

Dr. Kopcsó István orvos ezredes

**A katona-egészségügyi szolgálat XXI. századi kihívásai,  
különös tekintettel a NATO egészségügyi transzformációs  
folyamatának támogatására**

PhD ÉRTEKEZÉS

Témavezető:  
Dr. Svéd László nyugállományú orvos altábornagy  
egyetemi docens

Budapest, 2009.

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>BEVEZETÉS.....</b>	<b>4</b>
<b>I. Fejezet: Történelmi áttekintés - az egészségügyi támogatás evolúciója a hidegháborút követően .....</b>	<b>9</b>
I.1. A nemzetközi környezet változása .....	9
I.1.1. Áttekintés.....	9
I.1.2 A NATO átalakulása .....	10
I.2. Új típusú kihívások, az egészségügyi szolgálatok feladatrendszerének és irányelveinek változása .....	14
I.2.1. Az egészségügyi támogatás a hidegháború idején: .....	14
I.2.2. A változás mozgatórugói.....	15
I.2.3. Az egészségügyi transzformáció .....	16
I.2.4. A NATO előtt álló új irányok és feladatok .....	18
I.2.5 A követelmények hatása a NATO katona-egészségügyi képességeire .....	20
I.2.6 A válságreakáló műveletek jellemzői.....	27
I.2.8. Katona-egészségügyi segítségnyújtás humanitárius és katasztrófa kárenyhítési műveletekben .....	30
I.2.9. Konvenciók, elvek és jogi vonatkozások: .....	30
I.2.10. Az egészségügyi támogatás koncepciója humanitárius segítségnyújtó műveletekben:.....	33
I.3. A katona-egészségügy hazai helyzetének összefoglalása a rendszerváltást követő időszakra vonatkozóan.....	40
Következtetések.....	42
<b>II. fejezet: A NATO egészségügyi rendszerének felépítése .....</b>	<b>43</b>
II.1. A parancsnoki struktúra egészségügyi szervezetei .....	43
II.1.1. A Katonai Bizottság feladatai: .....	44
II.1.2. Egészségügyi szervezetek:.....	47
II.2. A COMEDS története és felépítése .....	50
II.2.1. A COMEDS munkacsoportjai és szakértői panelei .....	54
II.3. A NATO katona-egészségügyi jövőképe és célkitűzései .....	59
Következtetések.....	63
<b>III. fejezet: A Szövetség transzformációjának motorjai - a Kiválósági Központok.....</b>	<b>64</b>
III.1. A Kiválósági Központok koncepciója .....	64
III.1.1. Kiválósági Központok iránti igény .....	64
III.1.2. A Kiválósági Központ, mint szervezeti forma .....	65
III.1.3. Alapelvek.....	67
III.1.4. Általános előírások .....	69
III.2. A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ megalakítása a gyakorlatban.....	72
III.2.1. A felajánlás kidolgozásának általános gyakorlata .....	72
III.2.2. A magyar központ elgondolásának megszületése .....	74
III.2.3. A megalakulás kezdeti lépései:.....	77
III.2.4. A Működési Koncepció .....	78
III.3. A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ szakmai területei és felépítése .....	82
III.3.1. Egészségügyi képzés, kiképzés és tanúsítás .....	82
III.3.3. Az interoperabilitási képesség növelése .....	87
III.3.4. Az egészségügyi haderővédelem néhány aspektusa.....	89
III.3.5 A Központ szervezeti felépítése .....	90

III.4. Együttműködési Megállapodási konferenciák.....	91
III.4.1. Felkészülés.....	92
III.4.2. A konferencia mint reklámkampány .....	94
III.4.3. Az első MOU konferencia .....	94
III.4.4. Az MOU-k áttekintése.....	95
III.4.5. A második MOU konferencia.....	96
III.4.6. Az MOU-k aláírása, a Központ akkreditálása és aktiválása.....	96
Következtetések.....	98
<b>IV. Fejezet: A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ jövőképe és munkaterve.....</b>	<b>100</b>
IV.1. Jövőkép.....	100
IV.2. Küldetés.....	100
IV.3. Stratégiai célkitűzések.....	101
IV.3.1. Általánosságban.....	101
IV.3.2. Az együttműködés területén.....	101
IV.3.3. A kiképzés területén .....	102
IV.3.4. Az egészségügyi tapasztalatok hasznosítása terén .....	103
IV.3.5. Az interoperabilitás vonatkozásában.....	103
IV.3.6. Az egészségügyi haderővédelem terén.....	103
IV.4.1. A képzés, kiképzés és értékelés (tanúsítás, validálás) területén.....	104
IV.4.2. Az egészségügyi tapasztalatok hasznosítása vonatkozásában.....	104
IV.4.3. Az interoperabilitás vonatkozásában.....	104
IV.4.4. Az egészségügyi haderővédelem terén.....	105
Következtetések.....	106
<b>V. Fejezet: Új tudományos eredmények.....</b>	<b>107</b>
Javaslatok:.....	108
<b>Felhasznált irodalom és egyéb források .....</b>	<b>109</b>
<b>Publikációs jegyzék.....</b>	<b>112</b>
<b>Melléletek</b>	

## BEVEZETÉS

„Egyetlen ember akinek hite van  
kilencvenkilencel felér azok közül  
akiknek csak érdekei”  
(ismeretlen amerikai tábornok)

A hidegháborús fenyegetettség megszűnésével új veszélyformák kerültek felszínre. A globális méretű katonai konfrontáció veszélye elhalványult, viszont ezzel egyidejűleg új, aszimmetrikus jellegű veszélyhelyzetek és források alakultak ki, úgymint a térségünkben is jelentkező nemzetiségi, etnikai és vallási feszültségek, a gazdasági válság, a klímaváltozás és egyik lehetséges következményeként a tömeges migráció, a szervezett nemzetközi bűnözés és terrorizmus, valamint a tömegpusztító-és csúcstechnológiájú fegyverek kereskedelme és ellenőrizhetetlen terjedésének lehetősége.

Mindezek következtében előtérbe kerültek a nem háborús jellegű kihívások. A totális háborúk megvívása helyett a politika a válságmegelőzést és válságkezelést, a különböző, ún. nem 5. cikk szerinti, vagy válságreakáló műveletekben való részvételt várja el a katonáitól.

A fenyegetettség megváltozott jellege, a haderő ennek megfelelő átalakítása, az egészségügygel szembeni fokozódó társadalmi elvárások és érdeklődés, valamint az egészségügyi támogatási elvek és technikák jelentős fejlődése következtében az egészségügyi támogatás óriási változásokon ment keresztül, és napjainkra a műveletek egyik legfontosabb biztonsági tényezőjévé vált. Elérkezett az a pillanat, amikor az egészségügynek túl kell lépnie az eddigi szigorúan vett támogató szerepkörén és egy átfogó megközelítésből kiindulva, közvetlen eredmények elérésén keresztül is hozzá kell járulnia az adott művelet sikeres végkimeneteléhez.

Akkor, amikor a jövőben a katonaság feladatköre várhatóan nem csak katasztrófa elhárításra fog korlátozódni, hanem egyre nagyobb szerepe lesz egyes konfliktusos régiók stabilizálásában is, akkor az egészségügy jelentősen hozzá tud járulni a művelet célkitűzéseinek eléréséhez a biztonsági szektor rekonstrukciójához történő hozzájárulás, a humanitárius jellegű segítségnyújtás és/vagy a helyi polgári egészségügyi ellátás helyreállítása vagy fejlesztése révén. Ezek az elemek is tükrözik és indokolják a közeljövő egyik legnagyobb változtatása

iránti igényt a NATO egészségügyi politikáját és irányelveit illetően: külön doktrínát kell szentelni a civil-katonai együttműködés egészségügyi vonatkozásainak.

NATO csatlakozásunkkal egy új, minőségi, ezzel együtt nagy erőfeszítéseket igénylő fejezet kezdődött a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának életében is. Elég ha utalok a csatlakozásunkat kevesebb mint egy hónappal követő -és ilyenén a Magyar Honvédség első NATO műveletének tekintendő albániai humanitárius (AFOR, Albanian Forces) misszióra, melynek során villámgyorsan alkalmazkodnunk kellett a NATO egészségügyi műveleti elveihez és gyakorlatához. *Ez volt a hőskor, mikor is menet közben és általában saját hibáinkból tanultunk, mindenféle előzetes felkészítés és egyeztetés nélkül.* A közel féléves misszió végére kezdtük megérteni hogy mi is az a **Standardization Agreement** vagy a **Force Protection**, de a NATO egészségügyi irányelveiről és doktrínáról csak a NATO koszovói műveletének (KFOR) Egészségügyi törzsében hallottam és alkalmaztam először. Ekkor merült fel a gondolat, hogy ezzel a szervezet és az egyén szintjén is fájdalmasan hosszú, olykor kínos meglepetésekkel teli tanulási és érési folyamattal kezdeni kellene valamit. A veronai – időközben megszüntetett- Déli Összhaderőnemi Parancsnokság egészségügyi főnökeként eltöltött két évem legnagyobb hozadéka a NATO egészségügyi tervezési elvek megismerése mellett a *műveleti tapasztalatok* (Lessons Learned) fontosságának felismerése volt. A brüsszeli Főparancsnokság Nemzetközi Katonai Törzsének Egészségügyi osztályának vezetőjeként már nemcsak belelálthattam, de aktív alakítója is lehettem a NATO egészségügyi politikájának, valamint részese lehettem a NATO egészségügyi rendszere korszerűsítésének és átszervezésének is. Itt vált számomra evidensé, hogy a jövő egyértelműen a többnemzeti megoldásokról fog szólni, aminek alapfeltétele az interoperabilitás, az *együtt működés* képességének tökéletesítése. Ismervén a Kiválósági Központoknak a NATO transzformációjában játszott szerepére vonatkozó ACT koncepciót, ekkor fogalmazódott meg egy Katona-egészségügyi Kiválósági Központ - mint az egészségügyi interoperabilitás egyik fő letéteményese – létrehozása iránti igény, amelynek szervezete mintegy két éves előkészítő munka eredményeként és a magyar katona-egészségügy elismertségének jeleként Budapesten kerülhetett megalapításra.

### **A téma aktualitása**

A fentiekben felsorolt gyökeres változások következtében, figyelembe véve az egészségügyi támogatással szembeni megnövekedett minőségi és társadalmi elvárásokat, a fokozott műveleti tempót, elemzéseim során arra a következtetésre jutottam, hogy a jelenlegi rendszerek már

nem felelnek meg teljeskörűen a velük szemben támasztott követelményeknek, sok tekintetben eljárt felettük az idő, ezért szükség van azok műveleti tapasztalatokon alapuló racionalizálására.

Másrészt saját és közeli munkatársaim NATO beosztásai révén is rálátással bírva a NATO egészségügyi rendszerének hiányosságaira, meg vagyok győződve arról, hogy szükség van egy olyan katoná-egészségügyi szervezetre, amely az egészségügyi támogatás terén szükséges változásokat nem egyszerűen csak követni és adaptálni képes, hanem proaktív „üzemmódban” működve, tehát a változásoknak elébe menve, sőt annak irányait és mikéntjét befolyásolva és meghatározva képes - mintegy egészségügyi transzformációs motorként - működni.

Az igény által teremtett lehetőséggel élve állapítottam meg kutatómunkám céljait, határoztam meg a módszereket, hajtottam végre a kijelölt gyakorlati lépéseket, majd vontam le a következtetéseket.

### **Értekezésem elé a következő tudományos célokat tűztem ki:**

1. Elemezni az egészségügyi támogatásnak az új típusú műveleti elvárásokból adódó alapvető tényezőit és lehetőségeit, meghatározva annak lehetséges kihívásait és fő irányvonalát.
2. Fentiek alapján elemezni és meghatározni az egészségügyi támogatás terén meglévő ún. képességréseket és az ebből adódó fejlesztési irányokat.
3. Kidolgozni egy olyan egészségügyi szervezetet koncepcionális és szervezeti keretét, valamint gyakorlati megalakításának metodikáját, mely hazai és szövetségi keretek között is hatékonyan tudja segíteni az egészségügyi támogatás elméleti és gyakorlati transzformációját és a képességrések csökkentésén keresztül hozzájárul a műveletek hatékonyságának növeléséhez.

### **Kutatási céljaim eléréséhez a következő módszereket használtam:**

- Történelmi áttekintés könyvtári kutató munkával, valamint a rendszerváltás óta eltelt időszak eseményeinek, szabályzóinak, intézkedéseinek és szervezési változásainak retrospektív módszerrel történő vizsgálata;
- Az AFOR-ban, a KFOR 3-4 -ben és különböző NATO beosztásaimban szerzett saját tapasztalataim feldolgozása és a nemzetközi összehasonlítások elvégzése;
- A vonatkozó hazai előírások, valamint a NATO irányelvek, doktrínák eljárási rendek és szabványok identifikálása és a talált helyzettel történő szembesítése;

- Szakmai tapasztalatcsere a NATO tagállamok haderői egészségügyi szolgálatainál;
- A Magyar Honvédség és a NATO egészségügyi támogatási rendszerének vizsgálata a végrehajtott és a későbbiekben végrehajtásra tervezett hazai és nemzetközi gyakorlatok tapasztalatainak felhasználásával;
- A témához kapcsolódó szakirodalom tanulmányozása és feldolgozása: cikkek, tanulmányok, dolgozatok, szakkönyvek, szabályzatok, NATO ajánlások, a hadtudomány és a logisztikai támogatás általános elmélete, valamint a csapatok egészségügyi támogatása témaköreiben;
- A kutatási területtel kapcsolatos szakmai elképzeléseimet, kutatási részeredményeimet publikációk, tanulmányok formájában, pályázatok, tudományos-szakmai konferenciák keretében, széles katonai és polgári szakmai közeg előtt ismertettem, annak megvitátását biztosítottam.

Az értekezés zárásaként javaslatokat tettem a fejlesztés további irányvonalaira és ajánlásokat fogalmaztam meg az értekezés felhasználhatóságáról.

*Kutatásaimat nem fejeztem be, eddigi munkámat a folyamatosan jelentkező új elvárások és kihívások elemzésével, valamint a feldolgozott műveleti tapasztalatokból eredő feladatok értelmezésével és gyakorlati megvalósításának elősegítésével kívánom tovább folytatni.*

**Elemzésemet a kutatási célokban megfogalmazott felosztás szerint végeztem.** A vonatkozó hazai és külföldi szakanyagok áttekintése után analizáltam a NATO és a Magyar Honvédség egészségügyi támogatási rendszerének jelenlegi helyzetét. Elemeztem és felvázoltam új típusú műveleti elvárások támasztotta követelményrendszert, az ebből adódó képességbővítés lehetséges irányvonalait, valamint kidolgoztam az egészségügyi transzformáció nemzetközi és a hazai vonatkozásait egyaránt elősegítő szervezet koncepcióját és szervezeti alapjait, valamint felállításának és akkreditációjának feltételrendszerét és menetrendjét.

**Fentieknek megfelelően az értekezést öt fő fejezetre tagoltam**

Az *első fejezetben* történelmi áttekintést adok azokról a tényezőkről amelyek közrejátszottak az egészségügyi támogatással szembeni megváltozott elvárásokhoz és új típusú kihívásokhoz. Összefoglalom a rendszerváltozás óta eltelt időszak béketámogató missziók egészségügyi támogatásának tapasztalatait, különös tekintettel egyrészt a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának átalakítására, másrészt a NATO egészségügyi politikájának, doktrínájának és eljárási rendjének változásaira és az egészségügy előtt álló főbb feladatokra.

A *második fejezetben* bemutatom a NATO egészségügyi szervezetének jelenlegi, a közelmúltban történt átszervezését követő szervezeti egységeit, elemezve az átszervezés szakmai hátterét és az egyes elemek feladatrendszerét, meghatározva a meglévő képességeket és az ebből adódó fejlesztési irányokat.

A *harmadik fejezetben* a nemzetközi és hazai tapasztalataim alapján teszem meg javaslatomat egy olyan egészségügyi szervezetet kialakítására, megadva annak koncepcionális és szervezeti alapját, mely hatékonyan képes elősegíteni az egészségügyi támogatás korunk elvárásához igazodó transzformációját mind hazai, mind pedig nemzetközi vonatkozásban.

A *negyedik fejezetben* ismertetem a Katona- egészségügyi Központ jövőképét, küldetését, stratégiai célkitűzéseit és munkaprogramját.

Végül az *ötödik fejezetben* ismertetem kutatásom tudományos eredményeit és javaslatot teszek azok felhasználására.

*Az értekezéssel kapcsolatos alapkutatásokat 2008. december hónapban, a kiegészítő kutatásokat 2009. április végén fejeztem be.*



# I. Fejezet: Történelmi áttekintés - az egészségügyi támogatás evolúciója a hidegháborút követően

## I.1. A nemzetközi környezet változása

### I.1.1. Áttekintés

Ahogy minden tudományág, a hadtudomány és határtudományai is folyamatos átalakulásban és megújulásban vannak. Változik a haditechnika, a hadművészet és a fenyegetéseket megfogalmazó biztonságpolitika is. Ezek a területek azonban legtöbbször inkább csak reagálnak a környezet változásaira: a *biztonságpolitika* megpróbálja például definiálni a terrorizmust, vagy modellezni a kialakult stratégiai helyzetet, a *haditechnika* és *hadművészet* megpróbál választ találni az aszimmetrikus hadviselésből és a városi harcból adódó kihívásokra. A rendelkezésre álló reakcióidők pedig az egész emberiség életritmusának felgyorsulásával együtt drasztikusan lerövidültek. Napjaink hadvezére úgy küldi csatába – vagyis általában különböző béketámogató műveletekbe – embereit, hogy még a legprecízebb tervezés és felkészülés mellett is nagyon sok bizonytalansági tényezővel kell számolnia, ami különösen igaz az egészségügyi támogatás esetében. Az ellenségről nem készülhet a reguláris csapatokat részletesen bemutató Jane's adatbázisához hasonló tájékoztató, ráadásul az még csak nem is kíván nyílt harcba bocsátkozni a katonákkal és általában ugyanúgy néz ki mint a megsegítendő polgári lakosság.

A nemzetközi terrorizmus térnyerése érdekes módon hosszú évekig változatlanul hagyta a világ egyik legerősebb katonai és politikai szövetségét, a NATO-t. A hidegháború éveiben a doktrínák, a szembenálló haderők diszlokációja és struktúrája, valamint a legelemibb szabályzatok szerint mind a NATO, mind a Varsói Szerződés egy könyörtelen, végső esetben akár atomfegyverrel megvívott háborúra készült.<sup>1</sup> Ennek felelt meg a létszám, a hadrendben lévő technikai eszköztár és ilyen forgatókönyv szerint zajlottak a gyakorlatok is.

Hasonló volt a helyzet a katonai-egészségügyi támogatás terén is. A szembenálló felek hosszú évekig, évtizedekig készülhettek és készültek a harmadik világháborúra. Csak a magyar szaksajtóban (mint például a Hadtudomány folyóiratban) évente több tucat elemzés és

---

<sup>1</sup> Ilyen például az 1953-as Air Force Manual, amely a jövő háborúját már nukleáris fegyverekkel képzei el, valamint a hivatalos magyar katonai szakfolyóiratok (pl. a Honvédelem). Ezek egészen a nyolcvanas évek derekáig reális alternatívaként kezelik az atomfegyverekkel megvívott európai háború lehetőségét.

tanulmány látott napvilágot a Néphadsereg felvonulásának minden apró részletéről, így annak egészségügyi biztosításáról is. Az alapfeltételezés az volt, hogy a „béketábor” nem fog támadni, hanem egy mindenképpen bekövetkező agresszióra válaszolva fogja kitolni a szocializmus határait az Atlanti óceánig. Az először védekező, majd a szövetséges szovjet csapatok vezetésével támadásba átmenő csapataink minden oldalú ellátásának megtervezésére gyakorlatilag végtelen idő állt rendelkezésre. Az egész ország területén szétszórva megtalálható raktárakban a készletek rendelkezésre álltak, így a logisztikai támogatás és az egészségügyi támogatás megszervezése sem volt különösebben nehéz feladat, ráadásul, mint már említettem, az időhiány semmiképp nem zavarta a felkészülést.

Saját rendszerváltásaik után a keleti blokk országainál nem kérdés, hanem egyértelmű kényszer volt a haderőreform elindítása. A politikai zűrzavar érzékenyen érintette a Varsói Szerződés országait és nemzeti haderőiket, amelyek nem igazán tudtak magukkal mit kezdeni, miután kikerültek Moszkva közvetlen irányítása alól. A kialakulóban lévő piacgazdasági feltételek, a nyugati világ irányából érkező fenyegetések hiánya és az átmeneti gazdasági recesszió is mind arra sarkallták a katonai és politikai vezetést, hogy minél hamarabb nekilássonak a haderő jelentős csökkentéséhez, mely lépés szinte mindenhol széles társadalmi támogatottságot élvezett. Az más kérdés, hogy ezek a lépések csak a legnagyobb jóindulattal nevezhetők reformnak, hiszen a cél csupán a kiadások csökkentése volt, a haderő modernizálása reálisan szóba sem jöhetett. Ráadásul a Varsói Szerződés megszűnése után nem volt egyértelmű védelempolitikai irány a szövetség nélkül maradt országok számára. A körkörös védelem gondolatának megvalósíthatatlansága és a semlegesség politikai illúziójának feladása után közép- és kelet-európai országokban kivétel nélkül megjelent az elhatározás a nyugati szövetségi rendszerekhez, így a NATO-hoz és az Európai Unióhoz történő csatlakozás vonatkozásában.

### **I.1.2 A NATO átalakulása**

Az ikertornyok elleni támadás felrázta a NATO szövetségét: ekkor léptették életbe először – a merénylet után szinte azonnal – a nevezetes 5. cikket és a műveleti képességeket illetően csak ezután indultak meg az igazi átalakítások. Bár az Egyesült Államok kezdetben a megfelelő bünbak kiválasztásával volt elfoglalva, 2002. végén, a NATO prágai csúcstalálkozóján már megszülettek a reformokhoz szükséges legfelsőbb szintű döntések. Mivel választott témám és a Szövetség transzformációja szempontjából kiemelten fontos ez az esemény, érdemes számba

vennünk az itt született döntéseket és irányelveket, az állam és kormányfők által kiadott nyilatkozat alapján.<sup>2</sup>

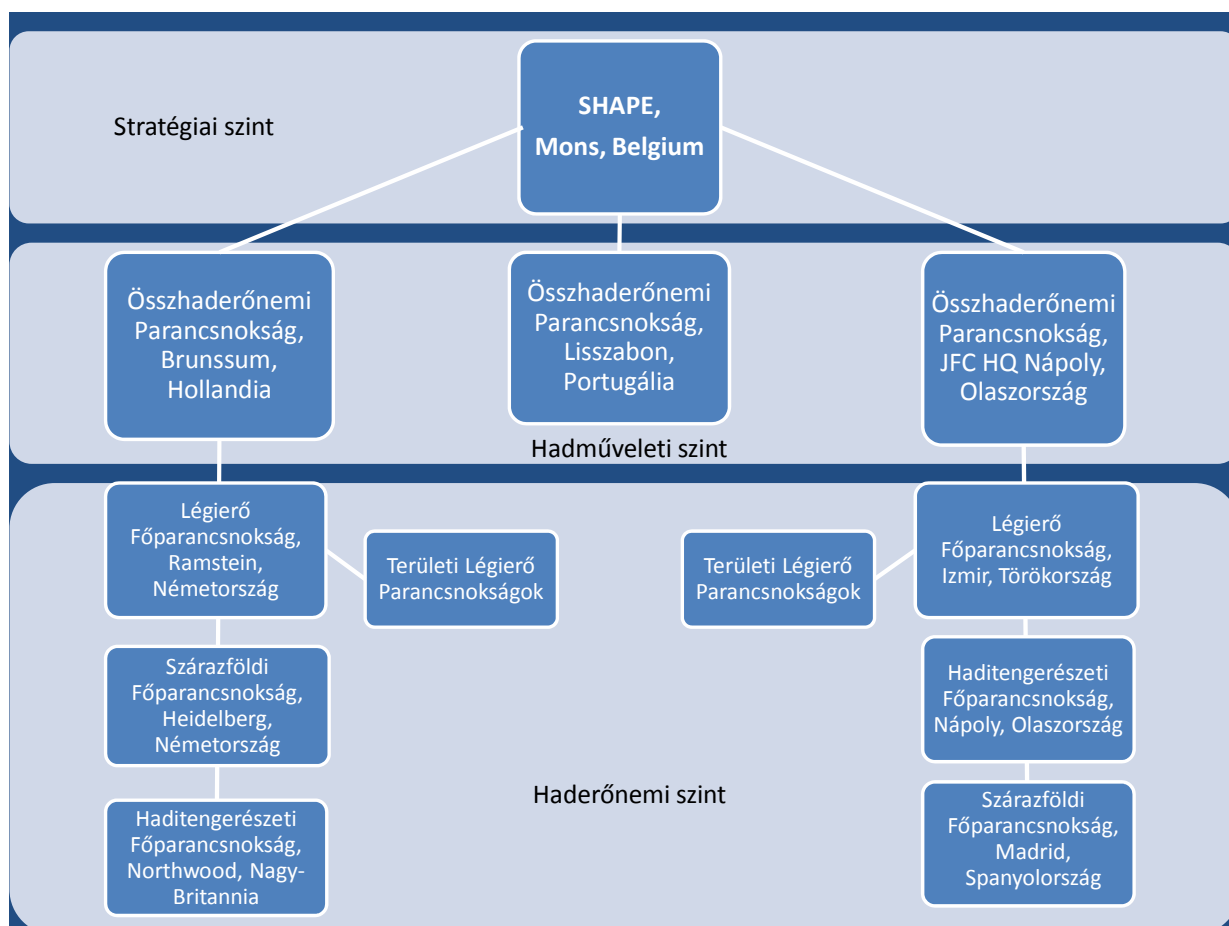
- **NATO Reagáló Erő (NATO Response Force, NRF) felállítása:** Az első állandó, többnemzeti, rotációs alapon feltöltött keret-alakulat, amely viszonylag magas létszámmal (a felső határ 25000 fő) képes nagyon rövid időn belül települni, gyakorlatilag a világon bárhova.<sup>3</sup>
- **A NATO Parancsnoki Struktúra átalakítása:** A területi elven megosztott parancsnokságok szerepének megváltoztatása és a funkcionalitás előtérbe helyezése. Kialakításra kerül a Szövetségi Transzformációs Parancsnokság (Allied Command Transformation, ACT) és a Szövetségi Műveleti Parancsnokság (Allied Command Operations, ACO) amellet, hogy mindkét parancsnokság fenntartja jelenlétét mind az európai, mind az amerikai kontinensen.
- **A Prágai Képességfejlesztési Felajánlások megszületése** (Prague Capabilities Commitment, PCC). Ebben kiemelt szerepet kapnak a tömegpusztító fegyverek elleni védelem elemei, a felderítés megerősítése és a reagálóképesség növelése.
- **Terrorizmus elleni harc koncepciójának megvalósítása.** Ide tartozik a jobb információ-megosztás és együttműködés<sup>4</sup>, a lakosság ellen elkövetett támadások elleni fokozottabb védelem és egyéb válságreagáló mechanizmusok.
- Fentiek mellett a **a kibernetikai támadások elleni** védelmi képességek és szükség esetén a **rakétavédelmi képességek** növelését tűzték ki célul.

---

<sup>2</sup> Prague Summit Declaration, NATO, 2002. nov. 21. <http://www.nato.int/docu/pr/2002/p02-127e.htm> [2009.07.07]

<sup>3</sup> A viszonylag rövid idő 30 nap, a gyakorlatilag bárhova pedig bizonyos képességek csökkentésével mintegy 6000 km-es rádiuszt jelent Mons-ból számolva.

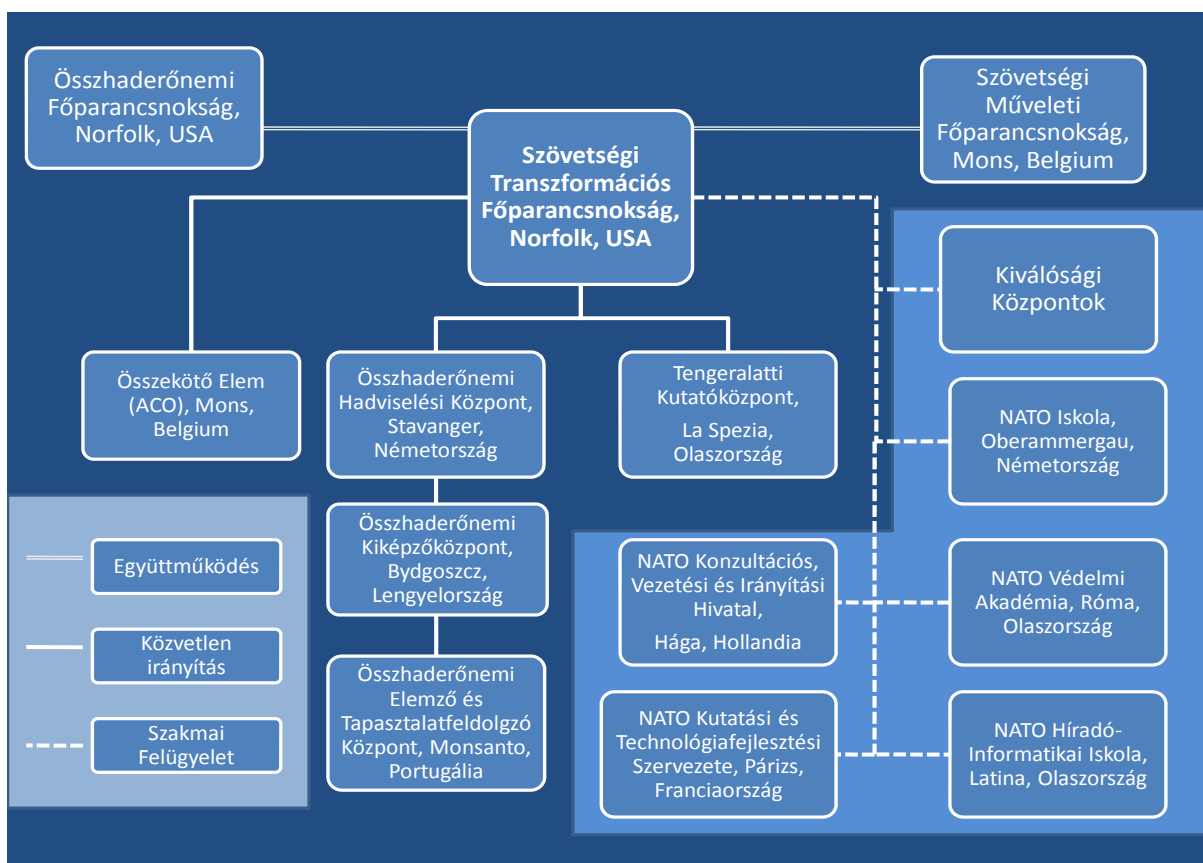
<sup>4</sup> Tulajdonképpen ezen elveken alapul a később még részletesebben vizsgált Transzformációs Hálózat, a Transnet is, amely a Szövetségen belül fellelhető hatalmas és nyílt minősítésű tudásmennyiséget szeretné a gyakorlatban is hozzáférhetővé tenni, illetve közös fórumként szolgál a Kiválósági Központok és a NATO egyéb kutatóközpontjai számára.



1. ábra: A Szövetségi Műveleti Parancsnokság és alárendeltjei. Szerkesztette Kopcsó István.

A Szövetségi Transzformációs Parancsnokság az Atlanti Stratégiai Parancsnokság (Strategic Command Atlantic, SACLANT) jogutódjaként alakult meg a (és mint arra a neve is utal, a NATO megújításának motorjaként annak irányítását és folyamatos felügyeletét kapta feladataul. Feladatrendszere négy fő terület köré csoportosítható, ezek:

- Stratégiai koncepciók, irányelvek, követelmények meghatározása;
- Összhaderőnemi koncepciófejlesztés;
- Jövőbeni képességek, kutatás és fejlesztés;
- Kiképzés és felkészítés.



2. ábra: A Szövetségi Transzformációs Parancsnokság kapcsolatrendszere. Forrás: Charles L. Barry: Transforming NATO Command and Control for Future Missions, Defense Horizons, 2003. június, 23. szám, [http://www.ndu.edu/inss/DefHor/DH28/DH\\_28.htm](http://www.ndu.edu/inss/DefHor/DH28/DH_28.htm), 2009.május 25.

Végezetül a fentiek mintegy összefoglalva, az alábbi ábra bemutatja az ACT összehasonlításában a jelenlegi és jövőbeni NATO főbb jellemzőit.



3. ábra: A NATO transzformációjának jellemzői. Forrás: Dr. Paul Caine előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 15.

## I.2. Új típusú kihívások, az egészségügyi szolgálatok feladatrendszerének és irányelveinek változása

### I.2.1. Az egészségügyi támogatás a hidegháború idején:

Mielőtt rátérnék a berlini fal leomlását követő időszak minden szempontból döntő eseményeinek megtárgyalására, nézzük mi jellemezte a hidegháború időszakának egészségügyét?

Bármilyen furcsának is hangozik, a legfontosabb ilyen jellemző a *kiszámíthatóság* volt. Ha visszatekintünk a hidegháború vagy általában a háború korábbi formáira, azt tapasztaljuk, hogy a szembenálló felek katonai és politikai vezetése általában tisztában volt vele, hogy milyen minőségi és mennyiségi tényezőkkel kellene számolnia, ha a konfliktus végül a „csatamezőn” dőlné el, hiszen a nagy létszámú és statikus határvonalon felsorakozott ellenfelek jól ismerték egymás létszámát, képességeit, valamint a lehetséges hadművelet környezeti tényezőit; kellő idő állt rendelkezésre a felkészülésre.

Az országok nagy részében az egészségügyi támogatás kiindulópontja a nagy tömegek számára történő szervezés volt, amihez jól ismertek voltak mind a lehetséges veszélyek, mind pedig az ellátási és az egészségügyi kiürítési útvonalak. A kiterjedt tartalékos rendszer hatalmas egészségügyi kapacitás kiépítését tette lehetővé, mely számos telepíthető tábori kórházat és egészségügyi zászlóaljok sokaságát foglalta magába.

A kilencvenes évek legelején, a katona-egészségügyi támogatás teljes spektruma tisztán nemzeti felelősség volt és tulajdonképpen csak a NATO „5. cikk típusú”, háborús műveletek tömeges veszteségeivel számolt. A többnemzeti egészségügyi ellátás szóba sem került. A kollektív logisztikai támogatás követelményét pedig először csak 1993.-ban fogalmazták meg.

Ennek eredményeként a katona-egészségügy a legtöbb nemzet esetében csupán a logisztika (a hadtáp) egy részterülete volt, amelyben a mennyiség jelentősebb volt a minőségénél és az erők egészségvédelménél.

### I.2.2. A változás mozgatórugói

A hidegháború óta hatalmas változások mentek végbe a *gazdasági, szociális, politikai, stratégiai és egészségügyi környezetben*. A vasfüggöny ledöntése után a NATO tagállamainak fegyveres erői komoly kihívások elé tekintettek: az egyik oldalon a megnyirbált védelmi kiadások, míg a másiktól az egyre és jelentősen növekvő költségek által szorongatva. Utóbbi a haditechnika és a munkaerő megdrágulása, de leginkább a sorozást felváltó önkéntes haderők térnyerése következtében alakult ki. Az aszimmetrikus kihívások megváltoztatták a tömeghadseregekben alkalmazott eljárási elveket, nem a mennyiségi, hanem a minőségi elemek kerülnek előtérbe, azaz a jól és drágán kiképzett katona jelentős érték<sup>5</sup> vált.

A **globalizáció** példa nélküli kölcsönös függőséget hozott az emberiség számára, ahogy az egymás közti kapcsolatok és az emberek, áruk és gondolatok szabad mozgása eredményeként egy gyakorlatilag bármilyen típusú válsághelyzet valahol a világban közvetlenül vagy pánikreakciót keltve közvetve kihathat a tőzsdére, az energiaszektorra, a világgazdaság egészére és végül munkahelyekre is. A kifogyóban lévő természeti források, mint például a víz és az olaj birtoklásáért egyre növekvő verseny tapasztalható, amely komoly kiterjedésű instabilitást kiváltója lehet.

Életbevágóan fontos tényezővé vált a **médiaháború megnyerése**: a médianyilvánosság különösen nagy hatással bír a közvéleményre, a csapatok moráljára, adott esetben megkérdőjelezve a nagyobb szövetségek, koalíciók fenntarthatóságát is.

A hidegháború időszakát először egy mozgalmas korszak követte, amelyet NATO által vezetett műveletek jellemeztek – kezdve a kilencvenes évek elejének balkáni műveleteivel. Ezek a (béketámogató) műveletek tulajdonságaikban már nagyon eltértek a múltban megismertektől. A 2001. szeptember 11-i kataklizma után a terrorizmus elleni küzdelem határozta meg a Szövetség arculatát. A NATO nem koncentrálhatott továbbra is csak a nemzetállamok közötti konfliktusokra: szembe kellett néznie az olyan aszimmetrikus fenyegetésekkel is, mint amelyet a merénylet-központú al-Kaida is jelentett.

Az egészségügy területén a 60-70's évek óta **hatalmas léptékű fejlődésnek** lehetünk tanúi. Az orvostudomány talán még a többi tudományhoz viszonyítva is gyorsabban fejlődött, de egyben

---

<sup>5</sup> Ez a megállapítás nem vonatkozik homogén módon a NATO egészére, a tagállamok között e téren jelentős különbségek vannak.

sokkal drágább is lett. A katonaegészségügynek fel kellett vennie ezt a tempót, már csak azért is, mert a közvélemény és a politika *nem, vagy csak nehezen tolerálja a magas egészségügyi veszteségeket* a jelenlegi, békeidőben folytatott missziókban. Ez az elv az érvényben lévő irányadó stratégiai szintű egészségügyi dokumentumokban<sup>6</sup> is lefektetésre került: a műveleti egészségügyi ellátás színvonalának gyakorlatilag meg kell egyeznie a honi területen nyújtott ellátás színvonalával, és az ún. evidencia alapú gyógyításon (evidence based medicine) kell alapulnia. Az ilyen színvonalat hosszú távon is biztosítani képes tábori kórházak felszerelése és működtetése gyakorlatilag minden nemzet lehetőségét meghaladja, ezért korábban soha nem látott, sőt elképzelhetetlennek tűnt mértékért el a ***többnemzeti biztosítási rendszerek felé történő elmozdulás***, aminek ékes példája a jelenlegi afganisztáni NATO (ISAF) művelet: ***kivételesen*** az összes tábori kórház többnemzeti felállású.<sup>7</sup>

### I.2.3. Az egészségügyi transzformáció

A Szövetség új stratégiája<sup>8</sup> és szerkezeti átalakítása - az új típusú missziók, mint például a válságreagáló vagy humanitárius műveletek követelményeihez alkalmazkodva - az erők távoli helyekre történő és rövid idő alatt végrehajtott telepítését kívánja meg illetve teszi lehetővé. Mindez egy mozgékony és teljes értékű expedíciós haderő meglétét igényli, ahol a szűk időkeretek kiemelt prioritású tényezővé teszik a szállítás kérdését és egyben behatárolják a logisztikai ellátás terjedelmét is.

Fentiek a többnemzeti integráció egy új, korábban soha nem tapasztalt minőségi szintje iránti igényt is megjelenítik, hiszen egy ilyen szituációban nem minden, vagy reálisabban fogalmazva csak viszonylag kevés hozzájáruló nemzet képes megszervezni saját csapatai mindenre kiterjedő ellátását és támogatását. A távoli helyszínek megsokszorozzák az egészségügyi kihívásokat a hazai, jól ismert lehetőségekhez képest. Ez magával hozta a megelőző orvoslás szerepének jelentős bővülését, hiszen a műveleti tervezés folyamatában az egészségügyi felkészítést és a csapatok egészségvédelmét a korábbiaknál sokkal nagyobb mértékben kell számításba venni.

<sup>6</sup> AJP 4.10 (A) 2003.dec. <http://www.nato.int/docu/stanag/ajp4/ajp-4.pdf> [2009.07.09.]

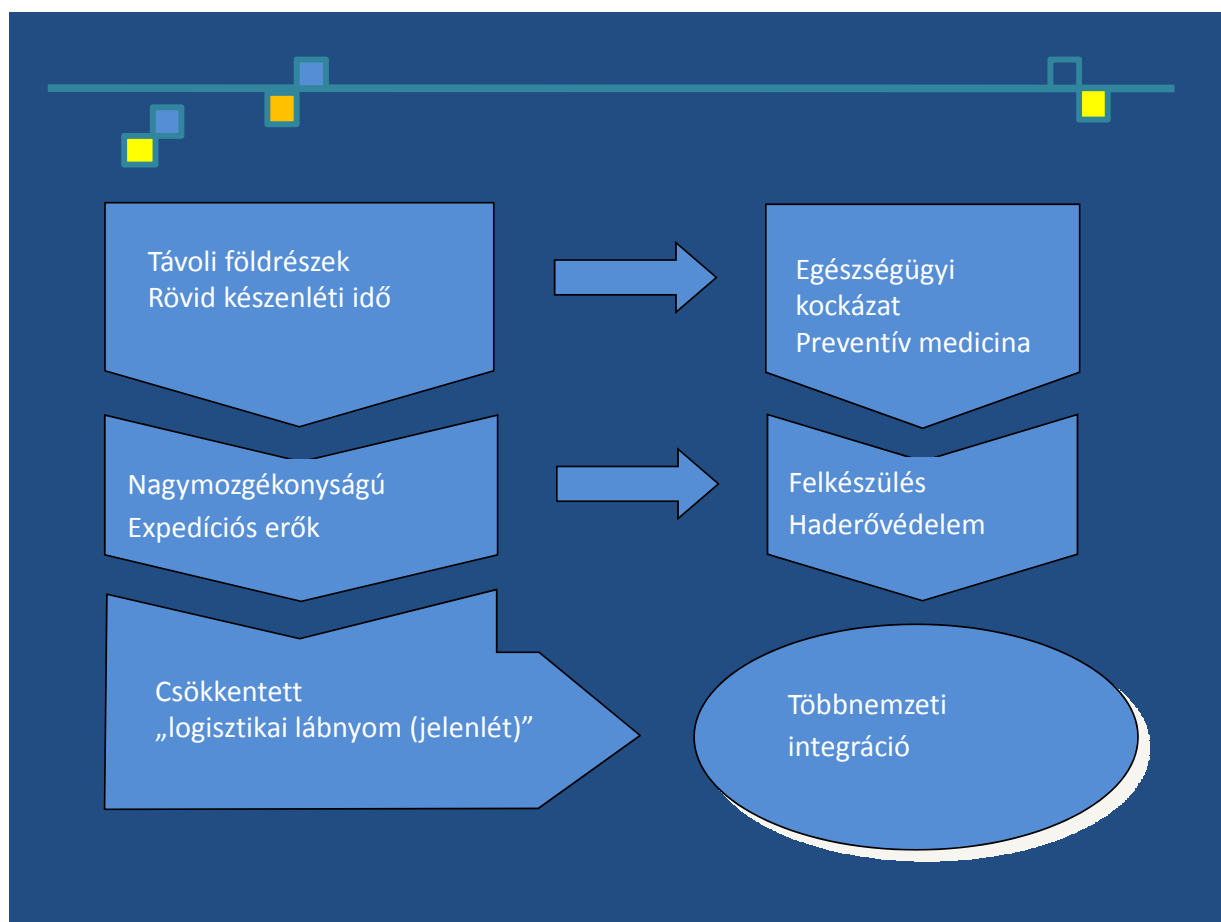
<sup>7</sup> ACO jelentés, 27<sup>th</sup>. COMEDS Plenáris ülés 2007.jún 04-08.

