - a hatvanas évek elejére gyakorlatilag megfosztotta a csapatokat az orvosoktól.

1968-ban mindezek orvoslására a hazai ösztöndíjrendszerben változtatás történt, melyben az egy évért két év, egy évért egy év elvre változott, ami a kötelező egyetem utáni szolgálati időt jelentette, valamint az ösztöndíj mértékét 50 %-kal növelték*.

Ugyanakkor döntöttek arról is, hogy a Leningrádi Kirov akadémián beindítják a magyar katonaorvosok graduális képzését, az addig csak postgraduális képzést biztosító világhírű intézetben.

* Dr. Farádi László: Diagnózis az életemről; Gondolat , Budapest 1983.

c) Az 1974. és 1975. évben az előző intézkedések hatására gyakorlatilag a csapattagozat - a híres és hírhedt helyőrségeket is beleértve (Rétság, Lenti, Nagyatád, Nagykanizsa, Zalaegerszeg, Miskolc, Verpelét, Kecskemét, Pápa, Tata) - a 30 %-os feltöltöttségről gyakorlatilag majdnem 100 %-osan telítődött fiatal és ambiciózus orvosokkal, akik az egyetem után a Központi Honvédkórházban először fél-, majd ezt követően egyéves speciális katonaorvosi postgraduális képzés - elméleti és gyakorlati - után kerültek ki a csapatokhoz*.

A graduális és postgraduális képzések rendszerének változtatásán túl egy korszakalkotó és abban az időben igencsak jelentősnek tűnő direktíva is megalkotásra került, nevezetesen a 0014/1974. Honvédelmi Miniszteri Direktíva. Ez gyakorlatilag óriási lehetőségeket biztosított a csapatorvosok részére mind a személyes, mind a katonai karrier, mind a szakmai fejlődés területén.

Zászlóalj és ezred szinten a csapatorvos a sok konfliktus forrását előidéző hadtáp - alárendeltségből parancsnok - alárendeltségbe került, a vezető orvos megnevezés egészségügyi szolgálatfőnökre változott. Besorolása a fegyvernemi főnökök szintjére emelkedett. Évente egy hónap, havonta egy szakmai nap kiadása és letöltése kötelezővé vált. A szakképesítés megszerzésének lehetősége bővült, és öt év alatt egyszer egyéves kórházi vezénylés is biztosítható lett. A rendfokozati előrelépések, az orvosok számára a soronkívüliség minden rendfokozatban és beosztásban korlátozatlanul biztosítottá váltak.

Bevezették a közegészségügyi-felügyeleti rendszert, amely óriási felelősséggel, de ugyanakkor jelentős tekintélyt teremtő erővel is bírt.

Ugyanakkor ezred szinttől felfelé a hadtáp-alárendeltség megmaradt, amely elsősorban a hadosztály szinten dolgozó szervező orvosok munkáját, illetve helyzetét tette igen sokszor elviselhetetlenné és nehézzé.

Mindezen lehetőségek ellenére a kötelező szolgálati idő letöltése után az 1974-75-ben végzett csapatorvosok közel 30-40 %-a leszerelt és eltávozott a hadseregből.

Az egészségügyi tiszthelyettesképzésből kikerült férfi tiszthelyettesek gyakorlatilag használhatatlannak bizonyultak - egy-két kivételtől eltekintve -, és teljes értékűen csak az egészségügyi anyagi ellátás területén voltak alkalmazhatók. 1975-től megkezdődik a polgári életben egészségügyi szakközépiskolát, illetve nővérképzőt végzett női tiszthelyettesek rendszerbeállítása. Ugyancsak először engedélyezik egy fő, majd a nyolcvanas évek elejére gyakorlatilag az ösztöndíjasok felénél a női hallgatókkal való szerződéskötést. A kiáramlást így gyakorlatilag a végző orvosok folyamatosan pótolták.

* 0622/1974 MN Személyügyi Főcsoportfőnök parancsa 1974. szeptember 01.

Ebben az időszakban ugyan rendkívül sematikusan, de igen sok feladattal zsúfoltan teltek az évek. A januári-februári téli gyakorlat után különböző szintű vezetői értekezletekre és szakkiképzésekre került sor; március-áprilisban törzsvezetési gyakorlatok csapatok nélkül „Szojuz”, vagy csapatokkal „Pajzs”, ezt követték a különböző szakcsapatok és szakmák speciális gyakorlatai májusban. Június a nyári gyakorlatokkal telt el „Vértes”, „Duna”, melyek összfegyvernemi, vagy szakmai „Spartacus”, „Orion” rendszergyakorlatok voltak. Az ősz ellenőrzésekkel, összegzésekkel, és a következő év tervezésével telt el.

A központi tagozatban ebben az időszakban jelentős fejlesztések és beruházások történtek. 1977-ben új intézet létesül Balatonfüreden, az akkor egyre nagyobb számban előforduló szív- és érrendszeri betegek utókezelése céljából. Ekkor kezdődték meg építeni a csapattagozatban az úgynevezett helyőrségi csapatrendelők kialakítása érdekében a Nagykanizsai Csapatrendelőt, melyet, mint prototípust 1983-ban adtak át. Pécsen új rendelőt és égési, valamint intenzív osztályt magába foglaló épületet építettek. Új katonai kórház építése kezdődik el 1979-ben Győrött, amit 1984-ben indítottak be. A nyolcvanas évek elején teljes rekonstrukción esett át a Budai Katonai Kórház, és 1986-ban elkezdődött a Központi Katonai Kórház rekonstrukciója és ugyanebben az évben a Központi Katonai Kórház kihelyezett részlegeként megalakul a Verőcemaros Betegotthon.

Eközben folyamatos változtatáson ment keresztül az "M" egészségügyi szervezetek száma és szervezeti struktúrája, ami a nyolcvanas évek közepére egy központi parancsnokság alá tartozó két egészségügyi dandárban, összesen hatvannégy tábori intézetet tartalmazó szervezetben csúcsosodott ki.

A béke- és háborús szervezetek között gyakorlatilag nem volt kapcsolat, hisz a hivatásos állomány, mint keretátadásos, a parancsnokság állományába tartozott, viszont végrehajtó szinten - az intézet parancsnokát is beleértve - mindenki tartalékos állományú volt.

A technikai fejlesztés ekkor érte el csúcspontját. A tábori egészségügyi eszközökhöz ekkor rendszeresítették a sebesültkihordó eszközöket, új hadinorma állt rendszerbe és váltotta le a 60-as évek technikáját és anyagát. Új kötöző gépkocsik álltak rendszerbe 1979-ben. 1980-tól megjelentek a műtőkonténerek, később a labor- és epidemiológiai konténereket rendszeresítették, 1985-ben új típusú fürdető-fertőtlenítő eszköz, a DDA-66 jelenik meg.

A honvéd egészségügyi intézetek béke technikai eszközeiben is óriási előrelépések történtek. A katonai kórházakban rendszeresítették először a korszerű sebészet bevezetését lehetővé tevő laparoscopos, majd a központi kórházban szerelték fel Magyarország első Computer Tomograph-ját.

Új őrző rendszereket telepítettek. A csapattagozatban lévő repülőalakulatoknál a start segélyhelyek munkáját gyorsító eszközöket, az úgynevezett KTD-I illetve II-t rendszeresítették

A szervezeti korszerűsítések és változtatások elsősorban Prof. Dr. Vámos László orvos vezérőrnagy (1967-1981), míg a technikai fejlesztések Prof. Dr. Hideg János orvos vezérőrnagy (1983-1991) által vezetett szolgálatfőnökséghez kötődött.

1981-ben Dr. Németh István orvos vezérőrnagy-ot nevezik ki egészségügyi szolgálatfőnöknek, aki nagy lendülettel vetette bele magát a gyógyító-munka minőségi fejlesztésének feladataiba, de 1982 márciusában tragikus körülmények között önkezűleg vetett véget életének és pályájának. 1982-től 1983. augusztusáig Dr. Horváth István orvos ezredes megbízással látja el az MH egészségügyi szolgálatfőnök feladatait.

A szervezetek és eszközök teljes vertikumának próbáját az "Orion-79", illetve "-85" gyakorlatok jelentették, ahol a zászlóaljtól a hátországig a háborús egészségügyi szolgálat minden eleme működött.

1986-tól a hadsereg folyamatos átszervezésének lehettünk tanúi, ami hol átgondolt, hol kevésbé megfontolt koncepciók mentén haladt.

1986-ban egy modernnek, de grandiózusnak tűnő átszervezés kezdődött, mikor is a Varsói Szerződésben megszokottól eltérő, inkább a nyugati katonai kultúrára emlékeztető zászlóalj-, dandár-, hadtest szervezeti rend kialakítása kezdődött el. Mindezekben az átszervezési folyamatokban az egészségügy végrehajtó és működő ellátó intézetei gyakorlatilag érintetlenek maradtak, de az irányító szervek alárendeltségében és nagyságrendjében jelentős változások történtek.

Az anyagi és technikai szolgálatok 1987-89 között végrehajtott integrációja, valamint a vezető szervek csökkentését célzó változások soha nem látott pozícióvesztést okoztak a szolgálatnak. A homogenitás elvét figyelembe véve az egészségügyi szolgálat mindenütt az anyagi-technikai szolgálatfőnök alárendeltségébe került.

A Honvédelmi Minisztérium dezintegrációja kapcsán a minisztériumba nem került egészségügyi szolgálat, hanem a Magyar Honvédség Parancsnokságához az integrált Anyagi-technikai Főcsoportfőnökség alárendeltségébe tartozó Hadtáp Csoportfőnökség keretében maradt meg öt fővel. Ekkor hozták létre az Egészségügyi Intézetek Főigazgatóságát* (EIF), mint az intézeti tagozat elöljáróját. A szolgálatfőnökség jogosítványa gyakorlatilag a tanácsadás, követelménytámasztás, feltétel-biztosítás, ellenőrzés és irányítás funkcióiból állt. Nyilvánvalóan ennek, a megmaradt öt fővel lehetetlen volt eleget tenni.

Az intézeti illetve a központi tagozat lejtőn való elindulásának kezdőpontja 1989. december volt, mikor is az intézetek megmaradása érdekében az akkor naivan jónak hitt Országos Egészségbiztosító Pénztár (OEP) finanszírozás bevezetésével kapcsolatos szerződést aláírták.

A több hibás pontot is tartalmazó szerződés aláírására nyilvánvalóan a túlélés miatt került sor. Ettől az időponttól kezdve a szolgálat mindennapjait nem a szakmai kihívásoknak, hanem a gazdasági szempontoknak való megfelelésre való törekvés jellemezte. Fejlesztésről és kiképzésről a folyamatos átszervezések miatt nem lehetett szó.

* EIF alapító határozat MN VKF 00330/1989. intézkedése 1989.augusztus 01.

A csak tartalékosokkal gyakoroltatott háborús intézeti rendszer csődjét az 1989. decemberi Romániai forradalom eseményei, illetve az akkor újszerűen jelentkező feladat, nevezetesen a humanitárius segély biztosítása mutatta meg. Az akkor megajánlott sebesültszállító vonat összeállítása és felszerelése rendkívül hosszadalmasan, igen sok problémával valósult meg. Mire a felkészülés közepéig elértünk, addigra az osztrák egészségügyi szolgálat már Romániába küldte a vonatát, melyet aztán igénybe sem vettek.

d) Az egészségügyi szolgálat 1990-től napjainkig tartó történetét a regresszió, valamint a túlélés mellett a határtalan és elképzelhetetlen változások, továbbá a megújulásra való törekvés jellemzi.

A szakmai szempontokat egyre inkább a gazdasági tényezők előzték meg a mindennapi küzdelemben. Eközben óriásira értékelődik fel a szolgálat szerepe a világ országaiban és a világ egyre inkább szaporodó konfliktusaiban.

Az eddigi katonai alkalmazási szemlélet, nevezetesen a sérült minél gyorsabban való felépülése majd a harcoló csapatoknak történő visszaadása nagyot változott. A cél az előerő mindenáron való megőrzése lett, így például az öbölháborúban az összes sérült száma nem érte el a fél-ezret.

Ugyanakkor a konfliktusok megoldódását új, eddig nem sok helyen alkalmazott eljárások követték, úgy mint a békemegtartó, vagy béketeremtő műveletek. Ezekkel egyidőben a polgári lakosság irányába a hadseregek feladatai is változtak. Új műveleti forma, a "humanitárius művelet" fogalmával és tartalmával kellett megismerkedni.

Az utolsó tíz évet jellemző - inkább mennyiségi - változtatások mellett, az új kihívásokra jól reagált a szolgálat. 1992-ben megalakították azt a mobil orvoscsoportot*, mely először támaszkodott a kórházak békében meglévő állományára; amely fel volt készítve speciális feladataira, valamint az anyagi-technikai készletei valósak és működőképesek, nem pedig a fiktív és soha nem látott eszközök, utalványokkal lefedett nem létező anyagi készletek. 1995-ben kialakították az első ROLE-1+ segélyhelyet, mely a horvátországi Okucsányiban kezdte meg működését**.

1998-ban újabb öbölválság alakult ki, melynek során az úgynevezett, az öbölháborúban részt vett orvoscsoport tapasztalatai alapján, egy bárhol alkalmazható és bevethető, speciálisan háborús sérülteket ellátó "Megerősítő orvoscsoport"-ot hoztak létre hivatásos és szerződéses orvos-tisztekből és szakasszisztens tiszthelyettesekből.

* T-10/274/1996 HVK Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnökség állománytábla

** 114/1995 (XII.12.) Országgyűlési Határozat

1999 tavaszán* a NATO-ba történt csatlakozással szinte egyidőben soha ki nem próbált és működtetett, több százezres menekülttáborok közegészségügyi-járványügyi feladatait ellátó laboratóriumot állítottunk össze és telepítettünk az AFOR-műveletek helyszínére az albániai Hamalaj helységben. Ilyen mobilis képességgel abban az időszakban senki nem rendelkezett. Az akkor végzett kiemelkedő munka eredményeként 2000-ben a Koszovói Erők (KFOR)-műveletekben való hasonló részvételre kapott felkérést a szolgálat. Így 2001 februárjában megkezdte a működését a KFOR MEL csoport is a koszovói Pristinában**.

A tíz év alatt közel 300 orvos és egészségügyi tiszt, tiszthelyettes szerzett nemzetközi, illetve hadszíntéri tapasztalatot.

Talán ennek is köszönhető, hogy 2001 szeptemberétől a NATO déli parancsnokság szárazföldi csapatainak egészségügyi főnöke, az ENSZ ciprusi misszió (UNFICYP) misszió egészségügyi vezető nemzeti pozícióját, majd 2002. szeptember 01-től a NATO Európai Parancsnokság egészségügyi főnöki beosztásait magyar egészségügyi tisztek töltik be.

Eközben a haderő létszáma 1/5-ére, az egészségügyi szolgálat pedig 1/3-ára csökkent. Az intézetek racionalizálása következtében több szervezet és intézet megszűnt (EIF, Győri Honvédkórház), míg több intézet összevonásra, kapacitás-szűkítésre kényszerült az MH Katona Orvosi Kutató Központ (MH KOKK), Repülőorvosi Kutató Intézet (ROVKI), az MH Közegészségügyi Intézete (MH KÖI), Budai Honvédkórház. Emellett új funkciókra, új intézmény is létesült 1992-ben az Egészségügyi Alkalmasságvizsgáló Intézet, mely aztán a preventív medicinát magába foglaló intézménnyé alakult át 1997-ben az MH KÖI és MH KOKK összevonásával MH Egészségvédelmi Intézet megnevezéssel***.

Az egészségügyi szolgálat katonai hierarchiában elfoglalt helye is jelentősen változott, amelyben a szerep-felértékelődésnek nagy része volt.

1992-ben a Hadtápszolgálat, 1997-ben az egyesített Anyagi-technikai szolgálat alárendeltségéből került ki az egészségügyi szolgálat, közvetlen vezérkar főnöki irányítás alá helyezve.

Összességében: a történelmi és a történeti áttekintés bemutatta, hogy a katona-egészségügyi szolgálat jelentős mennyiségi és minőségi fejlődésen ment keresztül az elmúlt évszázadban. A magyar katona-egészségügy dinamikusan és aránylag gyorsan reagált a változásokra, még a nehezebb időszakokban is. Talán ez az egyik oka annak, hogy napjainkban jelentősebb válsággócokban a katona-egészségügy maximális helytállásról tesz tanúságot.

A különböző átalakításokból egyértelműen kitűnik, hogy azokat soha sem az egészségügyi szolgálat úgymond „sui generi" indukálta, hanem éppen az aktuális külső, főleg politikai tényezők motiválták.

*29/1999 (IV.14.) Országgyűlési határozat

** 86/2000 (X.20.) Országgyűlési határozat

***MH EVI Alapító okirat 78/1997. honvédelmi miniszteri határozat

II. Fejezet

A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY SZERKEZETI ÉS SZERVEZETI ÁTALAKÍTÁSÁNAK FŐBB LÉPÉSEI

1. Az 1990 és 1996 között történt intézmény- és struktúra-átalakítás

Az egészségügyi szolgálat átalakítása, korszerűsítése az elmúlt évek folyamán párhuzamosan folyt a Magyar Honvédség egészének átalakításával, összefüggésben az anyagi-technikai integráció kialakításával. A folyamatok lényegében elválaszthatatlanok, emiatt szükséges volt a Magyar Honvédség egészére ható körülmények, tényezők rövid áttekintése is, melyek döntően befolyásolták a szolgálat tevékenységét, azt hol segítve, illetve bizonyos mértékben nehezítve.

A Magyar Honvédség Parancsnoksága átalakításának részeként jött létre 1990. december 01-jével az addig önállóan működő Hadtáp Főcsoportfőnökség, Fegyverzet-technikai Főcsoportfőnökség, valamint más felügyelet alatt tevékenykedő Anyagi-technikai Szolgálatok (repülőműszaki, műszaki, vegyvédelmi, híradó-technikai, REVA) strukturális integrálásával az MH Anyagi-technikai Főcsoportfőnökség (MH ATFCSF-ség). A vezető irányító szervezetek átalakításával célkitűzés volt az önállóan működő rendszerek miatti párhuzamosságok kiszűrése, megszüntetése és egyidejűleg jelentős létszámcsökkentés elérése, valamint a minisztérium és a Magyar Honvédség Parancsnokságának szétválasztása*.

E folyamat során egy ötfős Egészségügyi Szolgálatfőnökség maradt meg, mint vezető-irányító szerv a Hadtáp Csoportfőnökségen belül. A többi létszám jelentős jogkörök átadásával, az addig elsősorban anyagellátással és mozgósítási feladatokkal foglalkozó Egészségügyi Intézetek Parancsnokságához (EIP) került, mely szervezet megnevezése Egészségügyi Intézetek Főigazgatóságára (EIF) változott és a továbbiakban, mint az egészségügyi szolgálat középirányító szervezete működött**.

Az egészségügyi szolgálat tevékenységének fő irányát ebben az időszakban 9 szervezési időszak feladatainak szakági biztosítása, illetve az egészségügyi szolgálatra háruló szervezési, valamint alaprendeltetési feladatok végrehajtása határozta meg. A szolgálat jelentős átalakuláson ment át. Kialakultak létszámkereteinek, szervezetének és területi elhelyezésének fő paraméterei. A nemzeti védelmi igényeknek és lehetőségeknek megfelelően létrejött új vezetési és működési rendje.

* MH Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnökség 00480/1989. intézkedése

**MN VKF 00330/1989. intézkedése

Az elkövetkező években is komoly változások történtek az egészségügyi szolgálat feladatát, struktúráját; a vezetés, irányítás és finanszírozás rendszerét tekintve. Az alaprendeltetésből adódó feladatok mellett fel kellett vállalnia a békeidőszakban bekövetkezhető katasztrófák egészségügyi következményei felszámolásában való aktív közreműködését. A felkészülés érdekében fontos feladattá vált az olyan klinikumok kiemelt művelése, melyeknél a megbetegedés vagy sérülés jellege közel áll a háború vagy katasztrófa esetén előforduló egészségkárosodások formáihoz. Ennek szakmai alapjait a katasztrófa- és katonaorvosi szakképesítés 1993-tól történő megszerezhetősége is biztosítja.

Az új követelmények figyelembevételével került sor az egészségügyi szolgálatnál szervezeti változtatásokra; az egészségügyi intézetek hatékonyabb, gazdaságos üzemeltetését célzó szabályozók bevezetésére.

A Kecskeméti és Pécsi Honvédkórházak állományából megalakult egy-egy mobil szakorvos-csoport, melyek katasztrófa, vagy más váratlan, tömeges sérüléssel járó baleset során, az ország területén bárhol alkalmazhatóak a sérültek szakorvosi, elsősorban sebészeti ellátására.

A vezetés-irányítás terén igen fontos előrelépésnek tekinthető, hogy 1992. február 01-jétől a Hadtáp Csoportfőnökségből kivált az Egészségügyi Szolgálatfőnökség (MH EÜSzF-ség) és az MH anyagi-technikai főcsoportfőnök közvetlen alárendeltségébe került.

Az 1990-ben rendszerbe állított MH EIF ezzel szemben túldimenzionált szervezetnek bizonyult, amely szerkezeti, működési problémákkal küzdött. Az MH EÜSzF-ség tényleges elvi irányításhoz elégtelen szervezete miatt olyan irányítási feladatok is középirányítói szinten jelentek meg, melyek egyértelműen a szolgálatfőnökség szintjére tartoztak volna. Az MH EIF-nél koncentrálódtak irányítási, vezetési, felügyeleti jogok és egyben végrehajtói feladatok, melyeknek ez a szervezet nem tudott teljes mértékben megfelelni. Ez a helyzet az egészségügyi szolgálat központi és csapattagozata szakmai irányításának relatív elkülönülését is okozta. Zavarkeltő volt továbbá az MH főszakorvosok helyének és szerepének tisztázatlansága épp úgy, mint a Katonaorvosi Kutató Központ helye és szerepe az MH EIF-en belül.

Az MH EIF létrehozásának másik és kimondatlan oka volt a finanszírozási rendszerbe bekövetkezett igen jelentős változása. Nevezetesen az, hogy 1989. december 01-jétől a Magyar Honvédség gyógyító intézetei fennmaradásuk érdekében az OEP finanszírozási rendszerébe kerültek, hasonlóan a polgári intézetekhez. A szervezet azonban közvetlenül nem folyt bele a finanszírozás bonyolításába, csak átjátszó és közvetítő szerepet kapott, személyi feltételek nélkül. A konkrét pénzügyi feladatokat akkor is és most az MH Pénzügyi és Számviteli Főnöksége, majd az ezen szervezet bázisán kialakított pénzügyi és számviteli hivatalok végezték, illetve végzik.

Az Anyagi-technikai Főcsoportfőnökség és az Egészségügyi Szolgálatfőnökség vezetésének 1991. év végén történt személyi váltása lehetővé tette a régi szervezetek működési anomáliáinak áttekintését és egy átfogó változtatásra irányuló koncepció megfogalmazását, melyet a szolgálat 1992 őszére

elkészített és azt az MH Parancsnokság Vezetői Tanácsával elfogadtatott. A szolgálat első lépésként a szolgálat vezetési és irányítási rendszerét gondolta át, majd végrehajtotta a feladatokhoz és jogkörökhöz igazított átszervezését, amelynek keretében 1994-ben sor került az MH Anyagi-technikai Főcsoportfőnökség szervezetében, főcsoportfőnök közvetlen alárendeltségben az MH Egészségügyi Csoportfőnökség (MH EÜCSF-ség) megalakítására*.

Az MH EIF megszűnésével feladatait és létszámának egy részét átcsoportosították az MH ATFCSF-séghez, az MH EÜCSF-séghez, az MH Egészségügyi Anyagellátó Központhoz (MH EÜAEK), illetve az új szervezeti elemként - az MH Közegészségügyi Intézet (MH KÖI) és a Katonaorvosi Kutató Központ bázisán - megalakult az MH Közegészségügyi és Katonaorvosi Kutató Intézethez (MH KÖKKI).

A feladat végrehajtása után a volt szolgálatfőnökség és MH EIF összesített létszáma mintegy 80 fővel csökkent a létrehozott új struktúrák összesített állományához képest.

A vizsgált időszakban intézményenként az átalakítási és struktúraváltási feladatok az alábbiak szerint alakultak:

1.2. A HM tárca által finanszírozott intézetek

a) Az MH KÖKKI - mely 1994-ben az MH Közegészségügyi Intézet és az MH Katonaorvosi Kutató Központ összevonásával és racionalizálásával jött létre - feladata az MH személyi állományában egészségre ható ártalmak, település-, élelmezés-, munkaegészségügyi, toxikológiai és járványügyi vizsgálatok mellett, az egészségnevelési és egészségvédelmi tevékenység koordinálása, tudományos kutatási feladatok végrehajtása.

b) A katona-egészségügyi szolgálaton belül régi igényként jelentkezett a beválás, illetőleg a katonai szolgálatra való alkalmasság, avagy alkalmatlanság elbírálására, egy egységes szervezetbe foglalt, megfelelő jog- és hatáskörrel rendelkező intézet. A már jelzett és 1992-ben elfogadott koncepció alapján ezt az igen fontos szervezetet, mint az MH Egészségügyi Alkalmasságvizsgáló Intézete (MH EÜAVI) 1992-ben sikerült megalakítani.

Az intézet tevékenységi köre kiterjed a sor- és a hivatásos állomány egészségügyi alkalmassági vizsgálatára, felülvizsgálatára és minősítésére, valamint a sorozások során az egészségügyi alkalmassági vizsgálatok elvégzésére, felügyeletére.

Az intézet rendszerbe állításakor Igazgatóság, II. fokú FÜV Bizottság, Központi Sorozóorvosi Bizottság, Egészségügyi Alkalmasságvizsgáló Osztály (szakorvosi bizottság, pszichológiai laboratórium, katonai alosztály) voltak a fő szakmai, illetve vezető szervezeti elemek.

*MH PK VKF 034/1994 számú HVK Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnökség intézkedése

1993-ban Debrecenben, a megyei hadkiegészítő parancsnokságon működő kihelyezett sorozóorvosi részleggel (3 fő) bővült az intézet, melynek feladata kísérleti jelleggel a megyei I. fokú sorozások egészségügyi-szakmai felügyelete és a II. fokú sorozásokban való szakmai részvétel volt.

Az 1993. évi CX. Honvédelmi törvény a megyei hadkiegészítő parancsnokságok feladatául szabta az I. fokú sorozást, a II. fokú sorozás szakmai (orvosi és pszichológiai) tevékenységének végzése pedig az MH EÜAVI feladata lett. A II. fokú sorozóbizottság orvos és pszichológus tagját az intézet biztosítja, elnökét pedig a HVK Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnökség hadkiegészítési osztályának állományából a honvéd vezérkar főnöke vezényli.

A honvédelmi törvényben meghatározott feladatbővülés miatt az intézetet 1994-ben ismételten átszervezték. A Központi Sorozóbizottság helyett Sorozóorvosi Osztályt rendszeresítettek, állományában a megyei hadkiegészítő parancsnokságokon - a debreceni kihelyezett sorozóorvosi részleg tevékenysége során nyert tapasztalatok alapján - működő sorozó szakorvosi alcsoportokkal. Jelenleg valamennyi megyeszékhelyen 1-1 sorozó főorvos tevékenykedik. A feltöltési nehézségekkel számolva pszichológust csak 10 megyében rendszeresítettek azzal, hogy ha megfelelő képzettségű szakemberek rendelkezésre állnak, a hiányzó 10 pszichológusi hely is rendszeresítve lesz. Ennek érdekében a debreceni KLTE BTK pszichológiai szakára beiskoláztak 15 főt.

c) A Honvéd Repülőorvosi Vizsgáló és Kutató Intézet (HROVKI) a repülő-hajózó-állomány és a földi kiszolgáló személyzet egészségügyi vizsgálatát, illetve gondozását végezte rendkívül szigorú, az egyes repülőgép típusoknak megfelelő nemzetközi követelmények betartásával. Ebben az intézetben folyt mindezek mellett az ejtőernyősök és búvárok vizsgálata is.

d) Az MH Központi Egészségügyi Anyagraktár átszervezésével korábban megalakított MH Egészségügyi Anyagellátó Központ (MH EÜAEK), mint az egészségügyi anyag- és eszközellátás központi szervezete funkcionál, melynek területi raktáraiban történik a tábori egészségügyi intézetek készleteinek tárolása, raktározása. Az MH EÜAEK-hez kerültek a tábori intézetek, egészségügyi szervezetek tervezési, szervezési, az áruforgalmi osztály feladatai, valamint a pénzügyi, anyagi-technikai feladatok végrehajtása. Az MH EÜAEK létrehozásával, feladatai bővítésével - a finanszírozási gondok ellenére - javulás tapasztalható az egészségügyi anyagok és eszközök biztosításában.