<sup>8</sup>The Strategic Concept of the Alliance, NATO Handbook, NATO, 2002. NATO Handbook: The strategic concept of the Alliance NATO 2002 <http://www.nato.int/docu/handbook/2001/hb0203.htm> [2009.07.07]



Az első öböl-háború alatt tudatosult igazán az egészséges katona értéke és azok a követelmények, mely napjainkban is meghatározó tényezőit<sup>9</sup> jelentik a műveletek tervezésének és előkészítésének. Ezek:

- Az egészségügyi támogatás rendszere az élőerő megőrzésének egyik legfontosabb alappillére;
- A haderő egészségügyi állapota igen magas prioritást élvez;
- A közvélemény nem fogadja el a kiküszöbölhető kockázatot.



**4. ábra: Az egészségügyi transzformáció jellemzői.** Forrás: Dirk Stoelten előadása az MMSG 7. munkaértekezletén, Cesme (Törökország), 2008. október 17.

<sup>9</sup> Svéd László: 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, doktori disszertáció, ZMNE, Budapest, 2003. [http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved\\_laszlo.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf) [ 2009.07.07]

#### I.2.4. A NATO előtt álló új irányok és feladatok<sup>10</sup>

Az Észak-Atlanti Tanács (North Atlantic Council, NAC) 2005. december 21-én fogadta el az ún. *Átfogó Politikai Iránymutatást* (Comprehensive Political Guidance, CPG), amelynek alapvető célja, hogy mintegy iránytűként útmutatást adjon a NATO folyamatosan végbemenő átalakítási folyamatához és prioritásokat állítson föl a Szövetség fejlesztendő képességei vonatkozásában. Ezen kívül a NAC jóváhagyott egy olyan végrehajtási mechanizmust is, amely biztosítja a különböző NATO bizottságoknak és szervezeteknek az Iránymutatásban meghatározottak szerinti működését.

Míg a katona-egészségügyi támogatás feladata változatlan marad, a végcél eléréséhez szükséges módszerek jelentős megváltoztatására van szükség, hogy azok a CPG által meghatározott prioritásokat tükrözzék. A NATO rendelkezésére álló forrásainak korlátozott volta miatt meg kell határozni a hatékonyság maximalizálásához szükséges egészségügyi támogatás prioritásait, és az ehhez szükséges új eljárásokat.

A következőkben főleg az egészségügyi támogatás minőségi követelményeiről kívánok szólni. A CPG, - mely alapvetően a terrorizmusra, a tömegpusztító fegyverek elterjedésére és annak várható következményeire koncentrál, mint a következő 10-15 év elsődleges veszélyére- a várható konfliktusok teljes spektrumát illetően hiteles és tényleges, kézzelfogható hozzájárulást követel meg a nemzetektől. Megerősítésre kerül az a tézis, hogy előfordulásuk kicsiny valószínűsége mellett is a magas intenzitású konvencionális műveletek egészségügyi támogatása marad a NATO egészségügyi szolgálatainak alapvető képessége és feladata.

A *NATO Reagáló Erő (NATO Response Force, NRF)* teljes műveleti képességének elérésével a NATO válság-reagáló eszközei várhatóan teljesíteni tudják a teljes mértékben telepíthető és a művelet teljes időtartama alatt fenntartható erőkre vonatkozó követelményeket, melyek ráadásul egy nagyon rövid készenléti idő egyidejű biztosításával is párosulnak. A megfelelő egészségügyi támogatási rendszer megléte az egyik alapfeltétele annak, hogy ezen missziók rendelkezhessenek az elengedhetetlenül szükséges **magas műveleti mobilitással és flexibilitással**. Ahogy a korábbiakban kifejtésre került- az ilyen jellegű műveletekben az egészségügyi támogatás nagyon nagy valószínűséggel többnemzeti alapon kerül

<sup>10</sup> Comprehensive Political Guidance, NATO, 2006.nov.29, <http://www.nato.int/docu/basicxt/b061129e.htm> [2009.07.09]

megszervezésre, döntő fontosságú a nemzetek szó szerinti *együtműködési* készségének, az *interoperabilitásnak* a tökéletesítése és fejlesztése.

A *távoli és nehéz körülmények* között végrehajtott műveletek különleges kihívásokat jelentenek a települt erők egészségének és jóllétének biztosításában. A lehetséges egészségügyi kockázatok meghatározása jelentős erőfeszítést igényel a személyi állomány felkészítése terén, illetve a szükséges egészségügyi támogatás megszervezésében. Ezeket az elemeket a tervezési folyamat kezdetétől fogva figyelembe kell venni, illetve abba be kell építeni. Ez magával hozza a kvalifikált és megfelelő tapasztalattal rendelkező egészségügyi tervezők iránti megnövekedett igényt is.

*Az aszimmetrikus fenyegetések* megjelenésének valószínűsége növekszik, ami megköveteli az egészségügyi szolgálat magas szintű szituációs tudatosságát, ami azt jelenti, hogy készek legyenek időben jelezni, illetve felszámolni mind a „hagyományos”, mind pedig a vegyi, biológiai, radiológiai és nukleáris (CBRN) jellegű terrorista támadások egészségügyi következményeit. Ide tartozik az egészségügyi felderítés és megelőzés, az események korai feltárására vonatkozó egészségügyi jelentőrendszer, a tömegpusztító fegyverek alkalmazása alatti betegellátás, valamint a kellő válasz a terrortámadások pszichológiai és szociológiai következményeire.

A NATO műveleti spektrumának kiterjedése nyomán a korábbiaknál sokkal nagyobb hangsúlyt kapnak a *humanitárius segítségnyújtó műveletek*, melyek a stabilitás megteremtésének kiemelten fontos eszközei, hiszen a nemzetközi terrorizmus elsődleges okai nagyrészt a nyomorra és a társadalmi fejlődés visszamaradottságára vezethetők vissza. Az ilyen jellegű műveletek végrehajtói főleg olyan klasszikusan kiszolgáló-támogató erőkből állnak, mint a logisztika, szállítás, műszaki feladatok, illetve az egészségügy, megváltoztatva ezen területek kizárólagos kiszolgáló jellegét, sok esetben a műveletek középponti elemévé téve őket. A katonai egészségügyi képességeket is nyilvánvalóan úgy kell kialakítani, hogy alkalmasak, vagy alkalmasabbak legyenek olyan új követelmények kielégítésére is, mint a *civil lakosság ellátása, beleértve a gyerekeket, a terhes nőket és az időseket*. Mindezt úgy kell biztosítani, hogy elkerüljék képességeik csak civil célokat szolgáló átalakítását.

A **nemzetközi civil szervezetek** fontossága a válságreagálásban és az alapvetően katonai jellegű missziók sikeres végrehajtásában is folyamatosan növekszik. Az új típusú kockázatokból és műveletekből adódóan megnőtt a civil és a katonai szektor egymásra utaltsága, ami szükségessé teszi a katonai erők hatékony együttműködést a műveleti terület egyéb szereplőivel. Különösen érvényes ez az egészségügyi támogatás vonatkozásában, ahol általában viszonylag rövid idő alatt kialakul egy komplex hálózat a nemzetközi kormányzati és nem-kormányzati szervezetek, a befogadó nemzet képességei, illetve magánjellegű egészségügyi segély szervezetek között, amelyek bevonása nélkül a katona-egészségügy képtelen - hosszú távon is - megoldani az adott terület egészségügyi gondjait.

A szövetséges nemzetek közötti hathatós egészségügyi együttműködés speciális rendszabályok és intézkedések egész sorát megköveteli. Az egységesítésre való törekvés az egészségügy területén nem korlátozódhat csupán a katonai szabályozókban való megegyezésre, hanem magába kell foglalnia ezen tudományosan és technikailag is gyorsan fejlődő terület különböző „civil” szakmai irányelveit, és jogi kötöttségeit is.

### **I.2.5 A követelmények hatása a NATO katona-egészségügyi képességeire**

Fentiekből kiindulva az egészségügy előtt álló új kihívások az alábbi területeket és tevékenységeket foglalják magukba:

**A többnemzeti és összhaderőnemi jellegű műveletek:** Minden eddiginél nagyobb hangsúlyt kell fektetni a két-és háromoldalú, esetleg más módon megjelenő többnemzeti egészségügyi együttműködési formák támogatására, **túllépve** azon a tételen, hogy az **egészségügyi támogatás tisztán és kizárólag nemzeti felelősség**. Ahogy az már korábban is kifejtésre került, az ilyen jellegű, többnemzeti egészségügyi támogatással történő műveletekre való felkészítés és az együttműködés alapjait szolgáló szabványok kidolgozása a NATO egészségügyének egyik kiemelt feladata. A **válságreagáló műveletek** magas készenlétű erői doktrinális szinten nem hagynak teret az általában nagy létszámú nemzeti támogató elemek számára, beleértve a saját erőiket kiszolgáló egészségügyi egységeket is. A tapasztalat viszont azt mutatja, hogy a nemzetek ragaszkodnak saját és általában túlméretezett „Nemzeti Támogató Elemeikhez”, sokszor a feje tetejére állítva az ún. **„tooth to tale”** arányt, ami a harcoló és a kiszolgáló egységek egymáshoz viszonyított arányát mutatja az adott műveleti

terület vonatkozásában. Az ISAF esetében ez az arány a művelet kezdeti periódusában 1:10 volt, ami jelentős és indokolatlan „támogatói” fölényt mutat.

Hogyan csökkenthető tehát ez a jelentős logisztikai lábnyom vagy jelenlét, ez esetben ideértve az egészségügyi támogatást is úgy, hogy a biztonságos ellátás elve ne sérüljön? A kulcskérdés itt az egyes nemzetek egymás iránti bizalmának hiánya vagy megléte, illetve utóbbi esetben annak foka. A szigorú nemzeti előírások és jogi szabályozás miatt a nemzetek csak akkor tudnak és hajlandók belemenni a többnemzeti biztosítási struktúrákba, ha száz százalékgig bizonyosak abban, hogy - az egészségügy esetében- az ilyen formában ellátott betegük túlélési/gyógyulási esélyei semmivel sem rosszabbak annál, mintha az ellátás kizárólag nemzeti alapon történt volna. Mivel a hazai közvélemény – a válságreagáló műveletek esetében – nem, vagy nehezen tolerál bármilyen túlzott kockázatot, a tervezők a biztonság (és saját jól felfogott érdekükben) sokszor még az anyagiak rovására is előnyben részesítik a tisztán nemzeti megoldásokat. Véleményem szerint ez az alapvető oka a nagy, sokszor túlméretezett és csak rendkívül drágán fenntartható Nemzeti Támogató Elemek meglétének.

Hogyan építhető ki a kölcsönös bizalom? Ez egy időigényes, sok türelmet és megértést igénylő folyamat, melynek alapja egyrészt az **átláthatóság**, tehát egymás rendszereinek és képességeinek megismerhetővé tétele és megismerése, másrészt a technikai és az eljárásrendi szabványokon alapuló **közös kiképzés és felkészülés**.<sup>11</sup>

Nem kevésbé fontos terület az egészségügyi egységek **megfelelő mobilitásának** biztosítása, hogy az esetlegesen nagy területeket lefedő, nem lineáris harctereken lévő erőket is támogatni tudják. A magas szintű specializálódás és a megnövekedett minőségi elvárások megnövelték az orvosi ellátó helyek alapterületét, amely együtt járt ugyan a klinikai hatékonyság növelésével<sup>12</sup>, viszont a mobilitás rovására ment.

Korunk műveleteinek sikeressége egyre inkább az **információs fölény** meglétének a függvénye. A sokszor megerőltető, gyorsan változó helyszíneken és szituációk közepette végrehajtott műveletek sikere érdekében az egészségügyi vezetés- és irányítási eszközök tárházába bele kell tartoznia egy olyan kommunikációs és információs rendszernek is, amely közel valós idejű képet tud nyújtani a művelet egészéről. Ezzel lehetővé válik az egészségügyi

<sup>11</sup> 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary Minutes 2007. dec.12.

<sup>12</sup> MC 326/2, NATO Principles and Policies of Operational Medical Support, 2007. ápr. 04

tevékenységek teljes körének pontos és időbeni végrehajtása, ideértve a tervezést és irányítást, az egészségügyi kiürítést, a betegek irányítását és követését, az egészségügyi anyagellátást, a közel valós idejű egészségügyi jelentő rendszer működtetését, valamint egy hatékony egészségügyi felderítési tevékenység végzését.

A sikeres többnemzeti egészségügyi együttműködés egyik kulcseleme a **interoperabilitás** megfelelő szintjének az elérése, amely a **szabványosítási egyezmények** kidolgozásán és ratifikálásán keresztül valósulhat meg. A szabványosítási egyezmények képviselik a katonaegészségügyi képességek és követelmények mintegy átlátható esszenciáját, valamint alapul szolgálnak a civil szervezetekkel való együttműködésre, illetve igazodási pontot jelenthetnek a NATO-val együttműködni kívánó nemzetek számára.

**A magas készenlétű erők által diktált követelményekhez való alkalmazkodási képesség vonatkozásában:** A szóba jövő lehetséges feladatok sokszínűsége miatt az összes misszió típus egészségügyi képesség igénye nem fedhető le egy egyszeri és általános, előre generált egészségügyi csomaggal. A teljesség érdekében a magas készenlétű és magasan képzett egészségügyi egységek meglétéből fakadó előnyöket ki kell egészíteni a feladathoz szükséges speciális eszközök és felszerelések gyors beszerzésével, amelyek nem szerepelnek egy általános egészségügyi alakulat eszköztárában. A jelenleg kidolgozás alatt álló többnemzeti és moduláris hozzáállás megkönnyíti az ilyen flexibilis és az adott küldetésre szabott egészségügyi képességek biztosítását. Annak érdekében, hogy az **erők integrációja** zökkenőmentes legyen, erős egészségügyi vezetés-irányítási rendszerre van szükség, beleértve egy megfelelő szintű és számú egészségügyi tervezői törzstiszti állományt, valamint egy hatékony parancsnoki láncot.

Annak érdekében, hogy az egészségügyi támogatás lépést tudjon tartani a gyors szakmai fejlődéssel, elengedhetetlen a **tudományos világgal való szoros együttműködés** és a tudomány legújabb vívmányainak figyelemmel kísérése. Csak ezen eredmények beépítése a misszió teljes életciklusába, tehát a felkészítésbe, a prevencióba és a gyógyításba tudja garantálni katonáinknak a kor színvonalán álló egészségügyi ellátás megteremtését.

**Az expedíciós jellegű műveletek** komoly egészségügyi kihívásokat is jelentenek egyben, elég itt a NATO országok területén már rég elfelejtett, vagy soha nem is ismert egzotikus

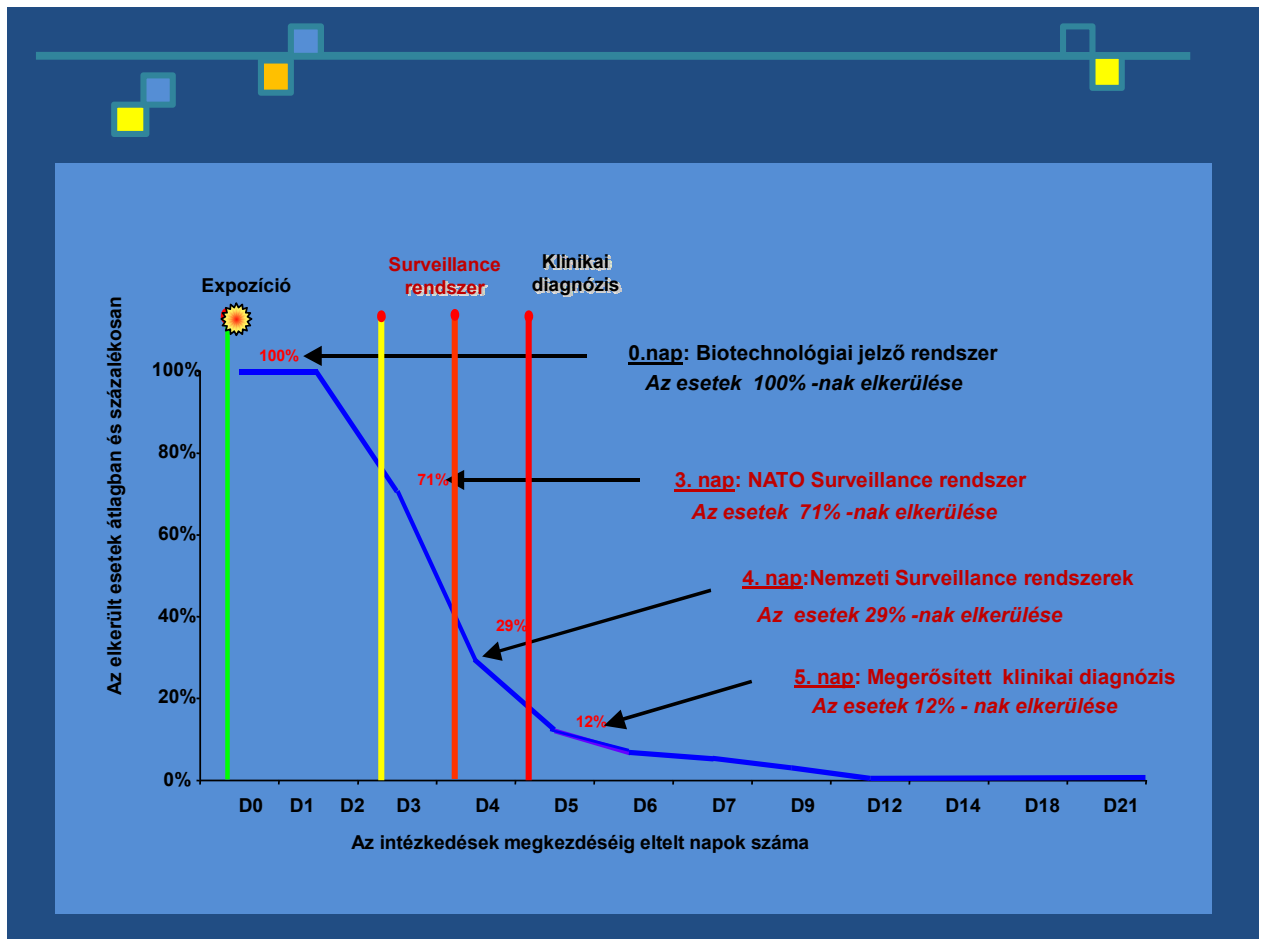
betegségekre gondolni. Ez magában hordozza az egészségügyi haderővédelem nagyfokú felértékelődését, beleértve az egészségügyi felderítést és a különböző jelentőrendszerek kiépítését. A környezeti kockázati tényezők mellett jelentős teret kell szentelni az ipari eredetű toxikus veszélyforrásoknak is és kiemelten kell kezelni az egészségügyi támogatás esetleges *munkahigiénés* vetületeit.<sup>13</sup>

**A terrorizmus elleni harc egészségügyi vonatkozásai:** A terrorizmus elleni küzdelemhez történő mindennemű egészségügyi hozzájárulás alapja a *kellő és időbeni információ* megléte, melynek alapja egy egészségügyi törzsön belüli dedikált egészségügyi felderítési kérdésekkel foglalkozó állomány megléte és a „hagyományos” felderítő törzsszel való jó munkakapcsolat kiépítése. A probléma aktualitásának megfelelően az ACO egészségügyi szolgálatán belül 2007. év során felállításra került az Egészségügyi Haderővédelmi Osztály és annak egyik szervezeti egységként az Egészségügyi Felderítési Részleg. A COMEDS-en belül a Preventív Egészségügyi Szakértői Panel átnevezésre került és a továbbiakban Egészségügyi Haderővédelmi Szakértői Panelként látja el feladatát és feladatkörébe bekerült az egészségügyi felderítéssel kapcsolatos szakértői tevékenység is.

Egy **közel valós idejű egészségügyi megfigyelő– és jelentő rendszer** megléte minden műveletben alapvető fontosságú ahol a tömegpusztító fegyverek alkalmazása reális kockázatot jelent, különös tekintettel annak elsősorban biológiai, kisebb részben vegyi komponensére. Egy megfelelő jelentő rendszer fontosságát a következő ábra segít megérteni:

---

<sup>13</sup> Dr. Békési Livia: [A honvéd-munkaegészségügy helyzetelemzése, fejlesztésének irányelvei békeellátásban, illetve rendkívüli helyzetben](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi_livia.pdf), doktori disszertáció, ZMNE, Budapest, 2003.  
[http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi\\_livia.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi_livia.pdf) [2009.07.07]



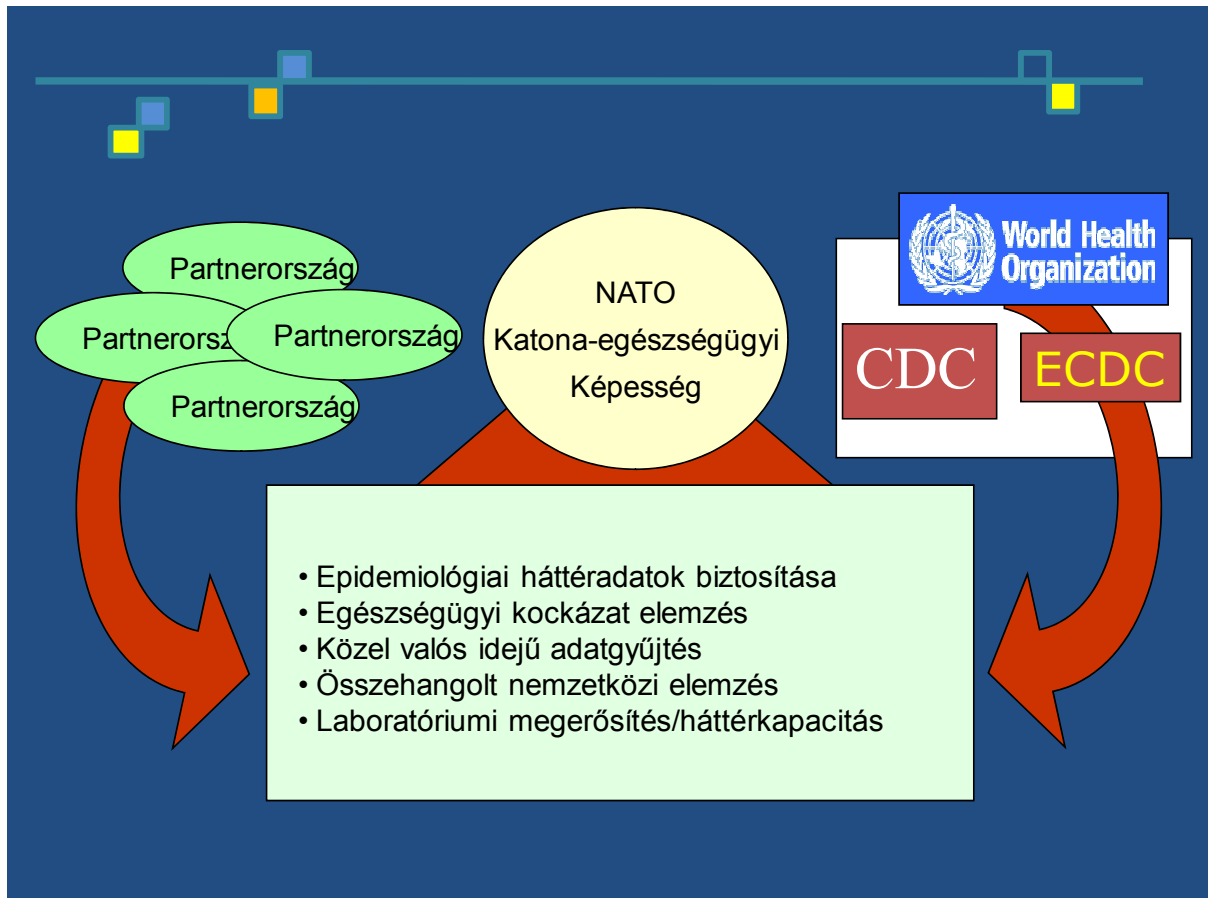
**5. ábra: A „surveillance” rendszer működtetésének hatékonysága - hagyományos módszerekkel történő Anthrax támadás esetén.** Forrás: UK HoD Brief: RDOIT C2 Construct, 18. BioMedAC Konferencia, Brüsszel, 2006. november 7.

Az ábrából egyértelműen kitűnik és rendkívül imponáló a nemzeti és a tervezett NATO jelentő rendszerek hatékonysága közötti óriási különbség, ami adott esetben megelőzhető halálesetek vagy megbetegedések ezreit is jelentheti. Ez az ábra tehát demonstrálja egy jelentő rendszerrel rendelkező, illetve egy csak hagyományos módszerekkel operáló hadszíntéri egészségügyi szolgálat eredményessége közötti különbséget egy esetleges biológiai támadás esetén. Emellett felhívja a figyelmet és óvatosságra inti az egyébként hatékony nemzeti jelentő rendszerrel rendelkező nemzetek figyelmét is egy közös, NATO rendszer kiépítésének fontosságára.

Az ún. *közel valós idejű jelentő rendszer kiépítése* elkezdődött, a sikeres kipróbálás 2008. őszén a koszovói hadszíntéren megtörtént. A központ elemző része Münchenben kerül létrehozásra 2009. során, mintegy 6-8 fős nemzetközi részvétellel. Fontos megjegyezni, hogy a tervezett rendszer intenzív adatcserét biztosít az olyan civil résztvevők, mint a műveleti területen jelenlévő WHO, vagy nemzeti intézmények számára is. Ily módon ez az együttműködés nemcsak egy katonai adatbázis létrehozását célozza meg, hanem előfeltétele



annak is, hogy a települt katonai erőkkel szemben kifejtett esetleges támadások által elkerülhetetlenül okozott civil veszteségeket is csökkentse.<sup>14</sup>



6. ábra Az egészségügyi surveillance rendszer összetevői. Forrás: Robert Webb előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 15.

A tömegpusztító fegyverek alkalmazása esetén az **egészségügyi támogatásnak komplex**-nek kell lennie, amibe a fentiekén túl olyan területek is beletartoznak, mint a kórokozók kimutatása, a mentesítés (dekontamináció), a szükséges közegészségügyi, járványügyi rendszabályok (elkülönítés, fertőtlenítés, karantén, stb.), a speciális gyógykezelés, a speciális kiürítési módszerek és eszközök. Különös figyelmet és hangsúlyt kell fordítani az esetleges **pszichés és szociális** következményekre mind a katonai, mind a civil áldozatok esetében.

**Stabilizációs műveletek támogatása, humanitárius segítségnyújtás területén:** A stabilizációs műveletekben és a konfliktus utáni újraépítéshez nyújtott katonai támogatás növekvő jelentősége magával hozta a katona-egészségügyi támogatásnak *civil lakosság felé*

<sup>14</sup> COMEDS(MMSG)D(2008)0001 COMEDS Update Report on the Disease Surveillance System, 2008.márc.25 [https://nsa.nato.int/protected/forumdocuments/COMEDS\(MMSG\)D\(2008\)0001%20DSS%20Update%20Report.pdf\\_123\\_20080403081404.pdf](https://nsa.nato.int/protected/forumdocuments/COMEDS(MMSG)D(2008)0001%20DSS%20Update%20Report.pdf_123_20080403081404.pdf) [2009.07.09]

*történő kiterjesztését.* Ez nem esik ugyan egybe az egészségügyi szolgálat „sui generis” feladatával és képességeivel, de vannak olyan körülmények és a műveletnek olyan fázisai, amikor csak katonai képességek alkalmazásával érhető el a kívánt eredmény.

A katona-egészségügyi erők önmagukban ***nem képesek teljes körű ellátást nyújtani*** a civil lakosság részére, mivel általában nem rendelkeznek olyan szakmák képviselőivel, amelyek elengedhetetlenek a civil ellátásban, viszont teljesen feleslegesek a hagyományos katonai műveletek esetében, mint például a gyermekgyógyász, szülész-nőgyógyász vagy gerontológus. Az érvényes NATO doktrína<sup>15</sup> szerint csak civil célokra külön képességcsomag nem fejleszthető ki, tehát a humanitárius műveletek önmagukban nem lehetnek haderő-generáló tényezők. Így a képességek és a jövőben várható műveletek nyilvánvaló szükségletei közötti képességrést más eszközökkel kell áthidalni. Ilyen megoldásnak tűnhet a szükséges és elérhető eszközök humanitárius műveleteket is figyelembe vevő számbavétele a ***Védelemtervezési Kérdőíven*** (Defence Planning Questionnaire, DPQ) keresztül. Ez annál is inkább járható útnak tűnik, mivel néhány tagország nemzeti feladatrendszeréből eredően fenntart bizonyos ilyen jellegű képességeket és eszközöket akár aktív, akár tartalékos szervezetben, illetve civil szereplőkkel történő együttműködés igénybevételével.

*A válságreakáló műveletek és annak részeként a humanitárius jellegű missziók egyre növekvő fontosságuk és térnyerésük miatt külön fejezet részben kerülnek részletes megtárgyalásra.*

**A civil szervezetekkel történő együttműködés:** A nemzetközi szervezetekkel létrejött kölcsönös kapcsolatok nagy hatással lehetnek a válságreakáló műveletek egészségügyi támogatásának sikerére, különösen igaz ez a humanitárius és az újjáépítési jellegű műveletek esetében. Az egészségügyi terület egy termékeny és hatékony közeg az együttműködésre, mivel az egészségügyi ellátás alapelvei nagyrészt azonosak, ami nem mondható el más katonai szakma és funkcionális terület vonatkozásában. Más részről sokszor a biztosításban résztvevő különböző nemzetközi (állami és nem állami) résztvevők nagy száma és sokszínűsége rendkívüli koordinációs erőfeszítést igényel a megfelelő hatékonyság elérése érdekében, amit nem mindig sikerül biztosítani.

Hogy ez a terület mennyire gyerekcipőben jár még, jelzi, hogy a NATO katonai, illetve civil oldala közötti egészségügyi megállapodás<sup>16</sup> csak 2007-ben került megkötésre, annak

<sup>15</sup> AJP 4.10 (A) 2003.dec. <http://www.nato.int/docu/stanag/ajp4/ajp-4.pdf> [2009.07.09.]

<sup>16</sup> COMEDS –JMC Letter of Intent 2008.nov, [www.nato.int/issues/cep/cep\\_newsletter\\_06e.pdf](http://www.nato.int/issues/cep/cep_newsletter_06e.pdf) [2009.07.08]

viszonylag alacsony szintje (szándéknyilatkozat) egyértelműen jelzi egyes nemzetek részéről tapasztalható ellenállást a szorosabb együttműködés iránt.

### **I.2.6 A válságreagáló műveletek jellemzői**

Mint ahogy arra a fentiekben már több utalás is történt, és ahogy azt az érvényben lévő NATO doktrína is kifejti,<sup>17</sup> rövid és középtávon a kisebb léptékű, nem 5. cikk szerinti, vagy válságreagáló (Crisis Response Operations, CRO) műveletek válnak a legelterjedtebb műveleti formává, ezért mindenképpen indokoltnak látszik e területet bővebben áttekinteni és elemezni.

Az ilyen típusú műveletek meghatározó egészségügyi jellemzői a következők:

- a. Összhaderőnemi jelleg: a műveletekben egynél több haderőnem vesz részt (szárazföldi, légi és haditengerészeti erők, különleges erők);
- b. Többnemzeti törzsek és haderő struktúrák részvétele;
- c. Változatos és általában sokkal alacsonyabb egészségügyi személyi veszteségi arányok, mint az 5. cikk szerinti műveletek esetében;
- d. A békeidőbeli ellátás színvonalához lehető legközelebb álló színvonalú egészségügyi ellátás nyújtása iránti elvárás és igény;
- e. A környezeti és az ipari eredetű ártalmak és kockázatok előtérbe kerülése, amelyek meghatározzák a pontos egészségügyi információkon alapuló preventív egészségügy iránti elvárásokat;
- f. Magas szintű médianyilvánosság és lefedettség, a téma megnövekedett hírértéke, mely ráirányítja a közfigyelmet az egészségügyi ellátásra, befolyásolva ezzel a csapatok morálját és a közvélemény támogatását;
- g. Fokozottabb együttműködés a civil nemzetközi szervezetekkel.

---

<sup>17</sup> AJP 4(A) Allied Joint Logistic Doctrine, NATO, 2003.dec [www.nato.int/docu/stanag/ajp4/ajp-4.pdf](http://www.nato.int/docu/stanag/ajp4/ajp-4.pdf)  
[2009.07.08]

## I.2.7 A válságreagáló műveletek felosztása<sup>18</sup>:

### A. Béketámogató műveletek

1. Válságmegelőzés
2. Békefenntartás
3. Békekikényszerítés
4. Béketeremtés
5. Békeépítés
6. Humanitárius műveletek, amelyen belül megkülönböztethetők
  - Katasztrófa kárenyhítő műveletek
  - A menekültek és az elűdözöttek részére történő segítségnyújtás
  - Humanitárius segítségnyújtás

### B. Humanitárius műveletek (önálló) nem a béketámogató művelet részeként

1. Katasztrófák következményeinek felszámolása
2. A menekültek és elűdözöttek részére történő segítségnyújtás
3. Humanitárius segítségnyújtás

### C. Kutató-mentő műveletek

A béketámogató műveletek olyan többfunkciós műveletek, amelyek a hosszú távú politikai megállapodás- megoldás elérése céljából kerülnek megtervezésre, - általában ENSZ, EBESZ vagy NATO mandátummal rendelkeznek, a katonai erő alkalmazása mellett diplomáciai és humanitárius szervezetek is bevonásra kerülnek és egyik legfontosabb jellemzője a **pártatlanság**.

A pártatlanság- amely mindkét rész felé történő előítélet és kedvezményezéstől való mentességet jelent - nem keverendő össze a semlegességgel. A semlegesség passzív fogalom, amely behatárolja a flexibilitást és a kezdeményezőképeséget. A részrehajlás nélküiség ellentétben a semlegességgel megkívánja az elvek, a mandátum, vagy mindkettő bizonyos fokú mérlegelését és értékelését, vagyis nagyobb mozgásteret és lehetőséget, ami által jobb határfokot is biztosít. Természetesen fel kell készülni arra, hogy a kezdetektől fogva valamelyik, vagy mindkét oldal gyakorlatilag minden lépésünket részrehajlással fogja illetni, amit azonnal és a lehető leghatározottabban vissza kell utasítani, illetve demonstrálni kell az ellenkezőjét.

<sup>18</sup> Farkas Tibor: Válságkezelés, válságreagáló műveletek, Hadtudományi Szemle, 2008/1.1.évf. , Budapest, <http://hadtudomanyiszemle.zmne.hu/files/2008/1/ft.pdf> [2009.07.08]

**Válságmegelőzés:** A művelet célja a nevében benne foglaltatik, amely célt a különböző diplomáciai kezdeményezéseken keresztül a haderő megelőző alkalmazásának lehetősége révén próbálják elérni. Ide tartoznak még a különböző tényfeltáró küldetések, konzultációk, figyelmeztetések, figyelőrendszer felállítása, ellenőrzések végzése, valamint az embargó bevezetése és a civilek evakuálása.

**Békefenntartás:** három jól elkülöníthető tevékenységi formából áll, melyek a

- megfigyelői - jelentési feladatok végzése,
- szétválasztás, mely célja a tűzszünetet követően a szembenálló felek elkülönítése,
- békés átmenethez történő segítségnyújtás, mely a béke megvalósításához szükséges civil intézményrendszer felállításáig tart.

**Békekikényszerítés:** erőszakos jellegű műveletek, melyek célja a béke biztosítása, annak újbóli megvalósítása, vagy a mandátum határozatainak betartatása. Akkor kerül alkalmazásra, amikor a szembenálló felek nem tudnak egymással megegyezni, illetve a megegyezésük bizonytalan. Hangsúlyozandó, hogy az ilyen típusú művelet nem az ellenség felszámolására irányul, hanem arra, hogy a szemben álló feleket egy bizonyos (a mandátumból eredő) cselekvési változat megvalósítására kényszerítse. Fenti célkitűzések különböző szankciók és embargó bevezetésével, repüléstilalmi övezetek és védett területek létrehozásával, a humanitárius tevékenységeknek biztosított védelmen keresztül érhetők el.

**Béketeremtés:** a válság kitörése utáni olyan, elsősorban diplomáciai jellegű erőfeszítéseket takar, mint a közvetítés, egyeztetés, diplomáciai nyomásgyakorlás, nemzetközi elszigetelés, szankciók bevezetése és egyéb, az Észak-atlanti Tanács által elrendelt műveletek. Ámbár a béketeremtés elsősorban diplomáciai eszközöket használ, a katonai erő indirekt (tervezés, személyügyi támogatás), vagy direkt úton történő alkalmazása is szóba jöhet.

**Békeépítés:** A békeépítő műveletek célja a még törékeny béke megszilárdítása az azt elősegítő politikai, gazdasági és katonai jellegű intézkedések támogatásával lehetőleg a konfliktust kiváltó ok megoldásán keresztül. Olyan tevékenységek tartoznak ebbe a körbe, mint a fegyveres erők/fegyverzetek kivonásának felügyelete, aknamentesítéshez történő segítségnyújtás, a polgári infrastruktúra felélesztésének támogatása, a határok megfigyelése, vagy az új politikai struktúrák kialakításának támogatása.

**Humanitárius műveletek:** Mint ahogy a felosztásból is látszik a humanitárius műveletek a béketámogatás részeként, vagy attól függetlenül, önálló műveletként is megjelenhetnek. A fő cél mindkét esetben az emberi szenvedés enyhítése. A katonaság által végzett ilyen irányú tevékenység időben megelőzheti, vagy egyidejűleg is történhet a erre szakosodott civil szervezetek tevékenységével. Mindenképpen le kell szögezni azonban, hogy a humanitárius segítségnyújtás elsősorban az erre szakosodott civil, nemzeti, nemzetközi, állami vagy nem-állami szervezetek és ügynökségek, - úgymint OCHA vagy UNHCR - feladata. Ha egy béketámogató művelet során sürgető humanitárius segítségnyújtás válik szükségessé, az adott béketámogató erő rendelkezik a szükséges forrásokkal a felmerülő feladatok elvégzésére és koordinálására. Fentiek azonban rendszerint egy műveletnek csak a kezdeti, kritikus fázisára vonatkoznak, amikor a szükséges polgári eszközök még nem állnak rendelkezésre.

Humanitárius jellegű feladatokhoz tartozik például a humanitárius konvojok biztosítása, segítségnyújtás a menekülteknek – ideértve az országon belülieket is -, a segélyek szállítása, egészségügyi támogatás, valamint a nélkülözhetetlen infrastrukturális javítások, illetve beruházások elvégzése.

### **I.2.8. Katona-egészségügyi segítségnyújtás humanitárius és katasztrófa kárenyhítési műveletekben**

Az egészségügyi támogatásnak az MC 326/2-ben felsorolt **elvei nem változnak** meg attól a tényről, hogy az erők humanitárius jellegű műveletben kerülnek alkalmazásra. Saját erőknek a küldetés jellegétől függetlenül ugyanazt a szintű ellátást kell biztosítani.

### **I.2.9. Konvenciók, elvek és jogi vonatkozások:**

- A NATO, és általában a katona-egészségügy csak akkor avatkozik be, ha a szakági nemzeti szervezetek nem megfelelőnek, elégtelennek bizonyulnak, illetve teljesen hiányoznak.
- A NATO, és általában a katona-egészségügy csak abban az esetben kerül telepítésre, amennyiben az nem veszélyezteti a katonai szervezet készenléti állapotát.
- A katona-egészségügyi segítségnyújtás a fogadó ország részére térítésmentes. A nemzetközi szervezetek felé a költségvonzatok érvényesíthetők.

- A katoná-egészségügyi segítségnyújtás biztosítására csak valamely nemzetközi szervezet, vagy a megsegítendő ország részéről megfelelő politikai autoritástól eredő felkérést követően kerülhet sor.
- Jogi vonatkozásban egyértelmű iránymutatással kell rendelkezni, pl. az egészségügyi személyzet immunitására vonatkozó jogi garanciát már az alkalmazást megelőzően meg kell szerezni.

**A humanitárius segítségnyújtó missziók az alábbi területeken különböznek az egyéb típusú katonai alkalmazásoktól:**

- A katasztrófák, tömegszerencsétlenségek bekövetkezése és a hatékony egészségügyi eszközök telepítése között az esetek nagy részében jelentős idő telik el. Egészségügyi nyelvre lefordítva ez azt jelenti, hogy az akut betegek nagy része vagy elhalálozik, vagy pedig más szervezetek látják el. *Az igény bizonyos ellátási formákra és tevékenységekre úgymint a triage, vagy a sürgősségi sebészi jellegű beavatkozásokra a korábban feltételezettnél sokkal kisebb.* Mindamelllett az osztályozás jelentősége a tömeges személyi veszteséggel járó szituációkban nem csökken és azt minden adandó alkalommal és szinten el kell végezni.
- A katasztrófák által veszélyeztetett populáció nagymértékben különbözik a katonai jellegű műveletekben veszélyeztetettekétől. Az előbbieken a nagyon idősek, a nagyon fiatalok, az előrehaladott várandósok, a krónikus sorvasztó betegségek által legyengítettek jelentik az ellátás célcsoportját, amely kategóriák a katonaságon belül nem fordulnak elő.
- Amíg a harccselekmények általában egyfajta speciális egészségügyi támogatást igényelnek, addig a humanitárius segítségnyújtásnak nagyon sokféle és különböző formája lehet. Az egészségügyi ellátásnak az adott szituációnak megfelelő és arra jellemző elvárásokat kell kielégítenie, amely a **természeti katasztrófák** (áradás, éhínség, földrengés és vulkáni tevékenység) széles skáláján át az **ember által okozott katasztrófák** következtében kialakuló menekültáradat egészségügyi támogatását jelenti.

**Az egészségügyi támogatás alapelvei humanitárius segítségnyújtó műveletekben**

A NATO többnemzeti (had)műveletei egészségügyi támogatásának elvei jó kiindulási alapot jelentenek a humanitárius műveletek vonatkozásában is. Amikor katoná-egészségügyi eszközök telepítése merül fel humanitárius segítségnyújtás céljából, világosan kell látni a

segítségnyújtás filozófiáját, ami elengedhetetlen az érintett lakosság lehető legjobb rövid és hosszú távú ellátásához.

Az ilyen típusú missziókban a siker eléréséhez az alábbi alapvetések betartása elengedhetetlen:

- Az érintett populációt minden eszközzel bátorítani kell a saját magukról történő gondoskodásról;
- Az érintett területen az eredeti status quo –hoz való minél gyorsabb visszatérés érdekében hosszú távon kerülni kell a „segítségnyújtási” függőség kialakulását;
- Mivel a katasztrófa már megtörtént, a gyors segítségnyújtással és preventív jellegű intézkedésekkel annak káros utóhatásait kell gyengítenünk;
- Mivel a katonai egészségügy mellett nagy valószínűséggel más szervezetek is bevonásra kerülnek, ezért nagy figyelmet kell fordítani a szervezetek közötti felelősségi körök meghatározására, megosztására, és az erőfeszítések koordinálására.

### **Személyügyi megfontolások**

A megfelelő személyek kiválasztásánál a küldetésből kell kiindulni. A szakmák és jártasságok „keverékének” meghatározásánál mindenekelőtt a feladat sajátosságait és a művelet földrajzi paramétereit kell figyelembe venni. Olyan alábbi igények is felmerülhetnek, amelyek egy „normál” katonai műveletben nem, vagy teljesen eltérő súllyal esnek latba:

- Megerősített preventív egészségügy: a preventív egészségügy minden ágában járatos szakértőkre van szükség annak érdekében, hogy a katasztrófa káros hatásai ne hatványozódjanak az adott terület infrastruktúrájának megrongálódása és elégtelensége következtében. Az esetleges járványügyi események csak egy részét képezik a lehetséges következményeknek. Általánosan véve a szűkös létkörülmények, valamint az alapvető higiénés feltételek és szolgáltatások hiánya nagymértékben hozzájárul és felerősíti az érintett lakosság egészségügyi állapotának romlását.
- Az állomány kiválasztása. A résztvevő személyzet kiválasztásánál a szakmai kvalitásokon túlmenően az egyén egészségügyi állapota a meghatározó. A kiválasztott állománynak fittnek és egészségesnek kell lennie, hogy bírja telepítésből és a klimatikus körülményekből eredő megpróbáltatásokat.



## **Az erők és tevékenységek koordinálása**

A lehető leghatékonyabb és költségkímélőbb munkavégzés érdekében célszerű a feladatokat összehangolni a műveletben résztvevő egyéb állami és nem-állami szervezetekkel. Megfelelő koordinálási tevékenységgel el lehet kerülni:

- a duplikációt,
- bizonyos létfontosságú szolgáltatások terjedelmének és színvonalának csökkenését, illetve elmaradását és
- a költségek emelkedését.

### **I.2.10. Az egészségügyi támogatás koncepciója humanitárius segítségnyújtó műveletekben:**

A humanitárius műveletek jellemzői és az általános megfontolások után növekvő fontosságára való tekintettel az alábbiakban ismertetésre kerül az ilyen típusú műveletek egészségügyi támogatásának *részletes elgondolása* a művelet teljes életciklusa vonatkozásában.

Az egészségügyi támogatás megtervezése, végrehajtása és irányítása nehéz és komplex feladat. A feladat megfelelő ellátása érdekében az egészségügyi törzsnek jól képzettnek, kellő tapasztalattal és gyakorlattal bírónak kell lennie, megfelelő kapcsolattal kell rendelkeznie a terepen tevékenykedő egészségügyi egységekkel, az eljárással és az ENSZ különböző hatóságaival (OCHA, UNHCR).

Az ilyen típusú műveletekben az egészségügyi ellátásnak **két fázisa** van:

**Helyzetfelmérési fázis:** Ebben a fázisban kerülnek meghatározásra az egészségügyi szükségletek és prioritások. Meghatározásra kerülnek az adott populációra jellemző egészségügyi (betegségügyi) mutatók, azok megoszlása, trendje, az azokra kihatással levő tényezők (kulturális, szociális), valamint a meglévő egészségügyi rendszer hatékonysága. Ez az elemzés vagy az előzetes egészségügyi felderítés részeként, vagy a misszió kezdeti szakaszában kerül elvégzésre.

**Megfigyelési (surveillance) fázis:** Ebben a szakaszban folyik az egészségügyi és tápláltsági állapot, valamint a járványügyi helyzet nagy odafigyelést és figyelmet igénylő monitorozása. A surveillance rendszer célja ebben az esetben az egyén és a populáció egészségügyi

szükségeinek meghatározása. A szükségletek kielégítésének dinamikája és sikere a rendszeren keresztül figyelemmel kísérhető.

A humanitárius segítségnyújtó műveletek során nem valószínű, hogy az ellátás teljes vertikuma (ROLE 1-4) telepítésre kerül. Mindazonáltal ebben a szituációban is érvényesek a különböző szintekkel szemben a korábbiakban már felsorolt képességi elvárások.

***Ami minden, az adott humanitárius műveletben résztvevő személytől elvárható, az az elsősegélynyújtásra való képesség.***

Az ENSZ-el való együttműködés esetén figyelembe kell venni, hogy egészségügyi szervezeteik ellátási szintjei és képességei nem felelnek meg egy az egyben a NATO-ban használt klasszifikációnak, tehát a kellemetlen félreértések és magyarázkodások elkerülése érdekében a megfelelő kapcsolattartásra és a kommunikációra kiemelt figyelmet kell fordítani.

El kell kerülni új, ***helyi kórházak létrehozásával való kísérletezést***, mivel azok jelentős szakember, műszer, és anyagellátási vonzattal járnak és hatékonyságuk a katonai erők kivonása után ritka kivételtől eltekintve erősen csökken. Ha kórházi kapacitásra van szükség, célszerű megfontolni a már létező helyi kórház támogatását, vagy a különböző nem-állami humanitárius szervezetek által fenntartottak igénybevételét.

Humanitárius segítségnyújtó műveletek környezetében a zsúfoltság, a szegényes környezeti infrastruktúra és leromlott közegészségügyi állapotok miatt mindig fokozott járványügyi veszéllyel kell számolni. Példaként felhozható az alultápláltság és fertőző betegségek előfordulása közötti korreláció, például gyerekek enterális fertőzései, vagy kanyaró előfordulása vonatkozásában.

***Hangsúlyozni kell, hogy az esetleges immunizálás és kemoprofilaxis a komplex egészségügyi támogatás része. A tömeges járványok megelőzése szempontjából legfontosabb az általános és a speciális higiénés rendszabályok, járványvédelmi intézkedések szigorú betartása.***

A humanitárius műveletek során általában jelentkező „tömegimmunizálási nyomás” kivédésére az alábbi érvek hozhatók fel:

- a fertőző betegségek és a halálozások általában az alultápláltságra vezethetők vissza, amely értelemszerűen védőoltással nem előzhető meg.

- Az immunizációs programok kivitelezése és a vakcinákkal kapcsolatos teendők (a hűtlánc biztosítása, a felhasználás felügyelete) nagyszámú stábot igényelnek. A feladat önmagában nem bonyolult, viszont nem biztos, hogy a meglévő erőforrások felhasználásának ez a leghatékonyabb módja.
- Fentiek alóli kivételt a kanyaró és a járványos gyermekbénulás elleni védőoltási kampányok minél korábbi megszervezése és végrehajtása jelenti a menekülttáborok gyereklapulációja körében. Ennek a tevékenységnek még az erőforrások szűkös volta esetében is magas prioritást kell biztosítani. Az egyéb vakcinációs tevékenységek vonatkozásában általában az a mérvadó, hogy azokat az adott befogadó ország immunizációs programja keretében, vagy legalábbis azzal összhangban kell, vagy lehet végezni, figyelembe véve az adott terület járványügyi helyzetét.

**Egészségügyi kiürítés:** A kiürítéssel kapcsolatos összes tevékenység alapvetően a veszélyeztetett ország egészségügyi hatóságainak a feladata és felelőssége, amely ez irányú tevékenységét össze kell hangolja a jelenlevő katonai és polgári szervezetekkel.

**Vérellátás:** Saját (nemzeti) betegek vérellátásáért a nemzeti részlegek a felelősek. A katasztrófa áldozatainak vérellátását a lehetőség szerint centralizáltan, a fogadó ország által megszervezve és költségén kell kialakítani.

**A betegek általános jólléte** az egészségügyi ellátás és ezzel együtt a tervezés fontos része. Ide tartozik a *levelezés* zökkenőmentes biztosítása, a *hozzátartozók kiértéslése*, az esetleges személyügyi feladatok kezelése, a *lelki jóllét* és a *vallási szertartásokhoz való hozzáférés* biztosítása.

#### **Az egészségügyi támogatás tervezése:**

A humanitárius segítségnyújtó műveletek egészségügyi támogatása mind természetében, mind pedig a hatókörét illetően különbözik a „szokványos” katonai műveletek biztosításától. A humanitárius segítségnyújtó műveletek egészségügyi tervezését minden esetben célorientáltan kell végezni. A lehetséges katasztrófák kárenyhítő műveletek eltérő természete nagyon megnehezíti bármilyen használható általános terv kidolgozását, ugyanis a katasztrófák bármikor, bárhol, előre nem megjósolható módon bekövetkezhetnek. Átfogó és érdemi tervezői

munkát csak az ENSZ illetékes szervének felkérése után elvégzett felmérések és értékelések birtokában lehet elkezdeni.

Maga a tervezési folyamat **követi az általános műveleti tervezést** azzal, hogy annak kellően flexibilisnek és alkalmazkodásra képesnek kell lennie a humanitárius segítségnyújtó művelet küldetéséhez és szituációjához.

Az ellátás terjedelmének paramétereit a lehető leghamarabb meg kell határozni, ugyanis ez a kiindulási alapja a további tervezésnek. Ennek jóváhagyása után be kell tervezni a szükséges erőforrásokat. Ez egy eléggé általános jellegű lista, példaként felhozható a WHO idevonatkozó ajánlása, amely a humanitárius műveletek nagy részében alkalmazható. Ez a következőket tartalmazza:

- kellő tápláltsági állapot elérése;
- biztonságos ivóvízellátás megteremtése;
- alapvető higiénés szolgáltatások biztosítása;
- anya és gyermekvédelem (családtervezés);
- a leggyakoribb betegségek és sérülések megfelelő kezelése;
- immunizálás;
- az endémiás betegségek megelőzése és felügyelete;
- az adott helyzetnek megfelelő egészségügyi nevelési programok lebonyolítása.

A humanitárius segítségnyújtó műveletek során a NATO-erők várható személyi vesztesége a katasztrófa természetétől, a telepítés időszakában az érintett országban uralkodó állapotoktól és a környezeti feltételektől függ. A veszteségre vonatkozó előrejelzések a helyszíni bejárás, valamint az adott ország hatóságaival és az ENSZ OCHA-val történő megbeszélések tapasztalatai alapján készülnek. Az egészségügyi támogatás egészének formáját és képességeit alapvetően az ún. **betegség és nem harci eredetű sérülés** (Disease, Non- Battle Injury, DNBI) előfordulási arányai, valamint a résztvevő erők földrajzi megoszlása határozza meg, amely adatok lehető leghamarább történő meghatározása a megfelelő tervezés szempontjából létfontosságú.

A tervezéshez szükséges felderítési adatoknak széleskörűnek, gyorsan hozzáférhetőnek és naprakésznek, továbbá saját erőink védelme érdekében annak legalább olyan részletesnek kell lennie mint ahogy az egy általános válságkezelő (had)műveletet megelőzően történik.

A „hagyományos” műveletek egészségügyi felderítési kérdéseit humanitárius műveletek esetében az alábbiakkal szükséges kiegészíteni (a humanitárius művelet tervezői „ellenőrző listája”):

**Az általános helyzettel kapcsolatban:**

- Milyen jellegű a katasztrófa és kialakulásának közvetlen előzménye?
- Milyen jellegű egészségügyi problémákkal kell várhatóan szembenézni?
- Ha a katasztrófa mesterséges, nehezíthetik-e a műveletet bizonyos politikai/katonai tényezők?
- Biztosított-e az áldozatokhoz való hozzáférés?
- Várható-e a szomszédos országokkal való együttműködés?
- Milyen jellegű humanitárius segítségre van szükség?
- Mik az irányelvek a médiával kapcsolatban?
- Várható-e a szomszédos országok vonatkozásában a műveletnek valamilyen negatív következménye?

**Az áldozatokkal kapcsolatban:**

- Mennyi az áldozatok száma és melyek a vezető sérülésfajták?
- Mi az áldozatok feltalálási (földrajzi) helye?
- Milyen egészségügyi állapotokat idézett elő a katasztrófa?
- Milyen a nem és kor szerinti összetétel?
- Milyen az etnikai összetétel?
- Vándorló életmódot folytatnak?
- Milyen táplálkozási szokásokkal, sajátosságokkal bírnak?
- Milyen elhelyezési körülményekhez szoktak?
- Milyen a higiénés-közegészségügyi színvonaluk?
- Alultápláltak-e?
- Milyen a mortalitási arány?
- Mennyire elesettek és kiszolgáltatottak?
- Milyen volt az egészségügyi állapotuk a katasztrófa előtt?

**A helyi hatóságok vonatkozásában:**

- Várhatóan a helyi hatóságok támogatóan viszonyulnak-e a humanitárius segítségnyújtáshoz vagy nem?
- A helyi hatóságok tisztában vannak-e a humanitárius műveletekre vonatkozó nemzetközi jogszabályokkal?
- Megbízható-e a helyi hatóságok által nyújtott információ?
- Milyen egészségügyi képességekkel és kapacitásokkal rendelkezik a fogadó ország?

#### **Az anyagellátás és utánpótlás kérdésköre:**

- Várhatóan melyek a személyi állománnyal szemben támasztott követelmények?
- Mik a várható anyagigények?
- Várhatóan milyen problémákkal kell az egészségügyi szolgálatnak megbirkóznia a helyszínen?
- Kinek a feladata az érintett populáció ellátásához szükséges anyagok biztosítása?
- Miként lesz a vér -és vérkészítményekkel való ellátás megoldva?
- Hogyan valósul meg az anyagok kiszállítása?
- Milyen módon fog megvalósulni az anyagok ellenőrzése és felügyelete?
- Milyen lesz az anyagok raktározásának rendje?
- Biztosított-e a személyzet és az anyagok kiszállítása a kirakó pontról a célállomásra?
- Mik a prioritások?

A betegek és az egészségügyi szükségletek jellegének eltérő volta miatt a humanitárius segítségnyújtó műveletek egészségügyi támogatásának nem egy megadott sablon szerint, hanem mindig az *adott műveletre szabottan* kell történnie. Az, hogy minden művelethez automatikusan, „rutinból” valamilyen *tábori kórházat küldjünk, hibás megközelítés*. Ilyenkor egy sor olyan speciális megfontolás és szempont is felmerül, ami egy átlagos katonai (had)művelet esetében hiányozhat. Ezek nagy része az alapos és részletes egészségügyi felderítés során fog tisztázódni, de léteznek olyan alapelvek is, amelyeket mindig szem előtt kell tartani, úgymint:

- **A katasztrófa típusa:** a különböző forgatókönyvek eltérő válaszokat igényelnek. Az éhség, az árvíz, a menekült szituációk nagy valószínűséggel nem fogják megerősített sebészcsoportok telepítését igényelni, egyidejűleg komoly igény merülhet fel alapellátási és ápolói kapacitás vonatkozásában. Másrészről például földrengések és vulkánkitörések esetében nagyszámú és tapasztalt sebészi jelenlétre van szükség.

- **A helyi lakosság elvárásai:** A helyi lakosság egészségügyi ellátásának korábbi színvonala szintén jelentős súllyal esik latba a telepítendő ellátás szintjének megtervezésénél. Alacsony szintű elvárások esetén magasan szakosított képességek telepítése nem kívánatos hatást érhet el. Nem biztos, hogy értelme van pl. egy beteg esetében elkezdni egy bonyolult eljárást és a művelet befejezésével hazatérni és hátrahagyni a még további beavatkozásra váró beteget egy olyan országban, ahol ennek sem a tárgyi sem személyi, sem pedig a kulturális feltételei nincsenek meg.

### I.3. A katona-egészségügy hazai helyzetének összefoglalása a rendszerváltást követő időszakra vonatkozóan

Az értekezés nem szándékozik részleteiben elemezni a magyar katona-egészségügy hazai fejlődését, nehézségét és eredményeit, mert azt Svéd László<sup>19</sup> PhD értekezésében minden részletre kiterjedően elvégezte és amelynek megállapításai és következtetései a mai napig is minden részletükben érvényesek és helytállóak. Ez az állítás igaz Békési Lívia<sup>20</sup> dolgozatára is a tevékenység közegészségügyi- munkaegészségügyi vetületére vonatkozóan.

Fenti forrásokat - szigorúan csak a jelen értekezés céljának szemüvegén keresztül nézve - az alábbiakban lehet összefoglalni illetve az alábbi fontos megállapításokat lehet leszűrni:

- Fenti időszakban a magyar haderő többször átalakításra került, de a mindenkori műveletekben alkalmazott egészségügyi támogatási rendszerek, elvek és eljárások, valamint az ország katona-egészségügyi szervezetének felépítése és működési filozófiája között **semmilyen összefüggés sem fedezhető fel**. A műveletek biztosításának megszervezésekor egyértelműen az egészségügyi eljárások mikéntje és a missziós tapasztalat a döntő.
- A Magyar Honvédség mindenkori (vizsgált időszakon belüli) egészségügyi szervezetét ideértve az alárendeltségi viszonyokat<sup>21</sup> is, sohasem az aktuális kihívások jelentette **követelmények és a hatékonyság** alakították, hanem a létszámleépítés és racionalizálás álcájába bújtatott, jó és kevésbé jó szándékú politikai tényezők és átszervezési kísérletek, amelyek ráadásul soha nem lettek következetesen végrehajtva.
- A politikailag marginálisan és jelentőségéhez képest alulkezelt, folyamatos képesség és kapacitásvesztésnek (időről időre felszámolásveszélynek is) kitett katona-egészségügy mindezek ellenére nemcsak hogy túlélte, hanem 1991-től minden jelentős válságócban tevékenykedve **jelentős nemzetközi elismertséget is szerzett**, melyek a betöltött magas nemzetközi egészségügyi beosztásainkon, illetve a magyar katona-egészségügyi állomány iránti keresettségén keresztül is lemérhetőek.

<sup>19</sup> Dr. Svéd László: 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, doktori disszertáció, ZMNE, Budapest, 2003, [http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved\\_laszlo.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf) [2009.07.08]

<sup>20</sup> Dr. Békési Lívia: A honvéd-munkaegészségügy helyzetelemzése, fejlesztésének irányelvei békeellátásban, illetve rendkívüli helyzetben, doktori disszertáció, ZMNE, Budapest, 2003, [http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi\\_livia.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi_livia.pdf) [2009.07.08]

<sup>21</sup> lást „C” Melléklet



- A fenti két jelenség egyidejű megléte egy *paradoxon*, mely egyértelműen - csak és kizárólag - a magyar katonaeorvosok és az egészségügyi szakszemélyzet világszínvonalú felkészültségével, elhivatottságával és önfeláldozásával magyarázhatóak és nem magából a rendszerből erednek. Ennek megfelelően az elért elismertséget és tekintélyt:
  - nem költséghatékonyan és sokszor improvizálva
  - szinte erőnkön és lehetőségeinken felül
  - a megszerzett műveleti tapasztalatok nem kellő hasznosításával
  - végső soron csak a humán és pénzügyi erőforrásaink végletekig történő kihasználásával tudtuk biztosítani.
- Minden nehézség ellenére azonban a Magyar Honvédség egészségügyi szervezetei jelenleg *még* - hogy meddig, az nem tárgya az értekezésnek - rendelkeznek egy szakmailag magasan képzett, NATO és missziós tapasztalattal rendelkező, **siker- és eredményorientált, pozitív értelemben szelektálódott** állománnyal, amely a saját erőik magas szintű ellátásán túl érdemben képes és kész hozzájárulni a Szövetség egészségügyi megújulásához, fejlesztéséhez is.

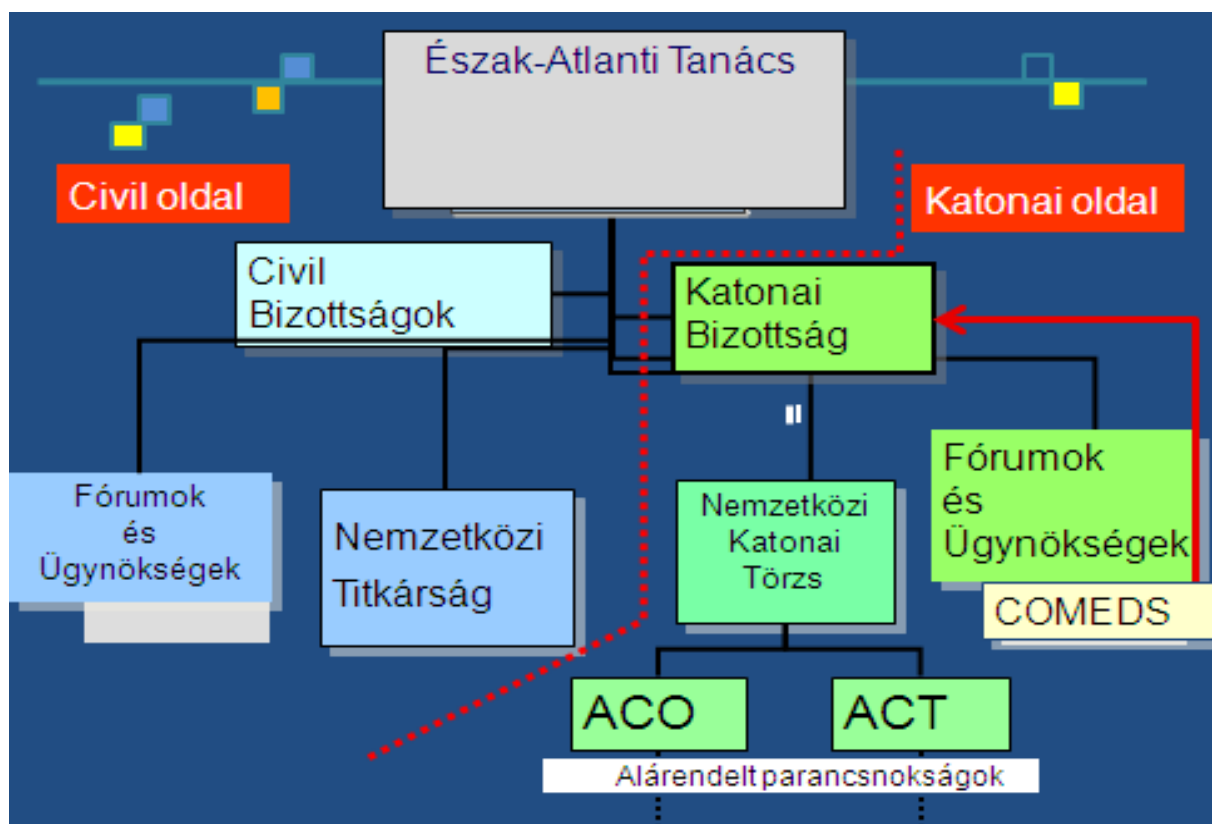
## Következtetések:

1. Az áttekintett időszakban a gyökeresen megváltozott nemzetközi feltételek magukkal vonták a NATO szakmai és működési feltételrendszerének jelentős változását is, beleértve az *egészségügyi támogatás iránt megnyilvánuló szakmai és társadalmi elvárásokat és igényeket*.
  
2. **Az egészségügyi támogatás feladata sokkal összetettebb és nehezebb lett, mert:**
  - módosult a NATO ambíciószintje,
  - jelentős minőségi változások történtek az irányelvekben és a doktrínában,
  - a technológiai fejlődés következtében jelentősen megrágtult az ellátás,
  - fokozódtak a társadalmi elvárások, érzékenyebbé vált a közvélemény, fokozott média figyelem irányult rá,
  - növekvő műveleti tempó mellett, elhúzódó műveletekben, gyorsan változó körülmények között zajlott,
  - fokozódtak a képességhiányok,
  - nőtt az együttműködés iránti igény a civil szférával,
  - távoli, ismeretlen műveleti terület, expedíciós jellegű műveletek miatt megnőtt az egészségügyi felderítés és a preventív medicina jelentősége.
  
3. Fentiek következtében fokozottabb igény jelentkezik a **töbfnemzeti egészségügyi támogatási struktúrák iránt**, aminek következtében előtérbe kerül a műveletben résztvevő országok részéről a megfelelő szintű *interoperabilitási képesség* elérése iránti igény, valamint nő a *közös kiképzés* szerepe.
  
4. A Magyar Honvédség egészségügyi szervezetei rendelkeznek egy *szakmailag magasan képzett, NATO és missziós tapasztalattal rendelkező*, siker-és eredményorientált egészségügyi állománnyal amely érdemben képes és kész hozzájárulni a Szövetség egészségügyi megújulásához, fejlesztéséhez.

## II. fejezet: A NATO egészségügyi rendszerének felépítése

### II.1. A parancsnoki struktúra egészségügyi szervezetei

A fejezet csak a NATO béke időszaki (Peacetime Establishment, PE) stratégiai és hadműveleti szintű parancsnoki struktúrájának egészségügyi szervezeteivel foglalkozik és nem terjed ki a különböző műveletek (Crisis Establishment, CE) vezetés-irányítási struktúrájára, illetve azok egészségügyi szervezeteire.



7. ábra: A NATO szervezetének sematikus felépítése. Szerkesztette Kopcsó István.

Amint azt az ábra is mutatja NATO HQ két nagy részből, a katonai, illetve a civil oldalból áll. A struktúra bonyolultságát jelzi, hogy a két oldalon jelenleg közel négyszáz szervezet, bizottság, vagy valamilyen ügynökség működik, helyel-közel ötven éve és változatlanul, ami utal a NATO döntéshozói mechanizmusának reagálóképességére és merevségére is. A jelenlegi főtitkár<sup>22</sup> többször is kísérletet tett a szervezet racionalizálására<sup>23</sup> és a két oldal munkájának összehangolására, de az különböző okok miatt mind a mai napig nem valósult meg.

<sup>22</sup> A dolgozat írásakor Jaap De Hoop Scheffer

A *katonai oldal* vezető testülete a Katonai Bizottság, mely egyben a NATO legfelső katonai szerve. Tagjai a tagállamok vezérkari főnökei, mely tagságukat a katonai képviselőiken keresztül gyakorolják.

### **II.1.1. A Katonai Bizottság feladatai:**

- javaslatokat tesz a NATO politikai vezetése számára olyan intézkedések megtételére, amelyeket a NATO területének közös védelme szempontjából szükségesnek ítélnék;
- ellátja a vezetési funkciókat a katonapolitikai és stratégiai kérdésekben;
- katonai kérdésekben irányelveket ad ki a NATO stratégiai parancsnokainak, akik feladataik végrehajtása során a Katonai Bizottságnak tartoznak felelősséggel.

A Katonai Bizottság az állandó képviselők részvételével hetente legalább egy alkalommal ülésezik, de szükség esetén bármikor összehívható.

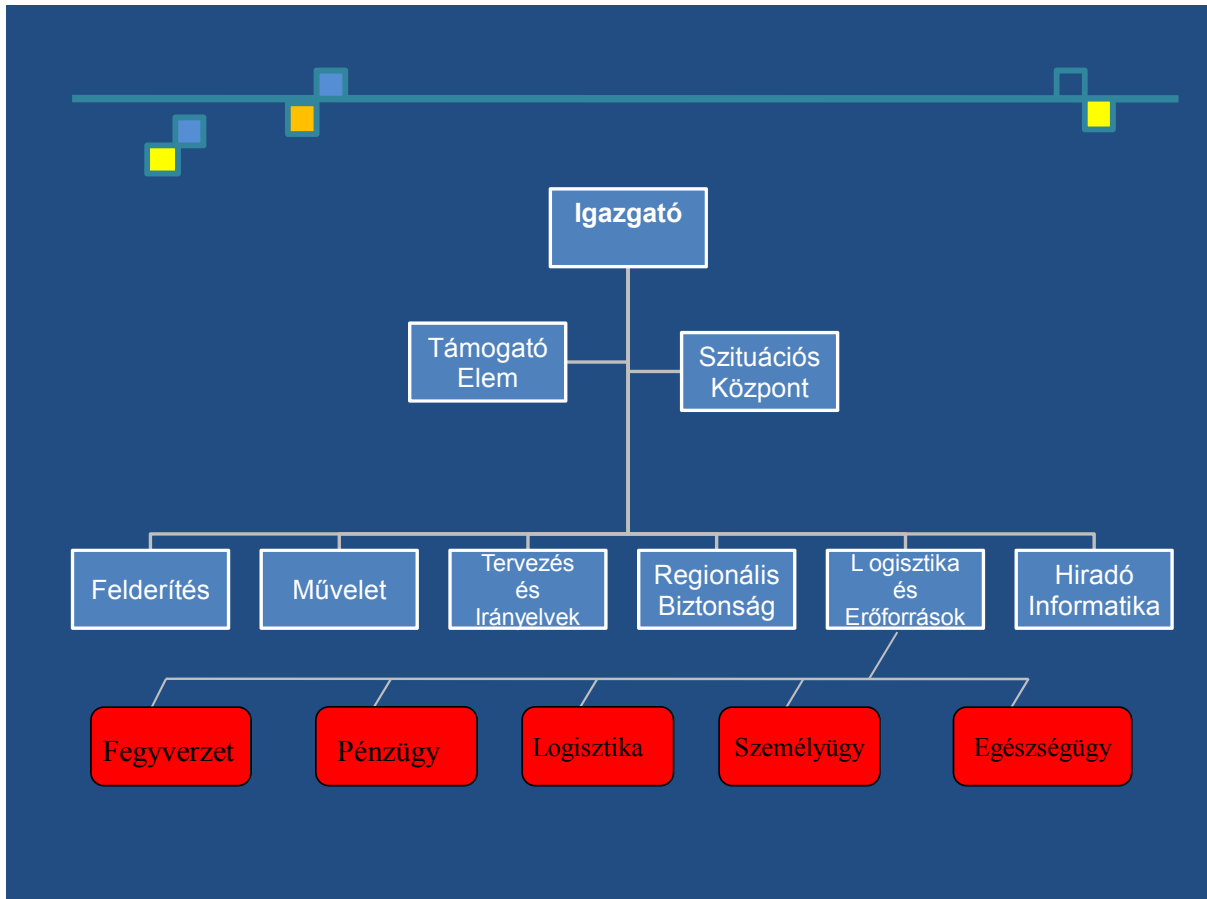
Ezen kívül évente három alkalommal a vezérkari főnökök szintjén tanácskoznak, kettőt ezek közül Brüsszelben és egyet pedig rotációs alapon, valamelyik NATO országban rendeznek.

A Katonai Bizottság *elnökét* a tagállamok vezérkari főnökei három éves hivatali időszakra választják meg, hatáskörét a Katonai Bizottság határozza meg, amelynek feladatai végrehajtása során minden tekintetben felelősséggel tartozik.

A Katonai Bizottság tevékenységét a tagországok katonai szakértőiből álló munkacsoportok, és a *Nemzetközi Katonai Törzs* támogatja.

---

<sup>23</sup> Például az SG(2005)0739, Away Day on NATO HQ Reform, 2005 okt. 18, vagy a SG(2009)0331, HQ Reform: Collaboration Between Political and Military, 2009. ápr.15.



8. ábra: A Nemzetközi Katonai Törzs szervezeti felépítése. Szerkesztette Kopcsó István.

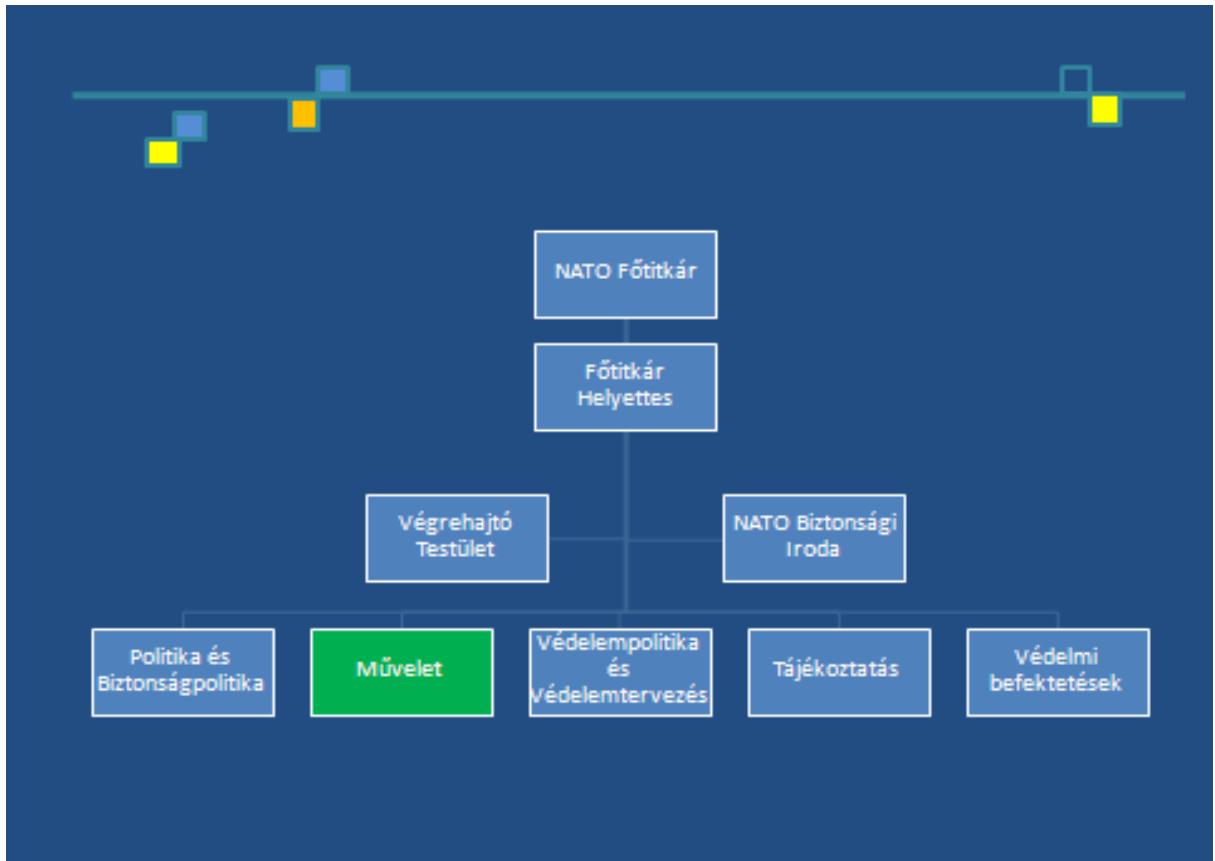
A *Nemzetközi Katonai Törzs* (International Military Staff, IMS) a Katonai Bizottság szakértői és tanácsadó szerve, amely, amint az 8. ábrából is látható lefedi a katonai funkciók teljes skáláját. A Törzs tanácsadói mivoltában *kettős feladatot lát el*: egyrészt közvetlenül elkészíti azokat az anyagokat, amellyel a Katonai Bizottság megbízza, másrészt megszűr és a nemzetekkel előzetesen egyeztet minden olyan anyagot, amelyek a stratégiai parancsnokságok irányából érkeznek és így értelemszerűen csak az adott parancsnokság nézőpontját képviselik.

Az egészségügyet egy mindössze két főből álló osztály képviseli, de ami itt igazán fontos az az, hogy egy 2004-ben történt átszervezésnek köszönhetően az egészségügy – mely korábban a logisztikai osztály egyik alosztályaként működött - *önálló osztály* besorolást kapott, ami minőségileg új szintet jelent mind a lehetőségeket, mind pedig a láthatóságot, illetve az érdekérvényesítő potenciált tekintve.

Az osztályvezetői beosztások az IMS-ben nem nemzethez kötöttek (kvótás), hanem pályázat útján nyerhetők el. *A magyar katona-egészségügy sikere, hogy ezt a beosztást két egymást követő ciklusban magyar katonaorvos tölti be.* Ha figyelembe vesszük, hogy minden, a Katonai Bizottsághoz döntéshozatalra, vagy tájékoztatás céljából bekerülő anyag az IMS osztályain megy keresztül, azok végzik az anyagok konszenzusos alapon „nemzetköziesítését”

könnyen belátható felmérhető az osztályvezetői beosztás fontossága és jelentősége. *Az, hogy ezt a befolyásos beosztást immáron 5. éve mi<sup>24</sup> töltjük be, jelentősen hozzájárult a magyarországi Katona-egészségügyi Kiválósági Központ elgondolásának nemzetközi elfogadtatásához, majd létrehozásához.* Az egészségügy következő nagy stratégiai célja ezen a területen, hogy a stratégiai parancsnokságokhoz hasonlóan az *osztály vezetője egyben a Katonai Bizottság vezetőjének egészségügyi tanácsadói funkcióját is ellássa*, ami az egészségügy befolyásának további jelentős erősödésével járna.

Amint az alábbi ábrából is kitűnik, érdekesség és a NATO egyik nagy szervezeti hiányossága, hogy a többi funkcionális területtől eltérően a *NATO parancsnokságon belül egészségügyi törzs csak a katonai oldalon található.* A civil oldal nem követte az előbb említett szervezeti átalakítást, és ott az egészségügyi funkciókat továbbra is az egészségügyi állománnyal egyáltalán nem rendelkező, a Műveleti Főosztályon belül található ún. Logisztikai elem látja el.



9. ábra: A NATO civil oldalának főbb szervezeti elemei. Szerkesztette Kopcsó István.

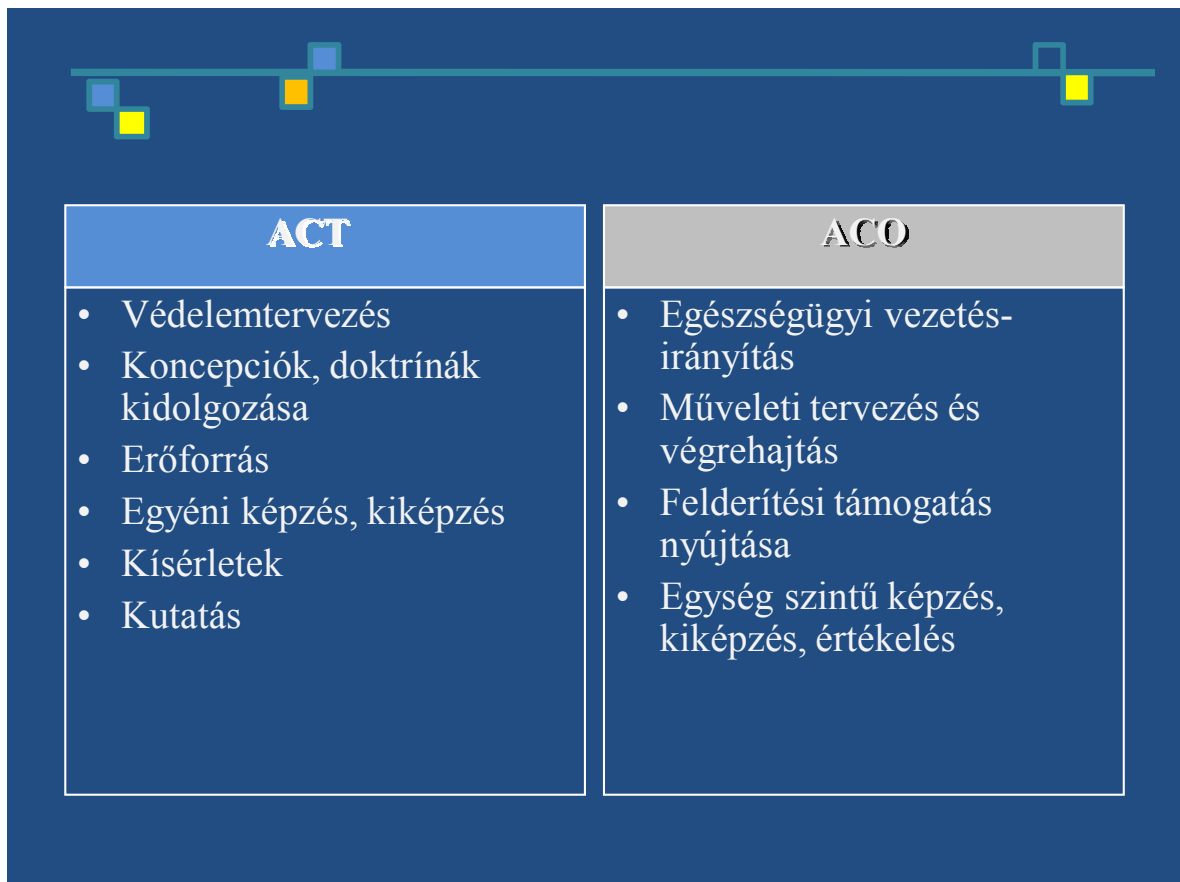
<sup>24</sup> 2004-2007. között a szerző, jelenleg pedig 2011-ig dr. Vekerdi Zoltán orvos ezredes

### II.1.2. Egészségügyi szervezetek:

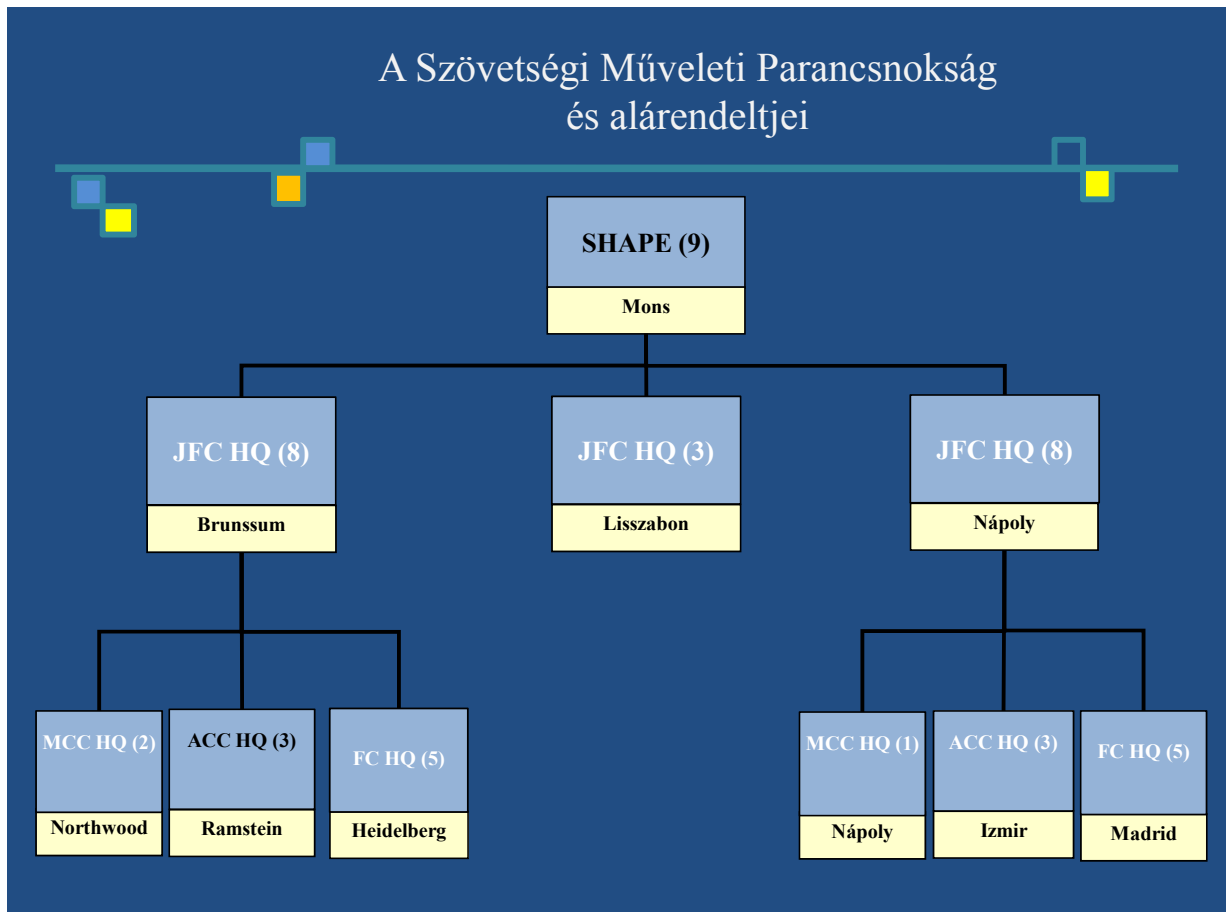
A NATO-ban működő kb. négyszáz különféle bizottságból *közel harminc* valamilyen formában az egészségüggyel is foglalkozik, vagy azt érinti.