1.3. A csapattagozat

Az egészségügyi szolgálat szervezetében végrehajtott változások a Magyar Honvédség haderőreformjához kapcsolódtak. Az egyes alakulatok átalakításával, megszüntetésével, alárendeltségének megváltoztatásával az aktív katonai szolgálatot teljesítő ellátandók létszámviszonyai is változtak, ami az egészségügyi ellátásra vonatkozó utaltsági rend felülvizsgálatát és módosítását követelte.

Az alapellátásban lényeges strukturális változás nem következett be, de összességében a csapatok egészségügyi szolgálatainak létszáma csökkent. A megszüntetett katonai szervezetek csapatorvosainak és egészségügyi szakalkalmazottainak egy része más helyőrségekbe került, más része pedig a szolgálati viszonyát megszüntetve, a polgári életben helyezkedett el.

Feszültséget okozott a Magyar Honvédség közalkalmazottainak létszámcsökkentését elrendelő intézkedés is. A fogorvosi, valamint a fogászati, fiziotherápiás és laboratóriumi asszisztensi státusok megszüntetése a csapatoknál egyértelműen az egészségügyi szakállomány csökkenéséhez, az alapellátás keretében nyújtott szolgáltatások beszűküléséhez vezetett, aminek következtében megnövekedett a szakrendelőkbe, kórházakba történő beutalások aránya.

Az alapellátásban a háziorvoslással 1992-ben bevezetett "reformok" a csapat-egészségügyi szolgálatot diszkriminatívan érintették. Egyes helyőrségekben a laktanyákban lévő teljes állomány ellátása mellett az adott helyőrség jelentős polgári hozzátartozói és nyugdíjas állományának alapellátását is végezték, illetve végzik a csapat-egészségügyi szolgálatok (Rétság, Tata, Lenti, Nagykanizsa, Kalocsa, Kiskunhalas, Jobbágyi, Nyírtelek, Marcali, Tapolca, Keszthely). A háziorvoslásból ezeket a szolgálatokat kizárták, az ún. kártyapénzeket a területileg illetékes, illetve a kijelölt háziorvosok kapták meg. Változtatásokat csak néhány helyőrségben sikerült elérni (Rétság, Jobbágyi, Székesfehérvár), ahol a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárral (MEP) orvosaink szerződést kötöttek. Jelentősebb eredményt csak a képzési lehetőségek vonatkozásában sikerült elérni, azaz csapatorvosaink megfelelő és előírt feltételek teljesítése után "háziorvostanból" szakképesítést szerezhetnek. A csapattagozatban jelentős eredményt a háborús szervezetek koncepciózus és NATO kompatibilis szervezeteinek kialakításával sikerült elérni, mely mind szakmailag, mind anyag- és eszközellátásban fontos előrelépést jelentett.

1.4. Az OEP által finanszírozott intézetek vonatkozásában

a) Az intézeti tagozatban a vezető kórház szerepét az MH Központi Honvédkórház (MH KHK) töltötte be, melynek szakmai profilja magába foglalja mindazon orvosi szakmákat, amelyek a békeellátás és a háborús (védelmi) feladatok egészségügyi biztosításában alapvetőek. A kórház tevékenysége, az ott folyó munka színvonala az összes többi kórház és rehabilitációs intézet szempontjából meghatározó jelentőségű.

Kiemelt jelentőségű az a rekonstrukció, amely 1986-ban kezdődött. A beruházás megvalósítása során új, korszerű orvos-technológiai berendezések beszerzését irányozták elő. Az ápolási egységek kialakításánál a nemzetközi normatívákat figyelembe véve 40 ágyas részlegek kialakítását tartották szem előtt, melyek kiszolgálása a legoptimálisabban oldható meg.

A rekonstrukció teljes megvalósítása érdekében, a finanszírozási gondok áthidalására a Magyar Köztársaság Kormánya határozata alapján 1994-ben nemzetközi tendert írtak ki.

A fentiektől függetlenítve, 1995 decemberében jelentős átalakítást hajtottunk végre. A vezetés egységesítése érdekében az MH KHK-ba integráltuk a Budai Honvédkórházat, mint Budai részleget. Ezáltal, valamint a Budai részlegben a párhuzamosan, illetve gazdaságtalanul működő osztályok (sebészet, fül-orr-gégészet, illetve gyermekgyógyászat) megszüntetésével, továbbá az 1995. év végi ágyszám-leadásokkal a most már három telephelyen (Pest, Buda, Verőcemaros) létező Központi Honvédkórház létszáma 76 fővel, ágyszáma pedig 200 darabbal csökkent.

b) A SOTE-vel 1994 tavaszán megkezdett tárgyalások és az OEP támogatásának eredményeképpen a kórház gerincgyógyászati osztállyal gazdagodott, mely mind szakmai, mind finanszírozási szempontból jelentős előrelépés volt.

c) A repülőszemélyzettel szemben támasztott pszichés és fizikai követelmények növekedése, a követelményrendszer egységesítése; a repülőorvosi vizsgáló módszerek, gyógyító és rehabilitációs eljárások fejlődése, illetve művelése maguk után vonták azt a követelményt, hogy hasonlóan a nemzetközi gyakorlathoz, egységesüljön a katonai és polgári repülő-egészségügyi ellátás, amit a HROVKI, illetve a Kecskeméti Honvédkórház bázisán 1995-ben megalakult MH Kecskeméti Repülőkórházban szerettük volna megvalósítani.

d) A honvédkórházi ágyhálózattal kapcsolatos területi igényeket és a gazdaságos működtetés szempontjait figyelembe véve hajtottuk végre a Győr-Moson-Sopron megyei kórházzal közös elhelyezésben működő MH Győri Honvédkórház katonai gyógyintézetkénti üzemeltetésének megszüntetését, ami 1996-ban megtörtént. Az intézet megyei feladatok ellátására történő átadása - a Népjóléti Minisztérium által az egészségügy modernizációjára kidolgozott tervezettel összhangban - 1996. szeptember 01-jén befejeződött. A végrehajtás után az MH egészségügyi szolgálatának személyi állománya újabb 340 fővel, ágyainak száma további 300 darabbal csökkent.

e) Az MH Hévizi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet. Az 1995. évi szerződés megkötésekor az akkor érvényben lévő rendelkezések szerint krónikus osztálynak nem lehetett aktív részlege, illetve a krónikus osztályokat három csoportba sorolták. Így 128 ágyat rehabilitációs ágyként fogadott el az OEP. Túl a pénzügyi vonatkozáson, ez a tény a betegellátás egy magasabb szintjét jelentette, de egyben 30 ágycsökkenést is maga után vont.

f) Az MH Balatonfüredi Kardiológiai Rehabilitációs Intézet életében 1995 elejétől következett be lényeges strukturális változás, a 70 kardiológiai rehabilitációs ágyra és a fennmaradó 30 ágynak kardiológiai krónikus ággyá történő átminősítésében.

További kiemelt szervezési feladatként jelentkezett a Társadalom biztosító által finanszírozott honvédkórházak és szanatóriumok új "B" és "M" állománytábláinak, struktúrájának kialakítása, úgynevezett tömbösítése. Az új táblákat azért adták ki, hogy a - régi állománytáblákkal ellentétben - segítsék az intézetek rugalmas gazdálkodását.

Az 1990-1994. közötti időszakban a különböző átalakítási feladatok az egészségügyi szolgálat felsőszintű vezetését érintették. Az eme időszakban végrehajtott feladatok egyértelműen növelték a szolgálat tekintélyét és nem elhanyagolandó szempont az sem, hogy a lineáris vezetési rendszerben a szolgálat kettő lépcsőfokkal feljebb került, mely lényegesen csökkentette a vezetés szempontjából fontos beavatkozási pontokat.

Az 1995-1996. között történt intézményi struktúra-átalakítására tett intézkedések a katonaegészségügyi szolgálat intézményrendszerének hatékonyabb működését eredményezték, és igazodtak az akkori szervezési változások, a létszámcsökkentésre irányuló törekvéseihez.

2. Az 1997- 2001. között történt intézmény és struktúra átalakítás

Az egészségügyi szolgálat intézményi tagozatában a tulajdonosi szerep sajátos értelmezése és az OEP finanszírozási rendszerének egyébként is meglévő anomáliái; a Központi Honvédkórház rekonstrukciós kérdésének megoldatlansága; a kiírt tender-győztes HCMI angol vállalkozás eredménytelensége; a katonai feladatok fedezet nélküli kezelése az intézményi rendszert gazdasági csődbe sodorták.

A csődhelyzet különböző, a szolgálat egészét érintő átvilágításokat, vizsgálatokat eredményezett és ezzel együtt egy sor átalakítási - szakmákra és vezetésre egyaránt kiterjedő - feladatot jelentett.

Az első, legnagyobb és legsokrétűbb vizsgálat az OEP, valamint külső szakértők bevonásával 1996 júliusától 1996 decemberéig tartott. Ennek legnagyobb eredménye az egészségügyi szolgálat legfelsőbb vezetési szintjének a vezérkar főnök alárendeltségébe, a csoportfőnök pedig a parancsnok közvetlen irányítása alá utalása volt*.

A struktúrák további racionalizálása mellett egyértelművé vált a tárca feladat-költségvetés egyensúlyának megsértési felelőssége is.

Természetesen ebbe a gazdasági vezetés nem nyugodott bele és 1997-ben az érvényben lévő költségvetési szabályozókra hivatkozással kincstári biztost rendelt ki a szolgálathoz, de ezt megelőzően, 1996 decemberében egy HM Kollégiumi ülés felvetette az egészségügy egységének a megbontási gondolatát, azaz a csapat és intézeti tagozat szétválasztását, mind költségvetési, mind vezetési aspektusokból.

A kincstári biztos gyakorlatilag az OEP-átvilágítás eredményét erősítette meg és kényszeríttette a gazdasági szférát a csődközeli helyzet felszámolására.

1997-ben újabb átvilágító cég, a "MŰVEK Kft." jelent meg a színen a gazdasági vezetés most már a kórosan rögzült teóriájának igazolására (azaz csak valamiféle csapategészségügyre van szükség, az intézeti ellátás fölösleges és gazdaságtalan. A gyógyítási feladatokat a polgári kórházak is képesek ellátni, vagy esetleg a szervezés alatt álló egyéb részvénytársaságok mintájára egy, a központi honvédkórház rekonstrukcióját is felvállaló befektető céggel létrehozott kórházi részvénytársaság biztosítja).

* 015/1997. MHPK-HVKF Szervezési és Hadkiegészítési Csoportfőnöki intézkedés 1997. december 31-ei hatállyal

E hosszú időszak alatt most először kérdezte meg a polgári egészségügyi intézetek átvilágítására specializálódott vállalkozás, hogy igazából mi is az alaprendeltetése és feladata a katona-egészségügynek, illetve egyáltalán van-e létjogosultsága ennek a szolgálatnak.

A vizsgálat 1997 kora tavaszán felemás eredménnyel zárult, de megállapításai érdekes módon két év múlva, mint rögeszmék és a stratégiai felülvizsgálat „újszerű" eredményei, ismét előkerültek. Az 1997-es vezetői összefoglalót – mely az akkori honvédelmi miniszter Keleti György úr részére készült - mindenképpen pontosítani szükséges, hisz igen sok, úgynevezett „reform lépés" ebben az összegzett anyagban fogalmazódott meg.

„1. A honvédség korszerűsítési folyamatában (NATO csatlakozás) újra meg kell határozni a szervezet egészségügyi feladatát, szervezetét, működését és finanszírozását. A tisztán katona-egészségügyi feladatokat a Magyar Honvédség Főparancsnoksága hatáskörében kell ellátni.

2. A katona-egészségügyi feladatok elsődlegessége mellett megjelenő - OEP által támogatott, finanszírozott feladatokat - az adminisztráció, a szervezés és az ellátás szintjén el kell különíteni.

3. A Központi Honvédkórházat a katona-egészségügyi és a polgári katasztrófa-ellátás központjává kell fejleszteni, de kapacitásának egy jelentős részét folyamatosan a polgári ellátásban is hasznosítani szükséges.

Felkészülési és mozgósítási szempontokból a katonai és polgári katasztrófa ellátást egységes rendszerként kell kezelni. A Pécsi Honvédkórházat szervezetileg célszerű a KHK-hoz kapcsolni, és fokozatos visszafejlesztését megtervezni. Az intézmény a már megkezdett együttműködés keretében a Pécsi Orvostudományi Egyetem szervezetébe kerüljön átadásra. A Kecskeméti Repülőkórház szervezetileg egyesüljön a KHK-val. Feladatait rövid- és középtávon Kecskeméten végezheti, de törekedni kell arra, hogy minél nagyobb szerepet kapjon a polgári repülés-egészségügyi feladatok ellátásában. Hosszú távon lehetséges, hogy ez a feladat jobb elhelyezést nyerhet a KHK-ban. A felsorolt három kórház tulajdonosi, irányítási, finanszírozási feladatait a Magyar Honvédség Főparancsnokságán kell elhelyezni. Ez esetben is célszerű a jelenleginél rugalmasabb, nagyobb autonómiával és felelősséggel rendelkező szervezeti struktúra kialakítása.

4. A KHK területén félig elkészült új épület sorsa

a) Költségvetési pénzből befejezni és a KHK szervezeti egységeit elhelyezni a épületben. Ez igen nagy összeget igényel – az ismert adatok 20 milliárd Ft nagyságrendben jelentkeznek.

b) Más célra értékesíteni és a befolyt összegből a KHK jelenlegi telephelyét rekonstruálni. Ezt az alternatívát gondosan meg kell vizsgálni. Gazdasági szempontból reálisabbnak mutatkozik, mint az a) változat.

5. A többi fekvőbeteg intézményt, amelyek honvédelmi jelentősége csekély, - polgári egészségügyi hasznosításuk lehetséges és szükséges – külön javaslom kezelni. A HM 100 % tulajdonlása mellett non-profit gazdasági társaság – Holding – létrehozását javaslom. Ez a szervezet - a HM érdekeinek képviseletében – elvégezheti a szükséges koncepcionális, szervezési és gazdálkodási korszerűsítést, és felelősséggel átvállalhatja az intézmények működtetését.

6. Az OEP által nem, vagy csak részlegesen finanszírozott betegellátási feladatok további finanszírozására szorgalmazni és támogatni kell a HM önkéntes kiegészítő egészségpénztár tevékenységét.

7. A javaslatok elfogadása esetén, a következő ajánlott lépés, egy megvalósítási terv elkészítése, amely részletesen tartalmazza a szükséges tervezési és szervezési intézkedéseket, időbeli ütemezésüket és költségeiket." *

A vizsgálat "eredménytelensége", a katonai kórház rekonstrukciójának teljes zsákutcába jutása arra késztette a honvédelmi minisztert, hogy most már erőszakkal verje szét és bontsa meg a szolgálat egységét, mind a szolgálat személyi állományát, mind az intézeti és szervezeti struktúrát illetően.

1998 áprilisábanban mind a katonai, mind a szakmai vezetés hozzájárulásával utasítást adtak ki a Honvédelmi Minisztériumba szervezett Egészségügyi Főosztály létrehozására. Ez a döntés morálisan hihetetlen károkat okozott a szolgálatnak. A végrehajtást az 1998. évi választások eredménye akadályozta meg.**

Azonban alig két hónapos szünet után, - polgári kórházigazgatókból és a MŰVEK Kft. maradványaiból - újabb bizottság kezdte meg az egészségügyi szolgálat átvilágítását, miközben újból kirendelték a kincstári biztost is.

A vizsgálat eredménye ismét a szakma igazát hozta, és az alábbiakat állapította meg.

A legfelsőbb döntéshozó testületnek meg kell határoznia:

- a NATO követelményrendszerhez igazodás tartalmát, a katona-egészségügy nagyságát, szakmai struktúráját;

- a szolgálat feladatainak ellátásához szükséges források biztosításának rendjét;

- az intézményhálózhat irányításának, működtetésének formáját;

- a polgári és a katona-egészségügy kapcsolatrendszerét.

* Dr. Szepesi András: Vezetői összefoglaló Keleti György honvédelmi miniszter részére 234/163/1996. sz. ügyirat 1997. március 17.

** 25/1998 (HK 9.) HM utasítás; 41/1998 (HK 12.) HM utasítás

A szabályozás tekintetében:

- átlátható, harmonizált, jogszabályi környezet megteremtése;

-az egészségügy általános érvényű szabályozásában meg kell jelennie a katona-egészségügy specialitásainak;

-a társadalom egészét szabályozó hatályos törvényeknek, jogszabályoknak érvényesülniük kell az MH keretein belül is, az indokolt sajátosságok figyelembevételével;

- az MH egészségügyi szolgálata gazdálkodásának szabályait ki kell dolgozni. A szabályzórendszer fejezze ki azt a tényt, hogy a honvéd egészségügy nem csak az MH szerves része, hanem a háborús felkészítést szolgáló szabad kapacitásával aktívan bekapcsolódik a polgári egészségügyi ellátásba (különösen a sürgősség területén) felvállalva annak működési feltételrendszerét.

Az irányítás területén:

- az egészségügyi szolgálat markáns szakmai különbözősége és működési sajátosságai miatt megfontolásra ajánljuk a katona-egészségügy önálló jog- és hatáskörének növelését a vezérkaron belül. Ezen vezetési szinten kell ötvöződnie a polgári és a HM szabályzórendszerének, mely egyben garanciája is a szolgálat egységének, hatékony irányításának;

-a katona-egészségügy feladatai ellátásához szükséges létrehozni Egészségügyi Csoportfőnökségen belül egy gazdasági, pénzügyi és számviteli feladatokat ellátó szervezeti egységet.

A struktúra vonatkozásában:

- a NATO követelményeinek és gyakorlatának megfelelően kell megvizsgálni az egészségügyi szolgálat szervezeteit, valamint annak szükséges átalakítását;

- a szervezet szintjein történő harmonizálást időben ütemezetten, tervezetten kell megvalósítani. Ehhez a folyamathoz a HM (politikai) és a vezérkar (stratégiai) szoros együttműködésen alapuló támogatása szükséges;

- a szervezet szintjén kell megvalósítani a katona-egészségügyi feladatok és a polgári egészségügy együttműködési feladatait úgy békében, mint háborúban. Célszerű a békeidőben történő katasztrófa-ellátás egészségügyi feladatait, a sürgősségi ellátás problémakörét is ezen a szinten kezelni;

- a központi irányítás erős ellenőrzése mellett az intézményi menedzsmentnek megfelelő önállósággal kell rendelkeznie a polgári feladatok ellátásában;

- ez a feladat maga után vonja a katonai és polgári feladatok intézményi szintű határozott szintézisét, egyúttal az intézmény gazdálkodási és szervezeti alkalmazkodó képességének növelését”.*

Az 1998-as és 1999-es években egyre ismertebbé váltak a közelgő szövetségi kötelezettségek. Ezek jelentős mértékben segítették a szakmaiság talpon maradását és a szolgálat bizonyos mértékű erősödését.

Az 1998-as év vége és az 1999-es év eleje a Jugoszlávián belüli újabb nemzetiségi konfliktusok hatásaival kapcsolatos feladatok és a NATO-csatlakozás örömteli perceivel telt el, hogy aztán ebből fel sem ocsúdva, a Jugoszlávia elleni NATO műveletekben találtuk magunkat. Ebben az időszakban az egészségügyi szolgálat derekasan állt helyt mind a határbiztosítási feladatok egészségügyi támogatását, mind az AFOR-műveletben való részvételt illetően.

A jugoszláviai NATO-műveletek befejeztével a KFOR feladatainak tervezése és végrehajtása kezdetekor, 1999 júniusában újabb nagyszabású, de most már az egész haderő stratégiai felülvizsgálatát rendelt el a kormány a kisebb, hatékonyabb és finanszírozhatóbb hadsereg megteremtése érdekében.

A felülvizsgálat közben, majd annak eredményeként soha meg nem élt mélypontra érkezett az egészségügyi szolgálat.

A vizsgálatot irányító közigazgatási államtitkár megállapította, hogy gyakorlatilag katona-egészségügy mint önálló disciplina és szakterület nem létezik, így a haderő részeként nem is vették számításba. Nagy nehézségek révén, az akkor már teljesen magunkévá tett NATO-követelményrendszer birtokában sikerült néhány elemet megtartani a hadrendben (preventív medicina, közegészségügyi kiképzés, valamint repülő-egészségügy), míg a többi intézet rendkívülien szűk kapacitással hadrenden kívül, gazdasági társaságba való kivitelét határozták el. A központi kórház rekonstrukciójának kérdését egy más célra történő felhasználás vizsgálatával zárták le.

A haderő stratégiai felülvizsgálatakor az egészségügyi szolgálatot az üdültetéshez és a könyvkiadással kulturális szolgáltatást végző intézményekhez sorolták, bizonyítva ezzel, hogy a döntéshozók nem értik, vagy nem akarnak érteni a katona-egészségügy alaprendeltetését.

Az akkor elrendelt feladatok végrehajthatatlanságát jelzi, hogy ezekből gyakorlatilag nem történt semmi.

Újbóli átvilágítások (Perfekt Rt.) Kollégium, közigazgatási államtitkári és nemzetbiztonsági kabinetülések sora foglalkozott a katona-egészségügy átalakításával, melynek végére egészen 2002. évvégéig kellett várni.

* Bizottsági jelentés Waschler Tamás HM közigazgatási államtitkár úrnak
Készítette: Dr. Gosztonyi Ágnes tanácsadó testület koordinátora EüCsF-ség Irattár

A 2002. év közepéig elvégzett főbb átalakítási lépéseket elsősorban a gazdasági és néhány esetben a személyes tényezők motiváltak. Bizonyítja ezt az, hogy a legfontosabb területről a háborús és a különböző műveletek egészségügyi biztosításának kérdéseiről, mint az igazi alaprendeltetési feladatokról soha nem esett szó egyetlenegy vizsgálatnál sem.

Gyakorlatilag a katona-egészségügyet a polgári egészségügy részeként, a béke-egészségügyi ellátásban részt vevő, ebből következően egy felesleges szervezeti elemként tartják, illetve tartották számon.

III. Fejezet

A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY ELŐTT ÁLLÓ FŐBB FELADATRENDSZEREK A MEGVÁLTOZOTT KATONAPOLITIKA TÜKRÉBEN

Mielőtt a főbb feladatokat számba vennénk, előtte mindenféleképp meg kell ismerni azokat az új, a szövetségi kötelezettségből és az ország nemzetbiztonsági tényezőiből adódó követelményeket, melyek mentén a katona-egészségügyi szolgálatot képessé lehet tenni sokirányú és különböző nagyságrendű kihívások megoldására, kezelésére.

1. Az egészségügyi biztosítás szövetségi alapelveiről általában

1.1. Az egészségügy és a logisztika

Az egészségügyi szolgálatok a járványmegelőzéssel; a betegek, sérültek és a sebesültek gyors ellátásával, továbbá azok minél előbbi újra szolgálatba állításával, nagyban hozzájárulnak a harckészséghez. A szétbontakozási területen az egészségügyi teljesítő képességeknek egyensúlyban kell lenniük a haderő nagyságával és a sebesülési kockázattal. Az egészségügyi ellátási rendszernek az ellenségeskedéseket megelőzően már el kell érnie a működési készenlétet.

A NATO-ban a főparancsnokságok orvosi- és egészségügyi biztosítása a logisztika része. Ez nem felel meg azonban a legtöbb tagország szervezési felépítésének, ahol az egészségügyi szolgálat, vagy szakállomány nem rendszeresített része a logisztikának.

Ez a kérdés egyre gyakrabban foglalkoztatja a NATO logisztikai felső vezetési tanácsát (SNLC) és igencsak érzékeny téma, a NATO Egészségügyi Főnökök Tanácsába (COMEDS) is.

A legutolsó egyeztetések alapján született kommuniké megállapítja, hogy az egészségügyi szolgálat együttműködik a logisztikával, de a hadszíntéren az egészségügyi szolgálat a hadszíntérparancsnok közvetlen tanácsadójaként, annak alárendeltségében működik.*

Melyek azok a konkrétumok, melyek az előző megállapítást alátámasztják?

a) Míg számos általános logisztikai utasítás vonatkozik az egészségügyi biztosításra, az egészségügyi hatóságoknak a fegyveres erők egészségi állapotát érintő sajátos problémákkal kell foglalkozniuk. E biztosítás feladata az emberi erő megőrzése, az élet védelme és a visszamaradó fizikai, illetve mentális rendellenességek korlátozása. Ez a biztosítás tehát megkívánja, hogy külön elvek és stratégiák szabályozzák működését.

* MC 326/1 A NATO egészségügyi biztosítás irányelvei és politikája 1999. június 22. 4. oldal

b) Míg a logisztikának biztosítania kell az erők anyagi készenlétét, beleértve a személyzeti szolgáltatásokat; a szükséges infrastruktúrát és egészségügyi biztosítást, az utóbbi egyedi és átruházhatatlan felelősséget visel a harcoló erők egészségének fenntartásáért és visszaállításáért. Az életmentő és egészségmegőrző intézkedéseknek különböző alapvető szabályokat kell teljesíteniük.

c) Míg egy egység logisztikailag tervezett számú nap alatt tehető önállóvá, ezt nem lehetséges megtenni az egészségügyi önellátás területén. Egy tökéletes és hatásos kiürítési, illetve gyógyítási rendszernek ezért a nagyon korai kezdetektől rendelkezésre kell állnia.

d) Az időkeret, amelyben a sérülteknek páciensnek az élet-, vagy végtagmentő sebészeti beavatkozást meg kell kapniuk, rendkívül behatárolt. Minden késlekedés a megbetegedési és halálozási gyakorisági arány növekedésére fog vezetni.

e) Az orvos-egészségügyi személyzet, anyagok és infrastruktúra a Genfi Konvenció védelme alatt állnak. Ezért az egészségügyi személyzet nem harcoló státuszú, ők logisztikai felszerelésként kell, hogy alkalmazzák felszereléseiket, távol a csapás várható helyétől, amint az nem tehető meg a helyi védelmi erőkkel.

f) Minthogy az orvosi és egészségügyi biztosítás fő tevékenysége természetére nézve humanitárius, az egészségügyi egységek értékes anyagi készletek, amelyek "új típusú" műveletekben alkalmazhatóak. A humanitárius egészségügyi segítség pozitív lélektani benyomást gyakorolhat az otthoni közvéleményre, valamint magán a katasztrófaterületen is.

g) A NATO-erők számára a hatásos egészségügyi biztosítás nélkülözhetetlen a mindenre kiterjedő hadműveleti sikerhez, és jelzi a NATO szándékának, elhatározásának komolyságát. Ebben a távlatban egy ilyen egészségügyi biztosítás megléte és hadrendbe állítása része lehet az elrettentésnek, a háborús cselekmények megkezdésétől.

h) Elfogadott, hogy az egészségügyi biztosítás hiányának érzékelése észrevehetően csökkenti a katonák morálját és harci kedvét.

1.2. Az egészségügyi szolgálat feladata

Az egészségügyi biztosításról való gondoskodás az egészségügyi szolgálat által megvalósított parancsnoki felelősség. A parancsnok megbízásából az egészségügyi szolgálat feladata először és elsőként hozzájárulni a hadműveleti feladat megvalósításához az előerő megőrzése révén. A kiképzett humánerőforrások lemorzsolódása, a nem megfelelő alkalmasságvizsgálatok következtében; a betegségek és sérülések kritikusan leronthatják a parancsnokok képességét a hadműveleti céljaik megvalósításában.

Az egészségügyi szolgálat feladatait a fenti célok megvalósítása érdekében az alábbi fő területeken fejti ki.

a) Prevenció:

1) a hadműveletekhez szükséges egészségügyi anyagokról és eszközökről való gondoskodás;

2) egészségügyi felderítés;

3) megfelelő immunizációról és megelőző intézkedésekről gondoskodni a hadműveleti területen alkalmazásra kerülők számára;

4) gondoskodás az egészségügyi felvilágosításról és egészség-nevelési programokról a higiénia és közegészségügy területén;

5) az egészségügyi alkalmasság meghatározása a személyi állomány hadműveleti alkalmazhatóságára;

6) a tömegpusztító-fegyverek hatásainak megelőzésére szolgáló intézkedések és meghatározásuk.

b) Kiürítés (evakuáció):

a sérültkiürítő rendszer működtetése ellenőrzése és összehangolása, beleértve a légi-egészségügyi kiürítést és a kiürítés alatti egészségügyi ellátást.

c) Gyógyítás:
1) az elsősegélynyújtó gyakorlatok megszervezése és végrehajtása;
2) felkészülés az orvos-egészségügyi ellátásra és kórházba történő szállításra;
3) az egészségügyi logisztikai feladatok ellátása.

d) Kutatás és fejlesztés:

biológiai, orvosi és speciális élettani, valamint környezetvédelmi tudományos tevékenységek a korszerű és naprakész egészségügyi biztosítás fenntartása érdekében, ellátás az orvos-egészségügyi és humán tényezők területén.

1.3. Az alkalmazott egészségügyi biztosítási stratégiák

A megfelelő és látható egészségügyi biztosítás katonai elszántságot demonstrál. A betegségek megelőzésével, a sérültek és a betegek gyors ellátásával az egészségügyi szolgálat nagyban hozzájárul az emberi erő megtartásához. Hogy haderőinknek ezeket az életfontosságú érdekeit biztosíthassuk.

Az egészségügyi kapacitásnak a települési zónában, egyensúlyban kell lennie a haderő létszámával és azzal a veszéllyel, amelynek ez a haderő ki van téve, illetve az egészségügyi biztosítás rendszerének már az ellenségeskedés kitörése előtt

működőképesnek kell lennie. A megfelelő NATO-parancsnok, mint felettes válik felelőssé csapatainak egészségéért, így fennhatósága alá kerülnek haderején belül a megfelelő szintű egészségügyi erők és eszközök. Ez azt is jelenti, hogy ő rendeli el az egészségügyi erők és eszközök díszlokációját, a sérültáramlás átirányítását a helyi túlterhelés megelőzése érdekében. A minden részletre kiterjedő egészségügyi tervezés és a tagországok megfelelő egészségügyi személyzettel való képviselete a megfelelő vezérkaroknál/törzseknél előfeltétele a NATO- parancsnokra történő egészségügyi felelősség átruházása.

*1.4. Az egészségügyi ellátás szintjei**

Az egészségügyi ellátás progressziven egymásra épülő, egymást az önsegélytől a végleges szakorvosi szakellátásig, rehabilitálásig

A professzionális egészségügyi ellátás alapvető szintjei magukba foglalják:

- az újraélesztést és az életfunkciók stabilizálását;
- a különböző tagozatokra történő minősítésre történő alkalmasság feltételeinek megteremtése;
- az élet-, és végtagmentő sebészetet, beleértve a hosszú idejű alkalmatlanság megelőzésére szolgáló sürgős intézkedéseket;
-a végleges kezelést és rehabilitációt;

A segélyhelyek kategorizálása a segélynyújtás lehetőségei szerint:

- 1. ellátási szintű segélyhelyek (ROLE-1)**
- 2. ellátási típusú segélyhelyek (ROLE-2)
- 3. ellátási típusú segélyhelyek (ROLE-3)
- 4. ellátási típusú segélyhelyek (ROLE-4) lehetnek.

A ROLE-1 feladatköre:

- napi betegellátás;
- sérültek összegyűjtése és elszállítása a sérülés helyszínéről;
- kezdeti (elsődleges) osztályozás;
- resuscitatio és életfunkciókat stabilizáló beavatkozások;
- első orvosi segélynyújtás;
- előkészítés további hátraszállításra.

A ROLE-2 feladatköre:

A ROLE-1 szintű feladatai, kiegészülve:

- a ROLE-1-ről sérültek hátraszállítása, fogadása;
- osztályozás, előkészítés a további hátraszállításra;
- a sérültek és betegek, nem harci eredetű sérülések szakorvosi ellátása;
- korlátozott fektetés;
- ROLE-1utánpótlása és sérültszállítás.

* MC 326/1 A NATO-egészségügyi biztosítása irányelvei és politikája

** NATO Terminológia

A ROLE-3 feladatköre:

A ROLE-2 feladatai, kiegészülve:
- sebészeti ellátás, beleértve a szükséges sürgősségi sebészeti ellátást is;
- intenzív és posztoperatív ellátás;
- betegápolás;
- fektető-kapacitás;
- laboratórium, röntgen;
- transzfúzió;
- fogászat;
- megelőző egészségvédelem (közegészségügyi-járványvédelmi feladatok);
- háborús stressz management,
- ROLE-2 utánpótlása és sérültszállítás.

A ROLE-4 feladatköre:

- definitív ellátás;
- rehabilitáció.

Ezen időigényes, végleges eredménnyel járó kezelésről és rehabilitációról az országok egészségügyi szolgálatai saját hatáskörükben gondoskodnak.

Az egészségügyi ellátó tagozatok kapacitása

A ROLE-1 és ROLE-3 ellátási szinten bizonyos ellátási feladatokkal, az adott katonai egység speciális rendeltetését vagy igénybevételi időtartamát figyelembe véve,

a ROLE-1+
- nagyon beszűkített fektető-kapacitás;
- fogászati ellátás;
- alap laboratóriumi vizsgálatok (tesztek);
- egészségvédelem;
- hadműveleti stressz management;

a ROLE-3+
- speciális sebészet (idegsebészet, maxillofaciális sebészet, égési sebészet, stb.);
- szakosított és speciális diagnosztikai eljárások (Computer Tomograph, arthroscopia, komolyabb laborvizsgálatok, stb.);
- speciális fogászati, szájsebészeti eljárások;
- speciális ápolási követelmények;
- "környezeti csoport" képességekkel bővülhet.

2. Egészségügyi biztosítás

2.1. Az egészségügyi biztosítás fogalma

A katonai orvostudomány felgyorsult fejlődésének jelen szakaszát az újonnan átvett terminológiák sokasága és a korábbi terminológiák egymás melletti alkalmazása jellemzi.

Példaként hozhatjuk fel az első sürgősségi és az első orvosi segélynyújtás szinonimaként alkalmazott fogalmát. Ezek tartalmilag igen közel álló beavatkozásokat, azok standardjait tartalmazzák. Ugyanakkor lényeges különbséget is hordoznak mind a standardok szintjei, mint azok végrehajtására hivatottak szakmai képzettsége tekintetében. Az első sürgősségi segélyt nyújthatja arra kellően képzett és tanúsított nem egyetemi végzettségű személy is. Az első orvosi segély pedig orvosi képzettséget feltételez. E két fogalom tartalmilag közelálló, de nem azonos.

Aligha kétséges, hogy az igen bonyolult multidiszciplináris katonai egészségügyi biztosítási rendszer működtetésének egyik előfeltétele a hazai és a szövetségi rendszerben alkalmazott terminológiák egységes értelmezése. Ez indokolja az egészségügyi biztosítás általunk alkalmazott fogalmának bemutatását.

Az egészségügyi biztosítás az egészségügyi doktrína alaptételeinek megvalósítására hivatott. Az egészségügyi biztosítás az egészségügyi ellátórendszer egyes tagozatai rendeltetésének, szervezetének működésének alapelveit meghatározó, a preventív medicina, a kiürítés, a gyógyítás, valamint az egészségügyi kutatás és fejlesztés egymásra épített feladatait tartalmazó elmélet és gyakorlat rendszere.

Más megközelítésben az egészségügyi biztosítás a csapatok személyi állománya egészségének megóvása, helyreállítása érdekében végzett tervszerű tevékenység.

Az egészségügyi biztosítás tervszerűsége a rövid- és középtávon érvényesülő külső, illetve belső tényezők figyelembevételével a doktrínában meghatározott célok eléréséhez a legcélszerűbb változat meghatározását jelenti. Ennek érdekében vizsgálni, értékelni és korrigálni kell a megvalósítást akadályozó tényezőket (visszacsatolás), ugyanakkor a doktrína fejlesztése érdekében előre kell jelezni a fejlődés irányait és tendenciáit (előrecsatolás).

2.2. Az egészségügyi biztosítás célja

2.2.1. A megbetegedések és a harci eredetű sérülések előfordulásának csökkentése.

Ezt a célt az egészségügyi szolgálat a prevenció keretében valósítja meg. A prevenció újszerű megközelítésben jelentkezik és az alábbi jelentős tevékenységsort foglalja magába:

- a hadműveletekhez szükséges egészségügyi szakanyagok, felszerelés használatával kapcsolatos felkészítés;
- egészségügyi felderítés;
- megfelelő immunizáció és megelőző intézkedések a hadműveleti területen tevékenykedő állomány részére;
- gondoskodás az egészségügyi felvilágosításról és egészségnevelő programokról;
- az egészségügyi alkalmasság meghatározása a személyi állomány hadműveleti alkalmazhatósága szempontjából;
- az ABV-fegyverek hatásainak megelőzésére szolgáló megelőző intézkedések meghatározása és bevezetése.

2.2.2. Az egészségügyi kiürítési tevékenység végzése

A sérültkiürítő rendszer megtervezése és megszervezése a várható szükségletekkel összhangban, valamint ennek a gyógyító tevékenységgel való összehangolása az egészségügyi biztosítás legérzékenyebb pontja, a katona-egészségügy háborús alkalmazásának és létének, sikerének kulcskérdése. Ezt a célt a katona-egészségügyi szolgálat a kiürítési politika előírásainak és szabályainak alkalmazásával, illetve megvalósításával éri el.

2.2.3. A sérültek és sebesültek egészségügyi ellátása

Alapvetően a gyógyító tevékenységet jelenti, mely magába foglalja az elsősegélynyújtástól az orvosi, illetve szakorvosi ellátás megszervezését és végrehajtását, valamint az ellátott, vagy részben ellátott sérültek hátraszállításra történő felkészítését a következő, vagy a végleges ellátási helyre.

2.2.4. Masszív tudományos és technológiai háttér fenntartása, az előző három pontban felsorolt célkitűzések minél tökéletesebb végrehajtása érdekében.

2.3. Az egészségügyi biztosítás alapelveinek, valamint az elvárásoknak és követelményeknek megfelelően az egészségügyi szolgálatnak az alábbi feladatokat kell végrehajtania:

- felkészülni az alaprendeltetésből adódó egészségügyi biztosítási feladatok megoldására;
- az ország védelmére, valamint a nemzetközi szerződésekben foglalt katonai kötelezettségek teljesítésére alkalmazott erők egészségügyi biztosításának végrehajtása;
- gyógyító-megelőző alapellátás, intézeti járó- és fekvőbeteg-ellátás, rehabilitáció, közegészségügyi-járványvédelmi biztosítás a honvédség személyi állománya és az igényjogosultak részére;
- a honvédség személyi állománya egészségi állapotának, pszichikai és fizikai teljesítőképességének vizsgálata, minősítése;

- a fokozott megterhelésnek kitett személyi állomány, a repülőhajózó- állomány rendszeres egészségügyi szűrése, hatósági minősítése;
az egészségügyi szervezetek egészségügyi szakanyagokkal, szaktechnikai eszközökkel történő ellátása, működésük feltételeinek biztosítása;
- kutatás és fejlesztés; felkészülés, kiképzés, továbbá továbbképzés a katonai és katasztrófa-orvostan, valamint a repülő-orvostan területén;
- együttműködés az állami egészségügyi szolgálattal:
- a katasztrófák egészségügyi következményeinek felszámolásában és arra való felkészülésben, az érvényben lévő törvények, illetve rendeletek alapján;
- az MH és a szövetséges csapatok egészségügyi biztosítási feladatainak megoldásában.

2.4. Az egészségügyi biztosítás szervezeti elemei

Az előzőekben megfogalmazott feladatokat, a háborús illetve a különböző műveletekben keletkező sérüléseket és betegségeket ellátó szakmai struktúrákat figyelembevevő egészségügyi intézményrendszerben kell megvalósítani, biztosítva az állomány ilyen irányú képzését, továbbképzését és gyakorlati felkészítését. E tevékenységet ki kell egészíteni az orvosi disciplina olyan szakterületeivel, melyek a béke-egészségügyi ellátás szempontjából nélkülözhetetlenek.

Az egységesnek tűnő elvárások mellett azonban fontos az a NATO-egészségügyi doktrínájában meghatározott tétel, miszerint "végső fokon minden ország maga felelős ezért, hogy gondoskodjon azokról az egészségügyi erőforrásokról, amelyek erői egészségügyi biztosításához szükségesek. Az időigényes végleges ellátás és rehabilitáció az egyes országok feladata és felelőssége". *

Az alaprendeltetést illetően tehát el kell fogadni mindazokat az alapelveket és elvárásokat, melyeket ez idáig felsoroltam, egész addig, amíg az országnak hadserege van, ugyanis azokat adott helyzetben csak a katona-egészségügyi szolgálat tudja teljesíteni, hisz erre békeidőszakban rajta kívül senki sem készül fel. Ezt a tényt igazolják a koreai, a vietnami, az öbölháború-beli, az IFOR, az SFOR, ISAF a KFOR és a különböző békefenntartó missziókban szolgálatot teljesítő magyar katonaorvosok és egészségügyi személyzet tapasztalatai is.

Az elmúlt tíz év alatt számtalan előre mutató, az egységességet és az alapelveket maximálisan szem előtt tartó átalakításon ment át az egészségügyi szolgálat. A szervezeti keretek - ami a háborús struktúrát illet - már most lehető teszik az alaprendeltetésből adódó feladatok befogadását a harcoló katonától a katonai kórházakig.

Ugyancsak fontos az is, hogy az elmúlt évek során elvégzett különböző nagyságrendű és tartalmú, a szolgálat aktuális működését, helyzetét elemző vizsgálatok mindegyike megállapította, hogy a Magyar Honvédségnek szüksége van egy jól működő egészségügyi szolgálatra.

* MC 326/1 NATO egészségügyi biztosítás irányelvei és politikája

Természetesen az alaprendeltetést figyelembe véve ez azt jelenti, hogy bizonyos területeken és szakmákban kivételezettség, valamint plusz kapacitás jelentkezik, melyek fenntartása jelentős anyagi forrásokat köt le és emészt fel. Mindezeket a feladatokat egymástól elválaszthatatlan egységben és tagozatban teljesíti az egészségügyi szolgálat.

2.4.1. A csapattagozat

Feladata, célja: az elsődleges célja, hogy a békeellátást végző állomány legyen a háborús alap- és szakellátást végző szintek (1. és 2. ellátó szint) személyi és egyéb feltételeinek a bázisa, befogadva azokat a kiegészítéseket, melyeket a tartalékos tisztekből, tiszthelyettesekből, illetve a központi tagozat egészségügyi intézetei állományából kapnak.

2.4.2. A központi tagozat

Feladata, célja: a 3. és 4. ellátási szint feladatait békében és háborúban egyaránt ellátó intézetek melyek elvégzik :

- a speciális katona-egészségügyi szakmák művelését;
- az igényjogosult állomány átfogó béke-egészségügyi ellátását;
- a tartalékos tiszti és tiszthelyettesi állomány háborús feladatokra történő felkészítését, biztosítva annak szakmai és személyi hátterét;
- a különleges béketeremtő, békefenntartó, vagy más ország területén elvárt szövetségi kötelezettség teljesítése esetén szükséges mobil ROLE 3 típusú ellátás elsősorban személyi feltételeinek biztosítását;
- a repülőorvosi speciális egészségügyi ellátást és a repülő-élettani kutatásokat,
- rehabilitációs tevékenységet, kialakítva a nemzetközi katonai rehabilitációs bázist;
- a hadsereg különösen nagy igénybevételnek kitett hivatásos katonái – repülőhajózó-állomány, búvárok, parancsnokok, vezérkari akadémiai hallgatók - kontrollált fizikai tréningjét;
- a különböző szűrővizsgálatok során magas rizikójúaknak bizonyulók preventív gyógykezelését (vérnyomás-beállítás, optimális testsúly elérése, megfelelő diéta a vérzsírok korrekciójára, dohányzásról leszoktatás, drogprevenció), az egyénnek optimális fizikai tréningprogramjára építve;
- a noninvazív kardiológiai referenciavizsgálatokat, más katonai szervezetekkel együttműködésben a vezérkari akadémiák hallgatói részére az állóképességgel, stressz-tűrőképességgel és a vezetői életmóddal együtt járó terhelhetőség vizsgálatait;
- az egészségügyi alkalmasság és beválás-, a közegészségügy- és járványvédelem-, környezetvédelem-, egészségnevelés- és a speciális kutatásokat; az MH Tisztiorvosi Szolgálat működtetését;
- a központi "M" egészségügyi szervezetek, valamint mobil intézetek anyagainak tárolását, kezelését; a szervezetek mozgósításával kapcsolatos feladatokat, továbbá az azokra történő felkészítést;
- a katona-egészségügyi szakmai kiképzést a tiszti, tiszthelyettesi, sor- és tartalékos állományt érintően.

2.5. Az egészségügyi biztosítás alapelvei

2.5.1. Egységes, összhaderőnemi egészségügyi biztosítási rendszer

Kiindulva az MH haderőnemi felépítéséből, azok fegyvernemeiből és speciális szakcsapataiból, továbbá mérlegelve azok feladatait, alkalmazási elveit, áttekintve az egészségügyi biztosításuk speciális és általános követelményeit, akkor a sajátosságokat figyelembe vevő, de egységes követelmények (lásd: Doktrínák) alapján működő összhaderőnemi egészségügyi biztosítási rendszer alkalmazását célszerű megvalósítani.

2.5.2. Az azonnali és gyors reagálású csapatok kiemelt jelentősége

2.5.3. A béke, a minősített helyzetek és háborús műveletek egészségügyi ellátó rendszerének egymásra építése

Ez utóbbi két pont prioritását tükrözi a 2002 szeptemberében elfogadott, az egészségügyi rendszer átalakításának újszerű koncepciója*, valamint az aktuálisan jóváhagyott, a NATO-val egyeztetett haderőfejlesztési célkitűzések Target Force Goal (TFG) egészségügyi szolgálatot érintő feladatai**.

A felsorolt alapelveknek a hadműveleti alapelvekkel való összehangolása és a tartalmi tények mellett sajátos követelményeknek is meg kell felelniük.

Konformitás: a hatékony egészségügyi biztosítás legfontosabb feltétele. Az egészségügyi tervezőnek részt kell venni a hadműveleti parancs kidolgozásában, melynek során;
- meghatározza az egészségügyi biztosítás szükségleteit;
- megtervezi a szükséges támogatás mértékét a harcászati művelethez való teljes megfelelőség elérése érdekében;
- eléri a teljes tervezési konformitást a hadművelet egészére vonatkozóan.

Proximitás: az egészségügyi ellátás kellő időben történő biztosítása a megbetegedés és a halálozás minimális szinten tartása érdekében. Ezért az egészségügyi biztosítás elemeinek térben és időben a harci cselekményhez olyan közel kell lennie (a lehető legközelebb), amit a harcászati-hadműveleti helyzet még megenged.

Flexibilitás: az egészségügyi biztosítás vezetésének készen kell állnia a rendelkezésére álló erők és források átcsoportosítására, a gyorsan változó szükségletek kielégítésére. A fentiek érdekében a vezetésnek rendelkeznie kell a gyors átcsoportosításra vonatkozó alternatív tervekkel.

Mobilitás: az egészségügyi erők mobilitásának meg kell egyeznie az általuk biztosított egység hasonló képességével.

* Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

** 42-1/2002. NATO Haderőfejlesztési célok 2002.

Kontinuitás: az egészségügyi rendszeren áthaladó betegnek folyamatos, lényegre törő és progresszív ellátást kell kapnia. Célja:

- a preventív egészségügyi programok érvényesítése;
- az optimális ellátás biztosítása.

Kontroll: célja egyrészt meggyőződni a rendelkezésre álló (általában nem teljesen elégséges) források és kapacitások hatékony alkalmazásáról, a hadászati és harcászati célkitűzések támogatásáról, valamint ellenőrizni az ellátás terjedelmét és minőségét, azok megfelelőségét az irányelvek és szabványok vonatkozásában.

2.6. Az egészségügyi biztosítás prioritásai

2.6.1. A katonák közötti jelenlét

Egy adott hadsereg morális tartását meghatározó tényező a látható egészségügyi biztosítás. Az egészségügyi szolgálat felkészültsége, magabiztossága példaként és megtartó erőként kell, hogy demonstráljon az egyéb katonai erők előtt.

2.6.2. A sebesültek összegyűjtése, életmentés

A katona-egészségügy fogalmától és meghatározásától elválaszthatatlan feladatkör. Az egészségügyi biztosítás végrehajtásának lényegét e két feladat határozza meg.

2.6.3. A kor követelményeinek megfelelő szintű ellátás nyújtása

Ez megfelel az alapelvekben meghatározottaknak, miszerint minden sérültet vagy beteget állapotuknak megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni, és még krízis, vagy háborús szituációban is arra kell törekedni, hogy az ellátás szintje a lehető legközelebb álljon a békeellátás színvonalához.

2.6.4. A szolgálatba történő minél gyorsabb visszatérés biztosítása

2.7. Az egészségügyi biztosítás fajtái

2.7.1. Békeidőszaki tevékenység

Ebben az időszakban az alábbi rendkívül fontos feladatokat kell megoldania az egészségügyi szolgálatnak:

- az egészségügyi szolgálat háborús irányítási rendszerének, a háborús egészségügyi biztosítás elveinek és normatíváinak; a mobil egészségügyi intézetek fejlesztési, diszlokácós, illetve szervezési, működési elveinek kidolgozása;

- a háborús egészségügyi biztosítás megszervezésére vonatkozó tervek több változatban történő elkészítése;

- a béke egészségügyi ellátásban való folyamatos részvétel a háborús szakmai feladatok magas szintű végrehajtása érdekében;

- azok alapján a katonai egészségügyi hálózat szervezeti és anyagi-technikai felkészítése;

- a mozgósítás és a mozgósítás útján felállításra tervezett intézetek megalakításának előkészítése;

- a tervezett megalakulási és alkalmazási helyeken a vezetés, működés feltételeinek megteremtése.

Az egészségügyi szolgálat legfelsőbb, szakmai elvi irányítást végrehajtó szervezete az MH Egészségügyi Csoportfőnökség. Tervezi és irányítja a Magyar Honvédség alakulatainál a gyógyító-megelőző, közegészségügyi-járványvédelmi, egészségügyi felülvizsgálati tevékenységet, az egészségügyi anyagellátással kapcsolatos munkát. Meghatározza a katona-egészségügyi tudományos tevékenység irányait, részt vesz a hadszíntér-előkészítés egészségügyi rendszabályainak kidolgozásában.

A háborús egészségügyi biztosításra vonatkozó tervek kidolgozása az MH Egészségügyi Csoportfőnökség részvételével a Honvéd Vezérkar szervezésében történik.

A katona-egészségügyi szervezetek felkészítése; vezetésük, szervezetük kialakítása, díszlokációjuk, megalakulási helyeik meghatározása; szaktechnikai, egyéb anyagi-technikai készleteik megalakítása vonatkozásában az alábbi elveket tartjuk meghatározónak:

- a katonasérültek háborús ellátásának gyakorlatban alkalmazásra tervezett elve a szakaszos gyógykezeléssel egybekapcsolt rendeltetésszerű kiürítés. Az ellátás folyamatában a hadműveleti, harcászati és egészségügyi helyzet jellegétől függően érvényesülnek a kompromisszumos medicina elvei és módszerei, törekedve természetesen a békeidőben elfogadott ellátási protokollok betartására;

az egészségügyi ellátás rendszerében az alábbi tagozatokat különböztetjük meg:

= harcászati tagozat (1. és 2. ellátási szint ROLE-1; ROLE-2 egészségügyi szakaszok, század),
= hadműveleti tagozat (3. ellátási szint ROLE-3 egészségügyi harctámogató kórház),
= központi tagozat (3. és 4. ellátási szint (ROLE-3; ROLE-4) harctámogató kórház, stacioner intézetek).

E három tagozat egymásra épülő egységes rendszert alkot, amelyekben az egyes elemek rugalmasan, de nem elválaszthatatlanul kapcsolódnak egymáshoz.

A gyógyító-kiürítő biztosítás folyamatában, harcászati tagozatban a sérültek harcmezőről történő kihordása a segélyhelyekre - az elsősegélyben részesítés után - gépesített, vagy kézi úton történik. Ezt a feladatot az egészségügyi szakaszok hajtják végre. A beérkező sérültek számára első orvosi ellátást nyújtanak és előkészítik őket a további hátraszállításra, az egészségügyi századokhoz, amelyek szakorvosi segélynyújtásra vannak felkészítve.

Ezen tagozat egészségügyi szervezeteit olyan számvetéssel tervezzük felkészíteni, hogy naponta többszöri áttelepüléssel, önállóan is képesek legyenek feladataik ellátására. Sérültkiürítő és anyagszállító gépjárműveik nehezen járható terepen is tudják követni a csapatok mozgását. Tevékenységüket az ellenséges felderítés elöl rejtve, működőképességüket megőrizve tudják végezni. Ezt szolgálják azon törekvéseink, hogy az ebbe a tagozatba tartozó segélyhelyek szakfelszerelését komplettírozva, olyan csomagolóanyagok felhasználásával készleteztük, amelyek egyben, mint az egyes munkahelyek berendezési tárgyai is funkcionálhatnak.

Az egészségügyi szakaszoknál és a századoknál folyó tevékenység eredményességét elsősorban meghatározó funkcionális részlegek, a kötöző, illetve a műtő gyors telepíthetősége és hatékony működtetése érdekében kötöző gépkocsit, valamint a sürgős műtéti beavatkozások végrehajtására műtőkonténert rendszeresítettünk, illetve ezek modernizálását folyamatosan végezzük.

A hadműveleti tagozatban az egészségügyi zászlóaljaknál, illetve harctámogató kórháznál a sérültek számára belgyógyászati és sebészeti típusú szakorvosi segélynyújtás történik.

A hadtest szervezetébe tartozó egészségügyi zászlóalj, illetve a harctámogató kórház szervezetének kialakításánál figyelembe vettük az előzőekben felsorolt szempontok, követelmények mellett azt, hogy magukra vállalhassák az elölfekvő kiürítési tagozatok feladatait is - a sérültáramlás átkapcsolásával, vagy megerősítő alegységek át-alárendelésével, akár több irányba megosztva is -, amennyiben a hadműveleti-harcászati helyzet azt szükségessé teszi. Szervezetükben rendelkezésre állnak olyan erők, eszközök, melyekkel megerősíthetők az alárendelt egészségügyi szolgálatok, illetve biztosítható a speciális (toxikológiai, pszichoneurológiai, sebészeti) szakorvosi beavatkozás lehetősége.

Az egészségügyi zászlóalj rendelkezik a közegészségügyi-járványvédelmi feladatok végrehajtását biztosító alegységgel – egészségvédelmi csoporttal – is, amelynek alapvető feladata a személyi állomány egészségének és harcképességének megőrzése, illetve a közegészségügyi-járványvédelmi feladatok ehhez szükséges elsődleges laboratóriumi hátterének biztosítása is.

A központi egészségügyi tagozat a szakorvosi és szakosított szakorvosi (intézeti) ellátás területe, amelyben a sérültek és betegek gyógykezelése a végleges felgyógyulásukig tart. A központi alárendeltségű szervezetek közé tartozik a harctámogató kórház, illetve a központi egészségügyi ezred. Ezek igénybevételével működtethető a mobilis, flexibilis intézeti ellátás rendszere. Ezen szervezetek megalakulási és szakanyagaik tárolási helyei kiválasztásakor a bármelyik irányba történő átcsoportosíthatóság követelményeit is figyelembe vettük.

Ez a rendszer szervesen kapcsolódik a békében is működő központi egészségügyi intézetek, szervezetek rendszeréhez, melyet állandó katonai kórházak, rehabilitációs intézetek, az MH EVI és MH EÜKK alkotnak.

2.7.2. Nem háborús (nem V. cikkely szerinti) műveletek

- konfliktus-megelőzés, válságkezelés;
- szükségállapotban a fegyveres csoportok elleni fellépés;
- elemi csapások, katasztrófák;
- befogadó nemzeti támogatás előkészítése;
- béketámogató műveletek;
- humanitárius műveletek;
- különleges és támogató műveletek.

A nem háborús katonai műveletekben az egészségügyi eszközök képességei és mennyisége az összhaderőnemi csapatok által egészségügyileg ellátandók létszámától és a hadműveleti helyzettől függ. A humanitárius segítségnyújtó hadműveletekben a "különleges" betegek miatt különleges problémák merülnek fel (nők, gyerekek, idős emberek, különleges betegségek).

Válságkezelés esetében a fenyegetettség jellege megegyezik a háborús helyzettel, csak nagyságrendileg sokkal kisebb.

Békefenntartó és humanitárius jellegű szituációban befolyásoló, illetve az egészségügyi biztosítást meghatározó tényezők az alábbiak:

- a helyi lakosság egészségi állapota, közegészségügyi-járványügyi helyzete;
- a természetben (helyileg) előforduló fertőző betegségek;
- extrém környezeti hatások (lásd: KFOR, -20 ^{0}C-tól + 40 ^{0}C hőmérsékleti határok, Sínai félszigeti MFO misszió);
- a lehetséges helyszínek és szituációk sokfélesége;
- a háborús-konfliktusos szituációhoz hasonló fenyegetettség.

Mindezeken túlmenően kiemelt figyelmet érdemel az, hogy ezekben az esetekben az egészségügyi intézet, személyzet és raktárak a Genfi konvenció előírásait esetlegesen figyelmen kívül hagyó terroristák és terrorszervezetek számára vonzó célpontok lehetnek.

2.7.3. Háborús (V. cikkely szerinti) műveletek

- védelmi;
- támadó;
- elszakadási;
- különleges és támogató.