“Igazi” egészségügyi bizottság viszont csak *kettő* működik: a civil oldalon található *Egyesített Egészségügyi Bizottság* (Joint Medical Committee, JMC), illetve a katonai oldalon a Szövetség legmagasabb szintű egészségügyi szervezete a *NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Bizottsága* (Committee of the Chiefs of Medical Services in NATO, COMEDS), mely egyben a Katonai Bizottság egészségügyi tanácsadói testületeként is tevékenykedik. Fontossága miatt a COMEDS a fejezet végén részleteiben is ismertetésre kerül.

A hierarchia eggyel alacsonyabb fokán a NATO két stratégiai katonai parancsnokság, a belgiumi Mons-ban található Szövetségi Műveleti Parancsnokság (Allied Command Operations, ACO), illetve a USA-beli Norfolk-ba települt Szövetségi Transzformációs Parancsnokság (Allied Command Transformation) egészségügyi törzsei állnak.



10. ábra A feladatkörök megosztása a két stratégiai parancsnokság egészségügyi törzsei között. Szerkesztette Kopcsó István.



**11. ábra: Az ACO és alárendelt szervezetei (zárójelben az egészségügyi beosztások száma)**

Forrás: Hans-Jürgen Dick COMEDS 27. Plenáris ülésén elhangzott előadása, Brüsszel, 2007. június 4.

A dolgozat írásakor még nem lezárt újabb *NATO békelétszám átvilágításból* (ami gyakorlatilag a soros létszámleépítés) úgy tűnik az ACO egészségügyi szervezetei<sup>25</sup> minőségi és mennyiségi okból eredően is jól kerültek ki:

Minőségileg azért, mert az ACO-n belül az *egészségügy kikerült a logisztika alól*, és azzal megegyező szintű osztályként fog működni. A mennyiségi oldalra az alábbi ábra világít rá:

<sup>25</sup> ACO egészségügyi főnökének a COMEDS 27. Plenáris ülésén, Brüsszel (2007.június.04.) elhangzott előadása nyomán



Parancsnokság	Régi beo-k	Új beo-k	+/-	Aktuális létszám	Üres Beo-k
ACO SHAPE	9	9	-	9	-
JFC Brunssum	8	7	-1	6	1
JFC Nápoly	8	6	-2	5	1
JC Lisszabon	3	3	-	2	1
FC Heidelberg (LCC)	5	4	-1	2	2
FC Madrid (LCC)	5	4	-1	2	2
ACC Ramstein	3	3	-	3	-
ACC Izmir	2	2	-	2	-
MCC Northwood	2	2	-	1	1
MCC Nápoly	1	1	-	1	-
<b>Összesen</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>-5 (11%)</b>	<b>33</b>	<b>8 20.5%</b>

12. ábra Az ACO és alárendeltjeinek egészségügyi létszámviszonyai a felülvizsgálat előtt és után  
Forrás:Hans-Jürgen Dick COMEDS 27. Plenáris ülésén elhangzott előadása, Brüsszel, 2007. június 4.

Az ábrából kitűnik, hogy ámbár az átszervezéssel az egészségügy veszített ugyan öt beosztást, ami tizenegy százalékot jelent, de ha összehasonlítjuk az ACO-nak a teljes állomány vonatkozásában elszenvedett huszonhárom százalékos<sup>26</sup> csökkentésével az eredmény nem tűnik rossznak.

Súlyosbítja viszont a helyzetet, hogy a nemzetek a megmaradt beosztások húsz százalékát továbbra sem töltik fel, ami egyrészt nagyon megnehezíti a minőségi és a gyors munkát (ezzel az aktuális műveletek egészségügyi támogatásának hatékony megtervezését és vezetését), másrészt meggyengíti az ACO egészségügyi főnökének a létszám megmentése érdekében felvállalt vitapozícióját.

A másik stratégiai szintű katonai szervezet a norfolki Szövetségi Transzformációs Parancsnokság (Allied Command Transformation, ACT) egészségügyi szolgálatáról megállapítható, **hogy rosszabb helyzetben** van, mint a Műveleti Parancsnokság. Egyrészt azért, mert szervezetileg még mindig **logisztika alá tartozik**, másrészt mert a teljes egészségügyi állomány **létszáma összesen hat fő**, harmadszor pedig a szolgálat vezetője **kettős beosztást** tölt

<sup>26</sup> ACO egészségügyi főnökének a COMEDS 27. Plenáris ülésén, Brüsszel (2007.június.04.) elhangzott előadása nyomán

be (a NATO törzs vezetése mellett az USA Összhaderőnemi Parancsnokságának is az egészségügyi főnöke), ami értelemszerűen megosztja energiáját és idejét. Mindez azzal jár, hogy az ACT egészségügyi törzse állandó időzavarban van és feladatait sokszor csak jelentős csúszással képes teljesíteni.<sup>27</sup>

## II.2. A COMEDS története és felépítése

A NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökeinek Bizottsága (COMEDS), ahogy arról már szó esett a korábbiakban, a NATO legmagasabb szintű katona-egészségügyi fóruma, mely közvetlenül a NATO legfőbb katonai döntéshozó testületének, a Katonai Bizottságnak (MC) van alárendelve.

A COMEDS „ereje” két MC dokumentumból ered: az egyik az **MC 20/10**, amely kimondja, hogy a COMEDS egy ún. **Delegált Feladatszabó Hatóság**<sup>28</sup> (Delegated Tasking Authority, DTA). Ez azt jelenti, hogy a Katonai Bizottság, mint a NATO hét **Feladatszabó Hatóságának** (Tasking Authority, TA)<sup>29</sup> egyike felhatalmazza és megbízza a COMEDS-et, hogy az egészségügy területén felügyelje és figyelemmel kísérje az ún. Szabványosítási Célkitűzések (Standardization Objectives, SO) elérését és koordinálja a szabványok fejlesztésének és kidolgozásának folyamatát.

**A másik alapidokumentum a COMEDS-et megalapító MC 335**<sup>30</sup> (jelenleg az 5. Kiegészítésnél tart), mely kimondja, hogy a COMEDS egy ún. **Koordináló Hatóság** (Coordinating Authority), melynek értelmében jogosítványa van arra, hogy minden, a Szövetség egészére nézve kihatással bíró egészségügyi kérdésre, programra és problémára vonatkozóan NATO körű egyeztetést folytasson a Katonai Bizottság nevében. E felhatalmazás alapján a COMEDS **nem utasíthat** egyetlen nem egészségügyi jellegű NATO szervezetet sem, viszont minden katona-egészségügyi jellegű vagy katona-egészségügyi vetülettel bíró kérdésben a **COMEDS megkeresése és állásfoglalásának kikérése minden NATO szervezet számára kötelező**.

<sup>27</sup> ACT előadás, COMEDS 28 Plenáris ülés 2007.dec.12

<sup>28</sup> COMEDS, NTG, NEWAG, MCMG valamint az NSA Joint and Single Service Boards

<sup>29</sup> MC, CNAD, NPC, SNLC, NADC, NC3B, SCEPC – lásd „A” Melléklet

<sup>30</sup> MC 335 Establishment of the Committee of the Chiefs of Medical Services in NATO (COMEDS) 1993. okt. 22.

A COMEDS szervezeti elődje az 1968. novemberében megalakult EUROMED, mint az EUROGROUP országai katonaegészségügyi szolgálatfőnökeinek fóruma. Az USA, Franciaország és Kanada katonaegészségügyi döntéshozói tisztában voltak a testület fontosságával, ezért szinte a kezdetektől fogva megfigyelői státuszban részt vettek annak működésében. Rajtuk kívül megfigyelői státuszt élveztek még a magasabb NATO parancsnokságok egészségügyi főnökei is. Ily módon az EUROMED még jóval a hivatalos „natosítás” előtt elvesztette európai orientáltságát és gyakorlatilag megfelelt egy nem hivatalos NATO egészségügyi testületnek. Fő célkitűzése a tagországok közötti egészségügyi információcsere, közös műveleti eljárási rendek és elvek kidolgozása, valamint a kölcsönös bizalom erősítése volt. Az EUROGROUP védelmi minisztereinek eredeti, 1992. decemberében datált határozata az EUROGROUP összes tevékenységi területét a Nyugat-Európai Szövetség (WEU) keretében kívánta tovább folytatni, azonban az egészségügy vonatkozásában ez a határozat 1993. májusában módosításra került és az **EUROMED a WEU helyett a NATO-nak**, mint a katonaegészségügyi tevékenység koordinálására szolgáló legmegfelelőbb szervezetnek került felajánlásra.

A COMEDS-et megalapító és annak Szervezeti és Működési Szabályzatát (SzMSz) tartalmazó MC 335 sz. határozatot a NATO Katonai Bizottság 1993. október 22-én fogadta el, amelyet a NATO legmagasabb döntéshozó testülete, az Észak-atlanti Tanács 1993. december 6-án jóváhagyólag tudomásul vett.

A következő évek során a COMEDS szervezete és SzMSz-e többször átalakításra került, követve a NATO aktuális politikáját, katonai-parancsnoki szerkezetének átalakításait, illetve a működés során levont tapasztalatokat.

A legutolsó lényegi szervezeti átalakítást 2006. szeptember 26-án<sup>31</sup> hagyta jóvá a Katonai Bizottság, amely alapjaiban reformálta meg a szervezetet, lényegesen megnövelve annak hatékonyságát, valamint NATO-n belüli és azon kívüli átláthatóságát.

A COMEDS **alapfeladata** lényegében az évek során nem változott: a NATO Katonai Bizottságának tanácsadó testületeként meghatározni és koordinálni minden, a NATO egészére hatással bíró egészségügyi kérdést és tevékenységi kört, ideértve az egészségügyi politikát és koncepciót, a doktrínákat, eljárásokat és technikákat, valamint a különböző programokat és kezdeményezéseket.

---

<sup>31</sup> MC 355, Corrigendum 5, 2006.szept.26.

**Koordináló Hatóságként** a COMEDS felelős a NATO egészségügyi politikájának kidolgozásáért, valamint annak teljes körű koordinálásáért és harmonizálásáért a következő területeken:

- a műveletek egészségügyi támogatásának stratégiai aspektusai;
- az egészségügyi interoperabilitás;
- minden egészségügyi vonzattal bíró döntés és terület vonatkozásában.

Mint a legmagasabb szintű egészségügyi fórum a COMEDS a **Katona-egészségügyi Irányító Csoporton** (Military Medical Steering Group, MMSG) keresztül irányítja az összes egészségügyi munkacsoport és szakértői panel tevékenységét. Meghatározó szereppel bír továbbá az egészségügyi szabványosítás területén is, amely a későbbiek során kerül részletes ismertetésre.

**A COMEDS tagsága** kétféle jogosultsággal rendelkező csoportból tevődik össze, **a teljes** (szavazati joggal bíró) jogú tagokból és a szavazati jog nélküli **megfigyelőkből**.

A testület szavazati joggal bíró tagjai:

- a NATO országok katona-egészségügyi szolgálatainak vezetői;
- a Stratégiai Parancsnokságok egészségügyi főnökei;
- a Nemzetközi Katonai Törzs Egészségügyi Osztályának vezetője, valamint a Törzs igazgatója által kijelölt személy (rendszerint a Logisztikai és Erőforrás Divízió főnök helyettese).

Szavazati joggal nem bíró, megfigyelői státusszal rendelkező tagok:

- a partner országok katona-egészségügyi szolgálatainak vezetői (PfP, MD, ICI országok, valamint a Kontakt országok külön meghívás alapján);
- a Katonai Bizottság Összhaderőnemi Szabványosítási Bizottságának (MCJSB) elnöke;
- az Egyesített Egészségügyi Bizottság (JMC) elnöke;
- az EU Katonai Törzse egészségügyi osztályának képviselője (EUMS);
- a Kutatási-és Technológiai Szervezet Humán Tényezők az Egészségügyben Panel vezetője (RTO-HFM);
- a Tömegpusztító Fegyverek Központjának képviselője (WMDC);
- Katona-egészségügyi Kiválósági Központ képviselője (MILMED COE);

- egyéb, esetenként meghívott szervezetek képviselői.

A többi nagy NATO bizottságban (SNLC, SCEPC, CNAD stb.) csak a nemzeteknek van szavazati joguk, a NATO szervezetek képviselőinek nincs. A COMEDS álláspontja szerint mivel egyrészt a munka dandárját az utóbbiak végzik, másrészt a NATO törzsek ily módon sokkal jobban azonosulni tudnak a bizottság munkájával, *szavazati joguk maximálisan indokolt és kívánatos.*

A COMEDS plenáris ülése általában félévente kerül összehívásra, a tavaszi ülés rendszerint valamelyik tagországban, míg az őszi a Brüsszelben a NATO HQ-n kerül megrendezésre.

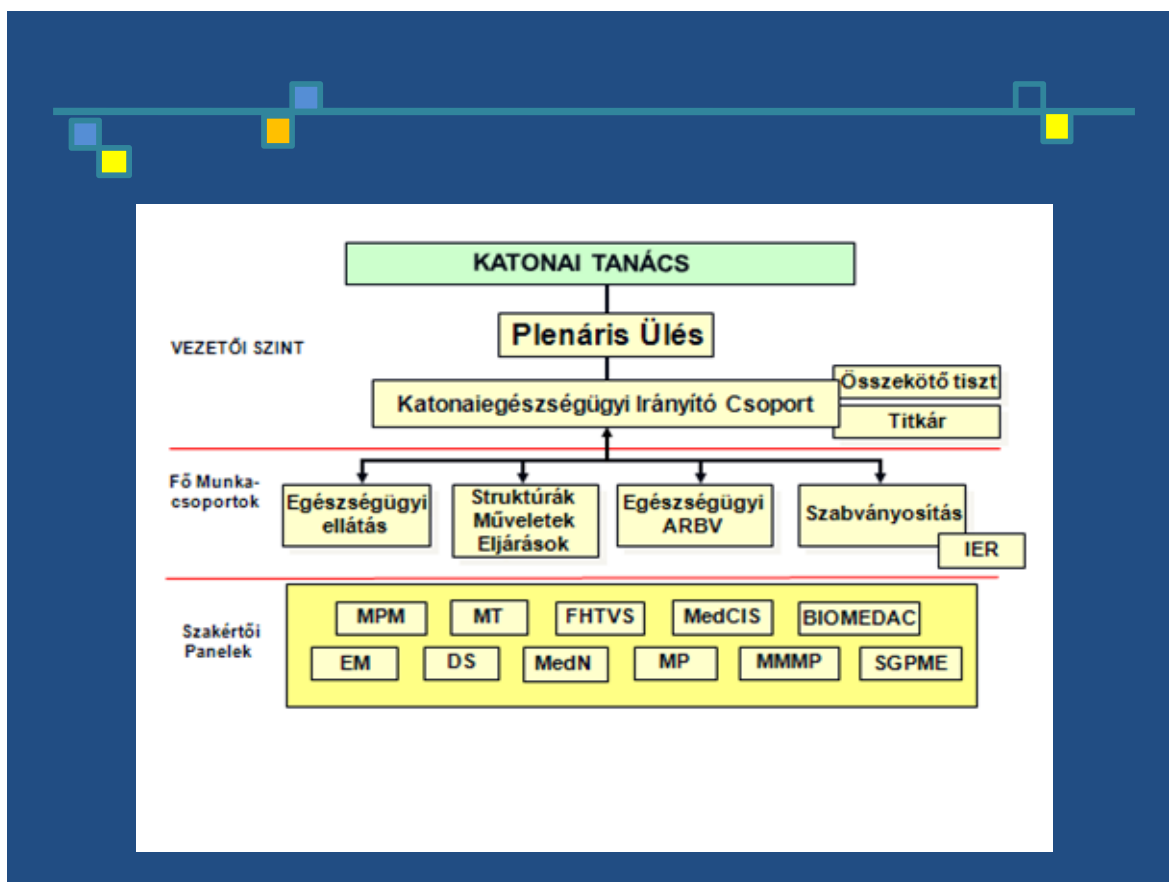
A COMEDS megalakulásától kezdve annak elnöki tisztje az SzMSz szerint Belgiumhoz tartozott egészen 2006-ig, amikor is különböző okok miatt Belgium nem akart, vagy nem tudott ezzel a jogával a továbbiakban élni és felajánlotta ennek a döntő fontossággal bíró pozíció betöltésének a lehetőségét a többi nemzet számára. A jelenlegi rendszer szerint a COMEDS elnöke a szavazati joggal bíró tagok közül<sup>32</sup> és által kerül megválasztásra egy többfordulós választási rendszerben. Az elnök mandátuma 3 évre szól, mely kérés alapján további egy évvel meghosszabbítható. Itt kell megemlíteni, hogy a COMEDS-nek 2005 novembere és 2006 decembere közötti időszakban dr. Svéd László orvos vezérőrnagy személyében magyar vezetője is volt, mely a magyar katona-egészségügy kiemelkedő sikere.

*Ilyen sikertörténet még és kuriózumként mindenképpen megemlítendő, miszerint a 2006. évi tavaszi plenáris ülésen 4 teljes jogú magyar képviselő is helyet foglalt, a fent említett elnökön kívül magyar volt a NATO Műveleti Parancsnokságának egészségügyi főnöke (dr. Németh András o. ddtbk.), a Nemzetközi Katonai Törzs Logisztikai és Erőforrás Divíziójának helyettes vezetője (Frigyer László mk. ddtbk.), valamint a Nemzetközi Katonai Törzs Egészségügyi Osztályának vezetője (dr. Kopcsó István o. ezds.). Ily módon az adott időszakban a Magyar Honvédség a NATO beosztást betöltő reprezentánsain keresztül meghatározó szerepet játszott a NATO egészségügyi politikájának és irányvonalának kialakításában, mely egy hazánkhoz hasonló méretű ország esetében meglehetősen ritkán fordul elő.*

---

<sup>32</sup> NATO szervezet képviselője ebben az esetben csak választó, erre a pozícióra nem választható.

## II.2.1. A COMEDS munkacsoportjai és szakértői paneljei



13. ábra: A NATO egészségügyi szakmai szervezeteinek rendszere. Szerkesztette Kopcsó István

Amint az a fenti ábrából is látható, a COMEDS szervezeti felépítése háromszintű. A *vezetési – irányítási* szintet a COMEDS Plenáris Ülése és a Katona-egészségügyi Irányító Csoport (Military Medical Steering Group, MMSG) képviseli.

A következő szint a *fő munkacsoportok* szintje, amely a *Katona-egészségügyi Ellátás Munkacsoportot* (Military Health Care Working Group, MHC WG), a *Katona-egészségügyi Struktúrák, Műveletek és Eljárások Munkacsoportot* (Military Medical Structures, Operations and Procedures Working Group, MMSOP WG), a *Katona-egészségügyi Vegyi, Biológiai, Radiológiai és Nukleáris Munkacsoportot* (Military Medical Chemical, Bacteriological, Radiological and Nuclear Working Group, MMCBRN WG) és a *Katona-egészségügyi Szabványosítási Munkacsoportot* (Military Medical Standardization Working Group, MMSWG) foglalja magába.

A harmadik szint a *szakértői panelek* szintje, mely a következő szakmai elemekből épül fel:

- *Egészségügyi haderővédelem* (Force Health Protection, FHP);
- *Katona-egészségügyi Kiképzés* (Military Training, MT);
- *Sürgősségi Egészségügy* (Emergency Medicine, EM);
- *Egészségügyi Hírközlési és Információs Rendszer* (Medical Communications and Information System, MEDCIS);
- *Katonai Mentálhigiéne* (Military Mental Health, MMH);
- *Bioegészségügyi Tanácsadó Testület* (BioMedical Advisory Committee, BIOMEDAC);
- *Katonai Fogászat* (Military Dental Service, MDS);
- *Élelmezéshigiéne, Élelmiszertechnológia és Állategészségügy* (Food Hygiene, Technology and Veterinary Service, FHTVS);
- *Egészségügyi Anyag és Katonai Gyógyszertan* (Medical Materiel and Military Pharmacy, MMMP);
- *Egészségügyi Szakértők Állandó Csoportja* (*Standing Group of Medical Experts, SGPME*).

Mind a három szintben közös, hogy nemzeti szakértőkből, valamint a NATO szervezetek egészségügyi delegáltjaiból áll és általában évente kétszer ülésezik. Az elnöki és a titkári pozíció nemzethez kötött és három évre szól.

#### **A munkacsoportok tevékenysége röviden az alábbiakban foglalható össze:**

**Katona-egészségügyi Irányító Csoport (MMSG):** A COMEDS operatív irányító szervezete, mely általában ezredesi szintű delegáltakból áll, tagjai az egészségügyi szolgálatfőnökök nevében nyilatkozattételre és állásfoglalásra jogosultak. Ez a fórum egy szűrő és koordináló funkciót lát el, jóváhagyja a Plenáris Ülésre kerülő témaköröket és előadásokat, valamint azok fontossági sorrendjét. A „NATO egészségügyi jövőképeinek és célkitűzéseinek” kidolgozásán keresztül koordinálja és meghatározza a munkacsoportok és szakértői panelek tevékenységét.

#### *Főbb feladatai:*

- a NATO Katona-egészségügyi Munkaprogramjának validálásra történő előkészítése és felterjesztése a Plenáris ülés számára;
- a NATO katona-egészségügyi munkacsoportjainak és szakértői paneljainak teljes körű szakmai irányítása és összehangolása a jóváhagyott NATO elvek és munkaprogram alapján;

- a NATO 10 éves egészségügyi jövőképek és célkitűzéseinek kidolgozása és folyamatos felülvizsgálata;
- különböző NATO szervezetekkel, és parancsnokságokkal történő kapcsolattartás és együttműködés;
- a NATO Katona-egészségügyi Munkaprogramjában meghatározottak gyakorlati végrehajtása a szabványosítás és az irányelvek vonatkozásában;
- a Kutatási- és Technológiai Szervezet Humán Tényezők az Egészségügyben Panel munkájának figyelemmel kísérése és javaslattevés a további kutatási irányokra vonatkozóan;

### **Katona-egészségügyi Struktúrák, Műveletek és Eljárások Munkacsoport (MMSOP):**

A négy munkacsoport közül, ha egyáltalán fel lehet valamiféle fontossági sorrendet állítani, talán ez a testület a legfontosabb. Küldetése és fő feladata a NATO egészségügyi műveleti elveinek, koncepciójának, a különböző eljárási rendeknek és szervezeti struktúráknak a kidolgozása, valamint a többi munkacsoport és szakértői panel ilyen irányú tevékenységének összehangolása. A munkacsoport tagjai hazájukban egészségügyi műveletekkel foglalkozó vezető szakemberek.

#### *Főbb feladatai:*

- Katona-egészségügyi irányelvek, struktúrák és eljárások fejlesztése, értékelése és ajánlások megfogalmazása a NATO műveletek minden típusára vonatkozóan;
- A katonai műveletek, gyakorlatok és kísérletek során szerzett egészségügyi tapasztalatok értékelése;
- A többnemzeti egészségügyi együttműködésre irányuló lehetőségek felmérése;
- Egészségügyi Erő Tervező Tanácsadó Csoportként (Medical Force Planning Advisory Group) eljár a NATO Védelem Tervezés egészségügyi vonatkozású kérdéseiben;
- A doktrínális megfeleléssel kapcsolatban figyelemmel kíséri és értékeli a NATO egészségügyi folyamatait;
- Szabványosítási követelményeket terjeszt a Katona-egészségügyi Szabványosítási Munkacsoport elé;



- Elsőként értelmezi és reagál a NATO Katona-egészségügyi Munkaprogram és a katona-egészségügyi szabványosítási folyamat eredményeképpen jelentkező feladatokra;

### **Katona-egészségügyi Ellátás Munkacsoport (MHC):**

Az egészségügyi támogatás klinikai, gyógyító részével foglalkozó munkacsoport, melynek *főbb feladatai:*

- A klinikai irányelvek, a közös orvos-szakmai technikák és szabványok fejlesztése, valamint a folyamatos minőség javulás érdekében bizonyítékon alapuló NATO katonai egészségügyi képességet fejleszt ki;
- Figyelembe véve a külföldön állomásozó alakulatok katonai műveletek során felmerülő igényeket és az egészségügyi ellátásban, illetve a kapcsolódó területeken végbemenő változásokat, a katona-egészségügyi ellátás fejlesztését célzó vizsgálatokat végez;
- Figyelemmel kíséri a civil és katona-egészségügy azon legfontosabb tudományos, technikai, jogi, doktrinális és eljárásbeli újításait, melyek eredménnyel alkalmazhatóak katona-egészségügyi közösségben, a műveleti környezet és a követelmények figyelembevételével;
- Azonosítja a katona-egészségüggyel kapcsolatos hiányosságokat az RTO és ACT orvosi kutatásokkal kapcsolatos követelményeiben és programjaiban;
- Biztosítja, hogy a katona-egészségügyi ellátás a Jó Klinikai Gyakorlatnak (Good Medical Practice) és a Bizonyítékon Alapuló Orvoslás (Evidence Based Medicine) szabályainak megfelelően történjen;
- Felméri a civilek által is nyújtható egészségügyi ellátást az 5. cikk és a nem 5. cikk szerinti műveletekben, beleértve a Befogadó Nemzeti Támogatást, illetve a Harmadik Fél biztosította egészségügyi támogatást;
- A katona-egészségügyi ellátással kapcsolatos új szabványosítási ajánlásokat kezdeményez, dolgoz ki és vizsgál felül.

### **Katona-egészségügyi Szabványosítási Munkacsoport (MMSWG)**

Az interoperabilitás megfelelő szintjének elérése érdekében tevékenykedő munkacsoport *főbb feladatai* az alábbiak:

- Koordinálja és felülvizsgálja az összes új, vagy már meglévő szabványosítási dokumentumot, a szabványosítási folyamat minden szakaszában a Katonai Bizottság Egészségügyi Szabványosítási Bizottsága (MCMedSB) által meghatározottak szerint;
- Irányítja a STANAG-ek, illetve AP-k előkészítését az egészségügyi doktrínákra, eljárásokra, technikákra, szervezésre, képzésre, anyagra, illetve információs követelményekre vonatkozóan;
- Koordinálja a STANAG-ek, illetve AP-k minimum három évente történő felülvizsgálatát, meghatározza további érvényességüket, szükség esetén módosításokat kezdeményez;
- Felügyeli és koordinálja a munkacsoportok és szakértői panelek egészségügyi szaknyelvének fejlődését és elősegíti a fogalom meghatározási folyamatokat;
- Javaslatot tesz a polgári életben alkalmazott szabványok átvételére;

### **Katona-egészségügyi Vegyi, Biológiai, Radiológiai és Nukleáris Munkacsoport (MMCBRN)**

A munkacsoport a COMEDS és az Egészségügyi Szabványosítási Bizottság (MedSB) irányítása alatt egészségügyi CBRN műveleti elgondolásokat, irányelveket és eljárásokat fejleszt ki. Ez a munkacsoport koordinálja az összes új és már meglévő CBRN STANAG-ek és AP-k kidolgozását, létrehozását és felülvizsgálatát a műveletek optimális CBRN vonzattal bíró egészségügyi támogatási tevékenysége érdekében.

*Főbb feladatai:*

- Az egészségügyi CBRN védekezés területén az irányelvek és koncepciók kidolgozásán keresztül hozzájárul a katona-egészségügyi ellátás fejlesztéséhez. Az irányelvek kidolgozása során figyelembe veszi a külföldön állomásozó alakulatok felmerülő

- igényeit, illetve az egészségügyi ellátásban és a kapcsolódó területeken végbemenő változásokat;
- Részt vesz olyan vizsgálatokban, amelyek az elérhető legkiterjedtebb szabványosítást eredményezik az egészségügyi doktrína, illetve a vegyi, biológiai, radiológiai és nukleáris veszélyeztetettség és fegyverek területén, amelyek közvetve, illetve közvetlenül a katonai műveletek, valamint a terror cselekedetek elleni védelemből következnek;
  - Szakterülete vonatkozásában figyelemmel kíséri azokat a legfontosabb tudományos, technikai, jogi, doktrinális és eljárásbeli újításokat a polgári és a katonai oldalon egyaránt, amelyek a műveleti környezet és a követelményrendszer figyelembevételével alkalmazhatóak a katona-egészségügyben;
  - A katona-egészségügyi irányelvek, elgondolások és doktrínák fejlesztése érdekében kiértékeli a közelmúlt műveleteiben, gyakorlatain és kísérletei során végzett megfigyeléseket.

*A szervezet harmadik szintjét képviselő szakértői panelek* nem kerülnek részletes ismertetésre, azok tevékenységi köre a nevékből nagyrészt kikövetkeztethető. A munkacsoportok és a panelek között alá-fölérendeltségi viszony, illetve funkcionális kapcsolat nincs. A szintek között mindennemű koordináló tevékenység és feladatszabás a Katona-egészségügyi Irányító Csoporton keresztül történik. A panelek a feladat függvényében általában évente egyszer Brüsszelben a NATO HQ-n üléseznek.

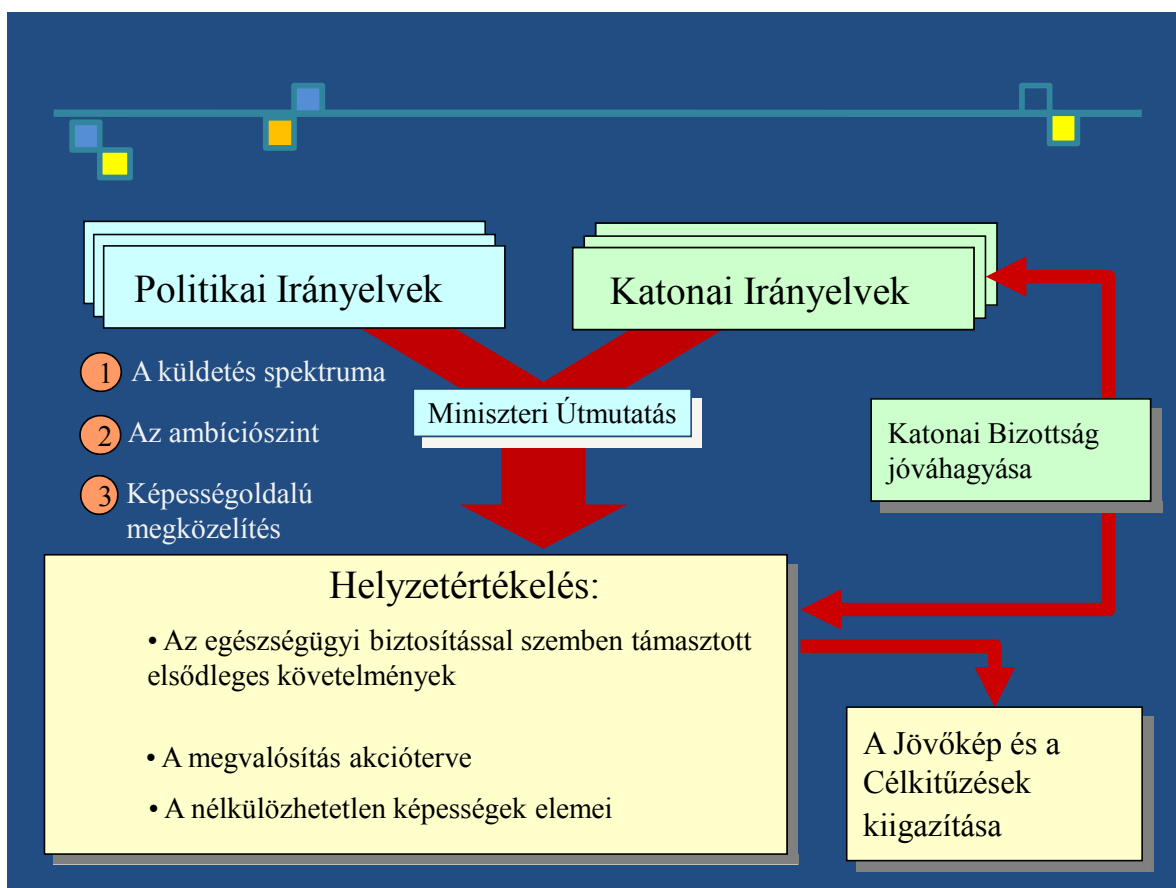
### **II.3. A NATO katona-egészségügyi jövőképe és célkitűzései**

Ahogy arra már utalás történt az első fejezetben, a CPG által meghatározott politikai irányvonal, annak katonai interpretációjában<sup>33</sup> meghatározott feladatok és a NATO módosított ambíciószintje alapján<sup>34</sup> a COMEDS kidolgozta a CPG végrehajtási mechanizmusában meghatározottak szerint a saját szakterületére vonatkozó helyzetértékelést<sup>35</sup>. (14. ábra)

<sup>33</sup> MC 0550 , MC Guidance for the Military Implementation of the CPG,2006.szept.11

<sup>34</sup> DPC-D(2006)0004, Ministerial Guidance 2006, 2006.jún.7

<sup>35</sup> MCM-0193-2006, Implementation of the Comprehensive Political Guidance (CPG) to the functional area of Military Medical Support, 2007.feb.12.



14. ábra Az Irányelvektől a Célkitűzésig Forrás:Dirk Stoelten előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 15.

Fentiek alapján a COMEDS munkacsoportjainak szintjén elkezdődött egy több mint egy évig tartó elemző munka, melynek végterméke egy olyan helyzetértékelés, mely meghatározta a NATO

- egészségügyi támogatással szembeni legfontosabb elvárásait,
- az elvárások teljesítéséhez szükséges képességek legfontosabb elemeit és
- a megvalósítás időbeni részletezését.

Ez lett az alapja a „*NATO katona-egészségügyi Jövőképe és Célkitűzései 2007-2016*”<sup>36</sup> nevet viselő anyagnak, amely kidolgozta a katona-egészségügynek az elkövetkező 10 évre vonatkozó feladatrendszerét, amely négy meghatározó jellemző köré csoportosítható, illetve azok szemszögéből készült, ezek:

### A műveleti környezet

<sup>36</sup> MC 0572, NATO Military Medical Vision and Objectives 2007-2016, 2008.márc.03.

Az expedíciós műveletek kezdetben a NATO Reagáló Erőre (*NATO Response Force - NRF*), valamint a Terrorizmus elleni Védelemre (*Defence Against Terrorism - DAT*) összpontosítottak annak érdekében, hogy a hatás alapú műveletek integrált részévé váljanak. Mindez a folyamatosan változó-átalakuló, s megnövekedett tempójú műveleti környezetnek való megfelelés követelményével magyarázható, mely a hálózat-központú képességek fejlődésének kiaknázásával, s azzal a célkitűzéssel valósul meg, hogy megfelelő választ adhasson az új fegyverrendszerek megjelenése és alkalmazása jelentette fenyegetésekre, figyelembe véve a Válságkezelő Műveletek (*Crisis Response Operations - CRO*) új műveleti sajátosságait.

### **Az egészségügy szakmai fejlődése**

Ez a témakör egyedülálló módon összpontosít az egészségügyi szakmai területre, s magába foglalja a polgári és katonai egészségügyi technológiák terén elért fejlesztések, illetve a kutatás és tényeken alapuló orvoslás eredményeinek nyomonkövetését és alkalmazását. A fejlesztési területek azon egészségügyi képességek kialakítására fognak összpontosítani, melyek lehetővé teszik a klinikai időkorlátok, s a gyógykezelési szabványok betartását a legjobb gyógykezelési eredmény biztosítása érdekében, figyelembe véve a nemzeti és nemzetközi egészségügyi jog támasztotta követelményeket és a minőségbiztosítási elveket.

### **A társadalmi tényezők**

Ez az egészségügyi támogatás társadalmi és kulturális felfogását és hatásait, a civil-katonai egészségügyi kapcsolatok szükségszerű alakulását, s a haderő jólétének a műveletek minden szakaszában való biztosítását foglalja magába.

### **A hatékonyság**

Ez olyan, a műveleti követelményeknek megfelelő egészségügyi támogatási képességek kialakítását jelenti, melyek garantálják a többnemzeti és egyéb megoldási lehetőségek megjelenését és interoperabilitását a hatékony egészségügyi támogatás érdekében, beleértve a civil-katonai és a partnereinkkel folytatott kapcsolatok lehetőségeinek fokozottabb kiaknázását is.

Ez a négy fő téma a továbbiakban nyolc, ún. *egyes szintű Célkitűzésen* keresztül kerül további kibontásra. Minden egyes Célkitűzési területen belül további ún. *kettes szintű Követelmények* fogalmazódnak meg, s kapcsolódnak a már fentebb felsorolt négy fő területhez. Ezen kettes

szintű követelmények kidolgozásának felelőssége a különféle COMEDS munkacsoportoké. A nyolc „egyes szintű” Célkitűzés a „B” mellékletben van nevesítve.

## Következtetések

1. A *NATO merev szervezeti rendszere nem követte az idő kikövetelte változásokat*, a funkcionális területek nagy részében megfigyelhető a képességek duplikációja a katonai és a civil oldalon, ami viszont nem jár együtt a kellő szintű együttműködéssel.
2. Az *egészségügyi terület a NATO Főparancsnokságon belül alulreprezentált*, a civil oldal nem rendelkezik egészségügyi szakállománnyal, viszont döntéshozói kompetenciával igen.
3. Az átszervezett *NATO parancsnoki rendszer egészségügyi törzseinek létszáma csökkent*, feltöltöttsége nagyrészt hiányos, ami figyelembe véve a megnövekedett feladatrendszert, aggályossá teszi a minőségi és az időbeni munkavégzést.
4. Fentiekkel párhuzamosan az átszervezés során olyan *új funkcionális elemek is megjelentek* az egészségügyi törzsek szervezeti struktúrájában, melyek révén ha nehezen és lassan is de várhatóan *képesek reagálni* az új követelmények támasztotta kihívásokra és le tudják fedni a szakma teljes vertikumát.

## **III. fejezet: A Szövetség transzformációjának motorjai - a Kiválósági Központok**

### **III.1. A Kiválósági Központok koncepciója**

Az előző fejezetekben bemutattam a változó környezet, az abból adódó új típusú kihívásokat, az arra adandó szövetségi szintű válaszokat, részletesen is ismertetve az egészségügy területét. Leírásra került továbbá a NATO új, átszervezett egészségügyi rendszere, a szervezetében és tartalmában is megújult COMEDS és annak szakmai munkacsoportjai. Azt is kifejtettem, hogy ezek a változások nem egy öncélú folyamat koordinálatlan végtermékei, hanem mind azt szolgálják, hogy a Szövetség a lehető legteljesebb és a leghatékonyabb módon legyen képes az új kihívások kezelésére. Azt is láttuk, hogy az átalakított rendszerben a NATO megújulásának és megújításának fő letéteményese az ACT, mely minden szervezeti eleme ennek van alárendelve.

Nem volt még szó viszont az ACT egy olyan kezdeményezéséről, egy olyan speciális rendszerről, amelynek egyetlen és kizárólagos feladata a NATO megújulásának, transzformációjának elősegítése. Ez a rendszer pedig nem más, mint az ún. Kiválósági Központok hálózata, mely mára a transzformáció egyik fontos – ha nem a legfontosabb – szervezeti zálogává vált.

Jelen fejezetben -talán az értekezés legfontosabb részeként- leírom és elemzem a központok ilyen irányú szerepét, különös tekintettel egy új kezdeményezésre, a Magyarországon megalapítandó Katona-egészségügyi Kiválósági Központra.

#### **III.1.1. Kiválósági Központok iránti igény**

Amint azt már a korábbiakban részletesen kifejtettem, a bipoláris világrend felbomlása, majd a 2001. szeptember 11-i terrortámadás paradigmaváltást tett szükségessé a NATO szervezetében, amihez szükség volt a célok, a vezetési struktúra, illetve a meglévő erők és képességek átalakítására. Az ehhez szükséges döntést 2002. novemberében a NATO prágai csúcsertekezleten hozták meg az ott összegyűlt állam- és kormányfők<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Juhász György–Gáspár Tamás: A NATO Transzformációs Parancsnoksága – a folyamatos változás irányítója. Magyar Honvéd, 2006. jún. 16.



Az átfogó változásra további okot adott, hogy a 90-es években kialakult struktúra már egyébként is korrigálásra szorult, ahogyan arra az 1999-es washingtoni csúcsertekezleten elfogadott *Védelmi Képességek Kezdeményezés*<sup>38</sup> (DCI – Defense Capabilities Initiative) nyomán indult vizsgálat is rámutatott. Érdekes módon, amíg a volt Varsói Szerződés országai alapvetően gazdasági szükségszerűségekből indítva azonnal megkezdték haderőik átalakítását, a NATO stabil, működőképes ugyanakkor túlbürokratizált rendszere a változásokra jóval lassabban reagált. Ez a lassúság viszont kellő alapossággal párosult: a stratégiai tervezéssel egyenrangú feladatként napirendre került a NATO átalakításának felügyelete, melynek egyik alapeleme a fentiekben már említett parancsnoki struktúra átalakítása és megreformálása lett.

Az ACT transzformációt elősegítő egyik célja a már meglévő kutatási-fejlesztési képességek egységes elvek és irányítás alá történő rendezése, valamint ilyen jellegű új képességek megteremtése volt. Lényegében ez vezetett oda, hogy az átalakítás során felmerülő problémák tematikus kezelésére az ACT szakmai irányítása mellett<sup>39</sup> létrejöttek a *Kiválósági Központok*<sup>40</sup>. Az irányítás itt nem egy katonai, hanem egy szakmai alárendeltséget takar, ami a szövetség érdekeinek megjelenítését, képviselését és érvényesítését jelenti. Az ACT szoros szakmai felügyelete gyakorlatilag *lefedti a központok teljes életciklusát és működési területét*, kezdve azok megalakulásában, akkreditációjában és aktiválásában játszott szerepével, egészen az éves munkaterv kialakításáig.

Az ACT ilyenén szerepét tanácsos nagyon komolyan venni és respektálni, mivel az új központok akkreditációja mellett ők végzik a már meglévő intézetek működésének rendszeres ellenőrzését és a kétévente kötelező, az akkreditáció megőrzéséhez elengedhetetlen felülvizsgálatát is.

### III.1.2. A Kiválósági Központ, mint szervezeti forma

Azt már láttuk, hogy kiválósági központok az ACT szakmai fennhatósága alá tartoznak, de ideje azt is tisztázni hogy tulajdonképpen *mi is az a Kiválósági Központ, illetve mi nem?*

Amint az új definíciók és jelenségek esetében az általában lenni szokott, e téren is elég nagy a zűrzavar még a szakmai berkeken belül is. Valószínűleg ezzel magyarázható, hogy öt évvel a

<sup>38</sup> [NAC-S\(99\)69](http://www.nato.int/docu/pr/1999/p99s069e.htm): Defense Capabilities Initiative, NATO, 1999. ápr. 25.

<http://www.nato.int/docu/pr/1999/p99s069e.htm> [2009.07.08]

<sup>39</sup> MC 324/1 The NATO Military Command Structure, NATO, 2004.

<sup>40</sup> MCM-236-03: MC Concept for Centres of Excellence, 2003.dec.04.

<http://transnet.act.nato.int/WISE/TNCC/CentresofE/Documents/MCM236MCCO> [2009.07.08]

központokra vonatkozó első NATO dokumentum megjelenése után a rendelkezésre álló hazai szakirodalom még mindig elég szegényes.<sup>41</sup>

A **hivatalos definíció** szerint a Kiválósági Központ egy olyan *nemzeti vagy többnemzeti szervezet, mely magas szintű és elismert szakértelmével és tapasztalatával szolgálja a Szövetség átalakulását, transzformációját. Működésével lehetőséget biztosít a katonai képzés és kiképzés színvonalának emelésére, a tagországok közötti interoperabilitási készség növelésére, képességeik fejlesztésére valamint részt vállal a doktrínák kidolgozásában és azok validálásában*<sup>42</sup>.

Mindenképpen meg kell azonban említeni azt is, hogy az ACT legfrissebb álláspontja szerint a **tisztán nemzeti központok nem lehetnek** NATO által akkreditált intézmények. Ennek értelmében egy ilyen módon működő –és már akkreditált– központ a legközelebbi felülvizsgálat során elveszítheti akkreditációját, amennyiben nem talál legalább kettő másik szponzoráló nemzetet. A megalakulás alatt álló központoknak pedig esélyük sincs az akkreditáció elnyerésére amennyiben nem rendelkeznek a fenti feltétellel.

Ezek a döntően nemzeti szinten megalakuló, de akkreditálásuk után általában<sup>43</sup> nemzetközi irányítás alá kerülő intézmények kitűnő lehetőséget nyújtanak a Szövetség országai közötti hatékony tapasztalatcserére, mintegy fórumként szolgálva a NATO-n belüli párbeszéd és a felhalmozott tudás hasznosításához, miközben felhasználják a résztvevő országok nemzeti karakterének erősségeit is.

A központok működésének alapvető *célja* szervesen illeszkedik az ACT küldetésébe és profiljába, miszerint azok a tagállamok szintjén megvalósított kétirányú tudástranszfer<sup>44</sup> bonyolítanak, ezzel is elősegítve az átalakulás, a fejlődés tehát a transzformáció folyamatát. Az ötlet maga pedig mindenképpen elősegíti a tagországok katonai képességeinek homogenizálódását: a központokban együtt dolgozó katonák a saját területükön – az ACT elképzelése szerint – közvetlen ráhatást gyakorolhatnak a Szövetség szabványaira, eljárásaira.

<sup>41</sup> Mindezülig a szerzőn kívül csak Keszthelyi Gyula és Kecskeméthy Klára írásai említhetőek a komolyabb források között: Keszthelyi Gyula: A NATO Többnemzetiségű Logisztikai Stratégiájának Kihívásai, 2005. 08. 25. [http://old.honvedelem.hu/hirek/kiadvanyok/kutatas/logisztika/logisztikai\\_biztositas](http://old.honvedelem.hu/hirek/kiadvanyok/kutatas/logisztika/logisztikai_biztositas) és Kecskeméthy Klára: A NATO és a katonai felsőoktatás 2007.dec. [http://www.zmne.hu/kulso/mhht/hadtudomany/2007/4/2007\\_4\\_8.html](http://www.zmne.hu/kulso/mhht/hadtudomany/2007/4/2007_4_8.html) [2009.07.09]

<sup>42</sup> MCM 236-03: MC Concept for Centres of Excellence, 2003.dec.04.

<sup>43</sup> Amennyiben több szponzoráló ország is jelentkezik.

<sup>44</sup> A szponzoráló/a Központ programjaiban résztvevő országok és a Szövetség között.

Fentiek alapján megállapítható, hogy a Kiválósági Központ egy viszonylag szűk szakmai területtel foglalkozó olyan nemzetközi intézmény, amely működésével egy *jól szervezett környezetet* kínál a részt vevő országok szakembereinek a munkatervben meghatározott *témák és feladatok kutatására, a szerzett tapasztalatok megosztására, a kidolgozott doktrínák, eljárások vagy bármely egyéb más szellemi termék tesztelésére és validálására, valamint az ezek alapján történő kiképzésre*. Az ötlet alapja az üzleti életben is megtalálható feladatkiszervezés (outsourcing), mely analógiájára az ACT kiszervezi azon a feladatait, melyek nemzeti szinten sokkal hatékonyabban, rugalmasabban gyorsabban és a NATO szempontjából olcsóbban oldhatók meg.

### III.1.3. Alapelvek

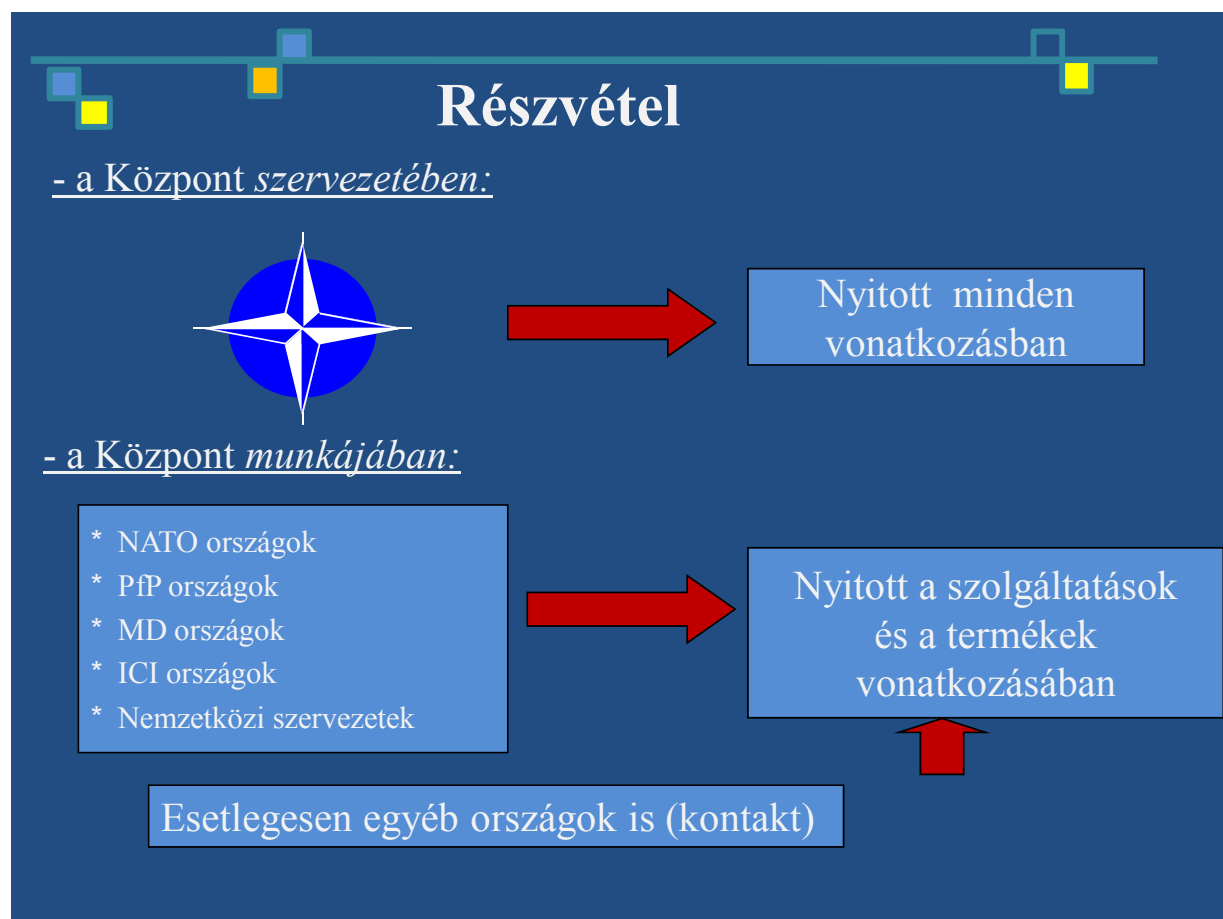
A Kiválósági Központok megalakításának és működésének legfontosabb *alapelvei* az alábbiakban foglalhatók össze:

**Résztétel** – A központokban való részvétel automatikusan nyitott minden tagállam részére. A központ szolgáltatásainak és termékeinek hozzáférhetőségét a megfelelő biztonsági intézkedések mellett biztosíthatja más partner (PfP, MD, ICI és egyéb) országok és szervezetek számára is, beleértve a különböző civil szervezeteket is. Ezzel a lehetőséggel mindenképpen célszerűnek látszik élni, a központoknak nem szabad elzárkózniuk a NATO struktúráján kívülről érkező tapasztalat vagy igény elől. Tehát esetenkénti mérlegeléssel, a megfelelő biztonsági szabályzók betartása mellett voltaképpen a központok szabadon választhatnak együttműködő partnereket, vagy választhatják ki, hogy kinek a megrendelését teljesítik.<sup>45</sup>

Amint azt az alábbi ábra is mutatja, a NATO országok felé a központ minden vonatkozásban nyitott, tehát részt vehetnek annak mind szervezetében, mind pedig tevékenységében. Ennek két formája létezik, az ún. *szponzoráló, illetve a hozzájáruló* nemzetként történő részvétel. A *szponzoráló* nemzet teljes jogú tagságot jelent, ami alapján a nemzet tagot delegál a központ Irányító Bizottságába (Steering Committee, SC) és így vétójoggal rendelkezik a központ döntéshozási rendszerében. Ezért cserébe, ahogy arra a neve is utal, egy speciális számítási formula alapján részt vállal a központ működési költségeinek biztosításában. Ezzel szemben a *hozzájáruló* nemzet részt vesz ugyan a központ szervezetében és szakmai tevékenységében, viszont semmilyen anyagi terhet nem vállal magára, ami kizárja az Irányító Bizottsági tagságot és értelemszerűen a központ döntéseiben való részvételt is.

<sup>45</sup> Ebből a szempontból az ACT csak a megrendelés prioritásait szabályozza. Lásd lentebb!

A *partner (PfP, MD, ICI, esetleg kontakt)* országok valamint a különböző hazai és nemzetközi szervezetek nem lehetnek részei magának a szervezetnek, viszont jelentős szerepet játszhatnak annak tevékenységében, melynek preferált formája a projektorientált, ún. *aktív összekötői részvétel*.



15. ábra: A Kiválósági Központ tevékenységében történő részvétel formái. Szerkesztette Kopcsó István.

A **központ személyi állománya** lehet tisztán nemzeti vagy többnemzeti összetételű. Az eddigi tapasztalatok alapján a központ tevékenysége sikerének egyértelmű kulcsa a többnemzeti részvétel.

**Hozzáadott érték** – a központ nem kettőzhet meg a NATO-ban már meglévő képességeket, illetve nem lehet azok versenytársa. Ezen belül a központ az ún. *kiegészítő szerepében* olyan területekkel foglalkozik és/vagy olyan képességeket generál, melyek még nincsenek jelen a NATO struktúrájában, *gyűjtő szerepében* pedig olyan képességekre és tudásanyagra koncentrál, amelyek – ha szétszórva is – de már fellelhetők valahol a Szövetségben belül.

**Erőforrások** – Lehetnek tisztán nemzeti, vagy többnemzeti jellegűek. Ezt a kérdéskört részletesen a keretnemzet és a szponzoráló országok között létrejövő Egyetértési Megállapodások (Memorandum of Understanding, MOU) rögzítik. Fontos kitétel, hogy a központok személyi állományának feltöltése ne a NATO parancsnoki struktúrájának rovására történjen, azaz ne vonjon el humán erőforrást a Szövetségen belül, valamint a központok állománya ne NATO forrásból kapja illetményét.<sup>46</sup> A központok nem termelhetnek nyereséget, termékeikért csak fenntartásuk finanszírozása érdekében és *csak* ennek megfelelő mértékben kérhetnek utólagos anyagi ellenszolgáltatást. A NATO megrendeléseit *mindig*, a szponzoráló nemzetekét pedig –az MOU alapján- általában térítés nélkül kötelesek teljesíteni.

**NATO szabványok és alapelvek** szerinti működés – a központok működésének összhangban kell lennie a Szövetség doktrínáival, szabályaival és alapelveivel, egyúttal –amennyiben szükséges – javaslatot téve azok továbbfejlesztésére. Mivel a központok feladatrendszerébe a képzési és oktatási tevékenység is beletartozik, természetesen meg kell felelniük a NATO ilyen irányú szabályzóinak is, mint például az MC 458: The NATO Training, Exercise and Evaluation Policy.

**Világos kapcsolatrendszer** - Átlátható és egyértelmű kapcsolatrendszert kell kialakítani a támogató államok között, valamint ez utóbbiak és a Stratégiai Parancsnokágok (ACT, ACO) között is, mely a gyakorlatban a fentiekben már említett MOU-kon és Technikai Megállapodásokon (Technical Agreement, TA) keresztül történik.

#### III.1.4. Általános előírások

Fentiekén túl, kötelező akkreditációs feltételként a központoknak további előírásoknak<sup>47</sup> is meg kell megfelelniük az alábbiak szerint:

**Képességek** vonatkozásában kiemelten fontos, hogy a központok nem dolgozhatnak kizárólag nemzeti érdekeltségű képességek kifejlesztésén, azoknak mindig a **többnemzeti és összhaderőnemi** jelleggel kell bírniuk. Az természetesen nem várható el minden központtól – már csak a rendelkezésre álló személyi állomány és források szűkössége miatt sem –, hogy mind műveleti (az ACO-t segítő), mind pedig transzformációs vonatkozásban (az ACT felé) egyenlő súlyú tevékenységet végezzen. A központ által lefedendő képességek spektruma

<sup>46</sup> Értsd: A központ állománya nem NATO alkalmazásban áll

<sup>47</sup> IMSM-0416-04: NATO Centres of Excellence Accreditation Criteria, 2004.jún.11.

általában a koncepció kidolgozásának folyamata során alakul ki, de a szponzoráló nemzetek belépésével az éves munkaterv alapján ezek természetesen változhatnak és általában változnak is.

**Szakértelem** terén megemlítendő, hogy a központoknak megfelelő végzettséggel, elismert tudással és tapasztalattal rendelkező hiteles szakembereket kell foglalkoztatniuk. Mivel a hivatalos munkanyelv az angol, a tiszti (szakértői) beosztások esetében annak (szakmai)felsőfokú szinten való művelése elengedhetetlen. Nevükből adódóan a központok adott szakterületük vonatkozásában a „kiválóságot” képviselik, ezért a fenti magas mérce teljesen indokolt, viszont a gyakorlatban sokszor nem könnyen érvényesíthető elv. Ez fokozottan igaz a külföldi szakemberek vonatkozásában, hiszen az, hogy egy adott ország kit delegál az teljesen a saját belügye, arra a fogadó országnak a beosztásra való szakmai követelmények ismertetésén kívül semmilyen ráhatása sincs. Amint azt a gyakorlat mutatja, e téren elég nagy a NATO országokon belüli szórás. Bizonyos nemzetek esetében presztízskérdés, hogy a legjobb szakembereiket küldjék nemzetközi beosztásokba, más nemzeteknél ennek pontosan a fordítottja az igaz, tehát a jó szakembereiket igyekeznek otthon tartani. A fentiekén kívül még létezik egy olyan csoport is akik egyszerűen nem rendelkeznek a munkaköri leírásokban meghatározott feltételekkel bíró szakemberekkel, különös tekintettel a NATO-s és a missziós tapasztalatokra, illetve a megfelelő szintű szakmai nyelvismeretre.

**Oktatási, képzési és kiképzési** tevékenység esetében a NATO szervezetek által megrendelt képzést az ACT koordinálja, így annak értelemszerűen meg kell felelnie a NATO oktatási alapelveinek, azok minőségi és tartalmi kritériumainak.

A központ **biztonságára és védelmére** vonatkozó követelményekről elmondható, hogy a személyi állomány, a vendégek és látogatók, valamint a minősített adatok védelmét és biztonságát a NATO alapelveinek és szabályainak megfelelően kell szavatolni. A központ felel a megfelelő biztonsági eljárások, valamint az ehhez szükséges technikai feltételek és eszközök meglétéért, karbantartásáért és üzemeltetéséért.

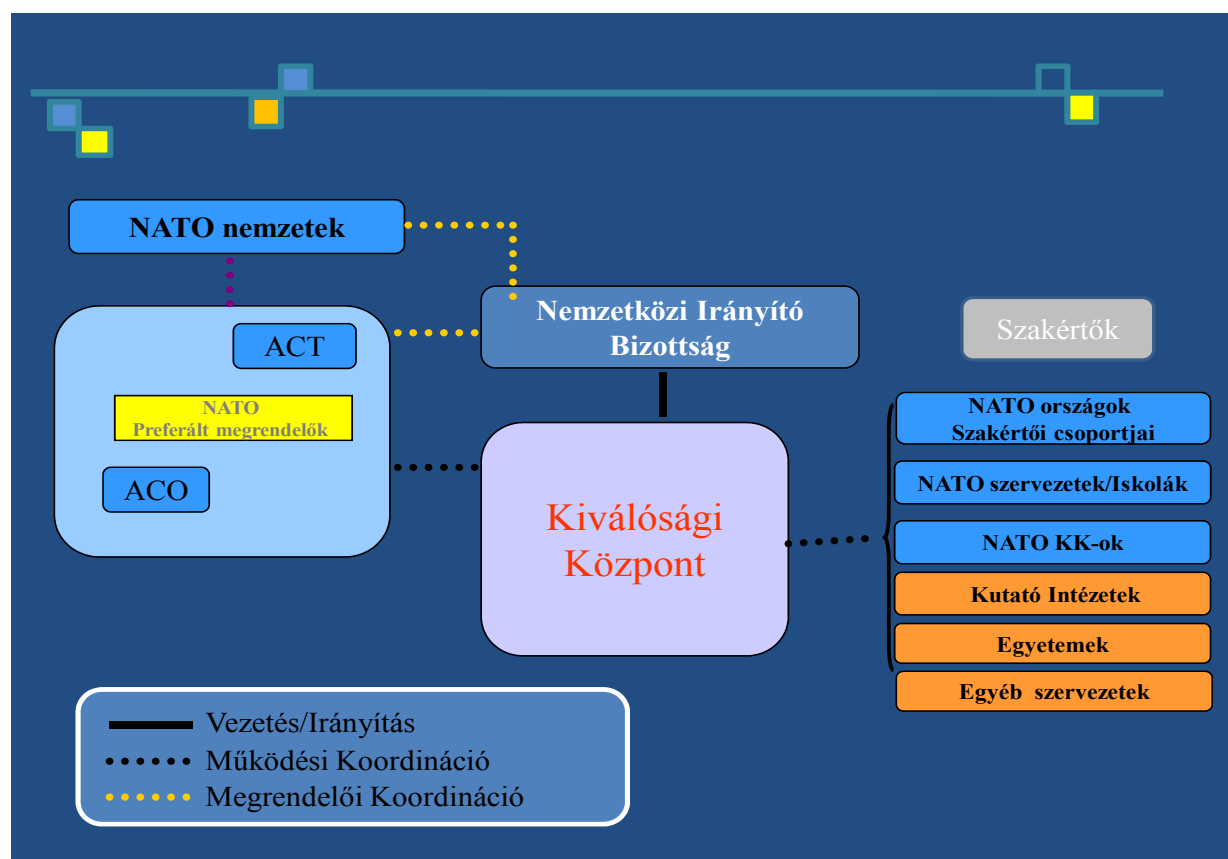
Minden NATO tagország és szervezet számára automatikusan biztosítani kell a **szabad hozzáférést** a központ szolgáltatásaihoz és termékeihez. A központ végezhet Szövetségen kívüli országok vagy szervezetek által megrendelt feladatot is, de az nem akadályozhatja vagy lassíthatja le a NATO megrendelések teljesítését. Az ügyfelek kiszolgálásának prioritása a következő sorrend szerint alakul:

*ACT* közvetlen megrendelése, *NATO szervezetek* megrendelése, *NATO tagországok* megrendelése, *egyéb megrendelések* (partner országok, nemzetközi szervezetek).

**Kommunikáció:** Működése során alapvetően minden központ nyílt rendszerű kommunikációt folytat a támogató országokkal, viszont a napi gyakorlati munka során nem nélkülözhető a kellő számú CRONOS/MINERVA munkaállomások megléte sem. A nyílt VTC (Video Tele-Conference) megléte akkreditációs kritérium, a védett VTC képesség megléte nem kötelező ugyan, de nagyban javítja az akkreditációs esélyeket.

**Egyéb elvárások:** A fentiekén túl a központok működésére rendkívül sok előírás vonatkozik, melyeket a *működési koncepció*, a *működésre vonatkozó*, valamint a *funkcionális MOU* részletesen felsorol. Hogy még bonyolultabb legyen a kép, fentiek mellett a támogató és a résztvevő országok az egyéb, általuk fontosnak ítélt kérdéseket és feltételeket külön bilaterális egyezményekben is rögzíthetik. Az egyik legfontosabb ilyen szabály, hogy a központ irányítását és felügyeletét a támogató országok képviselőiből álló Irányító Bizottság (Steering Committee, SC) látja el, amely jóváhagyja a munkatervet, a költségvetést és központ igazgatóján keresztül dönt a működésre vonatkozó legfontosabb kérdésekben.

A központ működési környezetét az alábbi ábra foglalja össze:



16. ábra: A Kiválósági Központok működési környezete. Szerkesztette Kopcsó István.

## III.2. A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ megalakítása a gyakorlatban

### III.2.1. A felajánlás kidolgozásának általános gyakorlata

Klasszikus esetben egy Kiválósági Központ úgy születik, hogy egy nemzet már rendelkezik valamilyen egyedülálló és világszínvonalú képességgel és azt valamilyen megfontolásból részben vagy teljesen felajánlja a NATO-nak. Ezután már „csak” a koncepció elfogadtatása (ACT), a nemzetek meggyőzése, részvételük részleteinek és feltételeinek kidolgozása (MOU-k, TA-k) van hátra, melyet az akkreditációs folyamat (ACT, NAC) követ. Annak elnyerése és kellő számú nemzet részvétele (minimum 3) esetén megkezdődhet a központ nemzetközi katonai szervezetként történő aktiválása (ACT, NAC). Általánosságban elmondható, hogy ez a megalakulási forma alapvetően a régebbi NATO tagállamok területén működő szervezetekre igaz.<sup>48</sup>

Az *új tagállamok* esetében a megalakulás és a felajánlás folyamata általában az alábbiak szerint történik: a kandidáló ország informális tárgyalásokat folytat valamilyen magas szintű NATO szakbizottsággal (ezek az esetek nagy részében ún. NATO Feladatszabó Hatóságok, vagy Delegált Feladatszabó Hatóságok<sup>49</sup>). Ezen tárgyalások alapján egyeztetésre kerül a kiválasztott szakterület, ezen belül is a kialakítandó képesség, amelyre egyrészt reális igény mutatkozik a NATO részéről, másrészt az adott ország képes ezt megvalósítani. A következő teendő ennek a magas szintű szakbizottságnak az ajánló levelével, valamint a működési koncepció tervezetével megkeresni az ACT-t. Az ACT erre szakosodott szervezeti eleme a Transzformációs Hálózatot Koordináló Részleg (Transformation Network Coordination Cell, TNCC) a koncepciót tüzetes vizsgálat alá veti és végrehajtja annak megvalósíthatóságát. Ennek során alapvetően két dolgot vizsgálnak:

- szüksége van-e a NATO-nak a felajánlott képességre?
- ha igen, vajon a felajánló nemzet a legmegfelelőbb-e az adott képesség kialakítására?

A kulcs az ACT támogatásának elnyerése, ami után már „csak” a fentiekben leírt eljárási rendet kell követni. Ahogy azt a későbbiekben részletesen is ismertetni fogom, ez volt a helyzet a Katona-egészségügyi Kiválósági Központ esetében is. Ez a módszer egy nagyon

<sup>48</sup> Mint például az Egyesült Államokban települő Tengerfelszíni Többnemzeti Összhaderőnemi Műveletek Kiválósági Központja

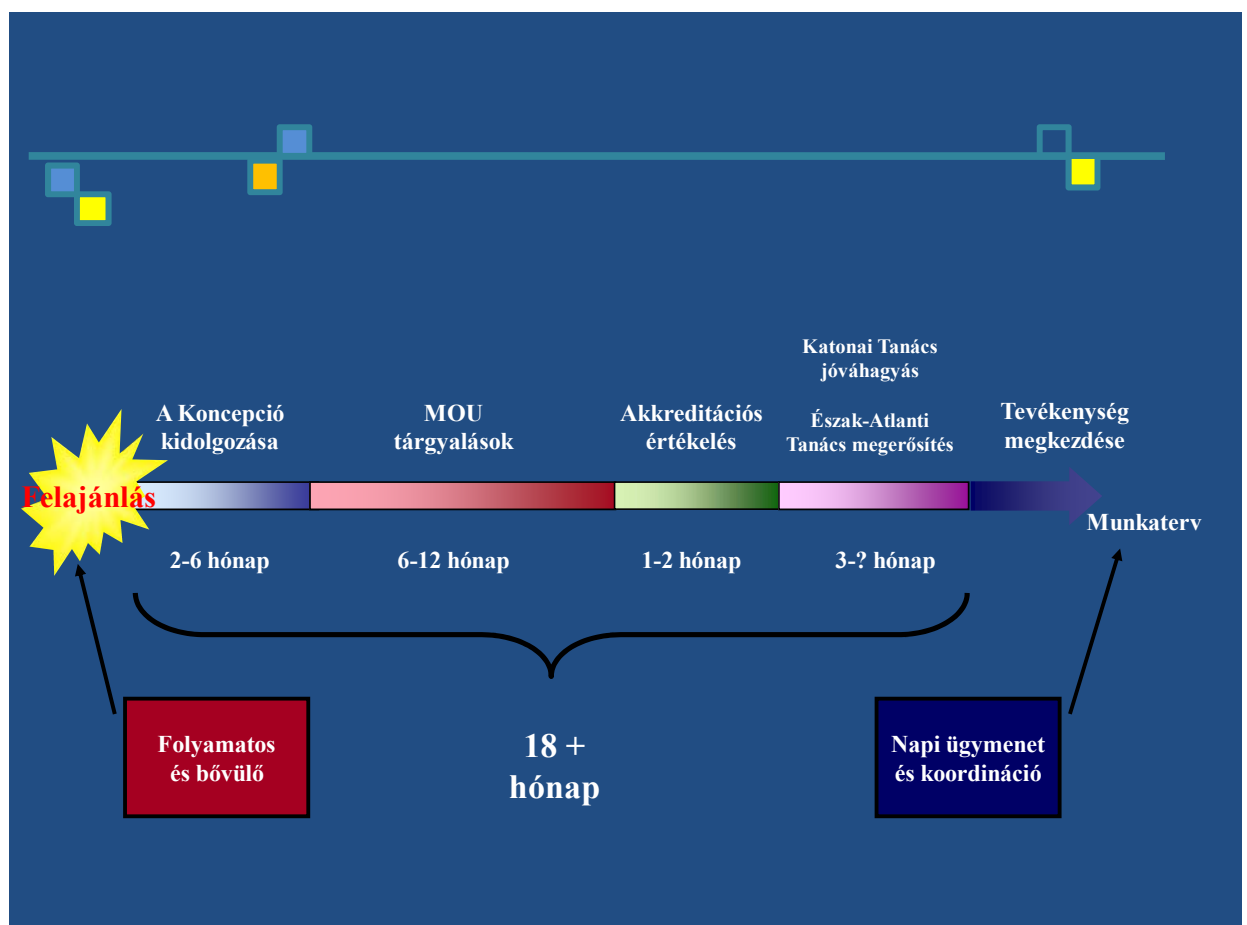
<sup>49</sup> Például maga a Katonai Bizottság vagy esetünkben a COMEDS



alapos és időigényes szakmai egyeztetést igényelt ugyan a COMEDS-el, de a későbbiek során a befektetett idő és energia bőségesen megtérült.

Azt is meg kell jegyezni, hogy a NATO soha nem utasít el nyíltan egyetlen kezdeményezést sem, hiszen az életképtelen koncepciók többnemzeti támogatás hiányában általában önmaguktól elhalnak még az akkreditációt megelőzően, vagy annak hosszadalmas folyamatában.

Összefoglalásként az *alábbi ábra bemutatja a kiválósági központok megalakításának mérföldköveit* és azoknak az ACT tapasztalatán alapuló várható időigényét.



**17. ábra A Kiválósági Központok megalakításának fázisai és időigénye.** Forrás: Alexander Schott előadása a Katona-egészségügyi Kiválósági Központ 1. MOU konferencián, Budapest, 2008. október 2.

Tapasztalataink szerint ez egy rendkívül ambiciózus ütemterv, amely csak egy nagyon összehangolt nemzeti és nemzetközi koordináció, valamint váratlan negatív tényezőktől mentes lefolyás esetén tartható.

### III.2.2. A magyar központ elgondolásának megszületése

Az egész előzmény tulajdonképpen négy alábbi tényező egyidejű és szerencsés egybeesésével magyarázható:

1. a NATO részéről a **szükséglet**,
2. az egészségügyi szolgálat részéről az **akarat és determináltság**, valamint
3. a **képesség és a hitelesség**,
4. a katonai és a politikai vezetés részéről pedig a **támogatás**.

**A szükséglet:** az MH egészségügyi szolgálatából szerencsére sokunknak volt és van lehetősége missziókban és különböző szintű NATO beosztásokban szolgálni. Ezek során sikerült alapos rálátásra szert tennünk a NATO egészségügyének egészére, sőt annak alakításában módunkban volt aktív részt is vállalni, mint ahogy az előző fejezetben már említésre került.

Fentieknél fogva tisztában voltunk és vagyunk a NATO egészségügyének erős és gyenge oldalaival, hiányosságaival és a rendszer fejlesztésének lehetséges módozataival. Mindezeket összevetve a lehetőségeinkkel, sikerült behatárolnunk azokat a szakmai területeket, amelyekre a NATO-nak égetően szüksége van, másrészt pedig képesek vagyunk azt magas szinten művelni.

**Az akarat és determináltság:** részben ismét a szerencse, de talán ennél is lényegesebb módon a szolgálatunknál hosszú idő óta folyó tudatos humán erőforrás gazdálkodás eredményeképpen úgy alakult, hogy az egészségügyi szolgálatnál összejött egy olyan elszánt csapat, amelynek tagjai eddigi pályafutásuk alatt összegyűlt tudásanyagot és tapasztalatot úgy szeretnék a köz javára hasznosítani, hogy közben valami újat, egyedit, minőségit és maradandót hoznak létre.

**A képesség és hitelesség:** mire alapoztuk, hogy képesek vagyunk egy Kiválósági Központ felállítására és működtetésére?

A fenti tényezőkön túl az alábbiakban tómondatokban felsorolom azokat a további képességeinket és jellemzőinket, amelyek véleményem szerint hitelessé teszik a projektet a nemzetközi és a hazai porondon egyaránt:

- a magyar egészségügy (ideértve a katona-egészségügyet is) elismert szakmai színvonala;

- rendelkezésünkre áll egy elhivatott, nemzetközileg is elismert, NATO és műveleti tapasztalattal rendelkező állomány;
- nagyon erős szakmai és szakértői háttérrel (MH dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ, HM Állami Egészségügyi Központ) rendelkezünk;
- az MH HEK bázisán történő megalakulás lehetővé teszi a koncentrált erőforrás felhasználást és a hatékony működést;
- biztosított a jó infrastruktúra és helyszín;
- nyitottság az új elvek és módszerek iránt;
- partner nemzetek (PfP, MD, ICI) valamint civil szakértők és szervezetek bevonását is tervezzük a NATO műveletekben való növekvő szerepvállalásuk és súlyuk miatt.

**A támogatás:** A katonai és a politikai vezetés rövid időn belül megértette a Központ létrehozásának jelentőségét és súlyát és teljes melesszélességgel mellé állt, amiről az ACT elő-akkreditációs bizottsága is elismerően nyilatkozott. A felmerülő problémák nagy része a **projekt abszolút újszerűségéből** adódott: idő kellett míg minden szakág megértette a szerepét és feladatait, de ez egy teljesen természetes dolog, amin viszonylag rövid idő alatt sikerült túllépnünk.

### **Szükséglet és lehetőség. Egészségügyi tapasztalat-hasznosítás (Lessons Learned)**

Az egyik legfontosabb hozadéka és levonható tapasztalata a korábbi többnemzeti műveletekben történő magyar egészségügyi részvételnek (I. Öböl- háború, AFOR, KFOR, pristinai Megelőző Egészségügyi Laboratórium Laboratórium (MEL), Mobil Biológiai Laboratóriumi Komplexum (MBLK), hogy egy ilyen méretű és ezen vezető nemzetekhez képest behatárolt forrásokkal rendelkező országnak nem a mennyiségre, hanem elsősorban a minőségre kell helyeznie a hangsúlyt. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy olyan részképességek kiépítésére tanácsos koncentrálnia, amivel a “nagyoknak” nem igazán éri meg foglalkozni, vagy a dolog már csak a volumenénél fogva sem kerül a látóterükbe. Fontos kritérium még, hogy ennek a képességnek relatíve nagy fontossággal kell bírnia az adott művelet biztosításának láncolatában, egy olyan képességnek, melynek hiánya nagyban megnehezítené vagy bonyolítaná (lelassítaná és megdrágítaná) az adott művelet egészségügyi támogatásának kivitelezését, illetve jelentősen megemelné a műveletben részt vevő állomány egészségügyi kockázatát. Ha ezt a képességet sikerül világszínvonalra emelni, akkor,-amint azt a gyakorlat is mutatja- a NATO tervezők és a nemzetek körében hamar bevett gyakorlattá válik ennek

igénybevétele, jelentősen megemelve ezzel az adott ország elismertségét. Példaként megemlíthetem a Mobil Biológiai Laboratóriumi Komplexum NRF-be történő rendszeres felajánlását, valamint az athéni olimpiára és a tallini NATO csúcsra történő “megigénylését” a szervezők által. Másik példa lehet a nyolc éve Pristinában szolgálatot teljesítő MEL Laboratórium, melynek sikeréről és jelentőségéről mindennél többet elárul az a tény, hogy amikor Magyarország bejelentette a laboratórium 2008. év végi kivonására vonatkozó szándékát, ezt elkerülendő, a NATO felajánlotta a laboratóriumnak a NATO közös finanszírozási rendszerbe történő bevonását.

Fenti példákkal egészségügyi kódszámú katonaként és személyes tapasztalataim alapján mertem előhozakodni, természetesen és szerencsére a Magyar Honvédség vonatkozásában ez a jelenség nem egyedülálló. Elég a világszínvonalú és nemzetközi körökben szintén nagy népszerűségnek örvendő víztisztító képességünkre utalni.

***Összességében tehát megállapítható, hogy egy világszínvonalú részképesség kifejlesztése, működtetése és felajánlása = nagy haszon, viszonylag kis befektetéssel.***

Úgy érzem, hogy a fenti gondolatmenetbe logikailag teljesen beleillik a Katona-egészségügyi Kiválósági Központ létrehozásának ötlete, annak ellenére, hogy a dolog természeténél fogva az a fenti példákkal teljesen párhuzamosan nyilván nem hasonlítható össze, bár ahogy azt a későbbiekben látni fogjuk, a Központ minden egyes tevékenységi területe a műveletek egészségügyi támogatása tökéletesítésére irányul, illetve azzal valamilyen formában összefügg.

Hogy miért éri meg Magyarországnak létrehozni egy ilyen Központot az már ismertetésre került. ***De miért lehet a nemzetek számára kecsegtető dolog egy ilyen vállalkozásban részt venni?*** Véleményem szerint ennek több ésszerű oka is van, mégpedig:

- kitűnő lehetőség arra hogy az adott nemzet a NATO egészségügyének élvonalába kerüljön, ezáltal jelentős hatással lehet a doktrínák és koncepciók alakítására;
- jó és költséghatékony lehetőséget biztosít szakembereik nemzetközi és összhaderőnemi környezetben történő képzésére;
- a partner országok részére egy valós lehetőség, hogy részt vegyenek a NATO egészségügyi politikájának alakításában;
- az úttörő szerep vállalása mindig egy izgalmas, figyelemfelkeltő és presztízsnövelő feladat;

- hozzájárul a nemzetközi elismertség megszerzéséhez és növeléséhez, ami különösen a kisebb vagy a csatlakozni vágyó nemzetek esetében lehet fontos.

***Fentiek mellett egy ilyen Központ a NATO számára is jelentős előnyöket biztosít, mert:***

- kiszélesíti az ACT, mint az egészségügy fejlesztéséért (is) felelős NATO szervezet mozgásterét;
- megnöveli az ACO szakmai spektrumát és lehetőségeit;
- támogatja a COMEDS és a Stratégiai Parancsnokságok döntéshozói tevékenységét;
- NATO források nem kerülnek bevonásra;
- biztosított a szakértői fókusz és orientáltság;
- kitűnően alkalmas a NATO egészségügyi állományának virtuális megerősítésére;
- áthidalja a megnövekedett munkatempóból és az egyre szűkösben rendelkezésre álló nemzetközi egészségügyi állomány teljesítőképességéből származó szakadékokat;
- tevékenységének többnemzeti és összhaderőnemi jelleget ad;
- megerősíti a NATO egészségügyi szabványosítási tevékenységét és ezen keresztül az interoperabilitás elérésének lehetőségét;
- flexibilis és szükséglet vezérelt munkaprogrammal rendelkezik.

### **III.2.3. A megalakulás kezdeti lépései:**

Azt rögtön az elején tisztáztam, hogy csak abban az esetben állok elő a Központra vonatkozó elképzeléssel, ha arra a NATO egészségügyi közösségének egyértelműen szüksége van és ezt írásos formában is hajlandó kifejezni. Összeállítottam tehát egy kezdeti koncepciót, amelyet többször előadtunk a különböző egészségügyi munkacsoportokban és fórumokon (MMSOP, MMSG, JMC, COMEDS). Ahogy a koncepció finomodott, úgy sikerült fokozatosan legyőzni a néhány nemzetben eleinte kétségtelenül meglévő hitetlenséget, féltékenységet és kételkedést. A közösség tagjait két dologról kellett meggyőzni: először, ***hogy a NATO-nak szüksége van egy Egészségügyi Kiválósági Központra, másodsor, hogy Magyarország képes ezt megvalósítani.*** Mindkét vonatkozásban sikerrel jártunk: a COMEDS határozatban gratulált az eddigi

munkához, kifejezte egyértelmű támogatását<sup>50</sup>, és szorgalmazta a nemzetek csatlakozását, amint azt a COMEDS soros elnöke az ACT parancsnokhoz e témában írt levelében is kifejezte.<sup>51</sup> Ezután már egy viszonylag letisztult koncepcióval, de még mindig informálisan megkerestem az ACT-nek a Kiválósági Központokért felelős elemét, a Transzformációs Hálózatot Koordináló Részleget (Transformation Network Coordination Cell, TNCC). *A legnehezebb rész ott és akkor következett*: nem azt kellett bizonyítanunk, hogy Magyarország képes a Központot létrehozni, hanem azt, hogy Magyarország a *legkiválóbb* helyszín és a magyar katonai egészségügy pedig NATO mércével mérve is *kiváló* teljesítményre képes. Mindkét akadályt sikerrel vettük.

*Szilárd meggyőződése, hogy egy Magyarországon létrehozandó Egészségügyi Kiválósági Központ gondolatának és koncepciójának a COMEDS és az ACT által történő elfogadása és támogatása az eddigi magyar katonai egészségügyi tevékenység elismerése, sűrítője és csúcsa.*

#### III.2.4. A Működési Koncepció

Az alábbiakban részletesen ismertetésre kerül a Központ megalakításának és tevékenységének legfontosabb eleme, a Működési Koncepció.

A Koncepció megalkotása a fentiekben már vázolt *szükséglet - lehetőség képesség - hitelesség* tengelyre felfűzött vázlat kidolgozásával kezdődött, amely a szintén már említett módon, a NATO szakmai fórumain lefolytatott viták során edződött és finomodott. A projekt szakmai vonalon történő indítása abból a szempontból is előnyösnek bizonyult, hogy a viták során a nemzetek fokozatosan „hozzászoktak” a Központ Magyarországon történő megalakításához és ez egy idő után természetessé is vált, hovatovább a különböző munkacsoportok saját éves munkatervük megalkotása során a Központtal már mint egy meglévő szakmai szervezettel számoltak.

A Koncepció a partner országok számára is hozzáférhetően, *nyílt formában* került megírásra (NATO Unclassified Releasable to PFP).

#### **A Koncepció felépítése az alábbiak szerint alakult:**

- a. Előzmény-háttér
- b. Alapelvek
- c. Műveleti követelmények

<sup>50</sup> Minutes of the 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary, 2007. dec.10.

<sup>51</sup> Minutes of the 29<sup>th</sup> COMEDS Plenary 2008. júl.15.

- d. Hatókör
- e. Küldetés
- f. Funkciók, aktivitás és alkalmazhatóság
- g. Elhelyezés
- h. Szervezet
- i. Alárendeltség
- j. Kapcsolatrendszer
- k. Jogi háttér, források

A rendelkezésemre álló behatárolt terjedelemben a fentiekből önkényesen csak az általam leglényegesebbnek és legizgalmasabbnak tartott területeket ismertetem részleteiben, ezek az ***előzmény, a műveleti követelmények, a tervezett funkciók és a szervezeti felépítés.***

**Az előzmény**, vagy a korábbi gondolatmenetet követve a ***szükséglet*** leírásánál összegeztem az összes olyan érvet, mely alátámasztja egy Katona-egészségügyi Kiválósági Központ létrehozásának szükségességét, miszerint:

- A 2006-os Miniszteri Ajánlás-ban (Ministerial Guidance, MG)<sup>52</sup> lefektetett új NATO ambíciószint, amely az Átfogó Politikai Útmutatásban (Comprehensive Political Guidance, CPG)<sup>53</sup> leírt kiszélesített missziós spektrum, annak katonai és katona-egészségügyi vonatkozásai<sup>54</sup>, párosulva az egészségügyi tervezés képességalapú megközelítésével, a NATO egészségügyi rendszerében fellelhető hiányosságokat még inkább nyilvánvalóvá és sürgetővé tették.
- A jelenleg folyó műveletek természete megnövekedett igényeket és elvárásokat támaszt az egészségügyi támogatással szemben, ami egy lényegesen hatékonyabb és összefogottabb egészségügyi struktúrát igényel. A szorosabb klinikai időnormák, az igény hogy a beteg minél előbb a hazaival megegyező klinikai ellátásban részesüljön, a műveleti terület egészségügyi háttérbiztosítása, illetve a légi úton történő kiürítés tovább növelték a már eleve meglévő nagy elvárásokat.
- Mindez leginkább a kis és közepes nagyságú tagállamokat érinti, ahol a tisztán nemzeti szintű megoldások nem, vagy csak nagy nehézségek árán kivitelezhetők, ***mert nincsenek***

<sup>52</sup> DPC/D(2006)0004, Ministerial Guidance 06, 2006.jún.07.

<sup>53</sup> SG(2005)091 8-AS1 -REV1, Comprehensive Political Guidance (CPG), 2006.febr.07.

<sup>54</sup> MC 0550 (Final)(Revised), MC Guidance for the Military Implementation of the, CPG, 2006.szept.11.

*egyszerű, könnyen megvalósítható, olcsó és hozzáférhető egészségügyi megoldások*<sup>55</sup>. A lehetséges megoldás leginkább a több nemzetet magába foglaló egészségügyi támogatás kidolgozása, amely komplexitásából adódóan minőségi különbséget jelent a két- vagy háromoldalú megállapodásokhoz képest.