Ezekben a műveletekben az egészségügyi szolgálat tevékenységét, a személyi állomány egészségét károsító és veszélyeztető tényezők alapvetően:

- harci sérülések (tüzérségi, kézi fegyverek, repeszek által),
- harci stressz előfordulása,
- nukleáris, vegyi és biológiai fegyverek és ezek kombinációinak sérültjei,
- háborús tevékenység által előidézett környezeti ártalmak lehetnek.

Az egészségügyi szolgálat munkáját összességében veszélyeztető, illetve fenyegető jelenségek:

- az egészségügyi rendszer túlterhelődése (helyi, vagy általános);
- az egészségügyi szervezet, személyzet, vagy egészségügyi raktárak elleni esetleges szándékos támadás;
- a kommunikáció és az utánpótlás megszakítása (ellátási és kiürítési nehézségek);
- intenzív, elnyúló műveletek (az egészségügyi személyzet pszichés és emocionális kimerülése);
- tömegpusztító fegyverek által mért csapás, illetve radiológiai, kémiai, biológiai szennyezett sérültek ellátása;
- környezeti ártalmak.

Összességében: A megismert elvek és követelmények gyakorlatilag kötelezővé tették ezt a fajta törekvést, mellyel egy új, az úgynevezett aszimmetrikus kihívásoknak megfelelő, azokra reagálni képes egészségügyi struktúrát kell létrehozni. Az is nyilvánvaló, hogy kristálytisztán és maradéktalanul a követelmények nem érvényesíthetők, hisz számos a Magyar Haderőt igen sok irányból befolyásoló tényező a katona-egészségügyet sem hagyták érintetlenül. Ezekből néhányat a következő fejezet kísérel meg bemutatni.

IV. Fejezet

A KATONA-EGÉSZSÉGÜGY TÁRSADALMI, POLITIKAI ÉS GAZDASÁGI BEÁGYAZÓDÁSÁNAK HATÁSAI, VALAMINT SZEREPE A SZERKEZETI ÉS SZERVEZETI ÁTALAKÍTÁSBAN

A katona-egészségügy jelen pillanatban egy sajátos és eléggé elhúzódó időtartamú, átmeneti időszakot él. Ebben az átmeneti időszakban gyakorlatilag egymás mellett lelhetők fel a megoldott és megoldatlan elméleti, illetve gyakorlati kérdések; az átalakított, valamint az átalakításra váró szervezetek; a régi és új egészségügyi biztosítási elvekre épülő tényleges ellátási rendszerek.

Az elmúlt tíz évben megkísérelt többé-kevésbé végrehajtott reformfolyamat elsődleges mozgató rugója a mindenki számára ismert, sőt átélt világméretű változások törvényszerűségeiből táplálkozik.

A demokratizálódási folyamat eredményeként Európában megszűnt a világhatalmi szembenállás, elhárult a globális háború kirobbanásának közvetlen veszélye. Előtérbe kerültek viszont a súlyos gazdasági, társadalmi és politikai nehézségek okozta etnikai-nemzetiségi rivalizálások, a válsághelyzetekhez, fegyveres konfliktusokhoz vezető területi viták.

Tágabb jellegű biztonsági kockázatot jelentenek a tömegpusztító fegyverek elterjedése, a nemzetközi terrorista és szabotázsakciók, a létfontosságú energiaforrásokhoz történő hozzájutás megakadályozása, az országhatárokat túllépő természeti és technikai katasztrófák. Mindezen katonapolitikai és időnként sajátos geopolitikai körülmények között a magyar haderő fokozatosan - ha minőségében nem is, de mennyiségében minden tekintetben - a korábbi veszélyeztetettség-orientált tömeghadseregből alakul át egy kisméretű, a kor kihívásának megfelelő képesség-orientált haderővé.

A katonapolitikai sajátosságokon túl, a képesség-orientált haderő megteremtésének az igénye mellett a harmadik dimenziót a szövetségi kötelezettségek és az azzal együttjáró követelményrendszereknek való megfelelés alakítja ki.

Nem vonatkoztathatóak el azonban a katona-egészségügy utóbbi tíz évétől azok a megállapítások, melyek a biztonságpolitikával, a gazdasági és társadalmi élet aktualitásaival foglalkozó szakemberek tesznek. A folyamatos reformkísérletek, melyeket mind a hadseregben, mind a polgári egészségügyben megkísérelték a finanszírozhatóságot javítani, de pontosan a gazdasági és társadalmi kölcsönhatások, azok kiszámíthatatlansága miatt, gyakorlatilag kudarcot vallott, sőt a forráshiányok magasabb szinten indukálódtak. Ez alól az egészségügy sem tudta kivonni magát, és az utóbbi időkben a polgári egészségügy válsága egyre inkább mélyül, így azok a súlyos gondok, melyek a katona-egészségügyet már évekkel ezelőtt nyomasztották, ott most hatványozottabban jelentkeznek.

A válság jelei a finanszírozásban, a hatékonyságban, a szakmai struktúrákban, az infrastruktúrákban, a megítélésben, a morálban, a képzésben, az eszköz- és anyagellátásban, azaz a teljes vertikumban fellelhetők.

Miután már régóta ismerjük és tudjuk, hogy a haderő morális tartását többek között egészségügyi szolgálatának felkészültsége és kiképzettsége határozza meg, ezért gyakorlatilag tíz éve próbálkozunk a hatások kivédésével és a struktúrák kiigazításával.

Korábbi próbálkozásainkat halvány eredmények jelzik. A tárca döntéshozói érdemben azonban soha sem vizsgálták meg szolgálatunkat, hanem kiadták azt hozzá nem értő, illetve - az értékelésben elég terjedelmesen tárgyalt - a katona-egészségügyi követelményrendszert nem ismerő "szakértők"-nek. Ebben változás 2002. év nyarán történt, amikor is katona-egészségügy a szakembereket kérdezte meg saját helyzetük megítélésére és az átalakítás lehetséges alternatíváira.

Szolgálatunk az elmúlt 10-15 évben fokozatosan elveszítette pozitív megítélését, presztízsét, biztos anyagi bázisát, az egyes disciplinákban elfoglalt és országosan elfogadott vezető szerepét.

Szerencsére az utóbbi időszakban az orvos-beteg kapcsolat megítélésében a honvéd gyógyintézetek visszaszerezték vezető pozíciójukat a polgári intézetekkel szemben.

A szolgálat nagy volumenű és jelentőségű NATO-rendezvényei, a különböző missziókban vállalt szerepek és azok eredményessége miatt egyértelműen érezhető, hogy a szolgálat nemzetközi megítélése igen jó!

A honvédegészségügy válságáról, annak úgynevezett megoldatlan problémáiról, átalakításának, reformjának szükségességéről hat-nyolc éve beszélnek. Megjelentek a civil "szakértők", a társadalombiztosítási szakemberek, az egészségügyi közgazdák, akik szóban és tanulmányokban osztogatták bírálataikat, megoldási javaslataikat, átszervezési elképzeléseiket és nem utolsó sorban különböző, a katona-egészségügy feladatait, követelményrendszereit teljes mértékben figyelmen kívül hagyó, de a gazdasági vezetésnek igen tetsző privatizációs terveiket. Sajnos minden eddigi felső vezetés eljutott addig, hogy ezeket a véleményeket tekintette mérvadóak, a szolgálatban dolgozókat, azok vezetőit, nagy tapasztalatú és a gyakorlatban már többször bizonyító szakembereit meg sem hallgatva hozta meg struktúra-átalakító döntéseit. Figyelemre méltó azonban az a változás, melyet a jelenlegi tárca vezetése a kérdés megítélésében és a szakemberek véleményének az elfogadásában tanúsít.

Úgy látjuk, hogy a honvédegészségügy, mint válságterület, azóta létezik, amióta a Központi Honvédkórház rekonstrukciójával nem tudnak mit kezdeni.

Mindent egybevetve azonban azt gondolom, hogy nem kell a honvédegészségügy válságáról beszélni, de igenis kell a szolgálat feladatairól, jövőjéről, a vele szemben támasztott követelményekről, a NATO-kompatibilitásról, finanszírozási tervekről, presztízsének helyreállításáról, szakmai követelményeiről és struktúrájának kiigazításáról gondolkodni, gondoskodni. Erről azonban teljesen le kell választani a Központi Honvédkórház problémáját.

A különböző hiányosságokat, feszültségeket vizsgálva az alábbi területekre van bizonyítottan hatása a társadalmi, politikai és gazdasági beágyazódásnak

1. Az objektív és az alaprendeltetésnek megfelelő struktúra kialakításának hiányosságai

Véleményem szerint a honvédségnek önmagának kellene döntenie intézményi struktúrájáról, a szükséges ágyszámról és egyeztetni az Egészségügyi Minisztériummal, az OEP-al.

Jelenleg ez nem így van. Az évente megismétlődő megyei egyeztető fórumokon a megyei tisztiorvosi szolgálat koordinálásával tárgyalják meg az adott megye kórházi ágystruktúráját és hoznak döntést arról, hogy mely szakterületeken milyen kapacitásokat ajánlanak az OEP-nek finanszírozásra.

Ilyen értelemben a megyei ágyszámból ki kellene venni a honvédség ágyait (ez nem magasabb ágyszámot jelent, hanem az MH érdekeinek megfelelőt).

Véleményünk szerint a jelenlegi megyei alkufolyamatok alapján sérül a honvédelemről szóló törvény is, mivel az ország érdeke bizonyos esetekben az egyeztető fórumokon "dől el".

Furcsa és megmagyarázhatatlan: miként lehetséges az, hogy a védelmi képesség szerves részét képező honvédegészségügy ágyszámai és struktúrája alacsonyabb, megyei szintű egyeztetésektől függ, ellentétben a törvényhozói szándékkal és akarattal.

Mindezen túlmenően mi magunk is tehetünk arról, hogy amikor az ágyszám-leépítéseket végrehajtottuk, bizonyos helyeken és szakmákban nem az alaprendeltetéshez, hanem a személyes érdekekhez alakítottuk a struktúrát.

2. A gazdaságirányítás, a finanszírozás és az ösztönzőrendszer anomáliái

Ma nincs gazdasági irányító-koordináló szervezet az egészségügyi szolgálaton belül. A problémák egy kis – legégetőbb – része alulról, az intézetektől kiindulva, legtöbbször utólag kapkodva „megoldódik”, de nem tervszerűen és időben! Teljes káosz érzékelhető a „végpontokon” a finanszírozásban. Az intézet nem kapja meg időben és sok esetben nem a teljes, a Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) által számított és utalt összeget; a HM-támogatás (tulajdonosi kötelezettségek, katonai feladatok, katona-egészségügyi feladatok) szétosztása érthetetlen és nem a valós helyzetnek megfelelően történik; az „alkalmi pénzek” kiosztása és juttatása a kulisszák mögött, ellenőrizhetetlenül történnek. Így nem lehet jól tervezni, működni, finanszírozni. Igazából az intézetek nem érdekeltek a teljesítménynövelésben, a hatékony gazdálkodásban, mivel a társadalombiztosítás és a tárca finanszírozás összegei összemosásra kerülnek. Ugyanígy nem érdekeltek a létszámgazdálkodásban sem, hogy a feltöltetlen beosztások személyi költségei megvonásra kerüljenek.

Az inkább polgári mintára gazdálkodó intézeti tagozat katonai alakulatokra vonatkozó szabályozóknak köteles eleget tenni. Így kerül teljesen figyelmen kívül hagyásra a három műszakos munkarend, mely mind az ügyeleti szolgálatok szervezése, mind a pótlékrendszerekben folyamatos feszültség gócként jelenik meg. A feltételek terén teljes a bizonytalanság, a végrehajtás vonatkozásában azonban a szigorú követelménytámasztás és elszámoltatás a jellemző. Az évek óta stabilan gazdálkodó, a nehézségek ellenére is eredményesen működő intézetek folyamatosan hátrányban vannak, ahelyett, hogy elismernék eredményes működésüket, sőt, még a jogos járandóságaikból is elvonnak.

3. A gazdálkodás

A költségvetési gazdálkodásnak a törvényi kereteken belül a valós és reális szükségletek kielégítésére kell irányulnia. Egyértelműen szét kell választani a különböző feladatokat, azok tartalmát meg kell határozni. Ha végrehajtásukat elrendelik, az elrendelő biztosítsa a reális nagyságú forrást is mellé! Az intézetek pénzügyi-gazdasági működése jelentse azt, hogy időben elfogadott, szakmailag és közgazdaságilag alátámasztott költségvetés szerint dolgoznak.

A finanszírozási csatornák legyenek egyértelműek, a finanszírozás mértéke és a feladat nagysága kerüljön összhangba.

A költségvetési tervezési, jóváhagyási, végrehajtási és beszámolási rendszer 1998. évtől kezdődően olyan bonyolulttá vált, hogy már a sok mindent megért pénzügyi és gazdasági szakemberek is kezdenek pánikba esni: ha eddig azt hitték, hogy sűrűn változó feltételeket nyomon tudják követni, most már kezdik belátni ennek tarthatatlanságát. A 2000. évtől bevezetett bevételi visszafizetés teljességgel átláthatatlanná tette a helyzetet, s ráadásul a katona-egészségügyi intézetek teljesítmény-érdekeltségét is megszüntette. Szerencsére e kérdésben 2001. júniusától újból visszaállt az eredeti 2000. év előtti helyzet, de az érdekeltségi érzékenység változatlan.

Összességében megállapítható, hogy a katona-egészségügy problémái elsősorban a makrokörnyezetből származnak. Annak negatív hatásait szenvedi, és nem előidézője azoknak, mint azt sokan gondolják.

A konfliktusok alapvető előidézője az, hogy az egészségügy dinamikus fejlődéséhez a már többször említett szövetségi követelményrendszerhez igazodni, abban versenyezni és jól működni óhajtó, illetve akaró szervezeteink nem tudják áttörni a tisztán katonai logikára és a fűnyíró elvre épülő reformrendszert, melyben gyakorlatilag csak a gazdaságosságra való törekvés a domináló, és arra a támadható érvre épül, hogy a kisebb az finanszírozhatóbb.

Mindezt bonyolítja és konzerválja az a szinte már skizoid helyzet, melyet személyes és vélt, vagy valós gazdasági érdek, valamint az állandó vizsgálatok és a félbehagyott, vagy lebegtetett átalakítási elképzelések által teremtett folyamatos bizonytalanság idéznek elő.

V. Fejezet

AZ ÚJSZERŰEN JELENTKEZŐ FELADATOK ÁLTAL TÁMASZTOTT KÖVETELMÉNYEK MEGHATÁROZÁSA, KÖVETKEZTETÉSEK LEVONÁSA

Az eddigiekben csak és kizárólagosan a katona-egészségügyi követelményekről esett szó. Ezek meghatározásához és a következtetések megvonásához, nélkülözhetetlenek azoknak a törvényi, valamint hadműveleti követelmények ismerete, melyek fontosak és irányt adóak a szolgálat számára.

1. A katona-egészségügy működését meghatározó törvényi követelmények

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint az egészségügyi intézmények szakmai minimumfeltételeiről szóló 12/1999. (V.31.) egészségügyi miniszteri rendelettel módosított 21/1998. (VI.3.) népjóléti miniszteri rendelet;
- az 1993. évi CX. törvény a honvédelemről: 10.§ e,j., 41.§ k., 165.§ (1), 70.§ (1);
- a 2001.évi XCV. törvény a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról: 75.§ (1), (2), (3); 179.§ (1), valamint
- az 1996. évi XLIV. törvény a hadköteles katonák szolgálati viszonyáról: 64.§ (3), 66.§ (1), 85.§ (1).

A fenti törvények hivatkozott pontjaiból az alábbi kötelezettségek fogalmazódnak meg:

A Magyar Honvédség a személyi állomány szolgálatképességének és egészségének megóvása, helyreállítása érdekében köteles gyógyító-megelőző ellátást biztosító (egészségügyi alap- és szakellátó, továbbá közegészségügyi-járványvédelmi és egészségnevelési, valamint egészségügyi alkalmasságvizsgáló tevékenységet végző) intézményrendszert működtetni.

A honvédség személyi állománya által igénybe vehető egészségügyi ellátás feltételeinek biztosításáért, az egészségügyi szolgálat irányításáért a Honvédelmi Minisztérium honvéd vezérkar főnök a felelős, aki annak gyakorlásával a HVK egészségügyi csoportfőnökét ruházta fel.

2. A katona-egészségügy működését meghatározó hadműveleti követelmények

Az egészségügyi biztosítás a személyi állomány egészségéről való gondoskodás az egészségügyi szolgálat által megvalósított parancsnoki felelősségi körbe tartozó feladat. A parancsnok ezen felelősségi körében tevékenykedve – a humán erőforrás megőrzése, egészségének helyreállítása által hozzájárulni a hadművelet sikeres megvalósításához - elsősorban az egészségügyi szolgálat feladata.*

* Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszerében a NATO-elvek tükrében Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy, Dr. Szolnoki László orvos ezredes Honvédorvos 1998. (50) 1.szám 18.oldal

A hadszíntéren belüli egészségügyi erőforrásoknak meg kell felelnie a szétbontakozott erők megbecsült kockázatának. A hadművelet megindulásától kezdve az egészségügyi erőforrásoknak képesnek kell lennie arra, hogy megfeleljenek az előre jelzett sebesülési arányokból fakadó követelményeknek, és ezen túlmenően az erő forrásokat úgy kell megtervezni, hogy az erők létszáma és a kockázat emelkedésének megfelelően fokozatosan bővíthető legyen.*

3. A törvényi, a katonai-egészségügyi és a hadműveleti kötelezettségek értékelése, valamint az előírások által támasztott követelmények meghatározása, következtetések

3.1. Az MH egészségügyi szolgálatának alapvető küldetése, működtetésének célja békében és háborúban egyaránt a humán erők egészségi és mentális állapotának megőrzése (mely magában foglalja a megelőzést, a gyógykezelést, és a rehabilitációt), valamint a küldetést ellátók megfelelő és folyamatos felkészítése.

3.2. Az MH béke és háborús egészségügyi biztosítása megkülönböztetés nélküli, érvényre juttatja a nemzetközi humanitárius egyezményeket, a Hágai és Genfi konvenciókat.

3.3. Az országos és az MH egészségügyi ellátó rendszer egymásra épülő, egymást kölcsönösen kiegészítő egységet képez, szervezetten együttműködik békében, háborúban és katasztrófa-feladatban.

3.4. Az MH egészségügyi szolgálat feladatait az MH alkalmazásának elvei és a NATO egészségügyi biztosításának alapelvei határozzák meg**. A feladatrendszer megoldására a valamennyi haderőnemre, fegyvernemre és szolgálati ágra kiterjedő egységes összhaderőnemi egészségügyi biztosítási rendszer hivatott.

3.5. Háborúban a katonát a békeidőszak normatívájához lehető legközelebb álló szintű és terjedelmű ellátás illeti meg. Gyakorta azonban a sérültáramlás dinamikájának megváltozása miatt ellátások száma és az egészségügyi ellátó kapacitás között aránytalanság lép fel. Ebben az esetben az első orvosi segély időtartam az elfogadott egyórás időtartamról két órára tolható. Az osztályozást, állapot stabilizálást, az életfunkciók folyamatos megtartást és a szállítható állapotot négy órán belül biztosítani kell.**

3.6. Az MH egészségügyi biztosítási rendszerében a gyógyító-kiürítő ellátás alapelvét a szükséges mértékben szakaszos gyógykezeléssel egybekötött, rendeltetés szerinti kiürítés képezi. Megvalósítását a sérültek kellő idejű összegyűjtése, sürgősségi végtag- és életmentő ellátása, állapotának stabilizálása, a segélynyújtás szükséges, lehetőleg végleges szintjére történő gyors kiszállítása jelenti.

* AJP-01 (AJP-1/A) Szövetséges összhaderőnemi doktrína Nyt.szám: 56/17 HVK Védelmi Tervezési Főcsoportfőnökség kiadványa 1999.
** MC 326/1. A NATO Egészségbiztosítás irányelvei politikája

3.7. Az egészségügyi szolgálat felkészültségi szintjének, technikai eszközrendszerének, mobilitásának meg kell felelnie az általa biztosított csapatok feladataihoz igazodó és a korszerű medicina nyújtotta lehetőségeknek.

3.8. Az egészségügyi szolgálatot az érvényes követelmények alapján az alábbiak jellemzik:

- flexibilitás, a többirányú felhasználhatóságot biztosító modulrendszerű felépítés;

- hatásosság, hatékonyság, gyorsaság (időbeniség), megfelelő manőverezési készség;

- áttekinthetőség, az ellátási szakaszok és ellátó intézettípusok minimálisra csökkentése;

- a béke- és háborús ellátási rendszer egymásra épülő - minimális "M" készlettel - elsősorban kettős rendeltetésű eszközökkel dolgozik. Mindkét esetben valós szükségleteket elégít ki a lehető legmagasabb színvonalon, az elérhető legnagyobb hatékonysággal és a legkisebb ráfordítással.

3.9. Az egészségügyi biztosítási rendszer működőképességének és hatékonyságának előfeltétele a katonai egészségügyi képzés, a magas színvonalú folyamatos tréning, a gyakorlat.

3.10. A felkészülést szolgáló szabad kapacitások optimális hasznosítása. Mint ahogyan az már több helyen kifejtésre került, az egészségügyi szolgálat szakmai szintű felépítését, a háborús egészségügyi veszteségek megoszlása és nagyságrendje határozza meg. Emiatt a polgári és katonai egészségügyi intézetek belső szerkezete alapvetően eltérő koncepciók szerint kerül kialakításra. Így óhatatlanul egyes szakmákban, - elsősorban a sebészeti és bizonyos speciális belgyógyászati szakmákban – kapacitástöbbletet okoznának. Gyakorlatilag ezen kapacitástöbbleten szolgálatot teljesítő állomány kiképzését és felkészítését úgy lehet leghatékonyabban megoldani, hogy az intézetek kapuit a polgári betegek részére is nyitva tartjuk

3.11. A katona-egészségügyi ellátó rendszer nem nélkülözheti a tudományos megalapozottságot, tevékenységének széleskörű elemzését, fejlesztésének elméleti és modellkísérleteit. Felhasználva más tudományágak eredményeit is, tudja igazán értékeit a haza szolgálatába állítani.

3.12. Az egészségügyi biztosítási rendszer működőképességének és hatékonyságának előfeltétele a katonai-egészségügyi képzés országos és - annak részeként - az MH-n belüli rendszerének az oktatási és felsőoktatási törvényeknek megfelelő, átfogó átszervezése.

A legfontosabb irányai:

- az MH kiképzési rendszerébe korszerű egészségügyi alapismeretek blokkjának beépítése a sor- és a hivatásos állomány részére;

- az egészségügyi tiszthelyettesképzés átfogó reformja, a képzés követelményrendszerének mentőtiszt szintre emelése;

- a honvédorvosi szakképesítés előírása a külföldi feladatteljesítésre szerződést kötöttek, valamint a teljes hivatásos orvosállományra;

- a graduális orvosképzés rendszerébe választott alternatív tárgyak közé a katonai sebészet, belgyógyászat, közegészségtan-járványtan, katona-egészségügyi managment felvétele;

Összességében: a felsorolás szerinti követelményrendszer minden kulcsfontosságú területet átfog, és elméletileg meghatározza azokat a kereteket, amelyekre egy gészségügyi szervezet a személyi, tárgyi, jogi és nem utolsósorban a gazdaságossági, valamint infrastruktúrális lehetőségeinél fogva kisebb vagy nagyobb mozgástérrel rendelkezik. Ez a fajta mozgástér határozza meg a későbbiekben a felépített szervezet mennyiségi és főleg minőségi jellemzőit.

VI. Fejezet

A HATÉKONY ÉS KORSZERŰ TOVÁBBLÉPÉS LEHETŐSÉGE A MAGYAR HONVÉDSÉGBEN

Az előző fejezetek hol túl részletesen, hol leegyszerűsítve megpróbálták bebizonyítani, hogy a katona-egészségügy, mint különálló szakma, a katonaorvostan, mint tudomány, az egészségügyi szolgálat pedig, mint a hadrendhez tartozó fegyvernem igenis valós szükséglet; az ország haderejének, hadseregének, szerves része, attól amíg létezik, elválaszthatatlan.

Jól érzékelhető, hogy az elmúlt évtized során az egészségügyi szolgálat jelentős minőségi és mennyiségi átalakításon ment keresztül. Sokak szerint ez a polgári egészségügy reformjához képest sok, a haderőreform léptékeihez képest pedig elsősorban mennyiségében még mindig kevés.

A történelmi visszatekintés az elmúlt időszakban meghozott törvények, rendeletek, utasítások, valamint a megismert szövetségi kötelezettségek egyértelműen meghatározták és meghatározzák azokat a követelményeket, illetve feladatokat, melyeknek minden körülmények között meg kell felelni.

Mielőtt azonban a jelenlegi honvédegészségügy átalakítását, alternatíváit vázolnánk, feltétlenül ismerni kel a kiinduló állapotokat.

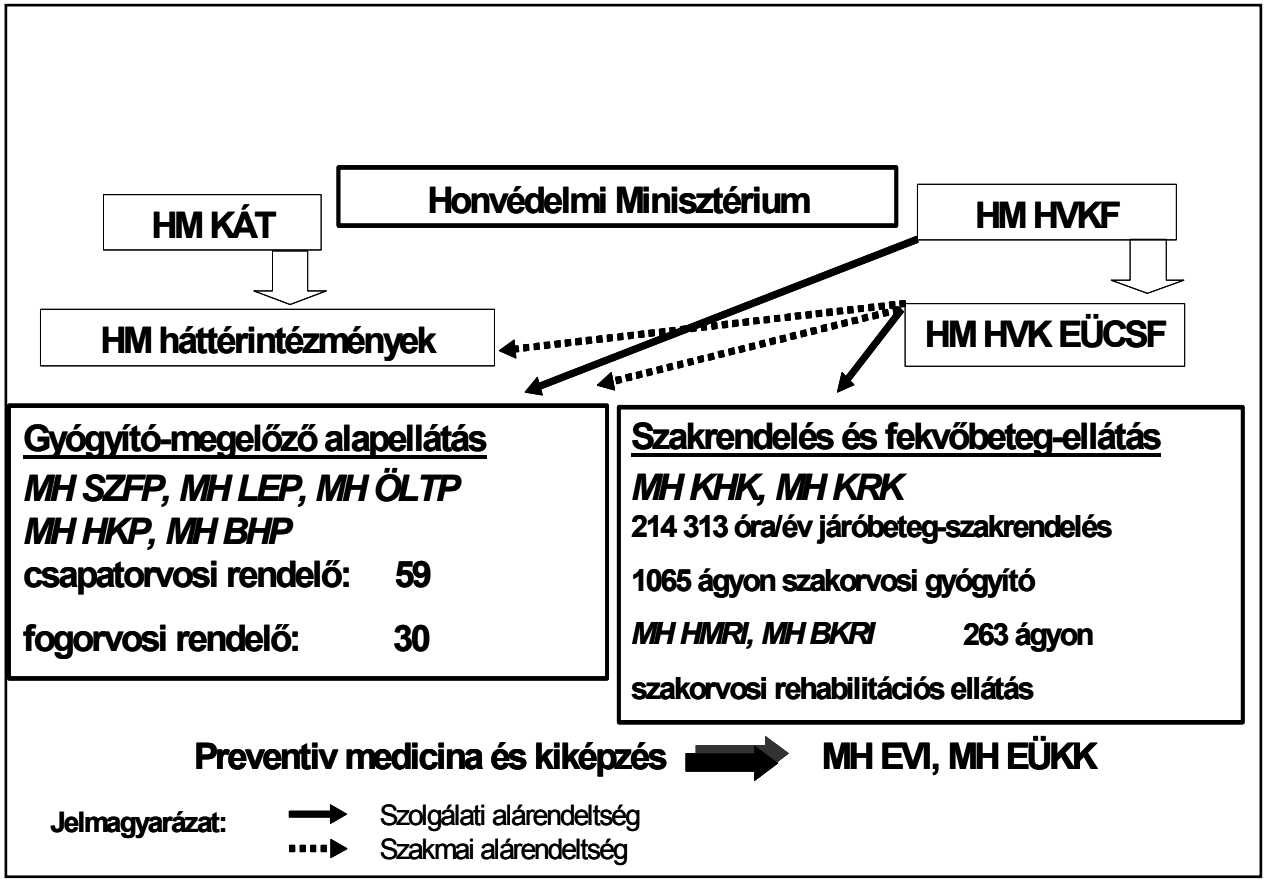
1. Az MH egészségügyi szervezetei és helyzetük

Az MH egészségügyi szolgálata egységes szakmai irányítás mellett - a honvédelmi törvény szerint - a HVK főnök felelősségi és szolgálati alárendeltségében a Honvédelmi Minisztériumhoz illetve a haderőnemi parancsnokságokhoz közvetlenül tartozó alakulatok, valamint szervezetek alapellátását biztosító csapattagozatból, továbbá a három kórházat, két rehabilitációs intézetet, egy a preventív medicinával és egy a speciális kiképzéssel, illetve felkészítéssel foglalkozó szervezetet magába foglaló központi tagozatból áll. (7. számú ábra)

7. számú ábra

Az MH egészségügyi biztosítási rendszere
(békeellátás, vázlat)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A Honvéd egészségügy helyzetét jelenleg sajátos kedvezőtlen és kedvező tényezők egyidejű jelenléte jellemzi.