- Többnemzeti együttműködés esetében az egészségügy egyik prioritása az *interoperabilitás fejlesztése*<sup>56</sup>. Ahhoz, hogy valódi *együtt működésről* beszélhessünk, el kell érni a *tanúsított többnemzeti egészségügyi egység szintjét*. Ennek kidolgozása különböző COMEDS munkacsoportok, alcsoportok, és szakértői panelek feladatköre, amely munka már elkezdődött.
- A *hasznosított harcászati klinikai tapasztalatok* (Tactical Clinical Lessons Learned, TCLL) a NATO egészségügye számára jelenleg nem hozzáférhetőek, mivel az Összhaderőnemi Elemző és Hasznosított Tapasztalatok Központjának (Joint Analysis and Lessons Learned Centre, JALLC) – meghatározott feladatköréből adódóan – a stratégiai és műveleti szintű tapasztalatokra kell koncentrálnia. Az egészségügy ebbe sajnos soha nem kerül bele annak ellenére, hogy klinikai tapasztalatok feldolgozása az egészségügyi támogatás tökéletesítése szempontjából óriási jelentőséggel bír. A TCLL fejlesztése érdekében elengedhetetlenül szükséges a megfelelő mennyiségű ún. *egészségügyi evidencia* megléte. A 28. COMEDS Plenáris ülés döntést hozott a NATO Trauma Regiszter bevezetéséről is, ami kombinálja a nemzeti szintű nyilvántartásokat egy közös virtuális adatbázissal<sup>57</sup>. Ahhoz hogy ez bevezetésre kerülhessen, meg kell oldani a nemzeti szintű rendszerek átfogó koordinálásának és átjárhatóságának problematikáját.
- Az elmúlt évek tapasztalatai alapján az *interoperabilitás* megfelelő szintje elérésének és fenntartásának a kulcsa a *szabványosítás*. Mindezekon túl, a NATO-n belüli egységes normarendszer megléte előfeltétele az új partnerek gyors integrációjának, illetve felajánlásaik figyelembevételének is.<sup>58</sup>
- Az *egészségügyi haderővédelem* (Force Health Protection, FHP) egy olyan komplex egészségügyi rendszer, melynek célja, hogy elősegítse a csapatok telepíthetőségét és

<sup>55</sup> MCM-0193-2006, Implementation of the Comprehensive Political Guidance (CPG) to the Functional Area of Military Medical Support, 2007.febr.12.

<sup>56</sup> COMEDS(Chair)L(2007)0015, Minutes of the 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary, 2007.dec.12.

<sup>57</sup> COMEDS (Chair)L(2007)0015, Minutes of the 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary, 2007.dec.12.

<sup>58</sup> COMEDS(Chair)L(2007)0011, COMEDS Chair letter to HUN CHOD, 2007.jún.22.



harcértékének megőrzését a *betegségek és az ún. „nem-harci” sérülések* (Disease, non-Battle Injury, DNBI) megelőzésével, illetve minimális szinten történő tartásával. Ennek bizonyos alapelemeivel, úgy mint a *betegségészlelő- és jelentő rendszer* (Disease Surveillance System, DSS), illetve az *egészségügyi gyorsreagálású képesség* (RDOIT)<sup>59</sup>, a NATO még nem rendelkezik, kialakításuk folyamatban van.

A **műveleti követelmények** tárgyalásánál megtettem a fentiekből eredő következtetések levonását és műveleti szemüvegen keresztül konkretizálását, ami a Központ esetében a következőket jelentette:

- A nemzetek közötti praktikus együttműködésre való vitathatatlan igény az egészségügyi támogatásra nézve is *speciális következményekkel* jár. A többnemzeti együttműködés egyrészt lehetővé teszi a nemzetek számára, hogy részt vállalhassanak az egészségügyi támogatás megteremtésében, másrészt, hogy azt a duplikáció elkerülésével hatékonyan igénybe is vehessék. Mindemellett a többnemzeti együttműködés bizonyos nehézségekkel is jár, elsősorban a különböző nemzetek eltérő egészségügyi normarendszerének és jogi szabályozásának köszönhetően.
- Az *Egységes Védelmi Előírások* (azaz *Szabványosítási Egyezmények* – Standardization Agreement, STANAG), mint az interoperabilitás legfontosabb eszközei, sajnos jelenleg nem egyenlő mértékben használatosak a tagállamok körében.<sup>60</sup> A COMEDS a nemzeti katona-egészségügyi szakértelemre koncentrálna továbbra is a doktrínafejlesztés legfontosabb tényezője marad, miközben meg kell küzdenie a NATO irányítási rendszerének gyors műveleti tempójával is, amivel csak nagy nehézségek árán tud lépést tartani.
- Miután a *JALLC a fentiekben ismertetettek szerint alapvetően a stratégiai és műveleti tapasztalatokra koncentrálna*, nagy űr marad a taktikai területről szerzett tapasztalatok hasznosítása tekintetében. Szervezetünk központi elemeként fog működni a *harcászati klinikai tapasztalatok hasznosítása* terén, a belső és a nemzetközi szakértők által koordinált elemző munka segítségével. A Központ hiánypótló és réskitöltő szereppel bír a nemzeti rendszerek koordinálásában, a klinikai adatok összegyűjtésében valamint összekötő kapocsként tud szolgálni a nemzeti Trauma Regiszterek átjárhatósága érdekében.

<sup>59</sup> STANAG 2529 Study Draft 5.2, Rapidly Deployable Outbreak Investigation Team(RDOIT) for Suspected Use of Biological Warfare Agents.2009.febr.09

<sup>60</sup> COMEDS(Chair)L(2007)0015, Minutes of the 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary, 2007.dec.12.

- Az **egészségügyi haderővédelem** intézkedései az egészségügyi szaktevékenység széles skáláját ölelik fel annak érdekében, hogy az állomány egészségét megőrizzék, illetve a műveleteket ily módon támogassák. Egy erőteljes **egészségügyi felderítési rendszer** kritikus eleme a telepíthetőségi képesség megőrzésének, illetve a NATO- erők védelmének a veszélyeztető körülményekkel és tényezőkkel szemben. A képességrés kitöltését itt egy **betegészlelő- és jelentő rendszer** létrehozása jelenti, melyet egy **Többszemzeti Egészségügyi Elemzőközpont** koordinál és egy virtuális hálózaton keresztül együttműködő szakértők csoportja segít. Kézzelfogható gyakorlati eredményt viszont csak úgy lehet elérni, ha az észlelés és elemzés kiegészül egy gyors reagálóképességgel is. Ez a képesség egy **Gyorsan Telepíthető Járványügyi Kivizsgáló Csoport** formájában a STANAG 2529-ben került megfogalmazásra.<sup>61</sup> A Központ az ACO-val szorosan együttműködve, a tapasztalatok és a műveleti területről érkező igények figyelembevételével, képessé válik mindkét kezdeményezésben részt venni egyrészt a **müncheni elemző központ virtuális szakértői háttérbázisaként**, másodsorban pedig megalakítva egy egészségügyi Műveleti Szakértői Tanácsadói Csoportot, képes a helyzetből fakadó igényekhez igazodva a megszokott vagy a gyorsreagálású módon a műveleti területen fellépő közegészségügyi-járványügyi problémákra megoldást találni.

A fentiek alapján és annak szerves folytatásaként meghatároztam a Központ szakmai **tevékenységi területét** mely az alábbiakra terjed ki:

- egészségügyi képzés, kiképzés és tanúsítás,
- harcászati szintű klinikai tapasztalatok hasznosítása,
- interoperabilitás (szabvány fejlesztés és gondozás), valamint
- az Egészségügyi haderővédelem néhány területe.

### III.3. A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ szakmai területei és felépítése

#### III.3.1. Egészségügyi képzés, kiképzés és tanúsítás

A nemzetközi képzés és kiképzés nagyban hozzájárul a nemzetek közötti kölcsönös bizalom és egyetértés kialakulásához, ami az alkalmazás során sok gyakorlati nehézségen segítheti át az együttműködő nemzeteket.

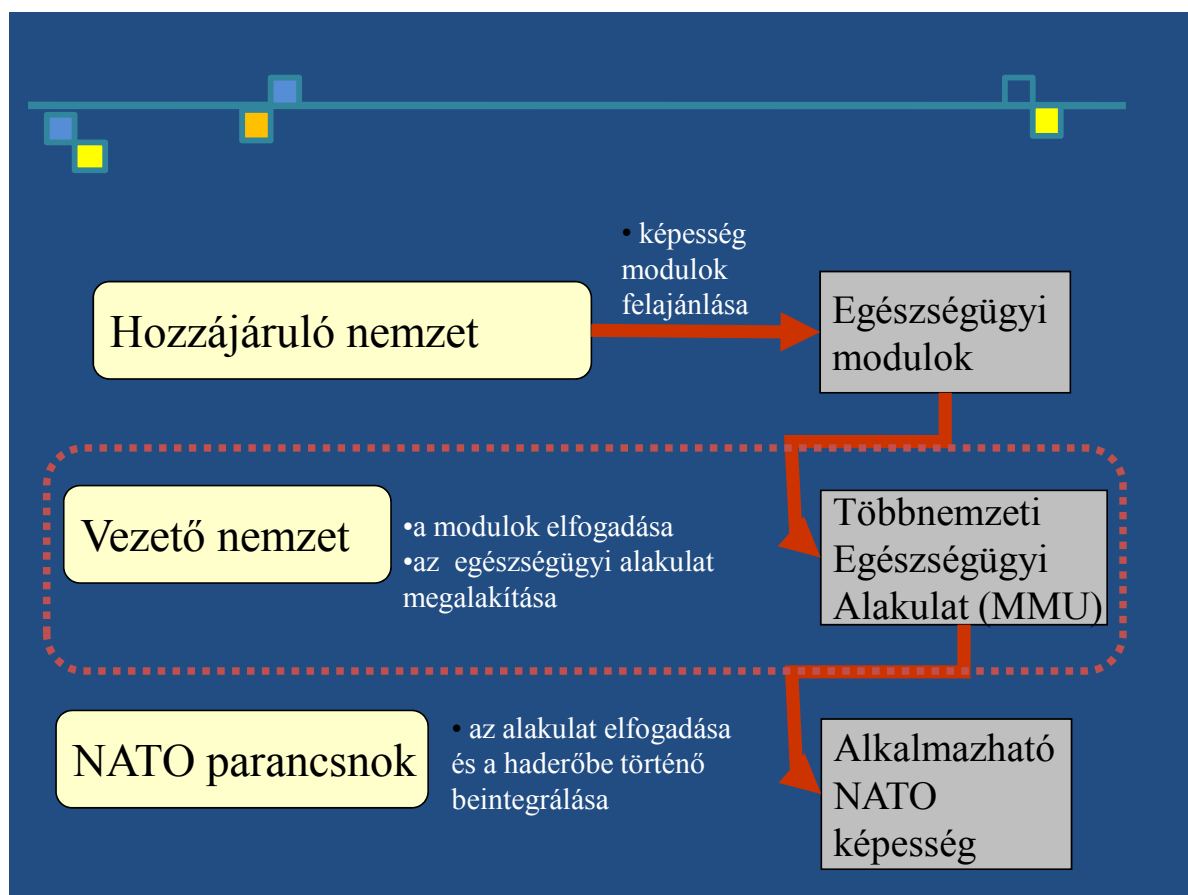
<sup>61</sup> STANAG 2529 Study Draft 5.2, Rapidly Deployable Outbreak Investigation Team(RDOIT) for Suspected Use of Biological Warfare Agents.2009.febr.09.

<https://nsa.nato.int/protected/unclass/stanags/Dr%20En/2529e%20CBRNMED%20ED1%20RD1.pdf>  
[2009.07.09.]

A *valódi és működőképés* interoperabilitás és többnemzeti képességek kialakításához a *tanúsítás (certification)*, illetve az *egységes elvek szerinti kiképzés* jelentik a kulcsot, melyek ugyanakkor egy nagy, lehet hogy a *legnagyobb jelenlegi kihívást* is jelentik az egészségügyi szakterület számára. A nehézséget az okozza, hogy:

- a nemzeteknek a műveletek során is kötelezően be kell tartaniuk saját egészségügyi jogszabályaikat;
- még a NATO országain belül is nagyok az egészségügyi ellátás színvonalbeli különbségei;
- az ellátás biztosítása során figyelembe kell venni az elért és gyorsan fejlődő tudományos eredményeket, azokat be kell építeni a katonai egészségügyi szabványokba és szakmai protokollokba;
- az ellátásnak rugalmas módon igazodnia kell a változó műveleti követelményekhez.

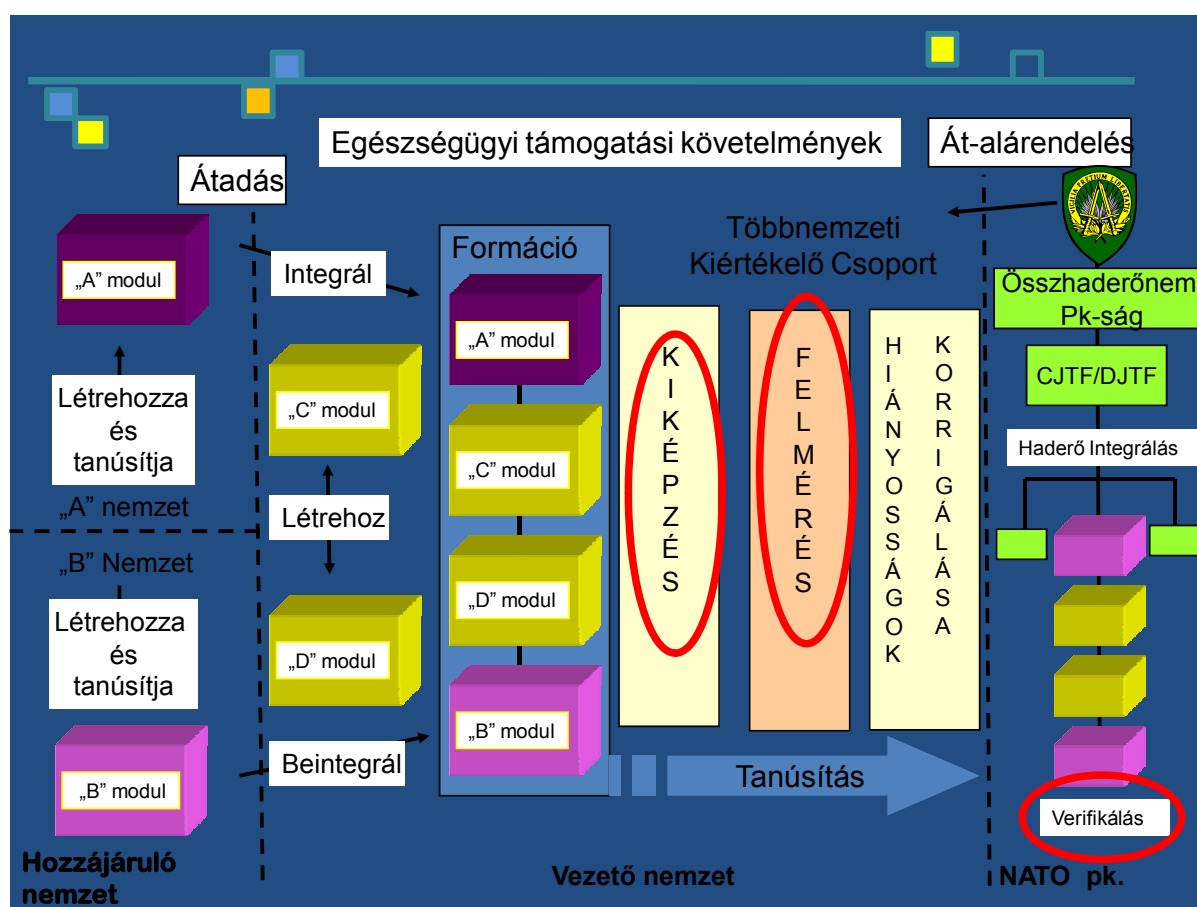
A megoldást az ún. képességmodulok kialakítása, az egyes résztvevők szerepének tisztázása, egységes értelmezése, valamint NATO szerinti tanúsítása és elfogadása (validálása) jelenti. A folyamatot az alábbi ábra mutatja be:



18. ábra: A többnemzeti tanúsítás folyamata. Forrás: Bernd Mattiesen előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 16.

Amint azt a fenti ábra is mutatja a NATO szintű tanúsítás csak a többnemzeti egészségügyi alakulatok szintjén képzelhető el, az egyének és a felajánlott képességmodulok megfelelőségének tanúsítása a Hozzájáruló nemzet, illetve a Vezető nemzet feladata.

**Hol lehet ebben a folyamatban a Központ szerepe?** Ha az alábbi összefoglaló ábrát egy kicsit részletesebben szétbontjuk, láthatóvá válik, hogy a Központ az ábrán a bekarikázott tevékenységekben tud részt venni: részben a nemzetközi egységek kiképzésén, részben az értékelő csoport munkájában való részvételen keresztül.



19. ábra A Kiválósági Központ szerepe a Többnemzeti Egészségügyi Alakulatok tanúsításában. Forrás: Bernd Mattiesen előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 16.

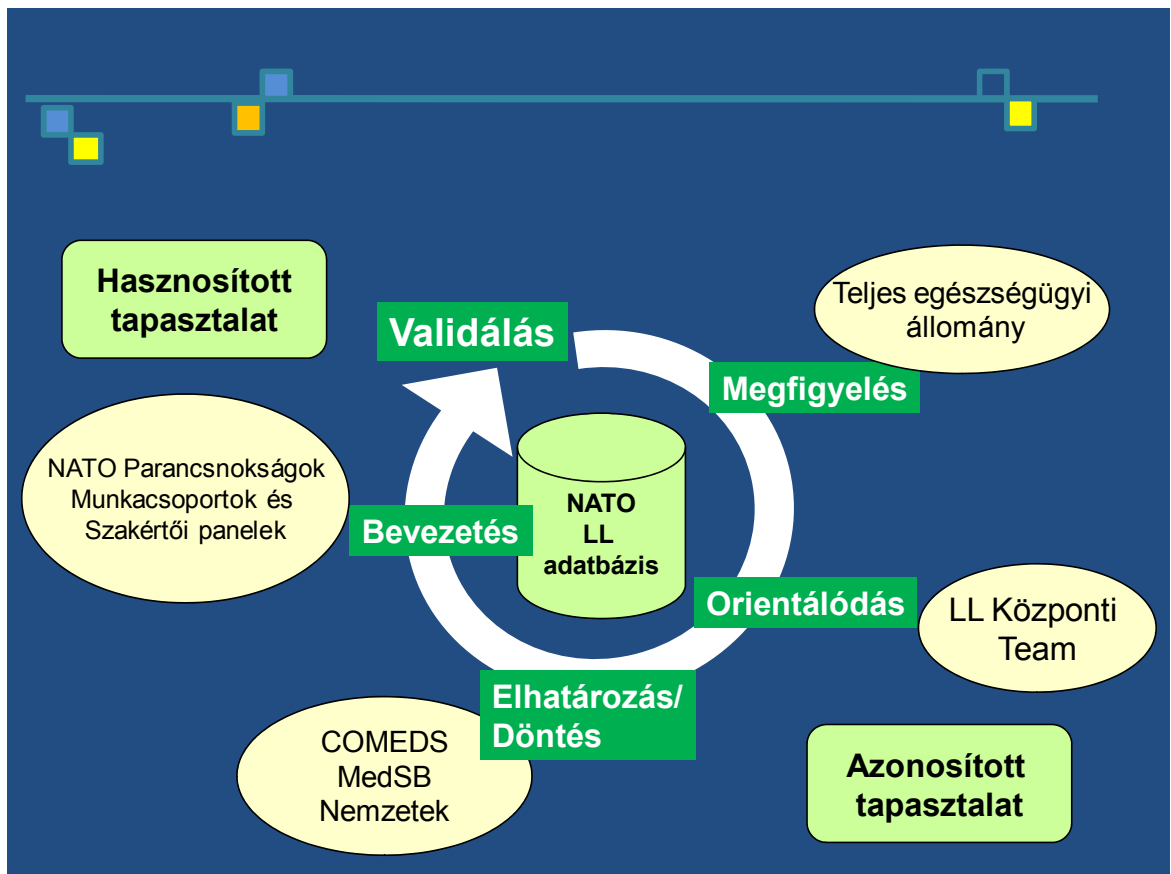
**Összefoglalva,** a Kiválósági Központ az egészségügyi képzés- kiképzés és tanúsítás területén az alábbiakat vállalja:

- a többnemzeti egészségügyi egységek képzését és kiképzését, tanúsítás folyamatában való részvételt,
- kiképzési helyszín biztosítása,
- mobil kiképző csoport, illetve azokba szakértők biztosítása a nemzetek és az ACO számára
- szakértői révén besegít a NATO gyakorlatok forgatókönyveinek kidolgozásába,

- együttműködve a különböző COMEDS munkacsoportokkal képzéssel és kiképzéssel foglalkozó konferenciák és munkaértekezletek megszervezése, illetve az azokon való részvétel.

### III.3.2. Harcászati szintű klinikai tapasztalatok hasznosítása

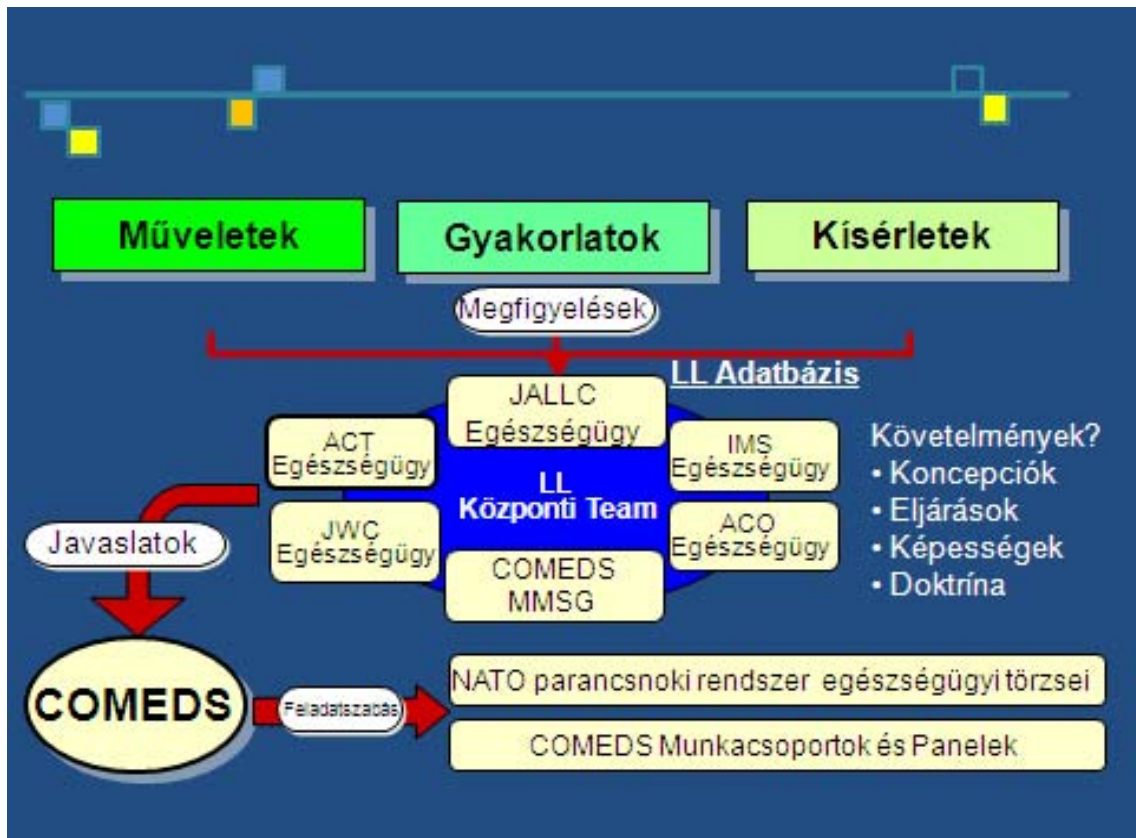
A 20. ábra bemutatja az egészségügyi tapasztalathasznosító rendszer felépítését. Egyértelműen kitűnik, hogy az egészségügyi rendszer az általános rendszerhez hasonlóan, annak részeként működik<sup>62</sup>. Ahogy azt a fentiekben már kifejtettem, az egészségügy problémája az, hogy a JALLC csak a hadműveleti és a stratégiai szintű megfigyelésekkel foglalkozik, miközben az egészségügyi tapasztalatok nagy része a klinikai ellátásból származik össze, ami ily módon a NATO szintjén kiesik a látómezőből.



20. ábra: Az Egészségügyi tapasztalathasznosító rendszer folyamata. Forrás: Paul Caine előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 16.

A megoldást az jelenti, hogy a fenti rendszerrel párhuzamosan az egészségügy kiépíti saját rendszerét az alábbiak szereplők részvételével és módon:

<sup>62</sup> Süle Attila-Csabianszki Viktor: A Magyar Honvédség tapasztaltfeldolgozó rendszeréről, Honvédségi Szemle, 2008.07. 62. évfolyam 1.szám 16-17 o.



21. ábra: A „párhuzamos” Egészségügyi tapasztalathasznosító rendszer folyamata és résztvevői. Forrás: Paul Caine előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 16.

A műveletek, gyakorlatok és a különböző kísérletek egészségügyi állománya minden megfigyelését megküldi a JALLC egészségügyi törzstisztjének, aki továbbítja azt az ún. **Központi (Core) Teamnek**, amely az ACO vezetése alatt az *ACT*, *JWC*, *IMS* és a *COMEDS MMSG* delegáltjaiból áll. A team kiértékeli a megküldött megfigyeléseket és megvizsgálja azok lehetséges kihatásait az egészségügyi támogatásra, mely alapján javaslatot tesz a COMEDS felé az esetleges doktrína és koncepció, vagy valamilyen szabvány átdolgozása és fejlesztése vonatkozásában. A Kiválósági Központ szervesen be tud illeszkedni a fenti rendszerbe és az alábbi feladatokat fogja végezni:

- Kiegészítve a fenti mechanizmust, saját eszközeivel és módszereivel aktívan gyűjti a taktikai szintű megfigyelésből származó információt;
- A szükséges munkacsoportok és szakértők bevonásával elemzi a begyűjtött információt és a COMEDS felé ajánlásokat fogalmaz meg;
- Összekötő kapocsként biztosítja a meglévő nemzeti Trauma Regiszterek átjárhatóságát;
- A hasznosított tapasztalatokat szükség szerint beépíti a kiképzésbe, illetve az általa kidolgozandó koncepciókba és doktrínákba;

- Konferenciák és munkaértekezletek szervezésével szakértői fórumot és koordinációs lehetőséget biztosít a nemzetek közötti tapasztalatcsere érdekében.

### **III.3.3. Az interoperabilitási képesség növelése (szabványfejlesztés és gondozás)**

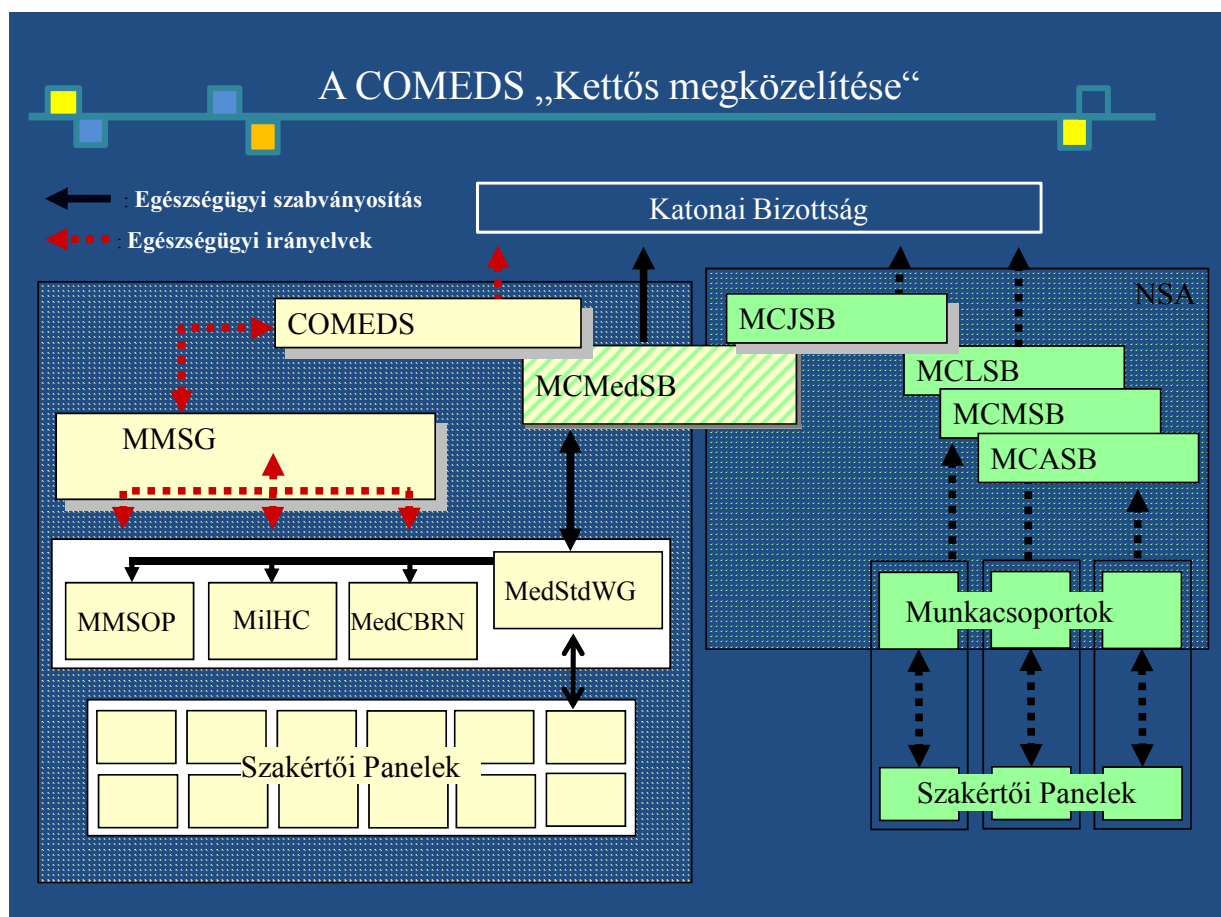
A vonatkozó NATO dokumentum<sup>63</sup> szerint a szabványosítás nem más, mint különböző koncepciók, doktrínák, eljárások és tervek kidolgozása, azok alkalmazása a zavartalan egymás melletti működés, a csereszabotosság és a teljes megegyezőség elérése céljából. Fentiekre a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználása érdekében van szükség az eljárások, az anyagi-technika, valamint az adminisztráció vonatkozásában.

A fenti definícióból logikusan következik, hogy a Szövetség védelmi képességének erősítése érdekében nagy hangsúlyt fektet az interoperabilitás, a szó szorosán vett értelmében történő *együttműködés* képességének növelésére, amelynek alapvető fontosságú területe a szabványosítás. Technikai értelemben ez úgynevezett Szabványosítási Megállapodások (Standardization Agreement, STANAG) és Szövetségi Kiadványok (Allied Publication, AP) kidolgozását, elfogadását és alkalmazását jelenti. A NATO országokon kívül a fenti kiadványoknak óriási jelentősége van a partner országokra nézve is, hiszen azokba betekintve egyrészt nyerhetnek egy viszonyítási alapot amelyhez képest saját magukat el tudják helyezni, másrészt azok alkalmazása nagyban elősegíti és megkönnyíti a NATO-val történő együttműködésüket, a NATO, vagy a NATO által vezetett műveletekben történő esetleges részvételt. A COMEDS Szabványosítási Munkacsoportja a többi COMEDS munkacsoporthoz hasonlóan a partner országok felé teljesen nyitott, tevékenységében számos ilyen (elsősorban PfP) ország rendszeres jelleggel részt vesz.

*Ahhoz, hogy megértsük a kiválósági központoknak a szabványosításban játszott esetleges szerepét, előbb ismertetni szeretném az egészségügyi szabványosítás sajátosságait, mely lényegesen különbözik a NATO többi szakmai szervezetének gyakorlatától.*

---

<sup>63</sup> AAP-3(I) Directive for the Development and Production of NATO Standardization Agreements (STANAGs) and Allied Publications (APs), 2004. február 14.



22. ábra: Az egészségügyi szabványosítás folyamata. Forrás: COMEDS bemutatkozó előadása, <http://www.ciomr.org/en/book/export/html/650> (2009. május 15)

A fenti ábra bemutatja az egészségügyi szolgálat esetében alkalmazott „*kettős megközelítést*” mely csak az egészségügyre jellemző. Ez a módszer nagyban megkönnyíti a szakterület szabványosítási tevékenységét, mivel annak teljes folyamatára állandó rálátása és ráhatása van. Fentieket az MC 20/10. számú, 2006.-ban módosított dokumentumban létrehozott Egészségügyi Szabványosítási Bizottság működése teszi lehetővé. A Bizottság létrehozásának jelentőségét nehéz lenne alábecsülni, az a COMEDS-el teljesen egyenrangú és csak a NATO Katonai Bizottságának van alárendelve. A Bizottság társelnöki rendszerben működik, melynek tisztjét a COMEDS elnöke és az Összhaderőnemi Szabványosítási Bizottság elnöke együttesen látja el. A többi szolgálati ágnak ilyen lehetősége nincs, mivel szakági szabványosítási bizottságok az egészségügy kivételével nem léteznek, így azok csak a szabványosítási követelményeket és igényeket tudják megfogalmazni, magára a folyamatra és a ratifikálásra semmilyen ráhatásuk nincs.

***A Kiválósági Központ ilyen irányú tervezett tevékenységi köre az alábbi:***

Szabványok kidolgozása és gondozása különös tekintettel a kiképzésre valamint a tapasztalat feldolgozásra; a három (*eljárásrendi, anyagi és adminisztratív*) szabványkategória közül így



értelemszerűen elsősorban az eljárásrendi jellegű szabványok jöhetnek szóba, természetesen a másik két kategóriát sem lehet teljesen kizárni. A Központ sajátos jellegénél fogva az általunk kidolgozandó vagy kezdeményezett szabványok esetében nem beszélhetünk klasszikus értelemben vett *felülről* (top down), illetve *alulról* jövő (bottom up) kezdeményezésről illetve módszerről,<sup>64</sup> az valahol a kettő közé tehető.

Szabványosítás terén a Központ felkészült:

- A COMEDS munkacsoportjainak támogatása a szabványok bevezetésében, fejlesztésében és felülvizsgálatában, különös tekintettel a kiképzéssel és a hasznosított tapasztalatokkal összefüggő szabványok esetében,
- A kapcsolat biztosítására az újonnan kifejlesztett vonatkozó szabványok és az egészségügyi kiképzés között, illetve
- A technikai háttértámogatás biztosítására, ami alatt a szakmai rendezvények helyszínének biztosítása, illetve az azokon történő részvétel értendő.

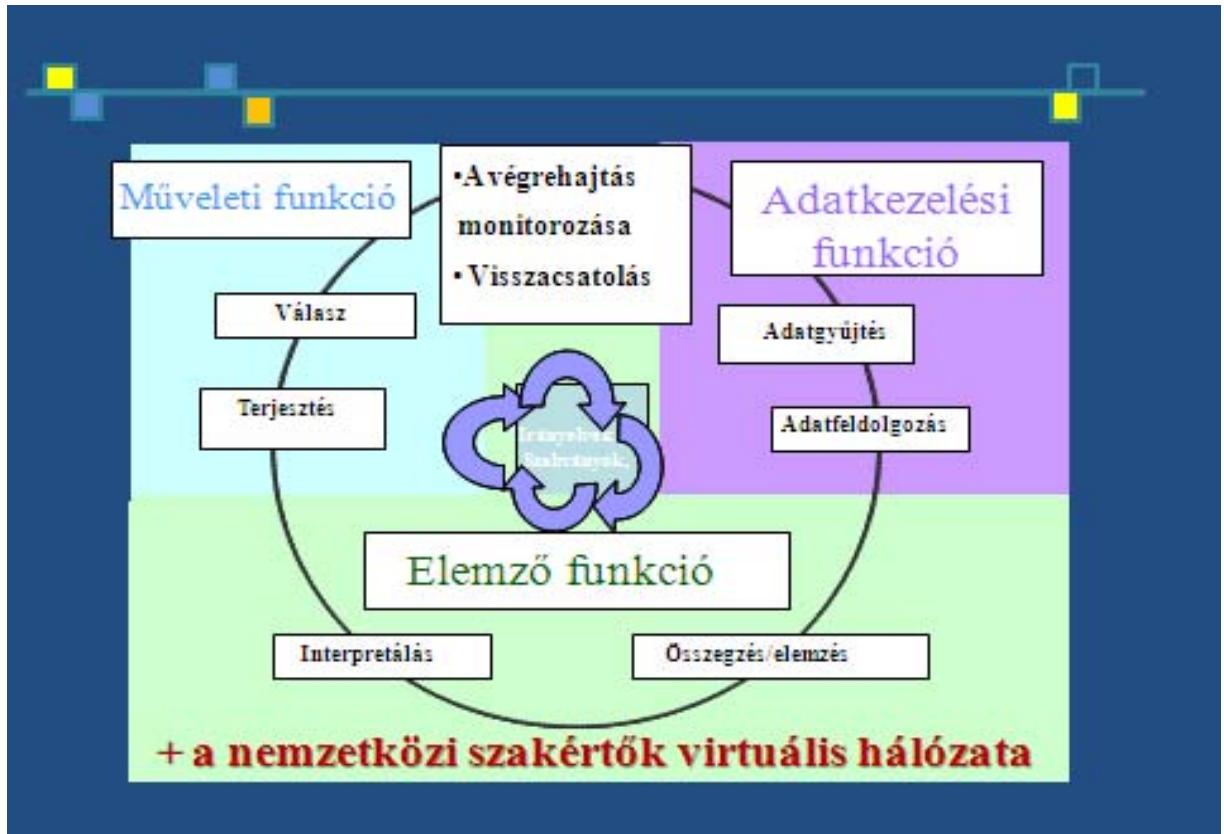
#### **III.3.4. Az egészségügyi haderővédelem néhány aspektusa**

A Kiválósági Központ az egészségügyi haderővédelem tág határain belül, ahogy az a műveleti követelmények ismertetésénél is szóba került, alapvetően két területre kíván összpontosítani:

Egyik a kialakítandó ***Betegségészlelő- és Jelentő Rendszer*** (Disease Surveillance System, DSS) Münchenben felállítandó Többnemzeti Elemzőközpont-jának szükség szerinti támogatása *egy virtuális nemzetközi szakértői hálózat részeként* az alábbi ábra szerint:

---

<sup>64</sup> AAP-3(I) Directive for the Development and Production of NATO Standardization Agreements (STANAGs) and Allied Publications (APs), 2004. feb. 14.

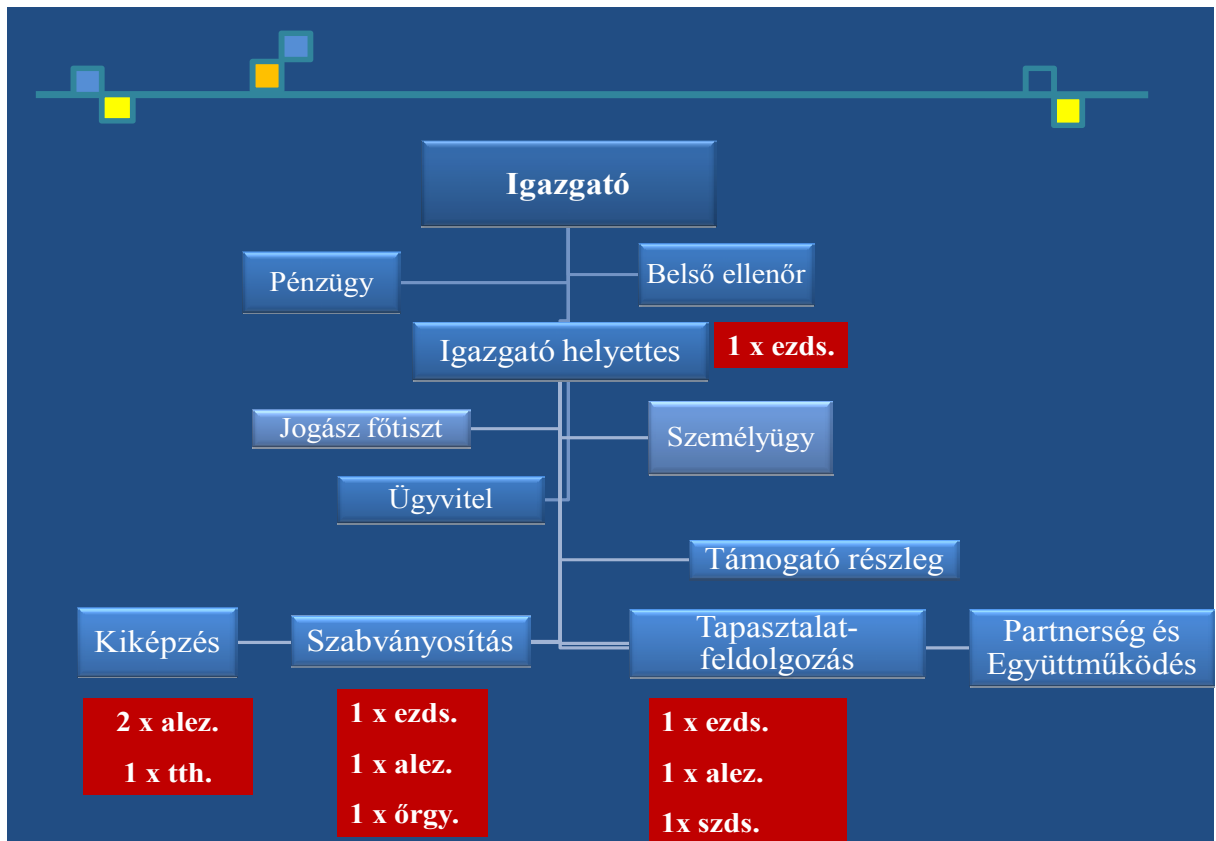


23. ábra: A DSS Elemzőközpontjának funkcionális szerkezete. Forrás: Robert Webb előadása az MMSG 5. munkaértekezletén, Brüsszel, 2007. október 15.

A másik lehetséges terület egy *Egészségügyi Műveleti Szakértői Tanácsadói Csoport* létrehozása mely a műveleti parancsnok szakértői testületként képes lenne *rutin*, illetve szükség esetén a fentiekben már vázolt rapid (RDOIT) „üzemmódban” tanácsokkal szolgálni a közegészségügyi-járványügyi terület vonatkozásában.

### III.3.5 A Központ szervezeti felépítése

Amint azt az alábbi, 24. ábrán is látni, a szervezeti felépítésnél a tervezett funkciókból indultunk ki. A Központ tervezett összlétszáma 41 fő, ami 31 magyar és 10 külföldi beosztást jelent. Az ábrán piros háttérrel emeltem ki a külföldieknek felajánlott helyek számát és rendfokozatát az adott szervezeti egységen belül.



24. ábra: A Kiválósági Központ szervezeti felépítése. Szerkesztette Kopcsó István.

### III.4. Együttműködési Megállapodási konferenciák

Annak érdekében, hogy a 19. ábrán már ismertetett szoros menetrendet tartani lehessen, 2008. októberében meg kellett rendeznünk az első, úgynevezett műveleti és funkcionális **Együttműködési Megállapodási** (Memorandum of Understanding, MOU) **konferenciát**.

Ezek a konferenciák kulcsfontosságú események a központ kialakításában: itt dőlnek a központ jövőjével kapcsolatos legfontosabb kérdések, mint például a költségek eloszlása vagy a működési koncepció és itt alakul ki a Szponzoráló nemzetek végleges köre is.

Ezek a rendezvények kitűnő lehetőséget nyújtanak továbbá arra is, hogy a különböző elvárásokkal és lehetőségekkel bíró nemzetek képviselői egy olyan konszenzusra jussanak a majdani intézménnyel kapcsolatban, amely az összes érdeklődő számára lehetővé és kívánatosá teszi a részvételt.

Fentiek alapján mindenképpen érdemes komolyabban is megvizsgálni egy-egy ilyen esemény lebonyolításának körülményeit, már csak azért is, mert ilyen típusú konferenciák előzik meg szinte minden nemzetközi katonai szervezet megalakítását. A központok megalakítása során optimális esetben két MOU konferencia megrendezésére kerül sor.