A kedvezőtlen tényezőkhöz az MH Központi Honvédkórház rekonstrukciójának helyzete, a szolgálat vezetése iránt bizonyos irányokból megnyilvánuló bizalmatlanság, és ennek egyenes következményeként kialakuló bizonytalanság, valamint a szakemberhiány sorolható.

Egyértelműen jónak ítélhető meg a haderőfejlesztési célkitűzések megvalósulásának helyzete; a szolgálat személyi állományának kiemelkedő szakmai felkészültsége és szakmaszeretete; az intézményeink iránt megnyilvánuló ellátási igény és mindazon képesség, mely a szolgálatot az alaprendeltetési feladatai bármilyen helyen, helyzetben és időben történő végrehajtására alkalmassá teszi.

A jellemző tényezőket egyenként és röviden elemezve az alábbiakat állapíthatjuk meg:

1.1 A Központi Honvédkórház rekonstrukciója gyakorlatilag tíz éve leállt. Az ez időszak alatt elkészített és javasolt megoldási alternatívákban döntés nem született.

Az alternatívák kidolgozására és a meg nem hozott döntések előkészítésére különböző szervezetek és szervezeti elemeket rendszeresítettek, melyek tevékenységének legnagyobb eredménye abban mutatkozott meg, hogy a döntések elodázásakor a figyelmet a működő egészségügyi szolgálatra terelte és tereli, amely a XIX. századi körülmények között vegetáló legfontosabb központi intézetét sem a hatékonyság, sem a gazdaságosság, sem a szerkezeti és szakmai struktúra felépítése aspektusából nem képes XXI. századi színvonalon működtetni.

A Nemzetbiztonsági Kabinet 2001. február 8-án tárgyalta a honvédegészségügyi intézmények átalakításáról, valamint a Központi Honvédkórház beruházásának folytatásáról készített előterjesztést. A koncepciót elfogadva elrendelte a Központi Honvédkórház beruházásának folytatásáról olyan Megvalósulási és Előfinanszírozási Tanulmány készítését, amely az 560 ágyas komplex kórházi kialakításon túl elhelyezést biztosít az Egészségvédelmi Intézet és a Repülő-orvosi Intézet részére. A Tanulmány elkészült, 2001 májusában átadták a Nemzetbiztonsági Kabinet részére. 2002. év tavaszán tűzte napirendre a Kormány a Tanulmányban dokumentált elképzelést. A meghozott 2065/2002. (III. 21.) számú Kormányhatározat – a koncepció elfogadásán túl – a megvalósítás finanszírozása miatt rendelte el újabb Tanulmány készítését 2002. július 1-i határidőre, tekintettel arra, hogy kormányzati szinten nem támogatták a korábban engedélyezett ingatlanok eladásából származó bevétel felhasználását a beruházás folytatására.

Ebben a kérdésben jelentős változás történt 2003 februárjában, mikor is a Kormány véglegesen döntött a Központi Honvédkórház rekonstrukciójának befejezésében. 2005. december 31-én részlegesen, 2007. január 01-től teljesen megkezdi működését az értekezésben a későbbiekben leírt struktúrában és formában az új Honvéd Egészségügyi Centrum .*

1.2. Bizalmatlanság

Az egész haderőt érintő, szervezeti és mennyiségi átalakítások során, minden alkalommal elkészítettük a változtatás katona-egészségügyi speciális követelményeit is figyelembe vevő javaslatainkat. Ezeket azonban vagy nem vették figyelembe, vagy a döntéshez nem tartottak rá igényt. Így 1996. óta, számtalan átvilágításon és vizsgálaton esett át a szolgálat, melyekhez mi, mint adatszolgáltatók statisztáltunk.

1.3. Bizonytalanság

Az első két tényező egyértelmű következménye, amely jelen helyzetben is nyomasztja, elsősorban a központi tagozat állományát, de bizonyos tekintetben kihat a csapattagozatban szolgálatot teljesítőkre is.

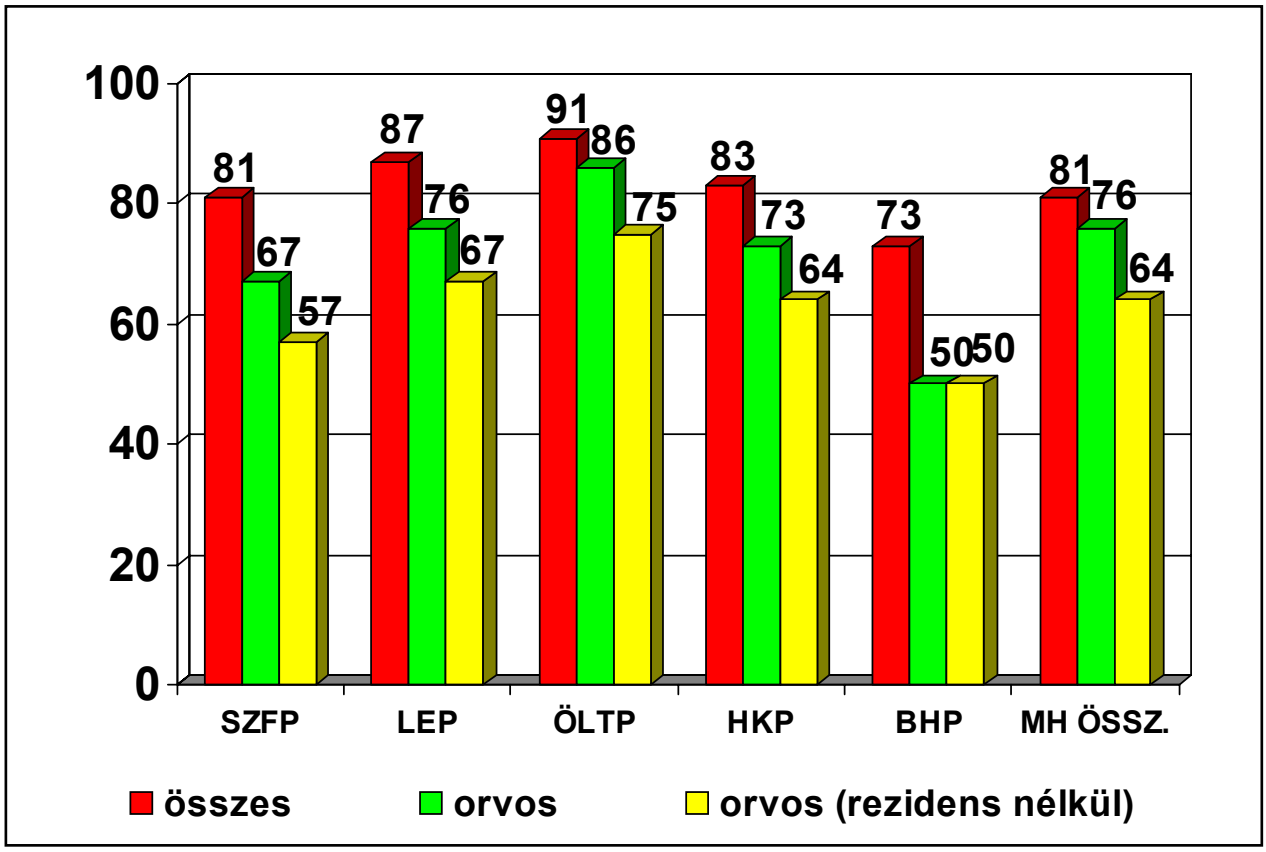
* 2058/2003. (III.17.) Kormányhatározat 23/2003. (HK 8.) HM utasítás

1.4. Feltöltöttség (8, 9. számú ábrák)

8. számú ábra

Csapattagozat
orvos feltöltöttségi aránya
a rendszeresített beosztásokhoz viszonyítva

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



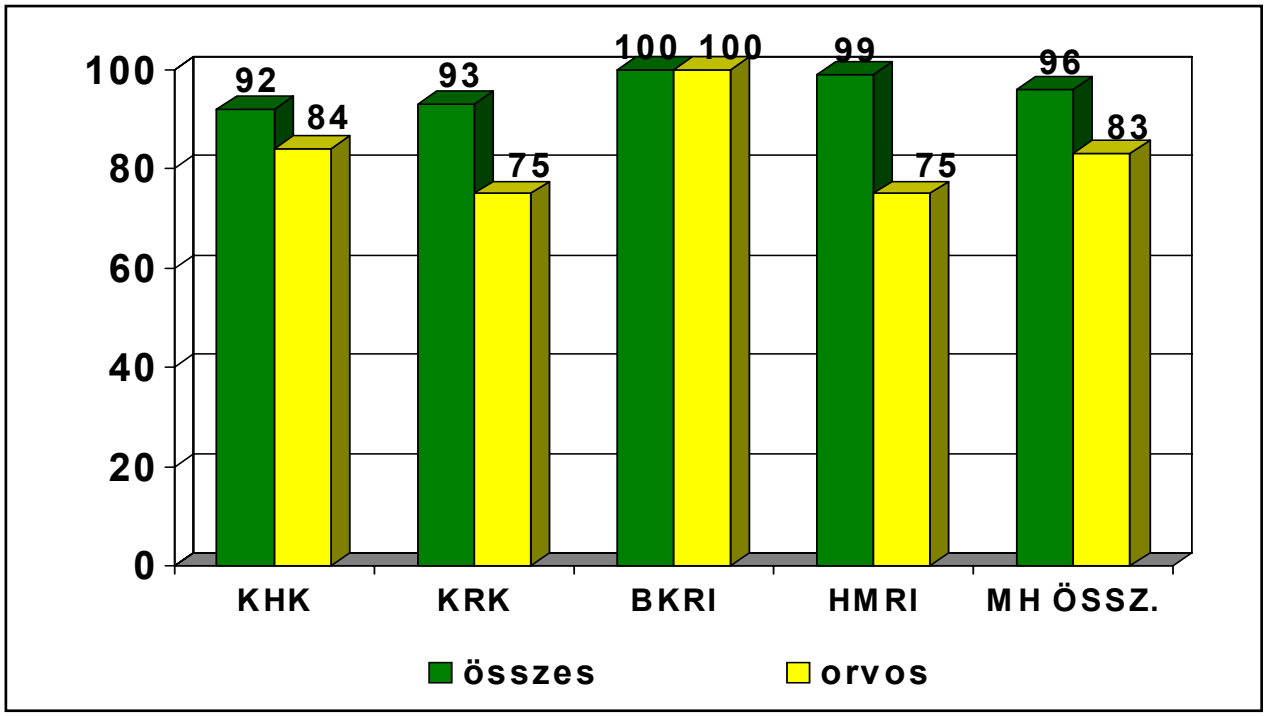
Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

Ez a minőséget meghatározó kérdés elsősorban az orvosállománynál mutatkozik. A csapattagozatban negyven, a központi tagozatban hatvan a feltöltetlen orvos-tiszti beosztások száma.

9. számú ábra

Központi tagozat
személyi feltöltöttségi aránya
a rendszeresített beosztásokhoz viszonyítva

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A csapattagozatot az új szakképzési rendszer bevezetése és az előrelépés bizonytalansága terheli (az ösztöndíjasok 50 %-a bontja fel az egyetem elvégzése után a szerződését – a vizsgált időszakban 20 fő), míg a központi tagozatban a nagyszámú kiválás (a vizsgált időszakban 19 tiszt, 5 közalkalmazott hagyta el a Honvédséget) idézte elő a kialakult helyzetet, melyhez a jelzett kedvezőtlen tendenciák, minden kétséget kizáróan és szignifikánsan járultak hozzá.

1.5. A haderő-fejlesztési célkitűzések megvalósítása

A szolgálat nagy ambíciókkal és körültekintéssel kezdett hozzá, majd gyakorlatilag a rendelkezésére álló költségkeretek optimális felhasználásával időarányosan próbálta meg teljesíteni a felelősségi körébe tartozó feladatokat.

2002 januárjában komplex módszertani foglalkozás keretében mutattuk be az első orvosi segély ROLE-1 tagozat minden követelményeknek megfelelő és felkészített állománnyal rendelkező mobilis intézetét. Jelenleg ezenkívül még két ROLE-1 és egy szakorvosi segélyt biztosító ROLE-2 mobilis segélyhellyel rendelkezünk. Ez a meghatározott feladatokhoz képes 35 %-os végrehajtottságot jelent. Sajnálatos, hogy a hátralévő feladatok volumene és a rendelkezésre álló költségkeret a meghatározott, illetve vállalt határidőre (2003.) nem teszi lehetővé a teljesítést, így az elvárásoknak feltehetően csak 2006 végére tudunk megfelelni.

Nem csak a haderő-fejlesztési célok megvalósításában, de a mindennapi egészségügyi ellátási feladatok teljesítésének legkockázatosabb és időnként életet veszélyeztető tényezője a sebesültszállító eszközök nagymértékű hiánya. A meglévő gépjárműállomány mintegy felének nagyjavításra, illetve cseréjére van szüksége.

Jelenleg a rendszeresített (912 db) szükséglethez képest a feltöltöttség 30 %-os. A Páncélos- és Gépjármű-technikai Szolgálatfőnökség 2003 végéig 14 db közúti mentő-gépjármű beszerzését tervezi, de terepjáró és páncélozott sebesültszállító eszközök beszerzése nem szerepel a rövidtávú tervek között. Az előírt légi kiürítési képességekhez egészségügyi anyagi és technikai eszközökkel, valamint felkészült és kiképzett állománnyal rendelkezünk, de a repülőeszköz-hiány itt még a szárazföldi sérült kiürítési helyzetnél is szomorúbb képet mutat.

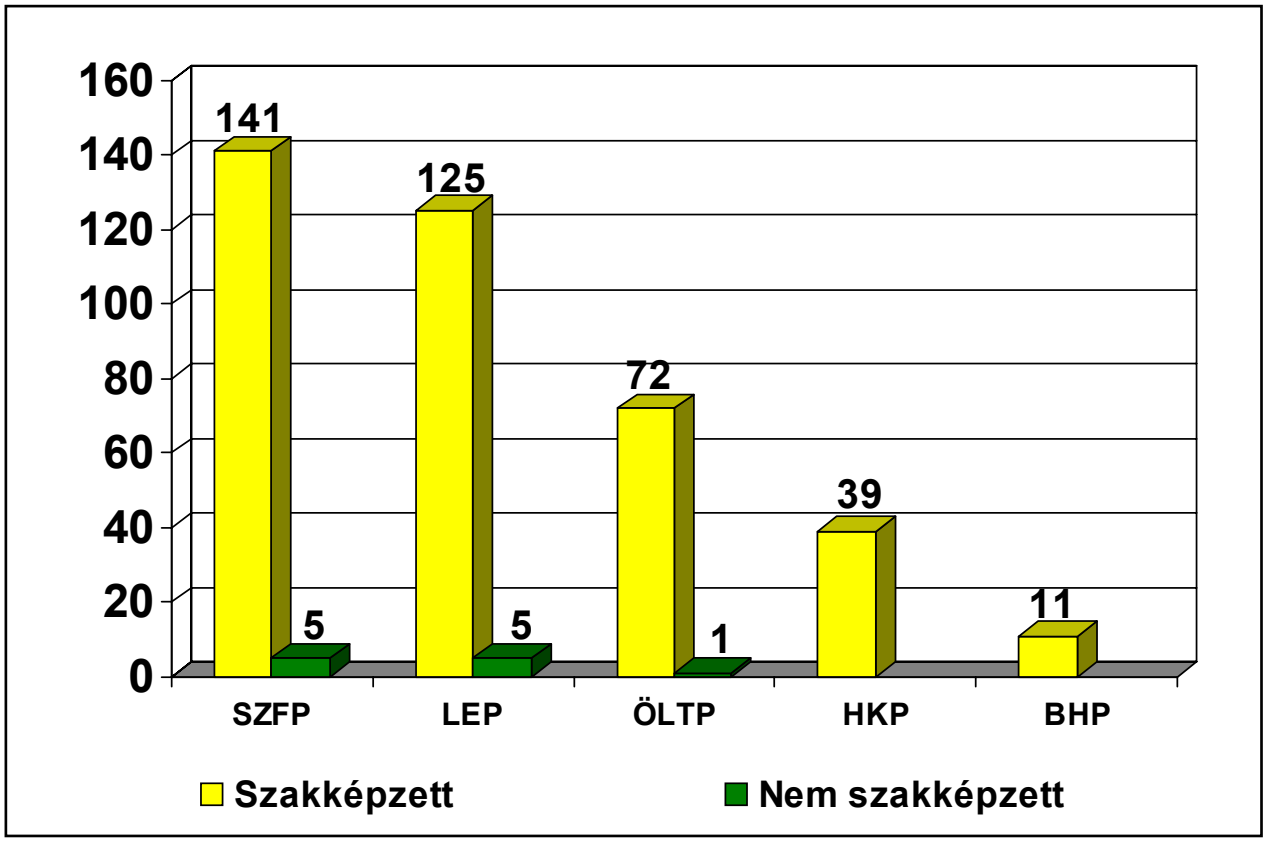
A Légierő 4 db (Mi 8/Mi 17) általános rendeltetésű szállító helikoptert biztosít a feladatra, melyeket egyidőben kutató-mentő feladatok végrehajtására is felajánlottak.

1.6. Képzettség

10. számú ábra

Csapattagozat

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A jó színvonalú egészségügyi alapképzés; az egészségügyi szakemberekre vonatkozó postgraduális képzési kötelezettség; a nagyszámú külföldi képzési lehetőség kihasználása, a nyelvtudás nagyságrendje és a különböző béke- és válságkezelő missziókban való tapasztalatszerzés következtében igen jó a szolgálat személyi állományának speciális és katona-egészségügyi felkészültsége. A csapattagozatban gyakorlatilag elhanyagolható az elvártnál alacsonyabban képzettek száma, míg a gyakorlatilag szakképzetlen, azaz szakképesítés, vagy minősítés nélkül senki nem teljesít szolgálatot központi tagozatban.

Szakvizsga (db)	1	2	3	4	5
Fő	166	118	65	6	3

Egyetemi magántanári címmel 3, Ph.D fokozattal 8 fő rendelkezik.

Nyelvvizsga	**Angol**	**Francia**	**Német**	**Orosz**	**Egyéb**
Fő	140	3	40	67	7

Központi intézetek orvos-létszáma: 397 fő.

Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

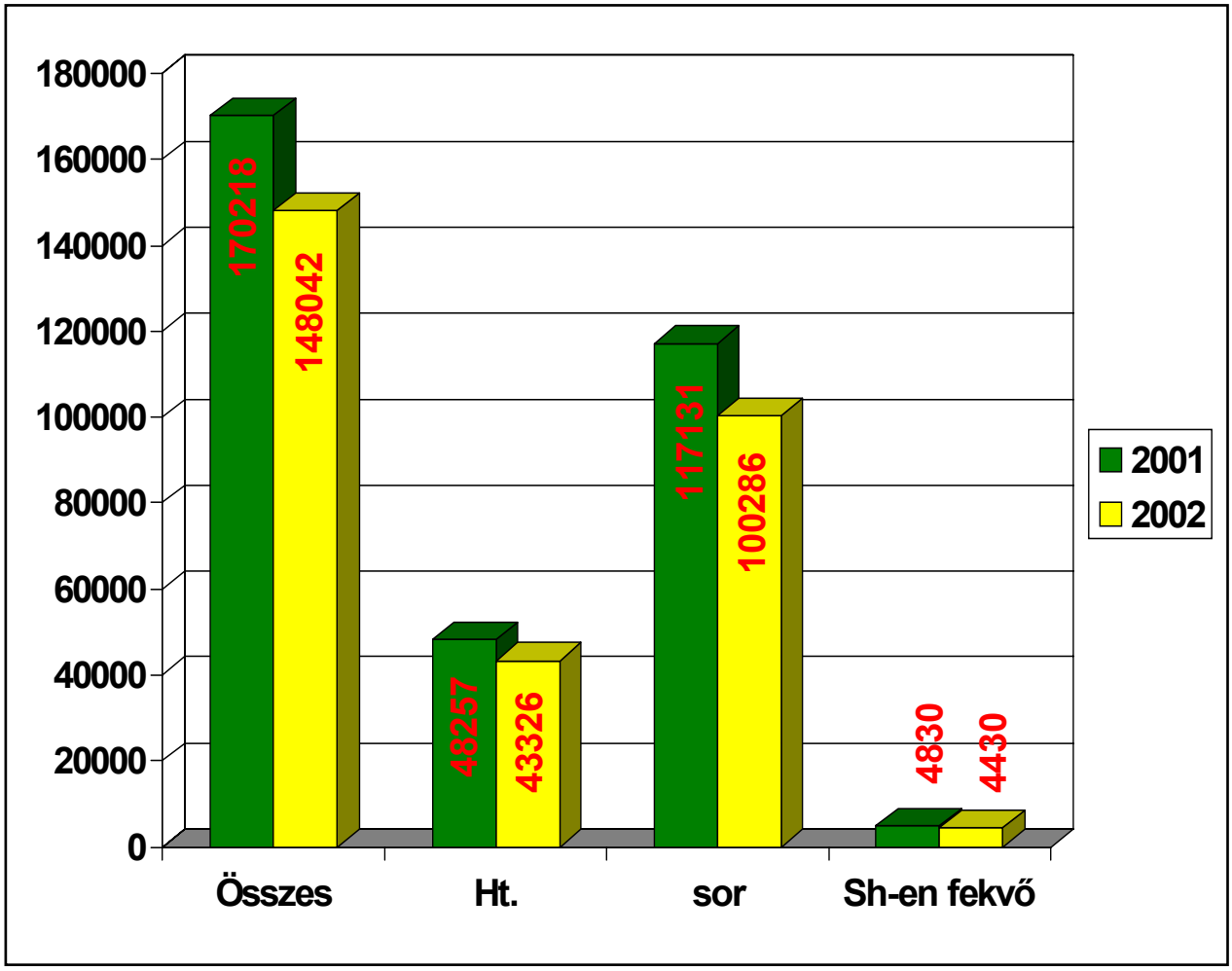
1.7. Ellátási igény

Ez az a terület, mely egyértelműsíti azt a tényt, hogy a haderő aktuális békelétszámának csökkenése és az egészségügyi szolgálat igénybevétele között nincs közvetlen összefüggés. A csapattagozatban bekövetkezett nagyarányú létszámcsökkentéssel abszolúte nem arányos a segélyhelyeken megjelent járó- és fekvőbetegek arányának csökkenése. A 150.000 esetszámból a hivatásos állomány 4.000-el, a sorállomány 17.000-vel csökkent, míg a segélyhelyen ellátott fekvőbetegek száma között csak 400 fő a különbség.

11. számú ábra

A csapattagozatban ellátottak adatai

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



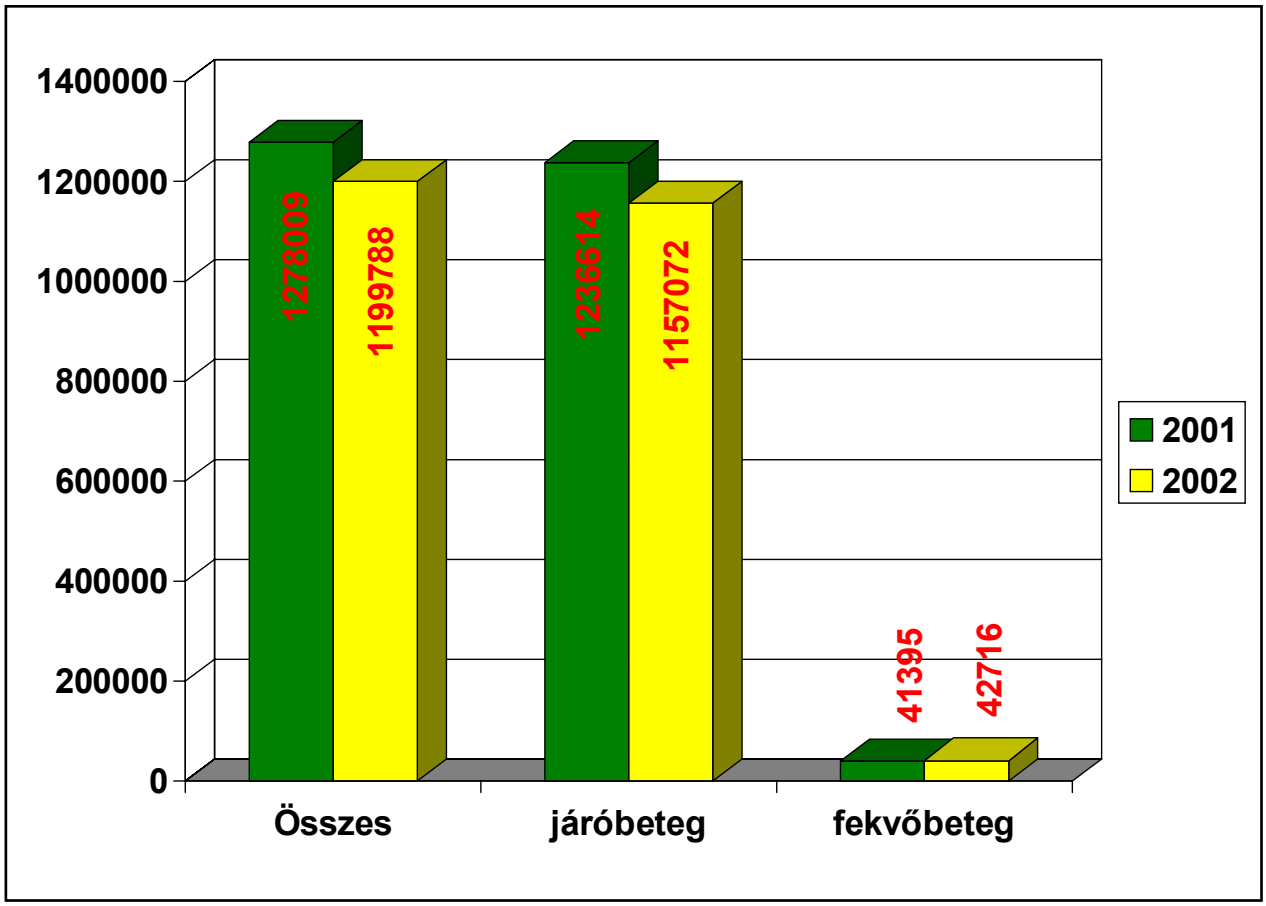
Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A központi tagozatban ez a különbség még jelentéktelenebb, hisz az egy milliót is meghaladó esetszámnál a járóbetegek száma közel 70.000-el csökkent, azonban a fekvőbetegek aránya több mint 1.000 fővel emelkedett.

12. számú ábra

Kórházi ellátás adatai

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



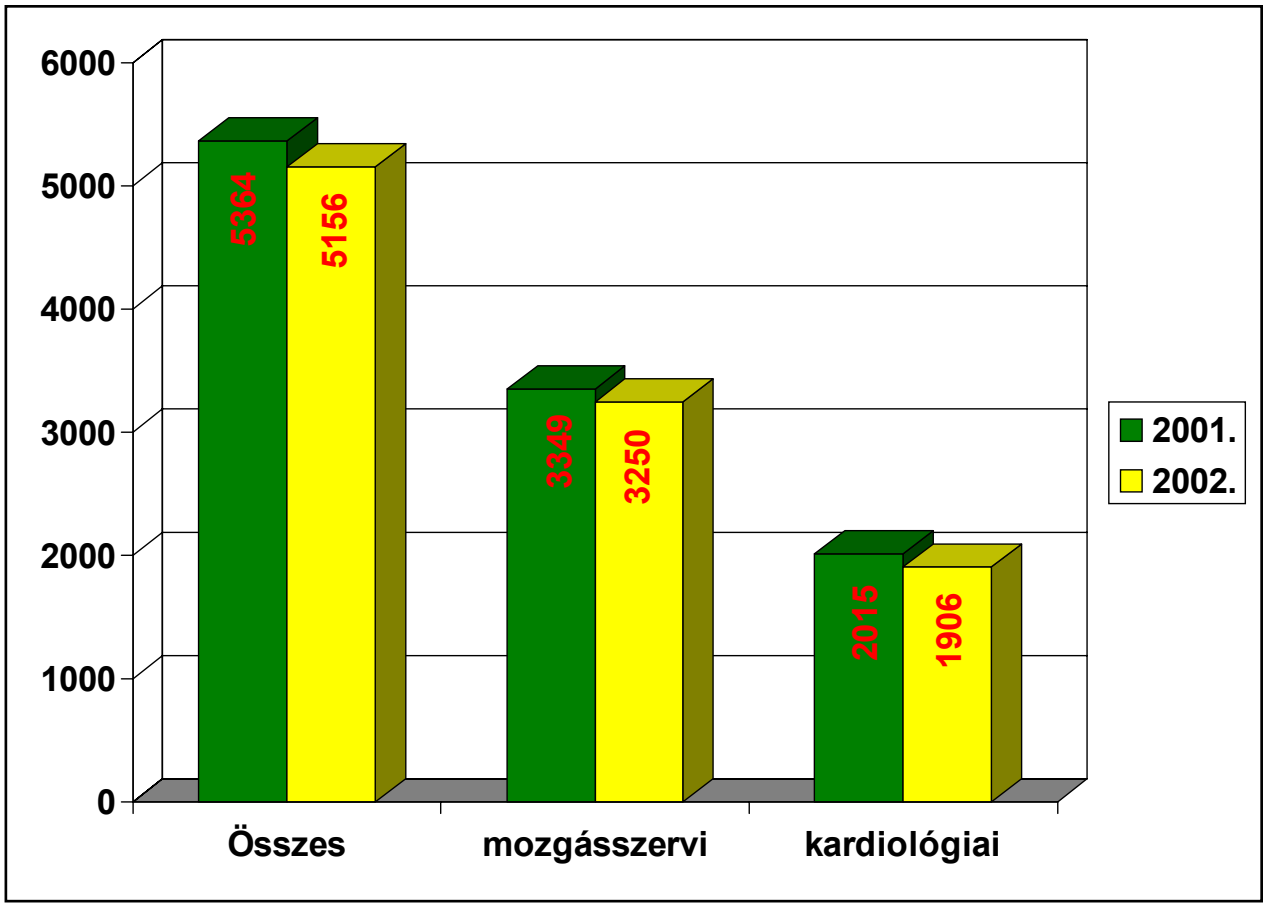
Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A rehabilitációs intézetekben ellátottak száma gyakorlatilag azonos, az intézetek kihasználtsága közel 100 %-os. (13. számú ábra)

13. számú ábra

Rehabilitáció adatai

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

1.8. Képesség

A környezetünkben és a világban 1991-óta előforduló válság-gócokban az egészségügyi szolgálat ténylegesen részt vett és vesz. Jelenleg a KFOR és az SFORkontingens egészségügyi biztosítását ellátó ROLE-1+ segélyhely mellett, egy az egész hadszínteret kiszolgáló és epidemiológiai felügyeletet biztosító közegészségügyi, mikrobiológiai és környezetvédelmi laboratóriumot működtetünk Kosovoban 2003. márciusa óta az International Security Assistance Force ISAF-III feladatokban is részt veszünk.A különböző válságok során a Magyar Köztársaság által megajánlott egészségügyi alegységek megalakítása és feladatra történő felkészítése mindenféleképp megemlítendő. Ugyancsak jelentős az ENSZ-missziókban való részvétel, melyek közül kiemelendő az, hogy a ciprusi (UNFYCYP) misszióban az elmúlt év szeptemberétől a vezető nemzet szerepét is viseljük.

2. A Magyar Honvédség egészségügyi rendszere átalakításának általános alapelvei

2.1. A Magyar Honvédségnek olyan egészségügyi szolgálattal kell rendelkeznie, mely a megelőzéstől kezdve az alapellátáson keresztül, a végleges rehabilitációig minőségében megfelelő, széleskörű, mind békében, mind háborúban azonos, vagy közel azonos szintű ellátást képes biztosítani.

Nyilvánvaló, hogy ennek a komplex feladatnak megfelelni csak az egymásra progresszíven felépített, meghatározott ellátási szintet teljesítő, egységes mind békében, mind különböző műveletekben és háborúban egyértelműen egyszemélyi felelősségi körbe utalt egészségügyi szolgálattal lehet.

Az egészségügyi ellátás megszervezésének kérdései ezek alapján - minden körülményt figyelembe véve - az alábbiakban foglalhatók össze.

14. számú ábra

Az egészségügyi ellátás megszervezésének követelményei

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy

<table>
<tr><th colspan="3">Ellátás</th><th colspan="3">Tagozat</th></tr>
<tr><th>Mérve</th><th>Szintje</th><th>NATO</th><th>Béke-időszak</th><th>Válsághelyzeti műveletek alatt</th><th>Háborús időszak</th></tr>
<tr><td>Ön- és kölcsönös segély</td><td rowspan="3">zászlóalj</td><td rowspan="3">Role 1</td><td colspan="3" rowspan="3">Csapattagozat</td></tr>
<tr><td>Szaksegély</td></tr>
<tr><td>Első orvosi segély</td></tr>
<tr><td>Szakorvosi segély</td><td>e., dd.</td><td>Role 2</td><td colspan="3" rowspan="3">Központi tagozat</td></tr>
<tr><td>Speciális (szakosított) szakorvosi segély</td><td>hdt.</td><td>Role 3</td></tr>
<tr><td>Végleges ellátás, rehabilitáció</td><td>VK</td><td>Role 4</td></tr>
</table>

Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

2.2. Kiemelt szempont, amit mindezen katona-egészségügyi feladatok ellátásának biztonsága is indokol, hogy a honvédegészségügyi szolgálat betegellátási szervezetei illeszkedjenek a hazai egészségügyi rendszerhez. A szakmai biztonságon kívül kényszerítő tényező az aktív és folyamatos készenlét, a magas színvonalú speciális szakmai gyakorlat, a szakképesítési rendszer, és a finanszírozás. Békeidőben csak a civil ellátásban való aktív részvétel biztosítja a megfelelő szakmai felkészülést, és az ehhez szükséges esetösszetételt a katonaorvosok számára. Természetesen nem elhanyagolandó kérdés az egészségbiztosítás rendje sem, hiszen az igényjogosult honvédségi betegek után is az OEP az érvényes egészségügyi finanszírozási rendszernek megfelelően térítést fizet.

2.3. A szövetségi szabályozók követelményeinek (AJP 4.10*, MC 326/1,** ACE 85-8***) való megfelelés.

a) A jövő, általánosságban prognosztizált hadműveleteinek korszerű egészségügyi biztosítása szempontjából, a következőket kell figyelembe venni: A legalapvetőbb tétel az, hogy a gyógyító erőforrások számát és típusát, azok elhelyezkedését a várható egészségügyi veszteség fogja meghatározni, és az az idő, amely a kiürítéshez szükséges a sérülés, vagy megbetegedés helyétől, a szükséges gyógyító ellátás helyszínéig, figyelembe véve az egészségügyi ellátás időkorlátait. Mindezek jelentősen és a polgári egészségügyi struktúrák kialakítását befolyásoló mortalitási és morbiditási adatoktól eltérően határozzák meg a katonaegészségügyi intézetek békeidőszaki szakmai struktúráját, valamint létszámviszonyait.

b) Gondoskodni kell arról, hogy az egészségügyi ellátás színvonala a lehető legközelebb legyen a békeidőszak ellátásának színvonalához.

c) Növekszik a prevenció és a rehabilitáció jelentősége az egészségügyi ellátásban, különösen az extrém fizikai és pszichikai terhelést jelentő beosztásokban.

d) A különböző humanitárius feladatokban, katasztrófa-elhárításban is komolyan érintett honvédegészségügy teljesítményeit a közvélemény kiemelt figyelemmel kíséri, ez fontos szempont a hadsereg általános megítélésében.

e) Az egészségügyi képességeknek arányban kell lenniük az alkalmazott erőkkel és a feltételezett kockázatokkal. Az egészségügyi szolgálatnak így, már békeidőszakban megfelelő felfejlődési, illetve alkalmazkodó, valamint tartalék képességekkel is rendelkezniük kell, hogy az előzetesen várt napi veszteségi rátákon felüli kiugrásokkal is meg tudjanak birkózni.

* STANAG 2228 Szövetséges összhaderőnemi egészségügyi biztosítás

** MC 326/1 A NATO egészségügyi biztosítási politikája és irányelvei

*** A NATO Európai haderői egészségügyi biztosításának elvei

A szövetségi felajánlásokból következően az azokkal arányos és biztonságos egészségügyi ellátórendszer kialakítására az alábbi egészségügyi erők megalakítása kötelező már békeidőszakban a Magyar Honvédség számára:

- 6 db. úgynevezett ROLE-1 (egészségügyi szakasz - zászlóalj egészségügyi központ) egészségügyi ellátó képesség biztosítása,

- 2 db. ROLE-2 (egészségügyi század - dandár egészségügyi központ) biztosítása;

- 1 db. ROLE-3 (harctámogató kórház) felállítása.

- a felajánlott erőknek ugyan nem része, de a doktrína szerint kötelező a ROLE-4 típusú szervezetek (rehabilitációs intézetek, végleges ellátást biztosító elsődlegesen stacioner gyógyintézetek) működtetése, mert ezt a NATO a nemzeti felelősség körébe utalja, épp ezért igen fontos szerepe van;

- mennyiségében nem, de feladatkörében igen jelentősek a légi kiürítési kapacitásra, vezetésre (ellenőrzés, irányítás, információáramlás, adminisztráció) és bizonyos preventív feladatokra megtett ajánlások, melyet a szerkezeti és szervezeti átalakításnak mindenféleképpen figyelembe kell vennie.

Természetesen a fenti elvárások és követelmények mellett meg kell említeni azt is, hogy a stratégiai felülvizsgálat során a csapattagozat és a két, már most is hadrendben lévő intézet a preventív medicina teljes vertikumát felölelő Egészségvédelmi Intézet és Egészségügyi Kiképző Központ már az ismertetett elvek alapján mind minőségi, mind mennyiségi szempontból átalakult.

Ennek köszönhetően az Egészségvédelmi Intézet a NATO körkérdéses ellenőrzésen kiváló minősítést kapott, háttér laboratóriumait akkreditálták, a katonai alkalmassággal kapcsolatosan elvégzett beválási vizsgálatok 92 %-a adekvát. Az intézet mobilitása gyakorlatilag egyedülálló, hisz a NATO-tagországok közül az egyetlen, mely preventív medicinával, mint mobil képességgel a hadszíntéren megjelent (AFOR, KFOR).

Az Egészségügyi Kiképző Központ teljes feladatrendszere átstrukturálódott, így felkészült az önkéntes haderőre való áttérés egészségügyi kiképzési feladatainak elvégzésére. A csapattagozat egészségügyi elemei kialakultak, így azok speciális személyi feltételeinek biztosítása már a központi tagozat feladata.

3. Elgondolás az új kihívásnak megfelelő szakmai struktúrára és annak szervezeti megoldásaira.

A minden körülményt és követelményt magába foglaló komplex, a zászlóalj egészségügyi tagozattól a központi tagozatig terjedő intézményrendszernek, illetve egységes szolgálatnak az alábbi feladatsornak kell megfelelnie:

- fekvő- és járóbeteg-ellátás;
- rehabilitációs és a szociális gondoskodás egészségügyi vonzatai;
- egészségügyi biztosítás (általános-, szakorvosi és szakosított szakorvosi);
- prevenció (szűrés, alkalmasság-vizsgálat, kutatás, a kiképzés anyagi-technikai, illetve műszaki bázis biztosítása, közegészségügy, járványügy, egészségügyi felderítés);
- honvéd egészségügyi hatósági feladatok;
- repülőorvosi feladatok;
- katonaorvosi kutatások;
- a szakállomány kiválasztása, felkészítése, kiképzése és folyamatos utánpótlásának biztosítása;
- a hadrafoghatóság biztosítása;
- az egészségügyi szolgálat vezetése, irányítása.

Az alapellátástól a végleges ellátásig, valamint az előzőekben felsorolt feladatsor megvalósulását tagozatonként, az alábbiak szerint lehet megvalósítani.

3.1. A zászlóalj egészségügyi biztosításának szervezeti eleme (ROLE-1)

A legfontosabb és legmeghatározóbb eleme az egészségügyi biztosításnak. A keletkező sérültek, illetve betegek sorsa, továbbá életben maradásának esélyei alapvetően ezen a ponton dől el. Itt a legfontosabb, hogy az elméleti követelmények és a gyakorlati készség egy helyen összpontosuljon. Ezért két fontos követelményt - nevezetesen, hogy a segélynyújtás mérvét illetve minőségét közelítsük a sérülés és a betegség keletkezési helyéhez, valamint azt, hogy a béke- és háborús szervezetnek közel azonosnak kell lennie - mindenáron tükröznie kell a létrehozott szervezetnek.

Kulcsfontosságú a mobilitás és a szervezet flexibilitása. Így, a struktúrának tükröznie kell a feladat kockázatával arányos ellátási lehetőségeket. Nem lehet homogén, rendszerazonos szervezetekre törekedni.

Tükröződnie kell az adott szervezet speciális képességeinek. Így, szélsőséges példaként említve, nyilván más szakmai összetételű ROLE –1-et követel a légierő és mást a szárazföld, ismét mást a légvédelmi osztály és mást a vegyvédelmi zászlóalj.

Az önálló alkalmazásra kijelölt erőknél, mint például a 62. dandár 1 zászlóalját, nem lehet csak egyetlen orvos tiszttel ellátni. Képessé kell tenni az egészségügyi szakaszt az önálló életmentő első orvosi beavatkozások, azaz a sürgősségi végtag- és életmentő eljárások elvégzésére. Ehhez nyilván megfelelően felkészült szakemberek szükségesek, akiket békeidőszakban lehetetlen a csapattagozatban tartani. Őket békeidőszakban a stacioner honvédkórházak állományából kell kijelölni

és a zászlóalj békeidőszaki kiképzési feladataiba bevonni. Ez nem más, mint a régi, úgynevezett keretátadásos rendszer újszerű értelmezése.

Nyilvánvalóan a zászlóalj egészségügyi központ feltöltöttségi arányainak egyezőeknek kell lenniük az alakulat egészére vonatkozó arányokkal. Természetes követelmény, hogy a felajánlott erőknél csak hivatásos, vagy szerződéses állomány teljesíthet szolgálatot.

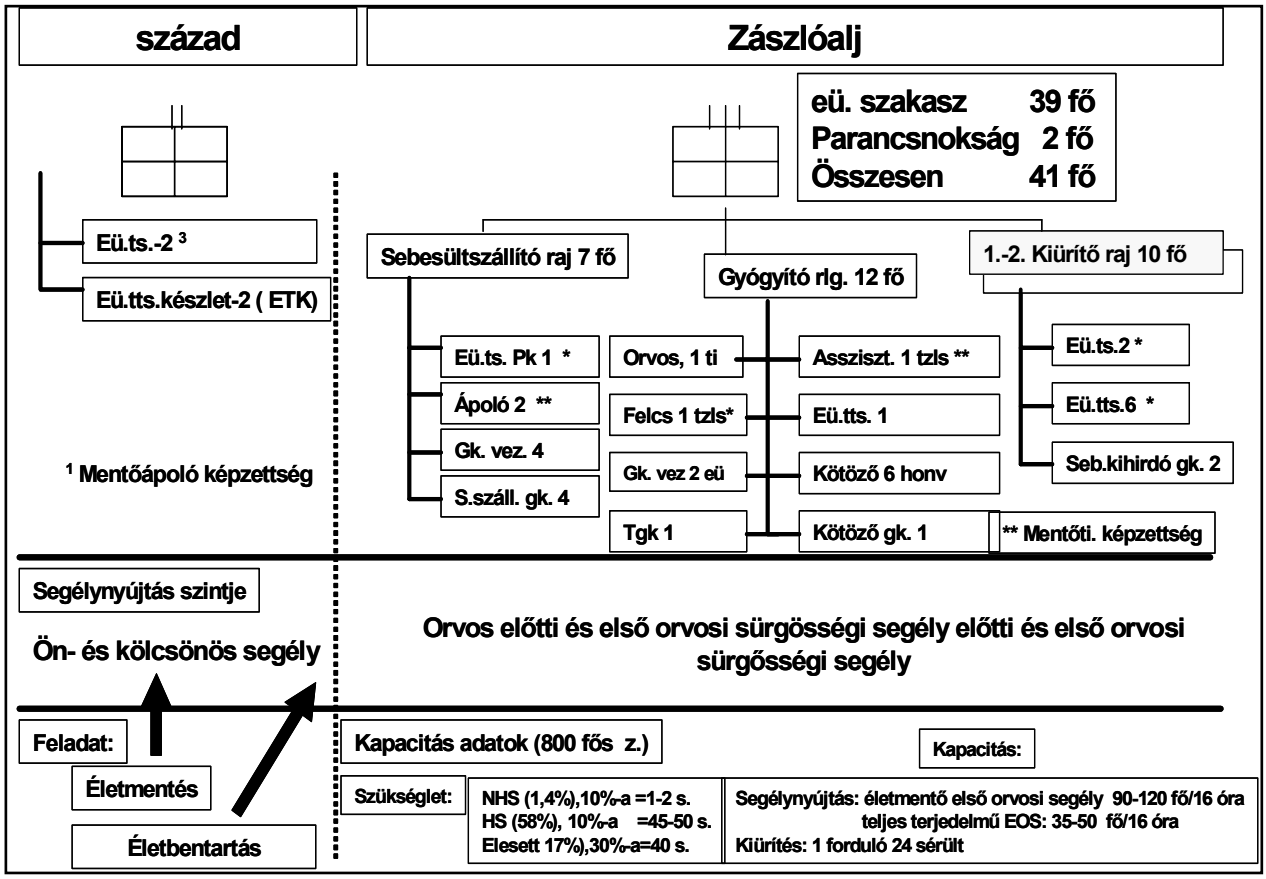
Nagyon fontos azonban itt is megemlíteni a felkészítés és kiképzés jelentőségét, a megszerzett tudás folyamatos szinten tartását. Ebben kiemelt jelentőséggel bírnak a kijelölt állományt magába foglaló honvédkórházak, valamint a szervezet mobilitásáért, anyagellátásáért, korszerűsítéséért, a technikai feltételek fenntartásáért és az egészségügyi szakdolgozó-állomány felkészítéséért egyedi felelősséget biztosító Egészségügyi Kiképző Központ.

A zászlóalj egészségügyi központ (ROLE-1 egészségügyi szakasz) javasolt szervezetét és struktúráját - a 12 fős logisztikai szervezet nélkül -, valamint az elvárt egészségügyi teljesítmény-mutatókat az alábbi ábra mutatja be.

15. számú ábra

1. Ellátási szint (ROLE-1)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

3.2. Az ezred (dandár) egészségügyi biztosításának szervezeti eleme (dandár egészségügyi központ, ROLE-2 egészségügyi század).

E szervezettel szemben elvárt követelményekben már van érzékelhető különbség a béke- és háborús feladatok között. Míg békeidőszakban alapvetően az első orvosi alapellátás és a kiképzések egészségügyi biztosítása, valamint néhány speciális preventív medicinával összefüggő kérdéskör, addig háborús időszakban ettől teljesen eltérően az első szakorvosi ellátás teljes vertikumának a végrehajtása a feladat.

Ezért úgy kell a szervezeti struktúrát létrehozni, hogy a háborús szervezet lefedje a békefeladatokat, és a békében meglévő szervezetet a stacioner intézményekből kijelölt állományból való feltöltés után, azonnal háborús szervezetre tudjuk átállítani.

A javasolt szervezet (16. számú ábra) gyógyító szakaszát az egészségvédelmi szakasz járványvédelmi raját, továbbá az egészségügyi logisztikai szakasz 50 %-át békeidőszakban nem kell az egészségügyi központok (laktanyasegélyhelyek) állományában tartani. Így a felajánlott 2 db ROLE-2 ezen szakállományát a pécsi és kecskeméti honvédkórházak állandó hivatásos állományából kell kijelölni. Természetesen a felkészítés, kiképzés, állományviszony; egészségügyi anyagi, technikai biztosítás kérdéseinek lehetősége és biztosítása teljes mértékben megegyeznek a zászlóalj egészségügyi központnál említettekkel.

A javasolt feltöltési arányok a felajánlott erőkre vonatkoznak. A többi alakulat, ezred- illetve dandárszintű egészségügyi központjának feltöltöttségi arányát az adott alakulat létszám viszonyaihoz kell igazítani.

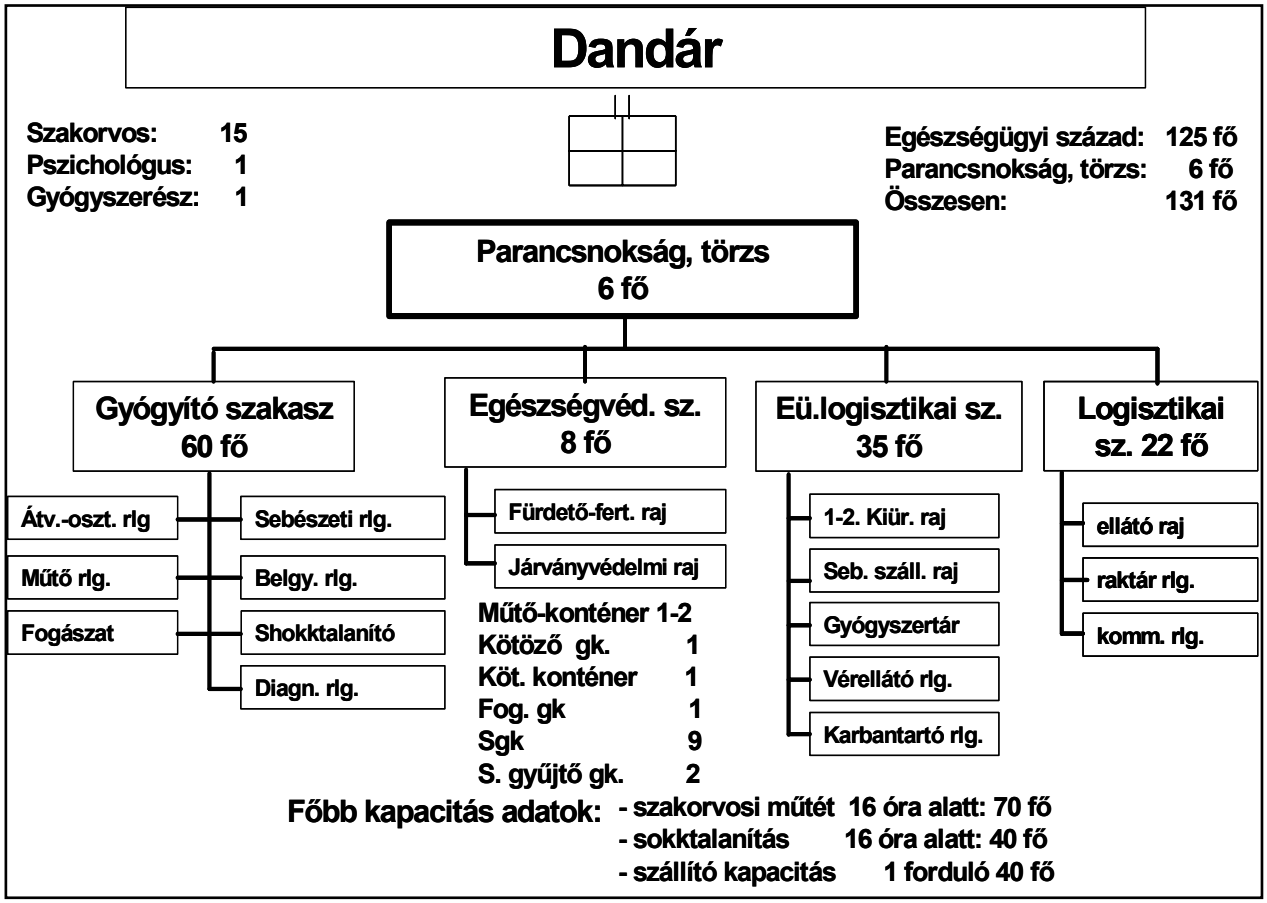
A szövetséges országokban a legnagyobb hiány a ROLE-2 tagozatban mutatkozik, miután általában a különböző nem V. cikkelyű műveletekben ROLE-1 vagy ROLE-1+segélyhelyek vesznek részt, a ROLE-3 tagozatot, pedig általában ilyenkor stacioner intézetekben, vagy befogadó nemzeti támogatásként, illetve közös többnemzetiségű szervezet működtetésével veszik igénybe.

Ebből következően ennek a tagozatnak a készenléte és megléte a Magyar Honvédség részére egy képességnövelő tényező lehet. Természetesen és ismételten ki kell viszont hangsúlyozni azt, hogy a szakállomány folyamatos felkészítésében és felkészültségében a békében, a igen nagy szerepe van központi tagozatban lévő intézeteknek.

16. számú ábra

2. Ellátási szint (ROLE-2)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

3.3. Az alkalmazásra, illetve felajánlásra kerülő erők szakosított szakorvosi ellátását biztosító szervezeti elem (ROLE-3 harctámogató kórház)

Ez az elem az egész egészségügyi biztosítási rendszer központi és meghatározó részét képezi.

Feladata békeidőben a polgári ellátáshoz kapcsolódva a honvéd-egészségügyi feladatokhoz szükséges szakorvosi feladatok művelése; a katona-egészségügyi ellátáshoz szükséges szakemberek képzése, továbbképzése, tréningje; a honvédegészségügyi feladatok ellátásához szükséges szakemberlétszám biztosítása, valamint részvétel a kórház katasztrófa-egészségügyi biztosítási rendszerében.

Fontos kérdés a harctámogató kórház elhelyezésének, szervezeti, orvos-szakmai és gazdasági méretezésének kialakítása. A harctámogató kórházat a Központi Honvédkórház állományára és jelenlegi működési telephelyére alapozva célszerű megvalósítani.

A kórház kapacitásának méretezésénél figyelemmel kellett lenni a következő tényezőkre:

a) A NATO-doktrínának megfelelően, a központi harctámogató kórház szervezése esetében a háborús egészségügyi károsodásokat, illetve a veszteségeket figyelembe véve, előtérbe kell helyezni a sebészeti típusú sérültek ellátását biztosító szakmákat, míg a többieket csak az ehhez kapcsolódó mértékben szabad figyelembe venni. Kiemelten kell kezelni a kombinált sérültek ellátását, a traumatológiát, az idegsebészetet, néhány speciális belgyógyászati profilt, (infektológiát, toxikológiát, sugár haematológiát), valamint a háborús stressz-szindróma kezelését lehetővé tevő neuro-pszichiátriát.

b) A kapacitás meghatározásánál mintegy kiegészítő funkcióként – külföldi tapasztalatokra is támaszkodva – érdemes figyelembe venni az úgynevezett VIP-ellátás szükségleteit is, hiszen a magas szinten szervezett és a kiemelt vezetők, illetve külföldi vendégek egészségügyi biztosításában amúgy is részt vevő korszerű kórház e feladatokat gazdaságosan el tudja látni, és infrastruktúrájában ezt tudja fogadni.

c) Természetesen figyelemmel kell lenni a jelenlegi szakmai struktúra működésének az orvosszakmai feladatok teljesítésének, valamint az érintett intézetek pénzügyi-gazdasági helyzetének elemzéséből levont tapasztalatokra is. Ezek az elemzések mindenképpen azt mutatták, hogy a jelenlegi kapacitásoknál mindenképpen kisebb mértékű, de a gazdaságos üzemméretet elérő központi harctámogató kórház-kapacitásra indokolt javaslatot tenni.

d) A Központi Honvédkórház, mint a katona-egészségügy centruma és vezető intézete, a harctámogató kórházat is magába foglaló szervezetét, ágy- és szakmai összetételét szakmacsoportonként, a jelenlegi struktúrával összehasonlítva az alábbiak szerint lehet optimálisan megvalósítani.

17. számú ábra

AZ MH Központi Honvédkórház jelenlegi és tervezett szakmai-, valamint ágy struktúrája

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy

Szakmai struktúra	Jelenlegi kapacitás	Új kapacitás
Belgyógyászat Gastroenterológia Kardiológia Toxiológia Infektológia Onkológia Haematológia Bőrgyógyászat	222	140
Sebészet Általános sebészet Mellkas sebészet Fej-nyaksebészet Ortopédia Égés Plasztikai sebészet Urológia Szemészet Nőgyógyászat	197	140
Baleseti sebészet Idegsebészet	263	150
Sürgősségi, Intenzív	16	40
Neuropszichiátria	118	90
Diagnosztika		
Patológia		
Gyógyszertár		
Szállító raj		
Vérellátó raj		
Radiometria		
Kórházhigiéne		
Dietetika		
Ápolási csoport		
Összesen	816	560
Kapacitás-csökkentés (aktív)		256
Krónikus Kapacitás-csökkentés (krónikus)	65	0 65
	Heti óraszám	
Járóbeteg-szakellátás (diagnosztika is)	2 606	1 955
Kapacitás csökkentés (szakrendelés)		651

A NATO-követelmények 300-330 ágyas mobilis harctámogató kórház meglétét teszik szükségessé. A civil egészségügyi rendszerbe illesztés és a gazdaságos üzemméret követelménye, valamint a kórháznak a budapesti ellátásban eddig kivívott helye azonban ennél magasabb 560-570 ágyban meghatározott kapacitás megvalósítását indokolják. (A kapacitások így is a jelenlegihez képest lényegesen csökkennek: 256 aktív, 65 krónikus ágy, 651 szakorvosi óra kerül leépítésre.)