Az alábbiakban ismertetésre kerülnek az általunk e téren megszerzett tapasztalatok, illetve az ACT által kidolgozott ún. COE Kézikönyv ide vonatkozó részei.<sup>65</sup>

### III.4.1. Felkészülés

A konferenciát megelőzően érdemes egy kiterjedt, minden lehetséges és lehetőleg döntéshozó pozícióban lévő személyt, fontos nemzetközi szervezetet és az országok lehető legszélesebb körét elérő „reklámkampányt” folytatni, annak érdekében, hogy egyrészt az elképzelést minél *szélesebb körben megismerjék*, illetve hogy tudomást szerezzenek a később megrendezendő MOU konferenciákról. A megkeresendő személyek és csoportok lehetnek az adott terület szakértői, munkacsoportok, nemzeti katonai képviselők, összekötő tisztek, az ACT és az ACO megfelelő szintű vezetői és törzstisztjei, valamint a Szövetség tagjainak vezérkarai és minisztériumai és természetesen egészségügyi szolgálatai.

Gyakorlati megfontolásokból még ezt megelőzően mind a koncepciót, mind az MOU vázlatokat célszerű egyeztetni a Transzformációs Parancsnokság erre szakosodott szervével, a már korábban is említett Transzformációs Hálózatot Koordináló Részleggel (TNCC). Ez kizárja a képességek megkettőzésének lehetőségét és biztosítja a vonatkozó NATO dokumentumoknak való megfelelést. A TNCC segítségével tulajdonképpen minden további dokumentum elkészítésekor is kérhető, hiszen munkatársai a témában hatalmas tapasztalattal és rálátással rendelkeznek.

Miután a Keretnemzet és a TNCC egyeztetése a koncepció és a MOU vázlatait tekintve lezárult, az előbbi két dokumentummal együtt a meghívó levelet és egyéb információkat is tartalmazó, tájékoztató csomagot (information package) küld a nemzeteknek, a vezérkari főnök nevében és aláírásával.

A teljes csomagot (MOU-k és koncepció vázlatai, meghívó levél, program és egyéb információk) érdemes egy nyílt hozzáférésű honlapon is hozzáférhetővé tenni, illetve elküldeni a TNCC-nek, amely saját, az összes COE-t számon tartó honlapján teszi azt elérhetővé.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Centres of Excellence Manual, Transformation Network Coordination Cell, NATO, 2008.03.09., Chapter 4: The MOU Process

<sup>66</sup> Ez a Transnet - [transnet.act.nato.int](http://transnet.act.nato.int).

A meghívó csomagot időben, legalább másfél – két hónappal a konferencia előtt meg kell küldeni, hogy kellő idő álljon rendelkezésre a felkészülésre és a szükséges mandátumok beszerzésére.

Az ekkor még csak nemzeti intézményként működő központnak már az első konferencia előtt rendelkeznie kell egy minimális főállású állománnyal (igazgató, adminisztráció, jogász, támogató elem), és ismerni kell a központ majdani működési helyszínét. A békepartnerségi programban résztvevő országok (PfP - Partnership for Peace) részvételére való tekintettel a konferencia teljes anyaga a NATO nyílt, PfP számára kiadható besorolást kapja (NATO Unclassified, Releasable to PfP).

Megjegyzendő, hogy az MOU konferenciák esetében nem szerencsés és nem vet jó fényt a rendezőre a szakmai rendezvények esetében megszokottá vált Regisztrációs díj (Registration fee) alkalmazása. Az egész konferencia során hasznos, ha a rendezők egy könnyedebb, rugalmasabb légkört teremtenek, amely alkalmat ad a vitára és a személyes kapcsolatok kiépítésére is.

**Szakmai felkészültség:** Fontos, hogy a konferenciára a Keretnemzet különböző szakmai szervezetei (jog, pénzügy, személyügy, logisztika, infrastruktúra, információvédelem, tervezés stb.) már előre egyeztetett elképzelésekkel rendelkezzenek és *kifelé minden kérdésben egységes arculatot és álláspontot képviseljenek*. Ezen kívül a központ nemzeti kapcsolatrendszerének is világosnak és tisztázottnak kell lennie katonai és a szakmai vonalon egyaránt.

**Technikai felkészültség:** A konferencia helyszínén biztosítani kell a kornak megfelelő technikai feltételrendszert, ideértve a laptopok használatának lehetőségét, internet elérést (Wi-Fi, vagy hagyományos), printelési, fénymásolási és faxolási lehetőséget. A Transnet honlapját pedig célszerű felhasználni a konferencia reklámozására és egyéb online tájékoztatás nyújtására.

**Részvétel:** A NATO-t az ACT képviseli TNCC részlegén (a részlegvezető és az adott központért felelős iránytisz), valamint jogi megbízottján keresztül. A Keretnemzet részéről meg kell hívni a témában érintett szakértők és hatóságok minél szélesebb körét a fentiekben már említett módon. *A szakértői csoporton belül ki kell hangsúlyozni egy kellő tapasztalattal, tudással és nyelvi ismerettel rendelkező jogász team fontosságát.*

### III.4.2. A konferencia mint reklámkampány

A konferencia programjának összeállítása során a rendezőknek mindenképpen ki kell térnie az alábbi kérdésekre:

1. Miért fontos a központ az adott szakterületnek és a NATO-nak?
2. Mi teszi a Keretnemzetet alkalmassá egy Kiválósági Központ felállítására? Mi alapján mondható el hogy munkája és eredményei az adott témában már „kiválónak” számítanak?
3. Miért érdemes részt venni a nemzeteknek a központ munkájában?
4. Milyen előnyökkel bír a javasolt helyszín?
5. Milyen életkörülmények és feltételek biztosíthatóak a központ állományába delegált külföldi állománynak (bérbe vehető lakások közelsége, illetve megközelíthetősége, azok bérleti díjai, családi szórakozási lehetőségek, családi kulturális lehetőségek, oktatási intézmények, egészségügyi ellátás minősége)?
6. Összességében és nagyjából mennyibe kerül a részvétel egy nemzetnek?
7. Jogi környezet (Áfa mentességre vonatkozó egyezmények, egészségügyi ellátás mikéntje, stb.);
8. A felállítás menet- és időrendje;
9. Megoldandó nehézségek és problémák.

### III.4.3. Az első MOU konferencia

Miután az alapító, azaz a Keretnemzet már rendelkezik az ACT által is elfogadhatónak tartott koncepcióval, nekiláthat a megalakítás következő feladatához, az Együtműködési Megállapodás első vázlatának elkészítéséhez. A Megállapodásnak két formája van: a **működési (Operation MOU)**, illetve a **funkcionális (Functional MOU)**. Az előbbi a központ működésének alapelveit, az utóbbi a központ és az ACT viszonyát, a központ nemzetközi jogi státuszát határozza meg. Értelemszerűen a központ munkájához csatlakozni kívánó többi nemzet, a Szponzoráló nemzetek számára a Működési MOU lesz elsődleges fontosságú, hiszen ez a dokumentum határozza majd meg a mindennapi működés szabályait, mint például részvétel anyagi vonzatait.

A Keretnemzet elkészíti a Működési és a Funkcionális MOU első vázlatát, amit a koncepcióval együtt megküld a potenciálisan számba jöhető országok minél nagyobb körének (NATO, PfP, MD, ICI). Magát a konferenciát az anyagok szétküldését követően mintegy másfél-két hónappal később célszerű megrendezni, elég időt hagyva ezzel a felkészülésre és az

adminisztrációs feladatok elvégzésére. **Az első MOU konferencia célja** a projekt „eladása” a nemzeteknek, ismertetve annak minden részletét és kihangsúlyozva annak általában vett, illetve az esetleges résztvevő országok számára biztosítandó speciális előnyeit.

A konferencia akkor éri el a célját, ha a résztvevők elmondhatják, hogy minden olyan információ birtokába jutottak, amely alapján katonai vezetésük képes meghozni a döntést az esetleges részvételről, illetve annak formájáról. Fontos, hogy a résztvevők pontos és érthető információkkal távozzanak a központtal kapcsolatban és mindezt képesek legyenek jelenteni saját előljáróik és döntéshozóik felé.

#### **III.4.4. Az MOU-k áttekintése**

A konferencia további nagyon fontos célja, hogy az érdeklődő nemzetek konszenzusra jussanak az alapidokumentumokat illetően. Ennek szellemében először a koncepció kerül megvitatásra (a Keretnemzet felügyelete alatt), majd a Működési MOU (az ACT felügyelete alatt) és ha már rendelkezésre áll, akkor a Funkcionális MOU is a vita tárgyát képezheti (többnemzeti jogász csoport felügyelete alatt). Előfordulhat, hogy időhiány miatt erre már csak a második MOU konferencia alatt kerül sor. Gyakoriak az olyan módosítások, amelyek mindkét (vagy mind a három) dokumentumot párhuzamosan érintik, ilyenkor természetesen nincs külön vita a többi dokumentum módosításáról, a rendezők gondoskodnak arról, hogy a két MOU és a koncepció mindvégig szinkronban maradjon.

Az egyeztetés során dokumentumok minden fejezetét tételesen át kell nézni és megtenni a kért módosításokat. Mivel az összes változást pontosan követni kell, ehhez a feladathoz érdemes egy magas szintű (angol és számítógépes) tudással bíró adminisztrátort felkérni.

***Kiemelendő, hogy a Keretnemzet delegációjának minden tagjának egységes álláspontot kell képviselnie, a konferencia semmiképp sem a megfelelő helyszín a központ belső ügyeinek megtárgyalására. Ez a többi nemzet felé szerveztlenséget és megosztottságot sugallhat.***

Fontos feladat a Keretnemzet számára a konferencia **időbeosztásának** pontos megszervezése. Mivel a fentebb tárgyalt teendők legalább két teljes napot igényelnek, érdemes már a megérkezés estéjén megismerkedni a küldöttekkel, esetleg egyéb kisebb programokat is szervezni számukra.

Az első nap programja a már említett bemutatkozás, illetve az ugyancsak már tárgyalt korteskedés. Hasznos, ha még ezen a napon sikerül az érdeklődők számára bemutatni a

helyszínt. Ugyancsak az első napon tartják meg előadásukat az ACT szakértői is és célszerű már itt elkezdni az alapidokumentumok áttekintését is, lévén ez a legidőigényesebb feladat.

A második nap teljes egészében az alapidokumentumok megvitatásával és korrigálásával telik, majd érdemes egy rövid összefoglalót tartani a központ előtt álló további feladatokról.

Azt sem szabad elfelejteni, hogy egy ilyen konferencián sok fontos kérdés dőlhet el *napirenden kívül*. A rendező feladata, hogy a hivatalos program mellett megteremtse a lehetőséget az ilyen jellegű, „színpalok mögötti” beszélgetéseknek is, különböző kulturális programok, közös étkezések és a kávészünetek alkalmával.

### III.4.5. A második MOU konferencia

A második MOU konferencia ideális esetben már az MOU dokumentumok közel végleges változatának elkészítését eredményezi. Erre az eseményre meghívásra kerül ugyan minden lehetséges résztvevő (tehát minden NATO tagállam és gyakran a partnerországok is), *de igazából ide már csak azon nemzeteket várják, akik szempontjából a csatlakozás reális lehetőség*. A nemzetek esetleges illetén szándéka a konferencia alatt olykor egészen nyíltan is kiderül, hiszen azon nemzetek, akik már szinte biztosak a csatlakozásukban, nem szívesen hallgatnak azokra, akik még hezitálnak, hiszen az alapidokumentumok a biztosan csatlakozók pénzügyi támogatásával működő jövőbeni intézmény életét szabályozzák majd. A **cél** tehát a dokumentumok véglegesítése mellett a csatlakozó országok kilétének kiderítése és az, hogy pontosan mely meghirdetett pozíciót kívánják betölteni. Általában már ezen a konferencián (vagy közvetlenül utána) lezajlik a várható alapító nemzetek első egyeztető megbeszélése is.

### III.4.6 Az MOU-k aláírása, a Központ akkreditálása és aktiválása

Mindkét MOU terjedelme körülbelül 15 oldalra tehető, mely még 6 további melléklettel is kiegészül. Az anyagok kellő színvonalú és angol nyelven történő összeállítása nem kis feladatot jelentett.

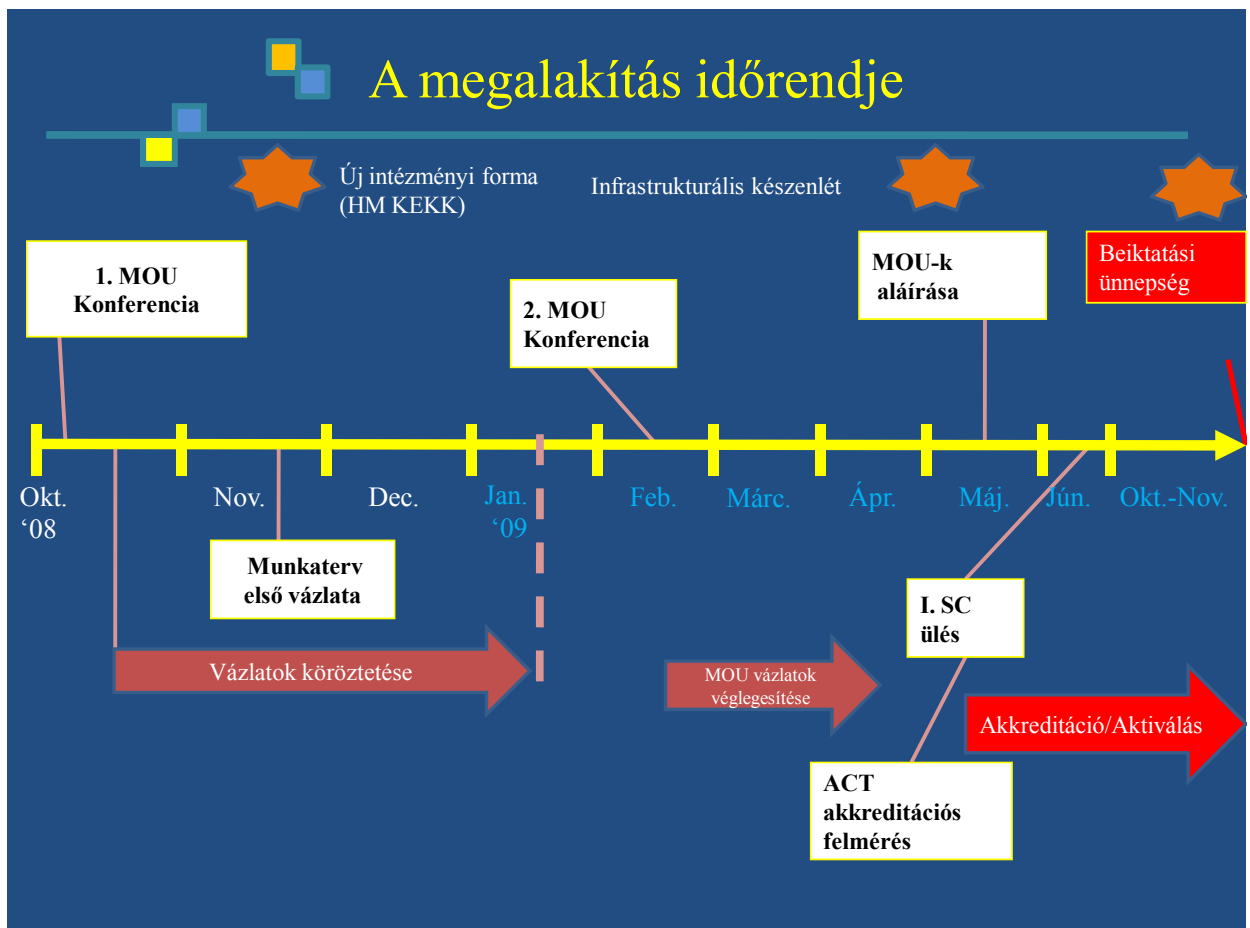
Számításaim szerint 2009. májusában sor kerülhet az MOU-k ünnepélyes aláírására, amelynek az eddig gyakorlat szerint az ACT norfolki parancsnoksága biztosít helyszínt<sup>67</sup>.

<sup>67</sup> Az ünnepélyes aláírás május 15-én megtörtént. Az alapító nemzetek: Magyarország mint keretnemzet, Csehország, Hollandia, Németország, és Románia mint szponzoráló nemzetek. Olaszország és Görögország csatlakozása folyamatban van.



Az aláírását követően a Kiválósági Központ a NATO felé az ACT-n keresztül benyújtja az akkreditáció iránti kérelmét<sup>68</sup>. A kérelem elbírálása és az akkreditáció feltételeinek ellenőrzése a TNCC feladata, mely egy nagyon szigorú és részletes, mindenre kiterjedő lista alapján, részben helyszíni ellenőrzésre, részben az előírt dokumentáció megléte és minősége alapján tesz támogató, vagy elutasító javaslatot az ACT parancsnokának, aki ez alapján az akkreditációs kérelmet továbbítja, vagy nem továbbítja a végleges döntést meghozó Észak-Atlanti Tanács (North Atlantic Council, NAC) felé.

*A sikeres akkreditációt követő lépés a nemzetközi katonai szervezetként történő szintén NAC általi aktiválás, mely reményeim szerint még 2009. kora őszén meg fog történni a 25. ábrán felvázolt időrendnek megfelelően.*



25. ábra A Központ megalakításának tervezett időrendje. Szerkesztette Kopcsó István.

<sup>68</sup> Az akkreditációs kérelem benyújtása 2009. június hónapban a HM Honvéd Vezérkar főnök által megtörtént

## Következtetések

1. A Kiválósági Központok **alapvető és egyre növekvő** szerepet töltenek be a NATO transzformációs folyamatában. Ez a szervezeti forma különösen hatékonyá teszi a NATO hiányzó, vagy megújulásra szoruló képességeinek biztosítását és így az egész Szövetség átalakításának jelentős eszközévé válik.

2. Helyesnek bizonyult a helyzetértékelésem abban a tekintetben, hogy

- a **NATO-nak szüksége van** egy egészségügyi Kiválósági Központra
- a **NATO egészségügyi szervezetei és a nemzetek megértették** a központ jelentőségét
- A **Magyar Honvédség rendelkezik a szükséges személyi és tárgyi feltételekkel** és Magyarország mint Keretnemzet képes ilyen Központ létrehozására és működtetésére.

3. A Központ működési területei **jelentős képességeket hidalnak** át és nagyban hozzájárulnak a **műveleti egészségügyi támogatás tökéletesítéséhez** elsősorban az interoperabilitási készség növelésén keresztül. Fentieket igazolja a COMEDS munkacsoportjai tevékenységébe történt zökkenőmentes beilleszkedés és az a tény, hogy a COMEDS egyre nagyobb számú projektjében támaszkodik a központra, mint de facto működő szakmai szervezetre.

4. A központ létrehozásának eddigi eseményei<sup>69</sup> egyértelműen igazolták előzetes számításaink helyességét és a felállítás tervezett menetrendjének realitását.

5. Az **MOU konferenciák kulcsfontosságú** szerepet töltenek be a Központok megalakításában

6. A megalakítás kezdetétől fogva rendelkezésre kell állnia egy **főállású központi magnak**, mely kizárólag csak ezzel a feladattal foglalkozik

---

<sup>69</sup> Az infrastrukturális feltételrendszer kialakításra került, az akkreditációs feltételeknek megfeleltünk, az MOU-k aláírásra kerültek, az Irányító Bizottság (Steering Committee ) első ülése megtörtént.

7. Rendkívül fontos az érintett **MH és HM szervezetek korai bevonása** és tevékenységük folyamatos koordinálása.

8. A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ **minden kulcsfontosságú akkreditációs feltétellel rendelkezik**, illetve a közeljövőben<sup>70</sup> rendelkezni fog.

---

<sup>70</sup> A HM kabinetfőnök utasítása alapján a végleges határidő 2009. augusztus 31.

## **IV. Fejezet: A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ jövőképe és munkaterve**

Az értekezésben is leírtak szerint megszületett Központ jövőbeni munkáját és annak alapját képező feladatait a teljesség igénye nélkül az alábbiakban kívánom összefoglalni.

### **IV.1. Jövőkép**

Az elfogadott koncepció alapján a Központ jövőképe: *A szakértelem elsődleges forrásaként és a kor színvonalán álló tudásközpontként szolgálni a NATO egészségügyét a műveletek egészségügyi támogatásának meghatározó területein.*

Fenti vízió –amely azt hivatott megfogalmazni, hogy **mivé és milyenné** szeretne a szervezet válni- nem kisebb célt tűz ki a Központ elé, mint a NATO egészségügyének zászlóshajója, egy központi információs forrásként és csatornaként működve **maga is élenjárjon** a választott és jóváhagyott szakmai tevékenységi területein, segítse elő az egyes országok **közvetlen együttműködését**, és/vagy teremtsen lehetőséget **az egyes országok és a NATO egészségügyi rendszerei közötti kommunikációra.**

### **IV.2. Küldetés**

A Központ küldetése vagy missziója – mely a jövőkép elérésének mikéntjét fogalmazza meg- az alábbi: *Szakértői tevékenység nyújtásával segíteni és támogatni a NATO-nak, a hozzájáruló nemzeteknek, valamint az egyéb katonai és civil szervezeteknek a Szövetség transzformációja és a műveletek egészségügyi támogatása fejlesztése érdekében kifejtett erőfeszítéseit az alábbi területeken:*

- a. *Egészségügyi képzés, kiképzés és értékelés (tanúsítás, validálás)*
- b. *Egészségügyi megfigyelések és tapasztalatok*
- c. *Szabványfejlesztés és gondozás (interoperabilitás)*
- d. *Egészségügyi haderővédelem egyes aspektusai*

### IV.3. Stratégiai célkitűzések

A Jövőképből és a Küldetésből kiindulva a Központ az alábbi *stratégiai célokat* tűzte ki maga elé:

#### IV.3.1. Általánosságban

1. Ismert és elismert szakértői intézménye lesz a nemzetközi katona-egészségügy közösségének;
2. Tudományos és képzési programján keresztül biztosítja a szakértői felkészültség állandó magas szintjét a katona- és katasztrófa orvostan területén.

#### IV.3.2. Az együttműködés területén

1. A Szövetségi Transzformációs Parancsnoksággal (ACT) és a NATO Katona-egészségügyi Főnökeinek Bizottságával (COMEDS) szorosan együttműködve végzi feladatait;
2. Szoros kapcsolatok kiépítésére törekszik mindazon NATO Kiválósági Központokkal, amelyekkel elképzelhető közös szakmai programok megvalósítása. Ilyenek:
  - a) *Polgári-katonai Együttműködés* (Civilian Military Cooperation (CIMIC) COE) (Németország és Hollandia);
  - b) *Hideg Időjárásban Folytatott Műveletek* (Cold Weather Operations (CWO) COE (Norvégia));
  - c) *Tengerfelszíni Többnemzeti Összhaderőnemi Műveletek* (Combined Joint Operations from the Sea (CJOS) COE (Egyesült Államok));
  - d) *Vezetés és Irányítás* (Command & Control (C2) COE (Hollandia));
  - e) *A Terrorizmus Elleni Védelem* (Defense Against Terrorism (DAT) COE (Törökország));
  - f) *Összhaderőnemi Vegyi, Biológiai, Radioaktív és Nukleáris Védelem* (Joint Chemical, Biological, Radiation, & Nuclear Defence (JCBRN Defence) COE (Csehország));

3. Együttműködésre törekszik az *Európai Unió Katonai Törzsével* (European Union Military Staff, EUMS) és az *Európai Védelmi Ügynökséggel* (European Defense Agency, EDA);
4. A lehetőségek adta kereteken belül szakértői bázisként rendelkezésre fog állni a **NATO partner országok** egészségügyi szolgálatai számára is, azok működési hatékonyságának és interoperabilitási képességeinek fejlesztése érdekében;
5. Termékeny szakmai kapcsolatok kiépítésére törekszik a katona- és katasztrófa orvostan területén elismert szintű munkát folytató szervezetekkel (nemzetközi, nemzeti, nem-kormányzati egyaránt);
6. Szakértelmét és létesítmény adta kapacitásait felhasználva, lehetőséget fog nyújtani a katona- és katasztrófa orvostan területén időszerű ismeretek cseréjéhez (internetes fórum működtetése, szakképzések és konferenciák szervezése), szükség esetén a fent említett szervezetek bevonásával;
7. A Magyar Honvédséggel fennálló együttműködés keretein belül kiképzési feladataihoz igénybe veszi a MH HEK Egészségügyi Kiképző Bázis és a HM Állami Egészségügyi Központ ez irányú kapacitásait.

#### **IV.3.3. A kiképzés területén**

1. Vezető szerepet kíván betölteni a NATO többnemzetiségű egészségügyi egységeinek kiképzésében;
2. Szakértőket biztosít a NATO gyakorlatok egészségügyi részének tervezéséhez;
3. Támogatja a NATO nemzeteket és a NATO Szövetségi Műveleti Parancsnokságot (ACO) a telepítendő többnemzetiségű egészségügyi egységek minősítésében.

#### IV.3.4. Az egészségügyi tapasztalatok hasznosítása terén

1. A NATO Összhaderőnemi Elemző és Hasznosított Tapasztalatok Központtal (Joint Analysis & Lessons Learned Centre, JALLC) együttműködve létrehozza és működteti a NATO Harcászati Szintű Egészségügyi Tapasztalatok adatbázisát (Tactical Clinical Lessons Learned Database);
2. A feldolgozott egészségügyi tapasztalatokat bedolgozza és felhasználja a koncepció- és doktrína-fejlesztések során;
3. Részt vesz a NATO Trauma Nyilvántartó rendszerének (NATO Trauma Registry) létrehozásában.

#### IV.3.5. Az interoperabilitás vonatkozásában

1. Folyamatosan követi és tanulmányozza a katonai interoperabilitással kapcsolatos nemzetközi megfigyeléseket, tendenciákat;
2. Monitorozza a NATO egészségügyi támogató rendszerét a létező, elsősorban harcászati hatékonyságot befolyásoló interoperabilitási problémák feltárása céljából.
3. A feltárt egészségügyi támogatást érintő interoperabilitási problémák megoldása céljából, segédkezik a szabványosítás *formális és informális* folyamataiban:
  - Formális:* egészségügyi koncepciók és doktrínák kidolgozásával, NATO Szabványosítási Egyezmények (NATO STANAG) felügyelete révén;
  - Informális:* szakmai kézikönyvek, útmutatók, protokollok kidolgozása, nyílt adatbázisok működtetése, kiképzési koncepciók kidolgozása.

#### IV.3.6. Az egészségügyi haderővédelem terén

1. Segítséget nyújt az új NATO epidemiológiai surveillance rendszer létrehozásában.

#### IV.4. Tervezett feladatok, munkaterv

A III/3.-as fejezetben már részleteiben is ismertettem a Központ szakmai elképzeléseit és tevékenységi területeit, az alábbiakban bemutatom a *2010-re tervezett szakmai munkaterv* általam fontosnak ítélt részeit.

#### IV.4.1. A képzés, kiképzés és értékelés (tanúsítás, validálás) területén

1. Kidolgozza a *Többnemzeti Egészségügyi Alakulatok (MMU)* értékelését végzők számára egy új kurzus ( Multinational Medical Unit Evaluator Course) kurrikulumát;
2. Az ACO, az Összhaderőnemi Parancsnokságok, vagy a nemzetek felkérése alapján végrehajtja a *Többnemzeti Egészségügyi Képességek* (Multinational Medical Capabilities) *értékelését*;
3. Az Oberammergaui NATO Iskolától átveszi a *Tömegszerencsétlenségek egészségügyi ellátása és támogatása* (Major Incident Medical Management and Support) c. tanfolyamot;
4. Kidolgozza a „*Mellkassérülések hadszíntéren belüli diagnosztizálása és ellátása*” (In-theatre Diagnosis and Treatment of Thoracic Injuries) c. tanfolyamot. (Előzetes egyeztetések szerint az Állami Egészségügyi Központtal és a ZMNE Kossuth Lajos Hadtudományi Kar Védelem Egészségügyi Intézet Katonaorvosi Tanszékkal együttműködve).

#### IV.4.2. Az egészségügyi tapasztalatok hasznosítása vonatkozásában

1. Kialakít egy *NATO szintű informatikai rendszert* a klinikai megfigyelések gyűjtésére;
2. Végrehajt egy *harcászati klinikai tapasztalat- hasznosítási adatbázis* kezelésére vonatkozó gyakorlatot (Tactical Clinical Lessons Learned Database Pilot Exercise),

#### IV.4.3. Az interoperabilitás vonatkozásában

1. Kidolgozza a „*Hadifoglyok egészségügyi ellátásának elvei*” (Principles of the Healthcare for Prisoners of War) c. doktrínát;



2. Kialakítja és naprakészen tartani a *NATO egészségügyi terminológia* internet alapú adatbázisát;
3. Segítséget nyújt az ACT számára a NATO egészségügyi doktrína új verziójának (*AJP 4.10 (B)*) kidolgozásában.

#### **IV.4.4. Az egészségügyi haderővédelem terén**

1. Részt vesz az ún. *MEDICS egészségügyi haderővédelmi kísérletben* (Force Health Protection Experimentation)

Fentiekén túl a Központ szakállománya részt vesz a szakmai területéhez kapcsolódó COMEDS munkacsoportok és szakértői panelek értekezletein, illetve az egyéb szakmai rendezvényeken és fórumokon.

## Következtetések

1. A Központ szakmai tevékenységét **nagy érdeklődés kíséri** a NATO részéről és komoly igény merült fel a Központ munkája iránt.
2. A Központ **zökkenőmentesen beilleszkedett** a NATO egészségügyi szakmai programjaiba és munkacsoportjaiba, azoknak szerves és fontos részét képezi.
3. A 2010-es munkaterv összeállítása során figyelembe vettük ugyan a fokozatosság elvét és a külföldi szakemberek fokozatos érkezését, de az azzal együtt is úgy érzem, hogy a Központ „be lett dobva a mély vízbe”, ahol nagyobb ugyan a manőverezési lehetőség, de egyúttal komoly terhet is ró az állományra. **Ugyanakkor nincs kétségem afelől, hogy a Központ kvalifikált és kellően motivált állománya – ha nem is könnyedén- de mindenképpen meg tud felelni a felé támasztott kihívásoknak és elvárásoknak.**
4. A Központ nagy hangsúlyt kíván fektetni az **együtműködési formákra** a különböző hazai és nemzetközi katonai valamint polgári szervezetekkel és intézményekkel. **A hazai potenciális partnereink sorából kiemelkednek a Honvéd Egészségügyi Központ, az Állami Egészségügyi Központ, a Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem Védelem Egészségügyi Intézete, a társszervek egészségügyi szolgálatait valamint az egyetemek orvosi karai.**

## V. Fejezet: Új tudományos eredmények

1. Elsőként tekintetem át a ***NATO átalakítási folyamatát az egészségügyi szolgálatra kivetítve és összehasonlítva*** a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának átalakítási folyamatával és a levont következtetések alapján ***megállapítottam***, hogy a ***Magyar Honvédség egészségügyi szolgálata képes*** az egészségügy átalakításának NATO-n belüli ***koordinációjának vezetésére***.
2. Elsőként fogalmaztam meg a feladat végrehajtására alkalmas ***NATO szervezet, a Katona-egészségügyi Kiválósági Központ*** megalakítása iránti szakmai igényt, melyre alapozva ***kidolgoztam*** a Központ képességrés-elemzésen alapuló ***konceptiót és a szakmai tevékenység területeit***, valamint a következtetések alapján a NATO-n belül ***először modelleztem le a Katona-egészségügyi Kiválósági Központ kialakításának folyamatát***, beleértve annak szervezeti keretét, megalakításának menetét és időrendjét.
3. Elsőként írtam le a megalakítás folyamatában kulcsszerepet játszó események, az egyes ***MOU Konferenciák feladatrendszerét, módszertanát és végrehajtásának*** gyakorlati lépéseit.

## Javaslatok:

1. Az értekezés alkalmas *történeti át- és visszatekintésekre*, további elemzésekre és feldolgozásra.
2. A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ gyakorlati megvalósításának metodikája kiemelten hasznos lehet *más, nem egészségügyi jellegű katonai képességeken* alapuló nemzetközi katonai szervezetek *felállítása, akkreditációja és vezetési-működési rendjének kialakítása* során.
3. Az értekezés *tanszegédletként hasznosítható* a különböző kiképzési, felkészítési feladatok során.
4. Az értekezés *megteremti az alapját a Központ és a hazai, valamint nemzetközi katonai és egészségügyi tudományos intézetek és szervezetek együttműködésének*, különös tekintettel az oktatási, valamint a képzési és kiképzési tevékenység különböző területeire.
5. A dolgozat a NATO szervezeteit és szervezési módszereit feldolgozó tudományos műhelyek és munkák egyik hasznosítható *háttér és irodalmi bázisaként* használható.

*Befejezésül szeretnék köszönetet mondani egyrészt az összes olyan katonaeorvosnak és egészségügyi szakszemélyzetnek, akik valamilyen misszióban, többnemzeti vagy NATO törzsben szolgálatot teljesítettek és jó híret keltettek a magyar katona-egészségügynek, másrészt minden korábbi és jelenlegi munkatársamnak segítőkészségéért, Témavezetőmnek pedig szakmai tanácsaiért és türelméért.*

Budapest, 2009. augusztus 13.

Dr. Kopcsó István o. ezredes

## Felhasznált irodalom és egyéb források

1. Prague Summit Declaration, NATO, 2002. nov. 21.  
<http://www.nato.int/docu/pr/2002/p02-127e.htm> [2009.07.07]
2. AJP 4.10 (A) 2003.dec. <http://www.nato.int/docu/stanag/ajp4/ajp-4.pdf> [2009.07.09.]
3. ACO jelentés, 27. COMEDS Plenáris ülés 2007.jún 04-08.
4. The Strategic Concept of the Alliance, NATO Handbook, NATO, 2002.  
<http://www.nato.int/docu/handbook/2001/hb0203.htm> [2009.07.07]
5. Svéd László: [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](#), doktori disszertáció, ZMNE, Budapest, 2003.  
[http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved\\_laszlo.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf) [ 2009.07.07]
6. Comprehensive Political Guidance, NATO, 2006.nov.29,  
<http://www.nato.int/docu/basicxt/b061129e.htm> [2009.07.09]
7. 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary Minutes 2007. dec.12.
8. MC 326/2, NATO Principles and Policies of Operational Medical Support, 2007. ápr. 04
9. Dr. Békési Livia: [A honvéd-munkaegészségügy helyzetelemzése, fejlesztésének irányelvei békeellátásban, illetve rendkívüli helyzetben](#), doktori disszertáció, ZMNE, Budapest, 2003.  
[http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi\\_livia.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi_livia.pdf) [2009.07.07]
10. COMEDS(MMSG)D(2008)0001 COMEDS Update Report on the Disease Surveillance System, 2008.márc.25  
[https://nsa.nato.int/protected/forumdocuments/COMEDS\(MMSG\)D\(2008\)0001%20DS%20Update%20Report.pdf\\_123\\_20080403081404.pdf](https://nsa.nato.int/protected/forumdocuments/COMEDS(MMSG)D(2008)0001%20DS%20Update%20Report.pdf_123_20080403081404.pdf) [2009.07.09]
11. AJP 4(A) NATO Logistic Doctrine, 2003.dec.  
<http://www.nato.int/docu/stanag/ajp4/ajp-4.pdf> [2009.07.09.]
12. COMEDS –JMC Letter of Intent 2008.nov.  
[www.nato.int/issues/cep/cep\\_newsletter\\_06e.pdf](http://www.nato.int/issues/cep/cep_newsletter_06e.pdf) [2009.07.08]
13. Farkas Tibor: Válságkezelés, válságreagáló műveletek, Hadtudományi Szemle, 2008/1.1.évf. , Budapest, <http://hadtudomanyiszemle.zmne.hu/files/2008/1/ft.pdf> [2009.07.08]
14. Dr. Békési Livia: A honvéd-munkaegészségügy helyzetelemzése, fejlesztésének irányelvei békeellátásban, illetve rendkívüli helyzetben, doktori disszertáció, ZMNE,

Budapest, 2003.

[http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi\\_livia.pdf](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/phd/2007/bekesi_livia.pdf) [2009.07.08]

15. SG(2005)0739, Away Day on NATO HQ Reform, 2005 okt. 18.
16. SG(2009)0331, HQ Reform: Collaboration Between Political and Military, 2009. ápr.15.
17. ACO egészségügyi főnökének a COMEDS 27. Plenáris ülésén 2007.jún.04-08. elhangzott előadása.
18. ACT előadás, COMEDS 28. Plenáris ülés 2007.dec.12.
19. MC 335, Establishment of the Chiefs of Medical Services Committee (COMEDS) 1993. okt. 22.
20. MC 355, Corrigendum 5, 2006. szept. 26.
21. MC 0550, MC Guidance for the Military Implementation of the CPG, 2006.szept.11.
22. DPC-D(2006)0004, Ministerial Guidance 2006, 2006.jún.7
23. MCM-0193-2006, Implementation of the Comprehensive Political Guidance (CPG) to the functional area of Military Medical Support, 2007.feb.12.
24. MC 0572, NATO Military Medical Vision and Objectives 2007-2016, 2008.márc.03.
25. Juhász György–Gáspár Tamás: A NATO Transzformációs Parancsnoksága – a folyamatos változás irányítója. Magyar Honvéd, 2006. jún. 16.
26. NAC-S(99)69: Defense Capabilities Initiative, NATO, 1999. ápr. 25.  
<http://www.nato.int/docu/pr/1999/p99s069e.htm> [2009.07.08]
27. MC 324/1 The NATO Military Command Structure, NATO, 2004
28. MCM-236-03: MC Concept for Centres of Excellence, 2003.dec.04.  
<http://transnet.act.nato.int/WISE/TNCC/CentresofE/Documents/MCM236MCCO>  
[2009.07.08]
29. Keszthelyi Gyula: A NATO Többnemzetiségű Logisztikai Stratégiájának Kihívásai, 2005. 08. 25.  
[http://old.honvedelem.hu/hirek/kiadvanyok/kutatas/logisztika/logisztikai\\_biztositas](http://old.honvedelem.hu/hirek/kiadvanyok/kutatas/logisztika/logisztikai_biztositas)  
[2009.07.09]
30. Kecskeméti Klára: A NATO és a katonai felsőoktatás 2007.dec.  
[http://www.zmne.hu/kulso/mhht/hadtudomany/2007/4/2007\\_4\\_8.html](http://www.zmne.hu/kulso/mhht/hadtudomany/2007/4/2007_4_8.html) [2009.07.09]
31. MCM 236-03: MC Concept for Centres of Excellence, 2003. dec. 04.
32. IMSM-0416-04: NATO Centres of Excellence Accreditation Criteria, 2004.jún.11
33. Minutes of the 29th COMEDS Plenary, 2006. jún. 16-20.
34. DPC/D(2006)0004, Ministerial Guidance 06, 2006. jún.07.

35. SG(2005)091 8-AS1 -REV1, Comprehensive Political Guidance (CPG), 2006. febr. 07.
36. MC 0550 (Final)(Revised), MC Guidance for the Military Implementation of the CPG, 2006. szept. 11.
37. MCM-0193-2006, Implementation of the Comprehensive Political Guidance (CPG) to the Functional Area of Military Medical Support, 2007.febr.12.
38. COMEDS(Chair)L(2007)0015, Minutes of the 28<sup>th</sup> COMEDS Plenary, 2007. dec. 12.
39. COMEDS(Chair)L(2007)0011, COMEDS Chair letter to HUN CHOD, 2007.jún.22.
40. STANAG 2529, Study Draft 5.2, Rapidly Deployable Outbreak Investigation Team(RDOIT) for Suspected Use of Biological Warfare Agents, 2009. febr. 09.
41. STANAG 2529 Study Draft, 5.2, Rapidly Deployable Outbreak Investigation Team (RDOIT) for Suspected Use of Biological Warfare Agents, 2009. febr. 09.  
<https://nsa.nato.int/protected/unclass/stanags/Dr%20En/2529e%20CBRNMED%20ED1%20RD1.pdf> [2009.07.09.]
42. Süle Attila-Csabianszki Viktor: A Magyar Honvédség tapasztalatsfeldolgozó rendszeréről, Honvédségi Szemle, 2008.07. 62. évfolyam 1.szám 16.-17.oldal.
43. AAP-3(I) Directive for the Development and Production of NATO Standardization Agreements (STANAGs) and Allied Publications (APs), 2004. febr. 14.
44. Centres of Excellence Manual, Chapter 4: The MOU Process, Transformation Network Coordination Cell, NATO, 2008. szept. 3.

## Publikációs jegyzék

### Megjelent:

1. **Faludi Gábor, Kopcsó István:** *Rubeolajárvány a Magyar Honvédség alakulatainál-* Honvédorvos, 1997.(49) 1. szám
2. **Kopcsó István, Svéd László:** *A Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálat a háborús és humanitárius műveletekben -* Tanulmánygyűjtemény, Válogatás a Honvédelmi Minisztérium 1999. évi kutatási eredményeit összegező tanulmányokból. Bp. HM Okt. és Tudományszervező Főosztály, 2000. 91-104. Oldal.
3. **Kopcsó István, Svéd László:** *A magyar katona-egészségügy a jelenkor válságaiban -* [Katonai logisztika, 12. évfolyam 2004. 4. szám, 61-92. oldal](#)
4. **Kopcsó István:** *A (NATO) katona-egészségügyi Kiválósági Központ szerepe a Szövetség egészségügyi transzformációjában –* Szakmai Szemle (A Katonai Biztonsági Hivatal tudományos tanácsának kiadványa), 2008. 3. szám 103-117. oldal
5. **Kopcsó István:** *A NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ kialakítása, működési rendje -* [Honvédségi szemle, 67. évfolyam 2. sz. 2008. szeptember, 23-31. oldal](#)
6. **Kopcsó István:** **Katona-egészségügyi Kiválósági Központ** (Honvédelmi Minisztérium honlapja, 2008.09.30.)  
[http://www.hm.gov.hu/honvedseg/nato\\_kivalosagi\\_kozpont](http://www.hm.gov.hu/honvedseg/nato_kivalosagi_kozpont)
7. **István Kopcsó:** *The Centre of Excellence for Military Medicine -* Medical Corps International Forum, 1.2009. 42-45 oldal.
8. **Kopcsó István:** *A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ MOU konferenciái -* Honvédségi Szemle – 63.évfolyam 2.sz. 2009. március,21-23. oldal.
9. **Kopcsó István, Svéd László:** *Magyar Honvédség Egészségügyi szolgálata a délszláv válságban –* Seregszemle, 7. évfolyam 2.szám. 2009. április-június, 77-90 oldal.
10. **István Kopcsó:** *Centre of Excellence for Military Medicine –* AARMS, Vol.8 No 1 (2009) 73-82 oldal.

### Közlésre elfogadott, megjelenés alatt:

11. **István Kopcsó:** *The Centre of Excellence for Military Medicine in Hungary -* Tradecraft Review
12. **Kopcsó István:** *Válsághelyzetek döntési kockázata -* Seregszemle



**13. Svéd László szerkesztésében:** *Tervezéstől a műveletig* - ZMNE egyetemi tankönyv, 5.(Egészségügyi biztosítás) és 9.(Egészségügy a NATO-ban) fejezetek.