Az így kialakuló szakmai struktúra biztosítja:

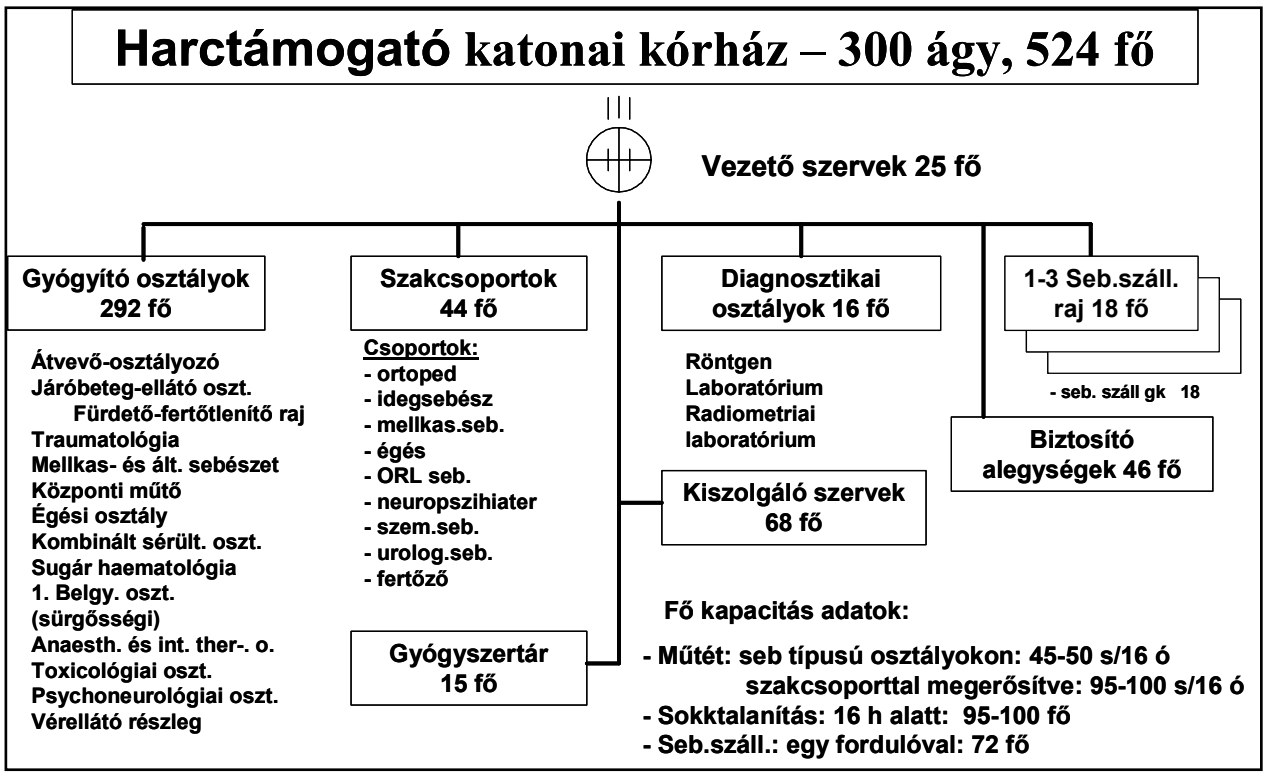
békeidőben a ROLE-3 szervezet előírt szakmai létszámának foglakoztatását, a központi régió (főváros és környéke) sürgősségi ellátásában, valamint programozott betegellátásában való hatékony és gazdaságos kapacitást; és a legfontosabbat: a honvéd-egészségügyi feladatok ellátását.

A minden objektív és szubjektív körülményt figyelembe véve a békeidőszaki struktúra egyértelműen és minőségében magas szinten képes kielégíteni a (18. számú ábrán) látható mobilis harctámogató szervezetet.

18. számú ábra

3. Ellátási szint (ROLE-3)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A Magyar Honvédség jövőképének, illetőleg a 2013 évre kialakítandó struktúrájának ismeretében azonban hasonló, komplett harctámogató kórházakat nem érdemes kialakítani. Ezzel szemben a harctámogató kórházban lévő specialitásokat békeidőszakban a Honvéd Egészségügyi Centrumban fejleszteni és működtetni szükséges. Ez az újfajta modell rendszerű képzettséget jelent és bármikor tudnak elemeket biztosítani a nemzetközi szinten integrált egészségügyi mobilis szervezetekbe. Ilyen speciális képességeket már most feltudunk mutatni a traumatológia, az égési sebészet, a baleseti sebészet, a sugár haematológia, és a biológiai diagnosztika területén. Ennek szép példája az Afganisztánban szolgálatot teljesítő katona-egészségügyi személyzet.

A ROLE-3 képességeink megalakítását a haderőfejlesztési célokban 2006-ra toltuk ki, mivel a teljesítéshez mindenféleképpen indokolt a kórház rekonstrukciójának befejezése.

3.4. A végleges és rehabilitációs ellátást biztosító (ROLE-4) elemek.

A háborús egészségügyi biztosítást teljessé tevő, a szakorvosállományt békében befogadó stacioner intézmények, illetve a rehabilitációs és krónikus ellátást biztosító betegotthon látják el ezt a fontos feladatot.

A rehabilitáció, mint képesség, a térségben már rendelkezésre álló adottság, elvesztése jelentős presztízsveszteséget jelent.

Sokan ezen intézmények helyét és szerepét alul értékelik és azonosítják a gyógyturizmus fogalmával, vagy a régi hagyományos értelmű szanatóriumi ellátással.

Ezen intézményeknek a rehabilitáció mellett a speciális szűrésekben, kondicionálásban, és az alkalmasság elbírálásában is jelentős szerepük van.

Mind a mozgásszervi, mind a szív- és érrendszeri betegségek akut műtéti, ellátását követő korai intézeti szakszerű rehabilitációját, mind ugyanezen szervrendszerek idült elváltozásainak gondozását, mind a járóbeteg-ellátás egy speciális formáját végezve a gyógyítómunka egy speciális területét fogják át.

Ebben a tekintetben a térségben hiányzó képességeket biztosítanak, melyek ráadásul a ROLE-4 tagozat követelményeibe is tartozna.

Ugyanebben a képességben az intézeteknek mind országosan, mind a szakfelügyeleti, mind a graduális és posztgraduális képzésben elévülhetetlen érdemei pozíciói vannak.

A krónikus ágyak szükségességét egyrészt, mint igény, másrészt, mint kötelezettség (Egészségügyi Törvény) is indokolja. Az ágyszámok nagyságrendjét a gazdaságossági számítások határozzák meg.

Minden hadseregnek gondoskodnia kell nyugdíjasairól, hisz igen nehéz a testet és lelket egyaránt igénybevevő szolgálatot teljesítettek egy életen át. Néhány

ország erre külön intézményrendszert tart fenn. A Verőce Betegotthon Központi Honvédkórházról leválasztásának gazdaságossági indokai is vannak. Az önálló működés ez esetben költségmegtakarítást is jelent, ha az ágy- és létszámarányokat optimálisan választjuk meg. A költséghatékonyság szempontjait figyelembe véve célszerű vizsgálni az intézet feladatrendszere bővítésének lehetőségét más, a szociális ellátás körébe tartozó funkciókkal.

A stacioner intézmények közül a Központi Honvédkórház a legjelentősebb. Rekonstrukciójának befejezésével képes lesz befogadni a harctámogató kórháznál már leírt képességek, valamint az Egészségvédelmi Intézetet és szervezetében helyet tud adni a ROLE-2 kiegészítéséhez elengedhetetlenül fontos, a kormányhatározattal a Pécsi Tudományegyetemnek átadott kórház mintegy 45 fős hivatásos állományának is, melyekkel együtt egy igazából modern és korszerű Honvéd Egészségügyi Centrum hozható létre.

A Kecskeméti Repülőkórházat a speciális feladatai mellett – melyek egyrészt igen sokrétűek, másrészt minden kétséget kizáróan szigorúan a helyőrséghez kötik a szervezetet – a ROLE-2 szervezeti elemnél már említett felelősség is terheli. A specialitásokat kórházi ágyháttérrel kell támogatni. Ennek indokai az alábbiak:

a) A repülő-szakállomány kórházi kivizsgálását gyógykezelését és kórházi rehabilitációját csak repülőorvosi szakvizsgával és szemlélettel rendelkező klinikusok végezhetik a szakma szabályai szerint.

b) A repülőorvosi ellátás közvetlenül hozzáférhető diagnosztikus háttér (labor, röntgen, elektrofiziológia) nélkül működésében korlátozott.

c) Bizonyos speciális repülőorvosi vizsgálatok (barokamra, szív-érrendszeri terheléses vizsgálatok) természetes rizikója és esetleges szövődményei azonnal és helyben hozzáférhető intenzív osztályos és egyéb klinikai hátteret követelnek meg.

d) A kórház jelenlegi díszlokációjának megtartását indokolja még a környezetében lévő igen jelentős felajánlott erők (62. Bercsényi Miklós Gépesített Lövészdandár, MH 1. Könnyű Vegyes Ezred, valamint az MH Alföldi Kiképző Központ közelsége.

Az előzőekben felsorolt elemek létrehozására a központi tagozat a Központi Honvédkórház rekonstrukciójának befejezéséig a (19. számú ábra) szerint alakul. A rekonstrukció utáni helyzet változását a (20. sz. ábra) mutatja be. Az ez idő alatti létszám- és ágyszámváltozásokat a (21. számú ábra) szemlélteti.

19. számú ábra

Ágy- és létszámhelyzet
Az MH Központi Honvédkórház
rekonstrukciójának befejezéséig (2003-2005)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy

Feladatkör	**Szervezet megnevezése**	**Létszám**	**Ágyszám**
Vezető szervek	Egészségügyi Csoportfőnökség	25	-
Megelőző egészségügy	Egészségvédelmi Intézet	193	-
Kiképzés-felkészítés	Egészségügyi Kiképző Központ	190	-
Gyógyító-megelőző ellátás	Központi Honvédkórház összesen	1345	620
	Pesti telephely	1050	524
	Budai telephely	250	96
	Pécsi kihelyezett részleg	45	
	Kecskeméti Repülőkórház	310	184
Krónikus ellátás	Verőce Betegotthon	100	100
Rehabilitáció	Hévízi Mozgásszervi Rehab.Int.	196	184
	B.füredi Kardiológiai Rehab.Int.	118	80
Honvéd egészségügy összesen:		**2477**	**1168**

Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

20. számú ábra

Ágy- és létszámhelyzet
a Központi Honvédkórház rekonstrukciójának befejezése után

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy

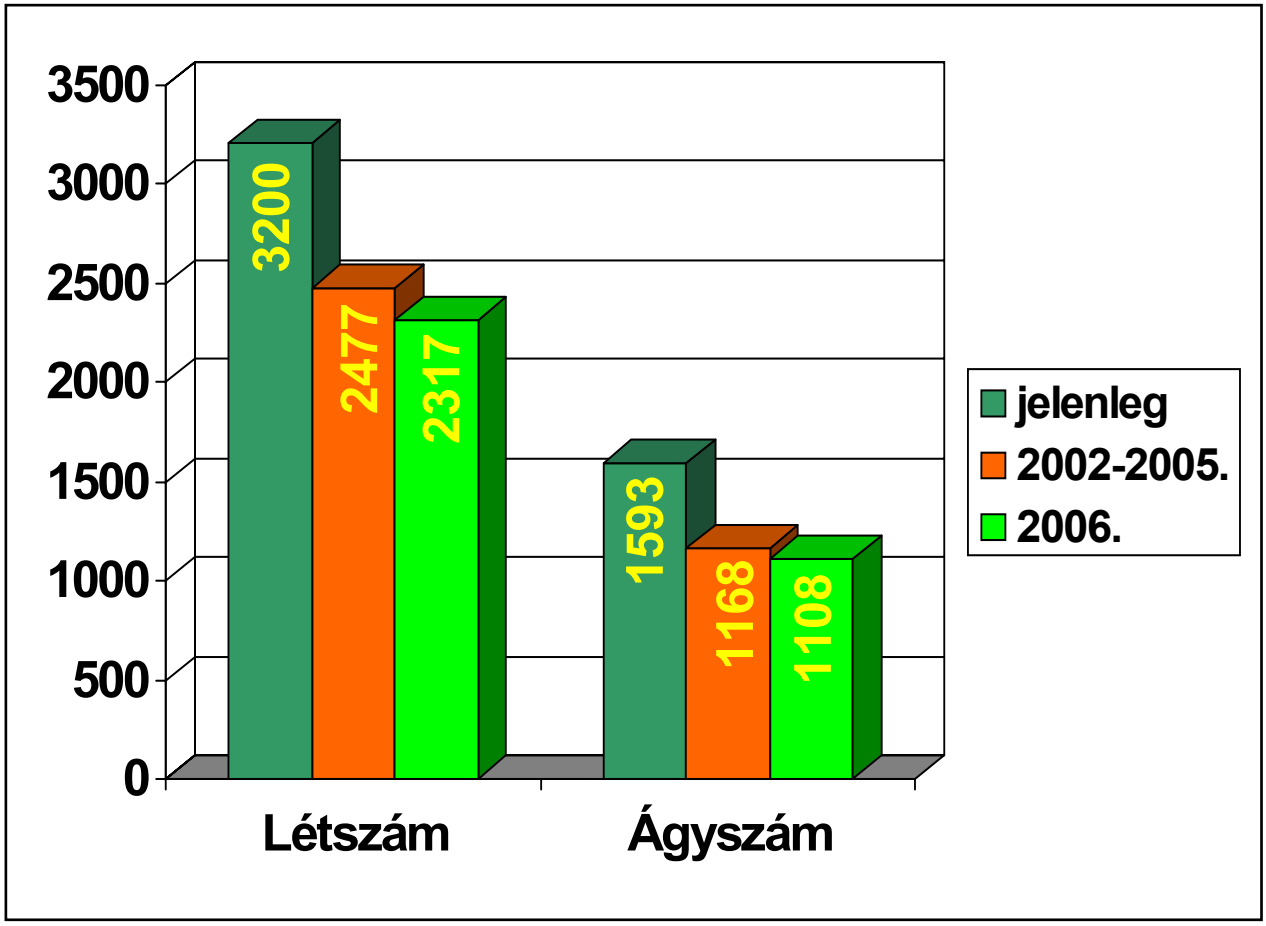
Feladatkör	Szervezet megnevezése	Létszám	Ágyszám
Vezető szervek	Egészségügyi Csoportfőnökség	25	-
Kiképzés-felkészítés	Egészségügyi Kiképző Központ	190	-
Gyógyító-megelőző ellátás és megelőző egészségügy	Honvéd Egészségügyi Centrum összesen	1378	560
	Központi Honvéd Kórház	1140	560
	Egészségvédelmi Intézet	193	-
	Pécsi kihelyezett részleg	45	-
	Kecskeméti Repülőkórház	310	184
Krónikus ellátás	Verőce Betegotthon	100	100
Rehabilitáció	Hévizi Mozgásszervi Rehab.Int.	196	184
	B.füredi Kardiológiai Rehab.Int.	118	80
Honvéd egészségügy összesen:		2317	1108

Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

21. számú ábra

A központi tagozat tervezett létszám- és ágyszám-változása (2002-2006)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

3.5. A nem telepíthető, helyszínen maradó erők egészségügyi biztosítása

A megismert elvek és szervezeti elemek, ellátási tagozatok szem előtt tartásával, elsősorban tartalékos, illetve önkéntes tartalékos állományra alapozottan oldható meg. Az adott katonai szervezet feltöltöttségi mutatóinak megfelelően célszerű békeidőszakban az egészségügyi szolgálatot is megalakítani, figyelembe véve azokat a befogadó alakulatokat is, melyek esetleg a békeidőszaki ellátási feladatban részt vállalnak.

Természetesen az így kialakított egészségügyi biztosítási elemek háborús időszakban ugyanazzal a struktúrával kell hogy szerepeljenek a csapattagozatban, mint ahogyan azt a ROLE-1 és ROLE-2 tagozatnál rögzítettem.

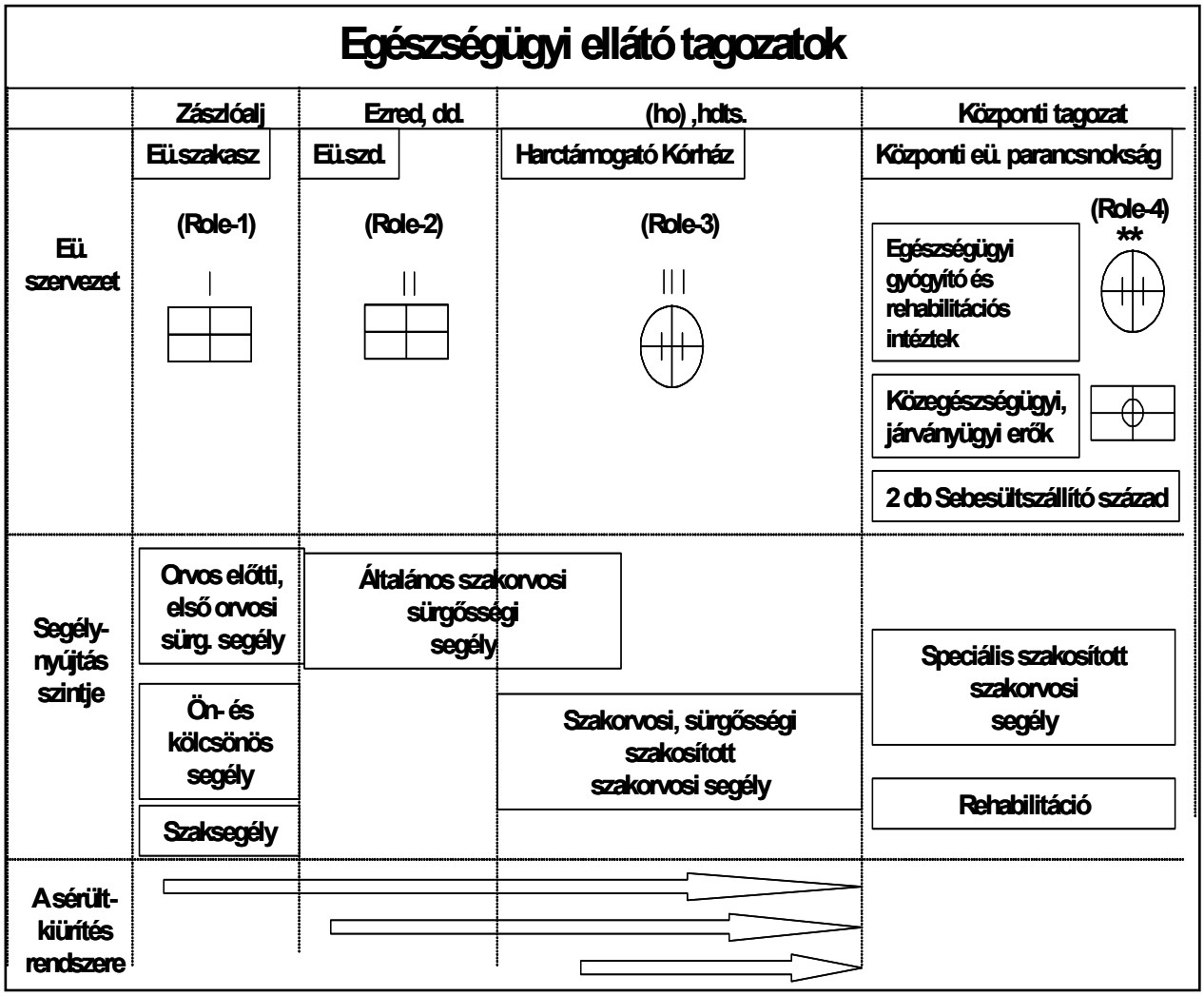
A központi tagozatnak elsősorban honi területen megvívott fegyveres harc esetén rendelkeznie kell legalább két sebesültszállító századdal, valamint mobil preventív medicinával foglalkozó egészségvédelmi és járványügyi osztaggal. Háborús időszakban, illetve az V. cikkely hatálya alá tartozó műveletekben a központi tagozat intézményeit az Egészségügyi Kiképző Központ bázisán kialakítandó egészségügyi parancsnokság vezeti.

A Magyar Honvédség minden kritériumnak megfelelő, a progresszivitást, a már többször említett alapelveket, valamint a tényleges ellátásra törekvő egészségügyi biztosítási rendszert a 22. számú ábra tartalmazza.

22. számú ábra

Az MH egészségügyi biztosítás rendszere
(Elvi vázlat)

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy



Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A bemutatott szervezeti elemek a szövetségi kötelezettségek teljesítéséhez, a különböző standardok, a többszörösen bemutatott elvárások alapján a jelenlegi feladatok és a haderő nagyságrendjéhez szükséges békeidőszaki egészségügyi létszám a következők szerint számvethető (23. számú ábra).

23. számú ábra

A felajánlott erők egészségügyi biztosításához szükséges egészségügyi erők nagyságrendje

Szerkesztette: Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy

Fsz.	Feladat	Szervezet, tagozat megnevezése		Létszám /fő	Megjegyzés
1.	Preventív medicina	MH EVI		373	Alkalmasságvizsgálat, közegészségügy, oktatás, kiképzés, kutatás
		MH EÜKK			
2.	Gyógyító-megelőző tevékenység	Csapat-tagozat	6 db ROLE-1	243	50 % tartalékkal együtt csak egészségügyi szakállomány
			2 db ROLE-2	252	
		Központi tagozat	1 db ROLE-3	1200	100 % tartalékkal együtt
			2 db Rehab. intézet	314	
			1 db Krónikus intézet	100	
			1 db Repülőkórház	300	
3.	Felajánlott légi kiürítő kapacitás	Csapat-tagozat	4 db MI-8 helikopter	16	
			2 db AN-24 repülő	8	
4.	Vezetés	Összekötő csoport		8	
Mindösszesen:				2814	

Forrás: Előterjesztés a HM Kollégium részére az MH egészségügyi rendszerének átalakításával kapcsolatos koncepcióról 2194/3/2002.

A NATO-követelmények és elvárások, valamint a gyógyító munka színvonala, minősége, szakmai hathatósága és gazdaságossági hatékonysága egyaránt azt követeli, hogy az így kialakított honvéd-egészségügyi ellátórendszer tartósan két feladatkört lásson el:

- Maradéktalanul biztosítsa a honvéd-egészségügyi feladatok elvégzését, mind Magyarországon, mind a NATO szerződés szerint a határokon kívül. Ehhez biztosítsa a katonaorvosok és honvédelmi feladatokat ellátó egyéb szakemberek kiválasztását, képzését, továbbképzését, továbbá szükséges felszerelését.

- A polgári egészségügy rendszeréhez illeszkedve, nyújtson fekvő- és járóbetegellátó, akut (sürgősségi) és programozott gyógyító szolgáltatásokat a civil lakosság számára. Szolgáltatásait területi ellátási kötelezettség vállalásával, ügyeleti (sürgősségi) jelleggel fővárosi, regionális és országos progresszív ellátási szinteken is jelenítse meg.

A két feladat szoros következménye, hogy az intézmények, szakmai és szervezeti vezetőinek, valamint az egyszemélyi felelős vezetőinek (parancsnok, főigazgató, top-menedzser) mind a honvédség vezetését, mind a lakosságot meg kell győzniük arról, hogy mindkét feladatot, békeidőben és rendkívüli állapotok esetén maradéktalanul ellátják.

A kialakítandó szervezet és intézményrendszer perspektívában képes lesz végrehajtani az önkéntes haderőre történő áttérés által megkövetelt feladatokat.

Ennek a feladatvállalásnak többirányú biztosítékai vannak:

-az új honvéd-egészségügyi szervezet a NATO-előirányzatnak megfelelően létszámtartalékkal rendelkezik. Ez békeidőben lehetővé teszi a zavartalan szakmai képzést, továbbképzést és a katasztrófa-egészségügyi készültség fenntartását;

- a Semmelweis Egyetem, a Pécsi Egészségügyi Centrum, valamint a Szegedi Egyetem struktúrájába illeszkedő tanszékeket működtetnek, oktatókórházként az egyetem rendelkezésére áll. Így garantálható a polgári tudományos élettel számtalan szálon történő kapcsolattartás, mely a fejlődés egyik biztosítéka;

- a szakmai vezetőket a polgári vezetői kritériumok alapján, a legszigorúbb tudományos minősítési elvárások szerint kell kiválasztani. Meg kell teremteni azt az előmeneteli és érdekeltségi rendszert, hogy a fiatal honvédorvosok szakmai-tudományos karrierje versenyképes legyen a polgári szakemberekével, illetve a civil szakmai karrier bizonyos magasabb szintjén is be lehessen lépni (természetesen megfelelő kiválasztási és kiképzési eljárás során) a katonaorvosi hierarchiába.

4. A mobil képességekkel rendelkező (ROLE-1-4) szervezetek béke- és háborús egészségügyi feladatrendszere

Az értekezés kapcsán végzett tudományos munkám egyik legjelentősebb tartalmi összegzésének azt az elgondolást tartom, mely bemutatja a háborús és békeszervezet feladatainak átfedéseit a NATO követelményrendszerével és a meghatározott időpontokkal összhangban.

A mobil képességekkel rendelkező ROLE-1-ROLE-4 (1-4 ellátási szintű) egészségügyi feladatrendszer alkalmazhatóságának terve

(Kimutatás és elgondolás az új egészségügyi szervezetek háborús egészségügyi biztosítás követelményrendszerébe történő beillesztéséről, elhelyezéséről és béke időszaki feladatairól, működtetéséről)

Fsz	Háborús felelősségi kör, ellátási szint	Alkalmazási tagozat	Háborús feladat	Békeidőszakban működő szervezet megnevezése	Békeidőszaki alkalmazás és a felkészítés folyamatossága érdekében elvégzendő feladatok	Szövetségi kötelezettség db. idő (egység)		Megjegyzés
1.	ROLE-1	osztály, zászlóalj (eü.szakasz)	elsősegély, azonnali életmentő beavatkozások, osztályozás; a betegség (nem harci sérülés), hadműveleti stressz megelőzésére hozott intézkedések végrehajtása; a sebesülés helyétől történő sebesültgyűjtés; szokványos (rutin) betegrendelés, illetve a kisebb betegséggel vagy sérüléssel jelentkező személyek kezelése a szolgálatba való azonnali visszatérés érdekében; betegkövetés, állapotértékelés és jelentés.	öfn.dd-ok, önálló zászlóaljak	Eszközök és azok karbantartásáért felelős személyek az alakulatoknál, szakállomány (orvos és eü.tts.) a központi tagozat intézeteiben. MH KHK, MH Repülő-orvosi Intézet, illetve POTE Sürgősségi és Traumatológiai Centrum.	6	2003.	2 db. működik kiürítő erők nélkül KFOR illetve SFOR erőknél
2.	ROLE-2	ezred, dd. (eü.század)	az első szint feladatai és felelőssége; kiürítés az első szintről és a (magasabb) egységen belüli kiürítés; osztályozás és újraélesztés; fenntartókezelés azok számára, akik további kiürítést igényelnek; a szolgálatba gyorsan (a fektetési politikán belül) visszatérő betegek teljes körű ellátása az első ellátási szint számára egészségügyi utánpótlás biztosítása, szükség szerinti kiegészítő támogatása és	ezred, dd.	Eszközök és az azok karbantartásáért felelős személyek, valamint a segélyhely parancsnoka, beosztott orvosai kiképzéséért és azok feltételeiért felelősek az alakulatnál. A szakállomány a központi intézetben évente 12 hónap ki-képzésre az alakulatnál 2 hétre az EÜKK-ban kötelezettek.	2	2003.	

			személyi megerősítése; betegkartonok vezetése és jelentések leadása a betegek kezeléséről, illetve kiürítéséről; a (magasabb) egységen belül jelentkező hadműveleti stressz teljes körű ellátása;					
3.	ROLE-2 + Bővített 2. ellátási szint	dd., hdt. (eü.z.)	A ROLE-2 feladatain túl: sürgősségi sebészet és a szükséges postoperatív kezelés, ami kiegészítő tábori sebészeti forrásokat igényelhet a megfelelő diagnosztikai és ápolói biztosítással és ágyakkal együtt; sürgősségi fogászat (ha az 1. szinten nem biztosított); a preventív egészségügyi rendszabályok végrehajtása és monitorozása.	hdt. és légierő parancsnokság	Csak "M" törzzsel. Békében nem él. Állomány kiképzése a tartalékos kiképzés keretében EÜKK felelősségével.	1	2002.	Csak V. cikkely szerinti műveletben, kizárólag "M" állománnyal.
4.	ROLE-3	Hdt., EVK (harctámogató kórház)	az 1. vagy a 2. szintről történő kiürítés a hadszíntéren belüli kiürítés érdekében; a kiürítés előtti és alatti osztályozás, újraélesztés és stabilizálás; sebészeti beavatkozások elvégzése mindazok esetében, akik e nélkül nem bírnák ki a továbbszállítást, vagy akiknél a továbbszállítás nehézséget okozna, illetve helytelen lenne (foglyok, menekültek és egyéb polgári személyek); diagnózis, kezelés és szükség esetén fektetés azon betegek esetében, akik teljes körű kezelésben részesülnek és a hadszíntéren megállapított időn belül a szolgálatba vissza tudnak térni; betegekkel kapcsolatos jelentések megtétele; egészségügyi utánpótlás biztosítása a 2. és 3. szintű egészségügyi egységek	MH KHK	Eszközök és azok karbantartásáért felelős személyek az alakulatoknál, szakállomány (orvos és eü.tts.) a MH KHK-ban.	1	2002.	

			részére; a 2. szint egészségügyi személyzetének pótlása és megerősítése;					
5.	Evakuáció, preventív medicina	Kp-i Eü.e. (közeü.z., seb.száll.z.)	meghatározni a hadműveleti területre telepítendők terepviszonyokból, éghajlatból, epidémiás és endémiás betegségek előfordulásából adódó egészségügyi kockázatát és fenyegetettségét, valamint a speciális környezeti és foglalkozási veszélyeket. meghatározni a szükséges megelőző és ellenőrzési intézkedéseket, tájékoztatni a parancsnokot azok végrehajtásáról, védőoltások és profilaxis vonatkozásában kidolgozni a hadszíntéri irányelveket, valamint kiképezni a teljes személyi állományt különös tekintettel az étel, víz és ízeltlábúak által terjesztett megbete-gedésekre. időjárástól, terepviszonyoktól és hadműveleti forgatókönyvektől függetlenül, a nap 24 órájában el kell juttatnia a sebesülteket az egészségügyi ellátás helyére; a szállítás alatt fenn kell tartania a sebesültek klinikai állapotát; szabályoznia kell a betegáramlást és betegtípust, képesnek kell lennie a kiürítés alatti gyakori és pontos betegkövetésre		Békében nem élő szervezet, mozgósítás útján kerül felállításra. Megalakítja a MH EVI és a MH EÜKK keretállományból, valamint tartalékos állományból	1	2002.	
6.	ROLE-4	HVK	A 4. szintű egészségügyi források biztosítják a definitív ellátást azon betegek részére, akiknek kezelési ideje hosszabb, mint a hadszíntér kiürítési politikája, vagy a 3. tagozat képességei elégtelenek voltak a szükséges kezelés elvégzéséhez. Ez a tagozat átfogja a sebészeti és egyéb orvosi eljárásokat, a helyreállítást, a rehabilitációt és a lábadozást.	MH HMRI (stac.) MH BKRI (stac.) MH KHK (stac.) MH RI (pk)	Az alaprendeltetésből adódó feladatok ellátása és ennek során felkészül a minősített időszak feladatainak végrehajtására	1 1 1	1999.	Doktrína és eljárás

7.	Preventív medicina, felkészítés Preventív medicina, felkészítés (folytatás)	zászlóaljtól HVK-ig (EJO)	meghatározni a telepítendő állomány egészségi minimumkövetelményeit; felkészültségét és a fittségét annak érdekében, hogy az arra fogékonyak elkerüljék a szükségtelen egészségügyi kockázatokat; meghatározni a speciális hadműveleti területre telepítendők terepviszonyokból, éghajlatból, epidémiás és endémiás betegségek előfordulásából adódó egészségügyi kockázatát, illetve fenyegetettségét, valamint a speciális környezeti és foglalkozási veszélyeket; meghatározni a szükséges megelőző és ellenőrzési intézkedéseket, tájékoztatni a parancsnokot azok végrehajtásáról, védőoltások és profilaxis vonatkozásában kidolgozni a hadszíntéri irányelveket, valamint kiképezni a teljes személyi állományt különös tekintettel az étel, víz és ízeltlábúak által terjesztett megbetegedésekre; gyűjteni a járványügyi és egyéb technikai adatokat, statisztikákat; tanáccsal ellátni a parancsnokot az egészségügyi kockázatok és a fenyegetettség teljes köréről, továbbá a hadműveleti terv esetleges korlátozásáról; jóváhagyni a víz és élelmiszer minőségét, illetve a témában tanácsadói tevékenységet végezni; a katonai szervezetek központi eü. anyagokkal és eszközökkel történő ellátásának biztosítása; folyamatos anyagnyilvántartás; az eü. szaktechnikai eszközök javítása és a felhasználókhoz való kiadása az egészségügyi alapkiképzések tervezése és végrehajtása, részvétel szakmai továbbképzések levezetésében;	EVI, Repülőorvosi Intézet, EÜKK	Az alaprendeltetésből adódó feladatok ellátása és ennek során felkészülnek a minősített időszak feladatainak végrehajtására, valamint a beérkező egészségügyi anyagok és szaktechnikák fogadására	1 1 1	2002	Doktrína és eljárás

8.	Vezetés	HVK (Eü.Pság.)	képesnek kell lennie a tervezésre, a végrehajtásra és irányításra, támogatva és tanúsítva az egészségügyi biztosítási feladatok teljes körét. Képesnek kell lennie a gyógykezelés, a kiürítés és az in-formáció-továbbítás rendszerének zökkenőmentes irányítására a sérülés vagy betegség kezdetétől a kiürítésen keresztül a végleges ellátásig ill. elhelyezésig. Képesnek kell lennie a parancsnok felé a pontos és gyors hadműveleti egészségügyi tanácsadásra, valamint az elöljáró parancsnokságok egészségügyi törzsei részére lényeges egészségügyi informá-ciók szolgáltatására. Követelmény továbbá a pontos, időbeni egészségügyi felderítés megléte a forrás eredetére való tekintet nélkül.	Egészségügyi Csoportfőnökség	Az egészségügyi biztosítás és gazdálkodás felsőszintű tervezése, szervezése, irányítása; a minősített időszak szakmai elveinek kidolgozása; a személyi állomány egészségi, fizikai, pszichikai alkalmassága elbírálásának tervezése, szervezése, irányítása és ellenőrzése; a tudományos tevékenység irányítása.			Doktrína és eljárás

ÖSSZEGZETT KÖVETKEZTETÉSEK

Az elmúlt 12 év során végzett mindennapi munkám, majd az értekezés kidolgozásának időszakában már célirányosan végzett munkám során nyilvánvalóvá vált, hogy a XXI. századi egészségügyi biztosítás feladatai nem oldhatók meg XX. századi elvekkel és módszerekkel. Több éves munkánk eredményeként rendelkezünk egy, a NATO-egészségügyi biztosítás alapelveivel kompatibilis, többszörösen kontrollált, elvileg elfogadott egészségügyi doktrínával és arra épített egészségügyi biztosítási koncepcióval.

Kidolgoztunk egy, a korábbiakhoz viszonyítva lényegesen kisebb, de lényegesen magasabb kapacitású és kvalifikáltabb segélynyújtásra képes egészségügyi biztosítási rendszert. Teljes kiépítése a haderő-átalakítás és a védelmi felülvizsgálat részét képezi.

A szervezeti struktúrával szemben támasztott hármas követelmény a rendelkezésre állás (alkalmazási készenlét), a fenntarthatóság (a NATO egészségügyi alapelveinek megfelelő kapacitás elérése és megőrzése), a több nemzetű alkalmazhatóság. A rendszer kiépítésének első szakaszát a telepíthető (vagyis alkalmazásra kijelölt csapatok) teljes körű egészségügyi biztosításához az 1., 2., 3. tagozat, valamint az ezek működését biztosító központi tagozat kiépítése képezi,.

Az egészségügyi biztosítási rendszerünk továbbfejlesztése új dimenziójú megközelítést igényel. Ezek közé a tudományos tevékenységem alapján az alábbiak sorolhatóak:

1. Az egészségügyi biztosítási rendszerünk hatékonyságának és hatásosságának folyamatos ellenőrzése. Megvalósításának előfeltételét az egyes ellátó tagozatok részére megszabott feladatok új dimenziójú standardjainak kidolgozása képezi, amely az adott segélynyújtási formák teendőinek meghatározásán túl tartalmazza az osztályozás és a kiürítés követelményeit, a hozzá szükséges szakmai felkészültségi, valamint egészségügyi technikai követelményeket is.

Ezen a feladatrendszeren belül különösen fontosnak látszik:

- a sürgősségi ellátás standardjainak kidolgozása az elsősegélytől kezdve az 1-es 2-es tagozatokkal bezárólag;
- a reanimációs és a postoperatív ellátás protokolljainak és standardjainak meghatározása valamennyi ellátó tagozatban;
- a belgyógyászati sürgősségi ellátás kimunkálása különös tekintettel a mérgező vegyi harcanyagokra, a különösen veszélyes fertőző megbetegedésekre és az életveszélyes somatikus állapotokra;
- a gyújtó fegyverek okozta égési sérülések sürgősségi ellátásának standardjai az 1., 2., 3. ellátó tagozatokban.

2. Az egészségügyi vezetés-irányítás minősége az egészségügyi biztosítás hatékonyságát meghatározó tényező. Az időben végrehajtott és adekvát egészségügyi manőver végrehajtásának előfeltételét a valós, a kellő idejű információgyűjtés, adatfeldolgozás és adatátvitel képezi.

A cél megvalósításának előfeltétele olyan egészségügyi dokumentációs rendszer létrehozása, melynek adatai gyorsan átvihetők számítástechnikailag, feldolgozhatóak, egyben alkalmasak tudományos igényű feldolgozásra is.

Az egészségügyi dokumentációs rendszer alkotja az egészségügyi információs hálózat kialakításának előfeltételét. Célunk olyan egészségügyi információs hálózat létrehozása, amely csatlakoztatható a harcászati és (vagy) a hadászati többnemzetiségű légi egészségügyi evakuációs rendszerhez is.

3. A többnemzetiségű légi egészségügyi evakuációs rendszerhez csatlakozásunk feltételezi a sérültek és betegek légi szállítása szakmai protokolljainak, valamint standardjainak kidolgozását, a szállítás közbeni egészségügyi ellátás követelményeinek meghatározását, a személyzet egészségügyi kiképzési programjának összeállítását.

4. Az egészségügyi biztosítás követelményei kiterjednek a tömegpusztító fegyverek elleni egészségügyi védelemre, segélynyújtásra és gyógykezelésre. Feladataink közé sorolható az atom, biológiai, vegyi-, és radiológiai fegyverek (ABV), a gyújtófegyverek okozta sérüléstípusokról szerzett újabb ismeretek rendszerbe foglalása, a felkészülés egészségügyi követelményeinek áttekintése; az ellátási protokollok és standardok szükséges értékű kiegészítése.

5. Az 1., 2. és 3. tagozatok készenlétének, valamint alkalmazhatóságának alapját a központi tagozat szolgáltatja. Ezen részben új feladatrendszer megvalósításának egyik alapvető feltétele az önálló alkalmazás szintjét biztosító elméleti és gyakorlati képzés. A hivatásos egészségügyi állományunk képzési és továbbképzési rendszere megújítást igényel. A megváltozott képzési célok és követelmények alapján szolgálatunk folyamatos feladatát képezi a hivatásos egészségügyi állomány differenciált tartalmú képzési rendszerének, képzési programjainak és tantervének megújítása.

6. A korszerű katona-egészségügyi szolgálat hatékony működtetéséhez elengedhetetlenül fontos egy olyan korszerű centralizált infrastruktúra, mely az alapvető és meghatározó feladatokat (prevenció, kiürítés, gyógyítás, kutatás és fejlesztés) mind elméleti, mind gyakorlati szinten befogadja.

7. Tekintettel arra, hogy a világban jelenleg folyó és előforduló agresszív, valamint terrorista cselekmények; események; a különböző, egyre gyakoribb humán- és természeti katasztrófák, a nagyfokú mobilitással és tűrőképességgel rendelkező katona- és katasztrófa egészségügy szerepét jelentősen felértékelték. Így az ezzel a kérdéssel foglalkozó tudományos műhelyek – ZMNE Védelemegészségügyi Tanszék, SZTE Repülőorvosi Tanszék, SOTE Honvéd- és Katasztrófaorvostani Tanszék, PTE Sürgősségi Ellátó és Katona- Katasztrófaegészségügyi Intézet – szorosabb együttműködést követelnek az egységes szemlélet, valamint az ismeretek szélesebb körben való oktatása és a képzés hatékonysága érdekében.

TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

Kérem tudományos eredménynek elfogadni:

1. Megfogalmaztam a Magyar Honvédség jelen helyzetében hatékonyan működő béke- és háborús egészségügyi ellátórendszer modelljét.

Ebben általános alapelvként meghatároztam:

- Olyan egészségügyi szolgálat kell, mely a megelőzéstől kezdve a végleges rehabilitációig minőségében megfelelő, békében és háborúban azonos, vagy közel azonos szintű ellátást képes biztosítani;

- A honvéd egészségügyi szolgálat betegellátási szervezetei illeszkedjenek a hazai egészségügyi rendszerhez. Békeidőben a polgári betegellátás biztosítja a katona-egészségügyi szakszemélyzet felkészítését rendkívüli helyzetre;

- Meg kell felelni a NATO-követelményeknek (AJP 4.10; MC 326/1 ACE 85-8) is.

Részleteiben megállapítottam, hogy az ellátási rendszer kialakításához milyen tényezőket kell figyelembe venni:

- A gyógyító erőforrások számát és típusát a várható egészségügyi veszteség fogja meghatározni, továbbá a kiürítéshez szükséges idő, a sérülés, megbetegedés helyétől az ellátás helyszínéig;

- Az ellátás színvonal közelítse meg a békeidőszak ellátásának színvonalát;

- Növekszik a prevenció és a rehabilitáció jelentősége;

- A honvéd egészségügy teljesítményét a közvélemény kiemelt figyelemmel kíséri.

2. Történelmi visszatekintés és elemzés segítségével – első alkalommal – vizsgáltam a magyar katona-egészségügy helyének, szerepének változásait 1945 és 1990 között. Az 1974-től 1990-ig terjedő időszak történelmi időszak visszatekintését és elemzését először én végeztem el.

3. Megállapítottam, hogy a katonaorvos-tudomány, mint önálló disciplina fejlődésének mérföldköveit a háborúk tapasztalatai jelentik.

4. Különös gonddal és kritikusan értékeltem az egészségügyi szolgálat elmúlt 10éves működése eredményeit és kudarcait, melyek vezetésem alatt történtek.

5. Megítélésem szerint a szolgálat 1991-től napjainkig a regresszió, a túlélés, a határtalan és elképzelhetetlen változások és a megújulás időszakát éli. Ezek részleteit értekezésem második fejezetében fejtettem ki.

Ezt bizonyítandó az, hogy 1991-től napjainkig a világban nem volt olyan konfliktus, amelyben a magyar katona-egészségügyi szolgálat részvétele ne került volna szóba.

6. Értekezésem célkitűzéseire és következtetéseire épülve készült el az Egészségügyi Doktrína 2000.

7. Kijelentem, hogy az átmeneti kudarcok ellenére a jelenlegi és a progresszivitásra épülő egészségügyi biztosítási rendszert mind fogalmában, mid belső tartalmában hatékonyabb mobilis sérült-barát rendszernek lehet tekinteni, mint az előző több szakaszos ellátási elvet.

8. Megfogalmaztam és részletesen indokoltam azokat a kedvező és kedvezőtlen körülményeket , amelyek a szolgálat jelenlegi helyzetét jellemzik.

9. Külön vizsgáltam a szolgálat anyagi-technikai ellátottságának helyzetét. Megállapítottam, hogy a meghatározott feladatok és a rendelkezésre álló források között ellentmondás feszül.

10. Vizsgáltam a szolgálat személyi állományának képzettségét és megállapítottam, hogy az mind a speciális, mind a katona-egészségügyi ismeretekre vonatkozóan igen jó.

11. Megfogalmaztam a Honvéd Egészségügyi Centrum létrehozatala szükségességét, melynek működésében a polgári egészségüggyel való együttműködés fontossága éppúgy szerepel, mint a komplexitások (prevenció, kiürítés, gyógyítás, kutatás) megléte.

12. Megállapítottam, hogy a jelenleg elfogadott béke-, és háborús egészségügyi rendszerben lehetséges egy hatékony, flexibilis, gazdaságos, képességorientált egészségügyi szolgálat működtetése.

AJÁNLÁSOK

1. **Véglegesíteni javaslom** az összhaderőnemi egészségügyi biztosítási rendszer komplex alkalmazását magába foglaló **Egészségügyi Doktrínát**, valamint az ennek alapján készült alkalmazási szabályozókat.

2. Javaslom a Magyar Honvédség hadrendjébe **rendszeresíteni az ellátási szintek feladataihoz igazodó mobilis intézeteket a jelen struktúrák és az alkalmazás követelményeinek megfelelően.** Az ehhez szükséges részben már megkezdett fejlesztések jegyzéke a mellékletben szerepel.

3. **Az egészségügyi biztosítási rendszer épüljön be elsősorban az egészségügyi személyzet kiképzésébe**, de jelenjen meg a tisztek és tiszthelyettesek graduális és postgraduális képzésében is.

4. A Központi Honvédkórház rekonstrukciójának befejezésével **jöjjön létre a Honvéd Egészségügyi Centrum,** mint a katona-egészségügy szellemi és gyakorlati központja.

Alapvető célom volt, hogy a képesség orientáltságra törekvő Magyar Haderő egészségügyi szolgálatát megtámadhatatlanul körül bástyázott elméleti pillérekkel támasszam alá, és ahol arra lehetőségem adódott azt gyakorlati bizonyítékokkal is sáncoljam körül.

Ezt a munkámat Mehler bölcs szavai szerint kíséreltem meg elvégezni, amelyben sokan segítettek és akiknek ezúton is köszönetet mondok.

„A melletted elfolyó vízből csak az a tied, amit kimerítesz,
a lefolyt évekből csak az, amit felhasználtál”

(Mehler)

MELLÉKLET

Egészségügy befejezett és befejezés előtt álló fejlesztései

Gépészeti szakterület:

1. Fürdető gépkocsi „SAJTÁR”
Csapatpróbára átadásra került 2000. II. negyedévben. Sorozatgyártása megkezdődhet 2003. III. negyedévtől.

2. Fertőtlenítő gépkocsi „VÁLLFA”
Csapatpróbára átadásra került 2001. II. negyedévben. Sorozatgyártása megkezdődhet 2003. III. negyedévtől.

3. Egészségvédelmi laboratórium konténer „GINZENG”
2002-ben „A” labor (közegészségügyi) konténer minta indul, műszertámogatással (HM TH fizeti). Várható átadás csapatpróbára 2003. I. negyedév.
2003-ban „B” labor (radiometria) konténer mintával tervezzük folytatni. 2004-ben várhatóan csapatpróbára bocsátható.

4. Laboratórium konténer „INAS”
Csapatpróbára átadásra került2002. I. negyedévben. Sorozatgyártása megkezdődhet 2003. III. negyedévtől.
2002-ben „B” labor (általános kémiai közegészségügyi) konténer minta indul. Várható átadás csapatpróbára 2003. III. negyedévben.

5. Gyógyszertári konténer
2001-ben „A” (gyógyszertár) konténer minta indult. Csapatpróbára átadásra került 2002. I. negyedévben. Sorozatgyártása megkezdődhet 2003. III. negyedévtől.
2002-ben „B” (galénusi) konténer minta indul, műszertámogatással (HM TH fizeti). Várható átadás csapatpróbára 2003. I. negyedév.

6. Fogászati konténer „KOMBINÁT”
2003-ban az „A” típusú, Fogászati Konténer Kezelő minta indítása át tervezzük. Várható átadása csapatpróbára 2003. IV. negyedév. Továbbá a „B” fogászati röntgen konténer minta indítását is tervezzük, műszertámogatással (HM Tervező Hivatal fizeti), a fogászati röntgenegység biztosítása (szükség esetén) az Eü.szolgálat feladata. Várható átadás csapatpróbára 2004. I. negyedév.

7. Nagytisztaságú vízelőállító és sterilező konténer (DSB korszerűsítés) „ÁRTÉR” .
Csapatpróbára átadásra került 2002. I. negyedévben. Visszajavítása szükséges! Sorozatgyártása megkezdődhet 2004. I. negyedévtől.

8. Kötöző konténer (426-04 típusú korszerűsítése) „PRÉSHÁZ”
Csapatpróbára átadásra került 2001. I. negyedévben. Sorozatgyártása megkezdődhet 2003. I. negyedévtől.

Orvos egészségügyi szakterület:

1. Első egészségügyi ellátó készletek hordtáskái „DOKK”
Hátralévő feladat a rendszeresítés

2. Egyéni sebkötöző csomag „JUHAR”
Hátralévő feladat a rendszeresítés

3. Személyi radiotoxikológiai egységkészlet „ÜDVÖSKE”
Hátralévő feladat az expert’s reportok befejezése, az OGYI engedélyeztetési eljárás.

4. Repülési adatfeldolgozó rendszer „TAVASZ”
Hátralévő feladat a rendszeresítés.

HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

1. Prof. Dr. Vámos László orvos vezérőrnagy: Katonai egészségügyi szervezési-harcászati szakismeretek. - Tansegédlet

2. Dr. János György orvos vezérőrnagy: A katonaorvosok szerepe a magyar orvostudomány fejlődésében a felszabadulás után.- Honvédorvos XXVIII. évf., 1976. (91-106)

3. Dr. Farádi László - Diagnózis az életemről - Gondolat, Budapest, 1983.
4. Dr. Szepesi András: Vezetői összefoglaló.
Keleti György miniszter úr számára– 1997.

5. MC 326/1 NATO Egészségügyi biztosítás irányelvei és politikája
6. AJP 4.10. (STANAG 2228) Szövetséges összhaderőnemi egészségbiztosítás doktrínája

7. 85-8 ACE Egészségügyi biztosítási elvek, módszerek és tervezési paraméterek (NATO-Európai Szövetséges Főparancsnokság)

8. AJP-01 (AJP-1/A) Szövetséges Összhaderőnemi Doktrína

9. Dr. Vámos László orvos vezérőrnagy: A XX. század második felében vívott háborúk egyes katonaorvostani tanulságai a hadiirodalom alapján Honvédorvos 1995 (47) 4. szám

10. Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy: Válságkezelés egészségügyi biztosítása Magyar Orvos-csoport az Öböl-háborúban I. rész
Katonai Logisztika 2. évfolyam 1994. 4. szám 139-167. oldal II. rész
Magyar Orvos-csoport az Öböl-háborúban
Katonai Logisztika 3. évfolyam 1995. 1. szám 115-136. oldal

11. Eü/20 Szakutasítás Az egészségügyi biztosítás szervezésének alapján Honvédelmi Minisztérium 1971. 5-41. oldal

12. Ivaskin V.T.:Opit Organizacii medicinszkoj pomoscsi bolmin 40. armii v. Afganisztane Vojenno-Medicinszkii Zsurnal 1992. 11.

13. Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy, Dr. Szolnoki László orvos ezredes: Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátó rendszerében a NATO-elvek tükrében Honvédorvos 1998. (50.) 1. szám

14. Kollégiumi előterjesztés

PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

1. **Svéd L**.: Harckocsi kezelők alkalmassági vizsgálatának tapasztalatai.
Hadtápbiztosítás, 1977, 10 (3): 123-28.

2. **Svéd L**.: Szűrőcsoporttal végrehajtott szűrővizsgálat tapasztalatai a hivatásos állomány körében.
Hadtápbiztosítás, 1978, 11 (2): 69-76.

3. Schlosser I., **Svéd L**.: Koponya agysérültek ellátása vidéki mentőorvosi gyakorlatunkban.
Magyar Mentésügy, 1982, 2 (1): 27-32.

4. **Svéd L**.: Harckocsik víz alatti átkelésének egészségügyi biztosítása téli időjárási körülmények között.
Hadtápbiztosítás, 1982, 15 (1): 37-46.

5. Scharrer J., **Svéd L**.: Az MH személyi állomány egészségügyi állapota, az egészségnevelés aktuális kérdései, a fizikai felkészítés helyzete.
Új Honvédségi Szemle, 1993, 47 (12): 77-87.

6. Hideg J., **Svéd L**.: Az I. Amerikai Magyar Katonaorvosi Konferencia tapasztalatai.
Új Honvédségi Szemle, 1994, 48 (3): 92-95.

7. **Svéd L**.: Az egészségügyi szolgálat.
Logisztika, 1993.

8. **L. Svéd**: Interoperability of the Health Services of the Coalition Forces.
The Hungarian Military Hospitals experience in the Persian Gulf War.
Milit. Med., 1994, 159: 95-8.

9. **Svéd L**.: A Magyar Orvoscsoport az öböl-háborúban.
Új Honvédségi Szemle, 1994, 48 (6): 1-13.

10. **Svéd L**., Hideg J.: Az I. Amerikai-Magyar Katonaorvosi Konferencia szervezési és tudományos tapasztalatai.
Honvédorvos, 1993, 45 (4): 249-254.

11. **Svéd L**.: Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvoscsoport az öbölháborúban. I. rész.
Katonai Logisztika, 1994, 2 (4): 139-167.

12. **Svéd L**.: Válságkezelés: Magyar orvoscsoport az öbölháborúban. II. rész.
Katonai Logisztika, 1995, 3 (1): 115-136.

13. **Svéd L**.: Az egészségügyi szolgálat korszerűsítése.
Katonai Logisztika, 1995, 3 (3): 171-181.

14. **Svéd L**.: A magyar egészségügyi szolgálat feladatai hadi és katasztrófa

helyzetekben.
Új Honvédségi Szemle, 1996. évi különszám,
1996, 50: 35-40.

15. **Svéd L**., Lukács Gy: PFP és a magyar katonaegészségügy együttműködési tapasztalatai.
Új Honvédségi Szemle, 1996. évi különszám,
1996, 50: 50-55.

16. **Svéd L**., Szolnoki L.: Változások a Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszerében a NATO elvek tükrében.
Honvédorvos, 1998, 50 (1): 5-35.

17. **Svéd L**.: Az MH egészségügyi Doktrína rendeltetése, céljai, alapelvei.
Honvédorvos, 1998, 50 (4): 227-233.

18. **Svéd L**., Szolnoki L.: A Magyar Honvédség egészségügyi ellátórendszere a NATO követelmények tükrében.
Tanulmánygyűjtemény 1999, (Válogatás a HM 1998.évi kutatási eredményeit összegző tanulmányokból. HM Oktatási és Tudományszervező Főosztály kiadványa), 103-120 p.

19. Baló-Banga J.M., Parapatics Cs., Marczell I., Katona Á., Scharrer K., Bartók P., Kardos Gy., **Svéd L.:** Sorkatonák bőrgyógyászati-allergológiai szűrővizsgálata 1998-1999.
Magyar Bőrgyógyász, Szeged, 1999.10.08.

20. J.M. Baló-Banga, **L. Svéd**, I. Marczell, Cs. Parapatics, Á. Katona, K. Scharrer, G. Kardos: Erfahrung über Haut- und Allergiestatus der Rekruten in Ungarn 1998.
Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie

21. **Svéd L**.: Az MH egészségügyi szolgálatának helye, szerepe, feladatai betegségmegelőzésben és az egészség megőrzésben.
Honvédorvos Supplementum 1999/1, 13-16.

22. A. Korényi, **L. Svéd**, G. Korényi, D. Juncer, Á. Székely: The role of the sand in chemical warfare agent exposure among Persian Gulf war veterans: al eskan disease and „dirty dust".
Military Medicine, 2000, 165: 221-236.

23. **Svéd L**., Kopcsó I.: Magyar Honvédség egészségügyi szolgálata háborús és humanitárius műveletekben.
Tanulmánygyűjtemény 1999, (Válogatás a HM 1998.évi kutatási eredményeit összegző tanulmányokból. HM Oktatási és Tudományszervező Főosztály kiadványa), 91-105 p.

24. **Svéd L**.:A magyar katonaegészségügy a jelenkor válságaiban.
Tanulmány ZMNE Hadtörténeti Tanszék – 2000. Május.

25. Katonai Egészségügyi Szervezési Harcászati Szakismeretek.

Tansegédlet, 2000. – előkészítés alatt

26. Baló-Banga J.M., Parapatics Cs., Marczell I., Bartók P., Kardos Gy., **Svéd L**.: Angyalbőr-gyógyászat (sorkatona-szűrések 1998-2000).
Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle 2001, 77 (2) 71-78.

27. **Svéd L**.: Biológiai hadviselés (bevezető)
Orvostovábbképző Szemle, 2002, 54 (10) 16-18.

28. **Svéd L.,** Szolnoki L.: Korszerű egészségügyi biztosítási rendszer kialakítása
Tanulmánygyűjtemény 1997, (Válogatás a HM 1996. évi kutatási eredményeit összegző tanulmányokból. HM Oktatási és Tudományszervező Főosztály kiadványa), 283 p.