**14. Kopcsó István:** *The Centre of Excellence for Military Medicine: Achievements so far, challenges ahead*-Tradecraft Review 2009/2 Special Issue

#### Fontosabb szakmai előadások:

##### Magyar nyelvű:

- **A NATO Albániai humanitárius műveleteinek egészségügyi támogatási rendszere: a magyar egészségügyi alakulat tapasztalatai** - Migráció és utazás-egészségügy. I. Kongresszusa, Pécs, 2000. március 3-4.
- **A Magyar Honvédség Egészségügyi szolgálatának az Albániai humanitárius műveletben szerzett tapasztalatai.** Magyar Sürgősségi-és Katasztrófa-orvostani Társaság I. Nemzetközi Konferencia, Nyíregyháza, 2000.
- **A NATO katona-egészségügyi alapelvei (szemelvények)**- Sürgősség - egészségügyi Társaság Konferenciája, Eger, 2004. április 23.
- **A Magyar Honvédség egészségügyi rendszere** - V4 országok humánszolgálatainak éves konferenciája, Krakkó, 2007. október 1-5.
- **HM Katona-egészségügyi Kiválósági Központ**- Fősebész Szakorvosi Konferencia, Balatonkenese, 2008. október 31.
- **Többnemzeti egészségügyi támogatás**- Fősebész Szakorvosi Konferencia, Balatonkenese, 2008. október 31.
- **NATO COE** – Katonai attasék éves feladatszabó értekezlete, Budapest, 2008. szeptember 11.
- **A Katona-egészségügyi Kiválósági Központ létrehozásának feladatairól** - HM továbbképzés, Göd, 2008. október. 20.

##### Angol nyelvű:

- **Organisation and Functions of the Hungarian Military Health Support System** - Amerikai-magyar Katonaorvosi Konferencia, Balatonfüred, 1999.
- **Health Trends and Concerns in KFOR** – SFOR Hadszintéri Egészségügyi Konferencia, Dubrovnik, Horvátország, 2000.
- **Environmental Considerations and Concerns** – KFOR Hadszintéri Egészségügyi Konferencia, Pristina Koszovó, 2000.

- **Operation Allied Harbour** - Katonaorvosok Világszövetségének XXXIII. Kongresszusa, Finnország 2000. június 25-30.
- **Role of the MEDCC in KFOR-** AFNORTH Egészségügyi Konferencia, Brunssum Hollandia, 2001.
- **Operation Allied Harbour - Lessons Learned** - I. Szlovén Nemzetközi Katasztrófa-orvostani Konferencia, Ljubljana, Szlovénia 2001.
- **KFOR Medical Structure** - Katonaorvosi Konferencia, Madrid, Spanyolország, 2001.
- **Medical Service of the Hungarian Defence Forces** - A NATO Kutatás-technológiai Szervezetének Emberi Tényezők és Medicinák Panelje (RTO HFM), valamint a Katonai Megelőző (Preventív) Egészségügyi Munkacsoportja közös ülése, Budapest, 2004.04.20.
- **Medical Support in NATO** – NATO- Orosz Szeminárium a többnemzeti logisztikáról, Bukarest, Románia, 2006. szeptember 12-13.
- **Introduction to Military & Disaster Medicine** – SOTE, 2008.04. 30.
- **Concept of COE** – 28. COMEDS Plenáris ülés, Vilnius, Litvánia, 2008. június 17-20.
- **Centre of Excellence for Military Medicine** - Amerikai –magyar Katonaorvosi Konferencia-Budapest, 2008. szeptember 1-5.
- **MILMED COE** –7. A Katona-egészségügyi Irányító Csoport 7. ülése, Cesme Törökország, 2008. október 14.
- **Centre of Excellence for Military Medicine** – Joint Medical Committee Plenáris ülése, Brüsszel, Belgium 2008. október 29.
- **Centre of Excellence for Military Medicine** – Hadszíntéri egészségügyi támogatási konferencia, München, Németország, 2009. március 25-26.

## Mellékletek

**„A” Melléklet:** Az értekezésben előforduló rövidítések jegyzéke

**„B” Melléklet:** A NATO Katona-egészségügyi Jövőképe és Célkitűzései – Kettes szint (*Level 2*): Követelmények

**„C” Melléklet:** Az egészségügyi szolgálat alárendeltségének változása a rendszerváltást követően

**„D” Melléklet:** (Draft) MCM-0134-2009 Accreditation of Military Medical Centre of Excellence (MILMED COE) as a NATO COE and Activation as an International Military Organization, August 2009

**„A” Melléklet Az értekezésben előforduló rövidítések jegyzéke**

ACC	Air Component Command(er)	Légierő Fegyvernemi Parancsnok(ság)
ACO	Allied Command Operations	Szövetségi Műveleti Parancsnokság
ACT	Allied Command Transformation	Szövetségi Transzformációs (Átalakítási) Parancsnokság
CBRN	Chemical, Biological, Radiological, Nuclear	Vegyvi, Biológiai, Radiológiai, Nukleáris
CE	Crisis Establishment	Válság/Háborús Létszám
CNAD	Committee of National Armament Directors	Nemzeti Fegyverzeti Igazgatók Bizottsága
COE	Centre of Excellence	Kiválósági Központ
COMEDS	Committee of Chiefs of Military Medical Services in NATO	NATO Országok Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökeinek Bizottsága
CPG	Comprehensive Political Guidance	Átfogó Politikai Útmutatás
CRO	Crisis Response Operation	Válságkezelő Műveletek
DCI	Defence Capabilities Initiative	Védelemképességi Kezdeményezés
DNBI	Disease Non-Battle Injury(ies)	Betegség és Nem Harci Cselekménnyel Összefüggő Sebesülés(ek), Sérülés(ek)
DPQ	Defence Planning Questionnaire	Védelemtervezési Kérdőív
DSS	Disease Surveillance System	Betegség –figyelő és jelentő Rendszer
DTA	Delegated Tasking Authority	Delegált Feladatszabó Hatóságok
FC	Force Commander	(Had)Erő Parancsnok
FHP	Force Health Protection	Egészségügyi Haderővédelem
ICI	Istanbul Cooperation Initiative	Isztanbuli Együttműködési Kezdeményezés
IMS	International Military Staff	Nemzetközi Katonai Törzs
ISAF	International Security Assistance Force	Nemzetközi Biztonsági Támogatási Erő
JALLC	Joint Analysis and Lessons Learned Centre	Összhaderőnemi Elemző és Hasznosított Tapasztalatok Központ
JMC	Joint Medical Committee	Egyesített (Polgári-Katonai) Egészségügyi Bizottság
LL	Lessons Learned	Hasznosított Tapasztalatok
MC	Military Committee	Katonai Bizottság
MCC	Maritime Component Commander	Haditengerészeti Fegyvernemi Parancsnok
MC ASB	Military Committee Air Standardization Board	Katonai Bizottság Légi Szabványosítási Bizottság
MCJSB	Military Committee Joint Standardization Board	Katonai Bizottság Összhaderőnemi Szabványosítási Bizottság
MC MSB	Military Committee Maritime Standardization Board	Katonai Bizottság Tengerészeti Szabványosítási Bizottság
MCM	Military Committee Memorandum	Katonai Bizottság Memorandum
MCMedSB	Military Committee Medical Standardization Board	Katonai Bizottság Egészségügyi Szabványosítási Bizottság

MCMG	Military Committee Meteorological Group	Katonai Bizottság Meteorológiai Csoport
MD	Mediterranean Dialogue	Mediterrán Dialógus
MHC WG	Military Health Care Working Group	Katona-egészségügyi Ellátás Munkacsoport
MMCBRN	Military Medical Chemical, Bacteriological, Radiological and Nuclear Working Group	Katona-egészségügyi Vegyi, Biológiai, Radiológiai és Nukleáris Munkacsoport
MMS WG	Military Medical Standardization Working Group	Katona-egészségügyi Szabványosítási Munkacsoport
MMSG	Military Medical Steering Group	Katona-egészségügyi Irányító Csoport
MMSOP	Military Medical Structures, Operations and Procedures	Katona-egészségügyi Struktúrák, Műveletek és Eljárások
MOU	Memorandum of Understanding	Együttműködési Megállapodás
NAC	North Atlantic Council	Észak Atlanti Tanács
NADC	NATO Air Defence Committee	NATO Légvédelmi Bizottság
NC3B	NATO C3 Board	NATO C3 Bizottság
NPC	NATO Pipeline Committee	NATO Csővezeték Bizottság
NSA	NATO Standardization Agency	NATO Szabványosítási Ügynökség
NTG	NATO Training Group	NATO Kiképzési Csoport
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	Humanitárius Ügyek Koordinációs Hivatala
PCC	Prague Capabilities Commitment	Prágai Képesség (Fejlesztési) Elkötelezettség
PE	Peace Establishment	Béke Állománytábla (Létszám)
PfP	Partnership for Peace	Békepartnerség
PSO	Peace Support Operations	Békétámogató Műveletek
RDOIT	Rapid Deployment Outbreak Investigation Team	Gyorsan Telepíthető Járványügyi Kivizsgáló Csoport
SACLANT	Supreme Allied Commander Atlantic	Szövetségesek Legfőbb Tengerentúli Parancsnoka
SC	Steering Committee	Irányító Bizottság
SCE	Strategic Command Europe	Európai Hadászati Parancsnokság
SCEPC	Senior Civil Emergency Planning Committee	Polgári Vészhelyzetek Vezető Tervező Bizottsága
SN	Sponsoring Nation	Szponzoráló nemzet
SNLC	Senior NATO Logisticians' Conference	Rangidős NATO Logisztikusok Konferenciája
TA	Technical Agreement	Technikai Megállapodás
TCLL	Tactical Lessons Learned	Harcászati Hasznosított Tapasztalatok
TNCC	Transformation Network Coordination Cell	Transzformációs Hálózat Támogató Részleg
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees	Egyesült Nemzetek Menekültügyi Főbiztossága
WHO	World Health Organisation	Egészségügyi Világszervezet

## „B” Melléklet

**A NATO Katona-egészségügyi Jövőképe és Célkitűzései – Kettes szint (Level 2):**  
**Követelmények**

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>1 - Megalkotni a NATO Katona-egészségügyi Elgondolását, Irányelveit és Doktrínáját</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	OE 1.1	Kidolgozni az expedíciós műveletekre összpontosító egészségügyi elgondolást, irányelveket és doktrínát.	ACT, MMSOP	ACO, Összes
	OE 1.2	Adaptálni az egészségügyi elgondolást a hatás alapú műveletek előfeltételeihez.	ACT, MMSOP	ACO
	OE 1.3	Kidolgozni a Terrorizmus Elleni Védelmet támogató egészségügyi elgondolást, irányelveket és doktrínát.	ACT, MMSOP	CBRN Med, BioMedAC
	OE 1.4	Kiaknázni a NATO és a nemzeti egészségügyi tapasztalat elemző ( <i>Lessons Learned</i> ) eljárásokat, együttműködve a JALLC-al, az egészségügyi elgondolás és doktrína kidolgozása céljából.	ACT, MMSOP	ACO, Összes
	OE 1.5	Bedolgozni a NATO és a nemzeti egészségügyi felderítés ( <i>Medical Intelligence - MEDINT</i> ) vívmányait a NATO elgondolásba és doktrínába.	ACT, MMSOP	ACO
	OE 1.6	Kidolgozni az elgondolást, irányelveket és doktrínát a helyi civil, katonai és biztonsági erőket támogató egészségügyi szervezetek újjászervezéséhez és kiképzéséhez.	ACT, MMSOP	MMT, ACO
	OE 1.7	Kidolgozni az egészségügyi elgondolást, irányelveket és doktrínát a helyi lakosság részére nyújtott esetleges egészségügyi támogatáshoz, a változó-fejlődő-átalakuló küldetési feladatok teljes skáláján keresztül.	ACT, MMSOP	MHC, MMSOP, ACO
	OE 1.8	Fenntartani és továbbfejleszteni az elgondolást, irányelveket és doktrínát a jelenlegi és várható	ACT, MMSOP	ACO, Összes

		műveletek teljes skáláján keresztül.		
	<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>			
	PD 1.1	Kidolgozni az egészségügyi elgondolást, irányelveket és doktrínát a tényeken alapuló gyógykezelés gondos figyelembe vételével.	MHC	EM, DS, MP
Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>1 - Megalkotni a NATO Katona- egészségügyi Elgondolását, Irányelveit és Doktrínáját</b>	<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>			
	PD 1.2	Figyelemmel kísérni és alkalmazni a nemzetek egészségügyi törvényhozása által felmutatott eredményeket.	MHC	ACO, MMSOP, Összes
	PD 1.3	Kidolgozni a testületi és gyógyító tevékenységi minőségjavítás ( <i>corporate and clinical governance</i> ) egészségügyi irányelveit.	ACT	MMSOP, MHC
	PD 1.4	Kiaknázni az egészségügyi ellátásban az újonnan megjelenő fenyegetésekre és fegyverrendszerekre válaszul elért eredményeket.	MHC	ACO, EM, MMT, CBRN Med
	PD 1.5	Figyelemmel kísérni a változó műveleti környezetnek a nemzetközi egészségügyi-jogi protokollokra és egyezményekre, így pl. a Genfi Konvencióra gyakorolt esetleges hatását, s ennek megfelelően beépíteni azokat az elgondolásba, irányelvekbe és doktrínába.	MMSOP	JMC, ACO, ACT, IMS
	<b>Társadalmi Tényezők (<i>Societal Influences - SI</i>)</b>			
	SI 1.1	Figyelembe venni a NATO egészségügyi elgondolás, irányelvek és doktrína kidolgozásánál a nemzeti egészségügyi ellátási irányelvek és képességek telepített katona-egészségügyi biztosításra gyakorolt egyre erősödő befolyását.	ACT, MMSOP	MHC, Összes
	SI 1.2	Figyelembe venni a helyi elvárásokat és megfontolni a területi szabványok megjelenítését a Humanitárius Segítségnyújtási irányelvek, elgondolás és doktrína kidolgozása során.	MMSOP, ACT	ACO, MHC

<b>Hatékonyság (Efficiency - EF)</b>			
EF 1.1	Kidolgozni és áttekinteni a Szövetségi Összhaderőnemi Kiadványok ( <i>Allied Joint Publications - AJP</i> ) egészségügyi dokumentumait.	ACT, MMSOP	MedStd, Összes
EF 1.2	Hozzájárulni minden jelentős egészségügyi vonatkozású NATO doktrínális kiadvány kidolgozásához, felülvizsgálatához.	MedStd	ACT, MMSOP, Összes
EF 1.3	Kidolgozni és felülvizsgálni az egészségügyi szakkifejezés gyűjteményt, együttműködve a Katonai Bizottság ( <i>Military Committee -MC</i> ) Terminológiai Konferenciájával.	MedStd	ACT, MMSOP, Összes
EF 1.4	Összhangba hozni a logisztikai és egészségügyi doktrínális kiadványokat.	IMS, MedStd	MMSOP, ACT

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>2 - Hozzájárulni a NATO Erők Fenntarthatóságához</b>	<b>Műveleti Környezet (Operational Environment - OE)</b>			
	OE 2.1	Felállítani az expedíciós műveletek teljes körét biztosítani képes telepíthető egészségügyi képességeket.	MMSOP	ACT, ACO, Összes
	OE 2.2	Biztosítani azt, hogy a telepített egészségügyi szervezetek képesek aktívan bekapcsolódni a hatás alapú műveletekbe.	MMSOP	ACT, ACO, MMT
	OE 2.3	Biztosítani azt, hogy a telepített egészségügyi képességek képesek CBRN környezetben is működni, s résztvenni tömegpusztító fegyverek ( <i>Weapons of Mass Destruction - WMD</i> ) elleni védelemben, valamint a terrorizmus elleni harc ( <i>Defence Against Terrorism - DAT</i> ) támogatásában.	CBRN Med,	ACO, MMSOP, ACT, MMT
	OE	Kidolgozni átfogó	MPM	ACO, MHC,



	2.4	egészségvédelmi szabványokat és eljárásokat a telepített haderő számára.		MMSOP
	OE 2.5	Kidolgozni egy többnemzeti egészségügyi/egészségvédelmi megfigyelő rendszert és az ahhoz kapcsolódó haderő egészségvédelmi támogató képességeket.	MPM, ACT	ACO, MHC, MedCIS
	OE 2.6	Bedolgozni a sérültszámbecslés felülvizsgálatába és jövőbeni fejlesztésébe a változó-fejlődő-átalakuló jellegű küldetésekre való alkalmazhatóság biztosítása érdekében.	ACT	ACO, MMSOP, MHC, MP, DS, MedN
<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>				
	PD 2.1	Kidolgozni a hagyományos harci sérültek ( <i>Wounded in Action - WIA</i> ) és betegek, illetve nem harci sérültek ( <i>Disease, Non-Battle Injuries - DNBI</i> ) kezelési szabványait a tényeken alapuló orvoslásra vonatkozóan.	MHC	EM, MP, DS, MedN, MMT
	PD 2.2	Kidolgozni kezelési szabványokat a biológiai, vegyi és sugárzó közegek ellen a tényeken alapuló orvoslás vonatkozásában.	CBRNMe d	ACO, MHC, MMT
	PD 2.3	Kidolgozni kezelési szabványokat a környezeti és ipari veszélyforrások ( <i>Environmental and Industrial Hazards - EIH</i> ) ellen a tényeken alapuló orvoslás vonatkozásában.	MPM	CBRNMed, ACT, MHC, MMT

	PD 2.4	Biztosítani az első segély és egészségügyi sürgősségi eljárások kiképzésének megfelelő szabványait és elgondolásait a teljes haderő részére.	MMT	MMSOP, MHC
--	-----------	--	-----	------------

Célkitűzés	Követelmények	Vezető Testület	Támogató Testületek	
<b>2 - Hozzájárulni a NATO Erők Fenntarthatóságához</b>	<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>			
	PD 2.5	Kidolgozni többnemzeti vissza-telepítési egészség biztosítási szabványokat.	MPM	ACO, MHC, DS, MP
	<b>Társadalmi Tényezők (<i>Societal Influences - SI</i>)</b>			
	SI 2.1	Kiaknázni a polgári egészségügyi ellátás és eljárások eredményeit a terrorista támadások és a tömegpusztító fegyverek alkalmazása elleni harcban.	MMSOP, MHC	IMS, JMC, ACT, CBRNMed, BioMedAC
	SI 2.2	Beépíteni civil elemeket az egészségügyi megfigyelő hálózatba, kölcsönösen előnyös adatcsere érdekében.	MPM	IMS, ACO, JMC, MEDCIS
	<b>Hatékonyság (<i>Efficiency - EF</i>)</b>			
	EF 2.1	Bedolgozásokat nyújtani minden kapcsolódó NATO testület részére a sajátos egészségügyi szolgáltatások követelményeivel kapcsolatban, a műveleti elgondolások összhangba hozatala érdekében.	MMSG, IMS	ACT, ACO, JMC, Összes
	EF 2.2	Kidolgozni összefüggő elgondolásokat, eljárásokat és kiképzési terveket a tömeges sérültellátási ( <i>Mass Casualty - MASCAL</i> ) helyzetek kezelésére.	MMSOP	MMT, ACO, EM

Célkitűzés	Követelmények	Vezető	Támogató
------------	---------------	--------	----------

		Testület	Testületek	
<b>3 - Javítani a Kapcsolatokat és az Együttműködést Minden Jelentős Katonai és Civil Szervezettel</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	OE 3.1	Felmérni a katonai egészségügyi tevékenységek teljes körének civil képességekkel és eszközökkel való támogathatóságának lehetőségeit.	IMS, MMSG	JMC, ACO, MMSOP
	OE 3.2	Kidolgozni a következmény kezelő ( <i>Consequence Management</i> ) tevékenységek támogatásához szükséges következetes civil-katonai egészségügyi eljárásokat.	MMSOP	JMC, ACT, ACO, IMS
	OE 3.3	Javítani a gyakorlati együttműködést egészségügyi kérdésekben a jelentősebb civil szervezetekkel a műveletek során.	ACO	JMC, MMSOP
	OE 3.4	Meghatározni azon katonai képességeket, melyekkel várhatóan támogatni lehet a NATO Civil Sürgősségi Tervezési folyamatából átadásra kerülő feladatokat.	MMSG, IMS	JMC, ACO, ACT, CBRNMed
	OE 3.5	Javítani a stratégiai partnerkapcsolati katonai egészségügyi együttműködést a jóváhagyott kereteken és megállapodásokon belül a NATO és az Európai Unió között annak érdekében,	MMSG, IMS	ACO, MMSOP

		hogya a szövetségesek között egészségügyi téren javuljon az interoperabilitás és szabványosítás.		
<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>				
PD 3.1		Információt cserélni civil szervezetekkel az egészségügyi szabványoknak a helyi lakosság ellátása során történő alkalmazásáról.	MHC, MMSG	IMS, JMC
PD 3.2		Elősegíteni a katonai-civil interoperabilitást a gyógyszerészeti termékek, különösen a vér és vérkészítmények használata során.	MMMP	JMC, ACO
<b>Társadalmi Tényezők (<i>Societal Influences - SI</i>)</b>				
SI 3.1		Figyelembe venni a katonai-civil egészségügyi együttműködés javítása érdekében a nemzeti kormányok és a közvélemény elvárásait az elgondolások és doktrína kidolgozása során.	MMSG, MMSOP	JMC, ACT

Célkitűzés	Követelmények	Vezető Testület	Támogató Testületek	
<b>3 - Javítani a Kapcsolatokat és az Együttműködést Minden Jelentős Katonai és Civil Szervezettel</b>	<b>Társadalmi Tényezők (<i>Societal Influences - SI</i>)</b>			
	SI 3.2	Megvalósítani az információ cserét kulcsfontosságú nemzetközi (mint pl. az ENSZ és annak szervezetei, vagy az Európai Unió) és nem állami szervezetekkel.	MMSG, IMS	JMC, ACO
	SI 3.3	Felbecsülni a civil lakosság, illetve a	CBRNMed	JMC, IMS, ACT,

	nem-NATO szereplők várható reagálását tömegpusztító fegyverek és vegyi, biológiai, radiológiai és nukleáris ( <i>Chemical, Biological, Radiological and Nuclear - CBRN</i> ) eszközök alkalmazása esetén, annak érdekében, hogy azt az irányelvek és elgondolás kidolgozása során figyelembe lehessen venni.		BioMedAC
<b>Hatékonyság (<i>Efficiency - EF</i>)</b>			
EF 3.1	Kihasználni a Legfelsőbb Civil Sürgősségi Tervező Bizottsággal ( <i>Senior Civil Emergency Planning Committee - SCEPC</i> ), annak albizottságaival és testületeivel kialakított kapcsolatokat a döntések következetességének javítása és a szükségtelen párhuzamosságok megelőzése érdekében.	MMSG, IMS	JMC, ACO
EF 3.2	Összehangolni, ahol az lehetséges, a NATO és az Európai Unió egészségügyi elgondolásait, irányelveit és doktrínáját.	MMSOP	ACT, ACO
EF 3.3	Összehangolni, ahol az lehetséges, a NATO és az Európai Unió egészségügyi	ACT, MMSOP	ACO

		haderótervezését.		
--	--	-------------------	--	--

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>4 - Növelni a NATO Erők Telepíthetőségét</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	OE 4.1	Kialakítani az egészségügyi stratégiai légiszállítás követelményeinek (egészségügyi állomány és anyagok, sérültek szállítása) többnemzeti megállapodásait.	ACT	ACT, MMSOP
	OE 4.2	Kidolgozni a telepítés időszakára vonatkozó egészségügyi biztosítási megállapodásokat.	ACO	ACT, MMSOP
	<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>			
	PD 4.1	Kialakítani a haderő telepítés előtti megfelelő egészségügyi felkészítéséhez a szükséges szabványokat.	MPM	ACO, MHC
	PD 4.2	Biztosítani a haderő felkészítéséhez az egészségügyi információs hálózatok megfelelő alkalmazását.	ACO	IMS, JMC, MPM
	<b>Hatékonyság (<i>Efficiency - EF</i>)</b>			
	EF 4.1	Bedolgozni a Haderő Jogállásáról szóló Megállapodások ( <i>Status of Forces Agreements - SOFA</i> ) összeállításába.	ACO, IMS	MMSOP
	EF 4.2	Bedolgozni a Befogadó Nemzeti Támogatási ( <i>Host</i>	ACO, IMS	MMSOP

		<i>Nation Support - HNS)</i> megállapodások kialakításába.		
	EF 4.3	Bedolgozni a telepített erők egészségügyi biztosítását garantáló Kölcsönös Támogatásról szóló Megállapodások ( <i>Mutual Support Agreements</i> ) kialakításába.	ACO	MMSOP

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>5 - Javítani a Katona-egészségügyi Erőkhöz való Hozzáférést</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	OE 5.1	Lefolytatni a jelenlegi és várható követelményekkel összhangban a szükséges egészségügyi haderőtervezést a megfelelő nemzeti katona-egészségügyi erőforrások előmozdítása érdekében.	ACT, MMSOP	ACO
	OE 5.2	Biztosítani a Többnemzeti Összhaderőnemi Követelmény Lista ( <i>Combined Joint Statement of Requirement - CJSOR</i> ) egészségügyi elemeinek kidolgozásával és felülvizsgálatával az egészségügyi erők megfelelő elosztását a NATO műveletekhez.	ACO	ACT, MMSOP
	OE	Kialakítani az	MMT	ACO,



	5.3	egészségügyi egységek alap- és telepítés előtti kiképzésének közös szabványait az interoperabilitás többnemzeti egészségügyi biztosítási megoldások során való elősegítése érdekében.		MHC
	OE 5.4	Kidolgozni és alkalmazni a többnemzeti egészségügyi egységek ( <i>multinational medical units - MMU</i> ) bevizsgálásának folyamatát ( <i>validation process</i> ).	MMSOP, ACO	MMT, MHC
<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>				
	PD 5.1	Kidolgozni a gyógyító tevékenység minél inkább a várható betegre szabott képességeit, szem előtt tartva a gyógyítási időhatárokat és a kezelési szabványokat.	MHC	ACT, MMSOP, EM, MPM
	PD 5.2	Figyelemmel kísérni a katonai és civil egészségügyi kutatási és technológiai eredményeket, s felmérni azok várható hozadékát a műveletek egészségügyi biztosítására.	MHC	ACT, RTO- HFM, EM, MPM, MP, DS
	PD 5.3	Hozzájárulni a katonai egészségügyi technológia és	MHC	ACT, RTO- HFM, EM,

		gyógyítás terén várható fejlődés megvalósításához.		MPM, MP, DS
	PD 5.4	Segíteni a nemzeteket egészségügyi szakállományuk minősítésében ( <i>accreditation</i> ) és képzésében ( <i>certification</i> ).	MHC	MMSOP, MMT, ACO

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>5 - Javítani a Katona-egészségügyi Erőkhöz való Hozzáférést</b>	<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>			
	PD 5.5	Biztosítani a nemzetek számára a többnemzeti egészségügyi egységek telepítés előtti képzéséhez szükséges eljárást.	MMSOP	MHC, MMT, ACO
	<b>Hatékonyság (<i>Efficiency - EF</i>)</b>			
	EF 5.1	Kialakítani a nemzeti katona-egészségügyi képességek átláthatóságát ( <i>transparency</i> ) és szem előtt tartását ( <i>visibility</i> ).	MMSOP	ACO, ACT
	EF 5.2	Segíteni a többnemzeti egészségügyi megoldások kidolgozását és alkalmazását.	ACO, MMSOP	IMS, ACT
	EF 5.3	Bátorítani a nemzeteket a vezető nemzeti ( <i>Lead Nation - LN</i> ) és a feladatra szakosodott nemzeti ( <i>Role Specialist Nation - RSN</i> ) szerepkör felvállalására.	ACO, MMSOP	IMS, ACT
EF 5.4	Részt venni a közös finanszírozás és költség visszatérítés	IMS	ACO	

		szabályainak kidolgozásában és alkalmazásában, a nemzetek által a megfelelő katonaegészségügyi erőforrások biztosításának elősegítése érdekében.		
EF 5.5		Támogatni az egészségügyi, illetve ilyen vonatkozású tanfolyamok folytatását a NATO Oktatási Intézményeiben, s ehhez biztosítani a megfelelő tanrendet.	ACT	MMT, ACO
EF 5.6		Részt venni a szerződött erőforrások NATO műveletekre való igénybevételi szabályainak kidolgozásában, világosan rámutatva ezen eljárás korlátaira a katonaegészségügyi biztosítás területén.	ACO	ACT, MMSOP

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>6 - Kialakítani a Katona- egészségügyi Vezetési és Irányítási Struktúrákat</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	OE 6.1	Biztosítani a NATO műveletek teljes parancsnoki struktúrájában a megfelelő egészségügyi törzs elemek megalakítását, melyek képesek az egészségügyi biztosítás feladatainak teljes körét végrehajtani.	IMS, ACO	MMSOP, ACT
	OE 6.2	Összehangolni a különálló	IMS, ACO	MMSOP, ACT

	egészségügyi vezetési és irányítási struktúrákat más funkcionális támogató területekkel, mint a logisztika.		
OE 6.3	Lefektetni a többnemzeti egészségügyi erők megfelelő vezetési és irányítási eljárásait.	MMSOP	ACO, ACT
<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>			
PD 6.1	Beépíteni a megfelelő szabályzókat a katoná-egészségügyi törzs tevékenységbe az egészségügyi elszámoltathatóság és titoktartás tiszteletben tartására.	MMSOP	ACO, ACT, MHC
<b>Hatékonyság (<i>Efficiency - EF</i>)</b>			
EF 6.1	Biztosítani az időben nyújtott egészségügyi bedolgozást a továbbfejlesztett katonai tervezéshez és válságreagáló tervezéshez.	ACO, IMS	MMSOP
EF 6.2	Bátorítani a nemzeteket megfelelő kapacitások kialakítására, kiképzett és tapasztalt egészségügyi törzsállomány vonatkozásában.	MMSG	ACT, ACO, MMSOP
EF 6.3	Támogatni a katoná-egészségügyi törzs állomány kiképzését a NATO parancsnoki struktúrába és/vagy telepített NATO parancsnokságokhoz történő kinevezéshez szükséges készségek és háttérismeretek	ACT	ACO, MMT

		biztosításával.		
--	--	-----------------	--	--

Célkitűzés	Követelmények		Vezető Testület	Támogató Testületek
<b>7 - Megfelelni a NATO Katonaegészségügyi Információ Kezelési és Technológiai Követelményeinek</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	OE 7.1	Kialakítani az egészségügyi információs és koordinációs rendszerek működtetéséhez szükséges interoperábilis adatforgalmi ( <i>business process</i> ) modellt.	ACT, MMSOP	MedCIS
	OE 7.2	Kialakítani az Egészségügyi Adatkezelő és Egyeztető Rendszert ( <i>Medical Information and Coordination System - MEDCIS</i> ), ezen belül: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Az egészségügyi bedolgozást az általános műveleti helyzetképbe,</li> <li>- Az egészségügyi tervezés elemeit,</li> <li>- A betegek és egészségügyi erőforrások nyomonkövetéséhez szükséges egészségügyi irányítás elemeit (<i>medical management functionalities</i>),</li> <li>- Az egészségügyi haderővédelem elemeit az egészségügyi felderítéssel és az általános egészségügyi helyzetképfyvelő rendszerrel (<i>health surveillance</i>).</li> </ul>	ACT	MMSOP, MedCIS, ACO, MHC, MPM, CBRNMed, BioMedAC
	OE	Meghatározni a nem	MMSG	IMS,

	7.3	NATO résztvevők egészségügyi adatkezelő rendszereihez (mint például az Egészségügyi Világszervezet – <i>WHO</i> – egészségügyi adatkezelő és riasztó rendszere; az Európai Unió – <i>EU</i> , vagy a Betegségek Ellenőrző Központja – <i>Center for Disease Control</i> ) szükséges kapcsolódási pontokat a változó-fejlődő-átalakuló küldetések teljes körének támogatása érdekében.		JMC, ACO, MPM
<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>				
	PD 7.1	Kidolgozni a gyógykezelési adatlapok cseréjéhez szükséges többnemzeti interoperabilitást, figyelembe véve a különféle nemzeti szabályzó rendszereket.	MHC, MedCIS	ACT, ACO
	PD 7.2	Kidolgozni az megosztott telemedicinás képességekhez szükséges szabványokat és szabályzókat.	MedCIS	ACT, ACO
<b>Hatékonyság (<i>Efficiency - EF</i>)</b>				
	EF 7.1	Kidolgozni az egészségügyi adatkezelő rendszer vázát ( <i>medical information architecture</i> ), meghatározva a technikai követelményeket és az általános adatok szerkezetét, beleértve az adatszere követelményeit is ( <i>Information Exchange Requirements - IER</i> ).	MedCIS	ACT, MMS OP, MedStd

Célkitűzés	Követelmények	Vezető Testület	Támogató Testületek	
<b>8 - Javítani az Egészségügyi Interoperabilitás</b>	<b>Műveleti Környezet (<i>Operational Environment - OE</i>)</b>			
	O E 8.1	Kidolgozni a szomszédos országokban zajló	IMS	ACT, ACO, MHC,

<b>t az összes Partner Nemzettel</b>		műveletekhez minden partnerrel a követelmények szerinti egészségügyi biztosítási megállapodásokat		MMSOP, SGPME
	O E 8.2	Továbbfejleszteni az általános egészségügyi biztosítási szerkezet és eljárások által az interoperabilitást a NATO doktrínával összhangban.	MMSOP	ACT, ACO, SGPME
<b>Az Egészségügyi Szakma Fejlődése (<i>Professional Medical Development - PD</i>)</b>				
P D 8.1	Kezdeményezni és fenntartani az egészségügyi információ cserét.	IMS	ACO, MHC, MMSOP, SGPME	
P D 8.2	Törekedni a gyógykezelési interoperabilitásra ( <i>clinical interoperability</i> ) a partnerek általános gyógykezelési szabványok kidolgozásába történő bevonásával.	IMS	MHC, MMSOP, MedStd, SGPME	
P D 8.3	Kiaknázni a az egészségügyi kutatásban rejlő lehetőségeket a partner nemzetekkel.	IMS	ACT, MHC, MMSOP, SGPME, HFM	
<b>Társadalmi Tényezők (<i>Societal Influences - SI</i>)</b>				
SI 8.1	Felismerni a partner országok nemzeti egészségügyi ellátó rendszerével szembeni társadalmi elvárásokat, a	IMS	ACT, MHC, SGPME	

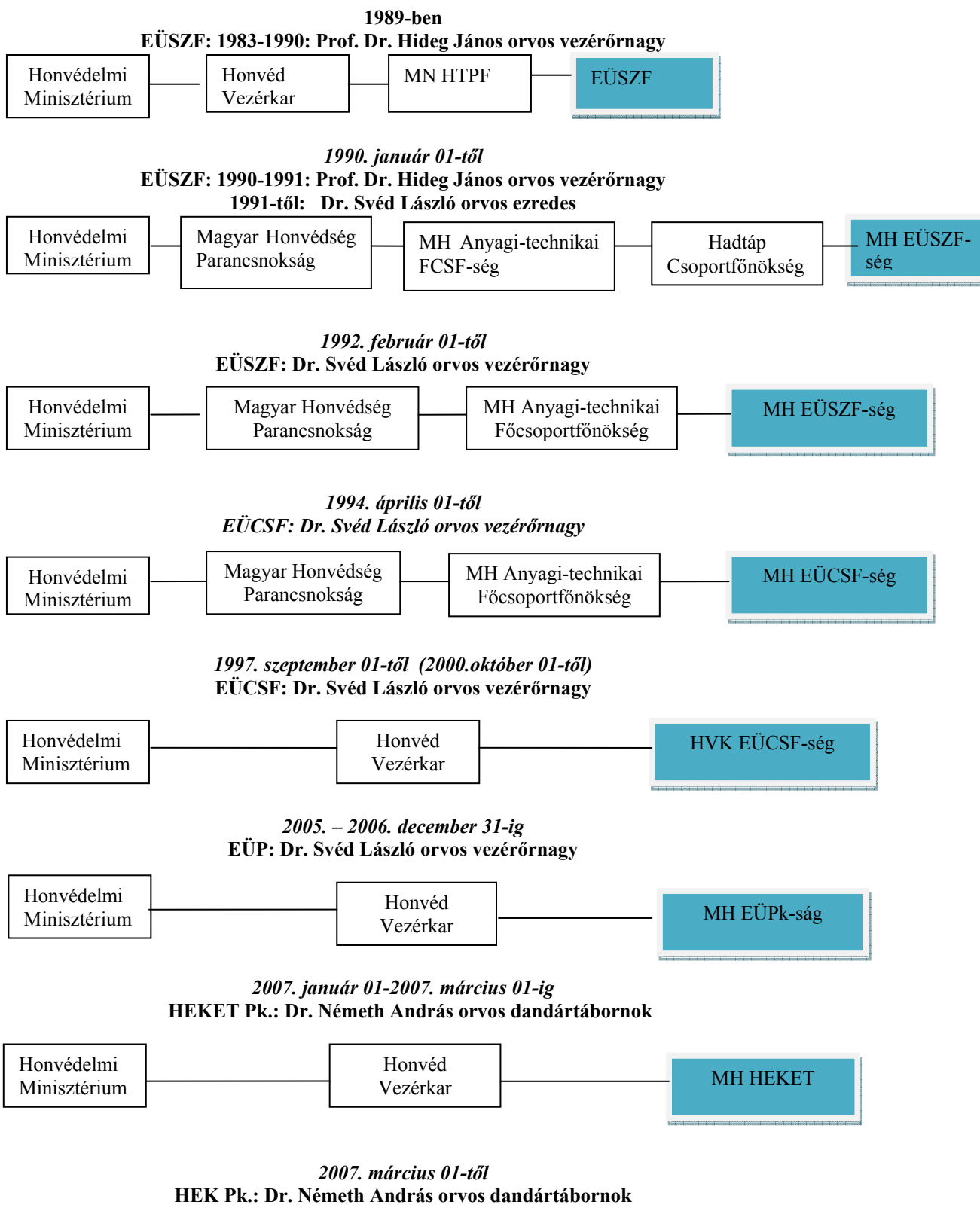
	gyógykezelés végkimenetelét befolyásoló szabványokra összpontosítva.		
<b>Hatékonyság (Efficiency - EF)</b>			
EF 8.1	Gyakorlati egészségügyi együttműködés a békepartnerségi nemzetekkel ( <i>Partnership for Peace - PfP</i> ) az Euro-Atlanti Partnerségi Együttműködés (Euro-atlanti9c Partnership Coordination - EAPC) keretében.	IMS	ACT, ACO, MMSOP, MHC
EF 8.2	Gyakorlati egészségügyi együttműködés Oroszországgal a NATO- Oroszország Tanács keretében.	IMS	ACT, ACO, MMSOP, MHC
EF 8.3	Gyakorlati egészségügyi együttműködés Ukrajnával a NATO-Ukrajna Bizottság keretében.	IMS	ACT, ACO, MMSOP, MHC, SGPME
EF 8.4	Gyakorlati egészségügyi együttműködés a Mediterrán Dialógus ( <i>Mediterranean Dialogue - MD</i> ) és az Isztambuli Együttműködési Kezdeményezés ( <i>Istanbul Cooperation Initiative - ICI</i> ) országaival, valamint az érdeklődést mutató nemzetekkel a NATO	IMS	ACT, ACO, MMSOP, MHC, SGPME

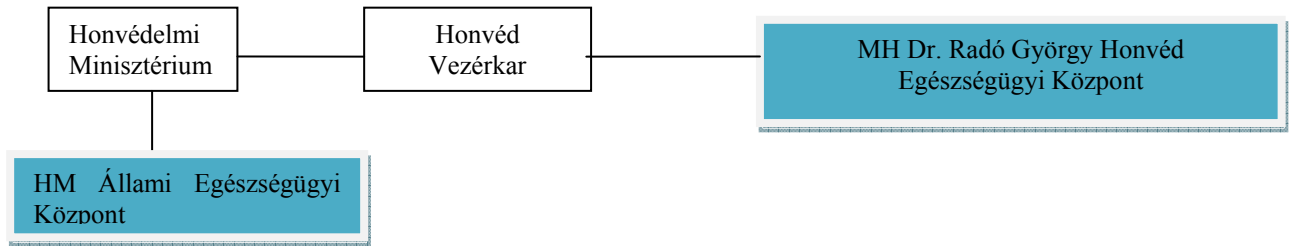


		munaprogramok és az egyéni együttműködési programok keretében.		
--	--	--	--	--

„C” Melléklet

### Az egészségügyi szolgálat alárendeltségének változása





NATO UNCLASSIFIED



INTERNATIONAL MILITARY STAFF  
ETAT-MAJOR MILITAIRE INTERNATIONAL



**SILENCE PROCEDURE  
EXPIRES AT 1200 HRS.  
FRIDAY, 21 AUG 09**

11 August 2009

IMSWM-0329-2009

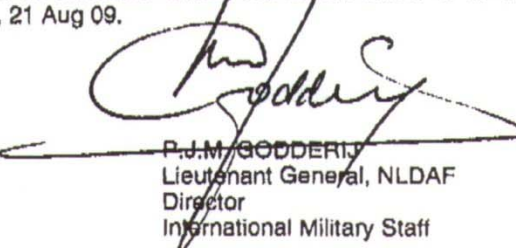
ALL MILITARY REPRESENTATIVES

**ACCREDITATION OF MILITARY MEDICAL CENTRE OF EXCELLENCE (MILMED COE) AS A NATO COE AND ACTIVATION AS AN INTERNATIONAL MILITARY ORGANIZATION**

Reference:

- A. 3000/T-3-5/TT-4688/Ser: NU0420, Military Medical Centre of Excellence (MILMED COE) - Accreditation as a NATO COE and Activation as an International Military Organization, 13 July 09

Enclosure 1 is a draft MCM endorsing the accreditation of the Military Medical Centre of Excellence (MILMED COE) in Hungary and its activation as an International Military Organisation, in line with the recommendation from HQ SACT at Reference A. Agreement on Enclosure 1 will be assumed unless the action officer is notified to the contrary by 1200 hours, Friday, 21 Aug 09.



P.J.M. GODDERLY  
Lieutenant General, NLDAF  
Director  
International Military Staff

Enclosure:

- 1. Draft MCM-0134-2009, Military Medical Centre of Excellence (MILMED COE) - Accreditation as a NATO COE and Activation as an International Military Organization

Copy to: SDL T (less MilReps), IS/DPP, IS/DI, CMBC, P&P (5) (FO, A-BR, B-BR, C-BR, REG)

Action Officer: LtCol T. Falecki, P&P, 5679

E1368

HONVÉDELMI MINISZTERIUM  
KATONA EGYSÉGEK ÉS SZERVEI VEZETŐSÉGE

20..... 2009 AUG 13 ..... nap

Nyt. szám.....

Mell. lapszám.....

G:\P&P\SPC BR\TI-Team\11 COEa\MM COE\IMSWM-0329-2009.doc

NATO UNCLASSIFIED

IMS Control Nr: 009004477

NATO UNCLASSIFIED  
**DRAFT**

ENCLOSURE 1 TO  
IMSWM-0329-2009



NORTH ATLANTIC MILITARY COMMITTEE  
COMITE MILITAIRE DE L'ATLANTIQUE NORD



August 2009

(Draft)MCM-0134-2009

SECRETARY GENERAL, NORTH ATLANTIC TREATY ORGANISATION

**ACCREDITATION OF MILITARY MEDICAL CENTRE OF EXCELLENCE (MILMED COE) AS A NATO COE AND ACTIVATION AS AN INTERNATIONAL MILITARY ORGANIZATION**

References:

- A. C-M(69)22, Procedures for the Activation and Reorganisation in Peacetime of NATO Military Bodies and Rules for Granting them International Status and International Financing, 19 May 69
- B. MC 324/1 (Final), The NATO Military Command Structure, 28 May 04
- C. MCM-236-03, MC Concept for Centres of Excellence, 4 Dec 03
- D. IMSM-0416-04, NATO Centres of Excellence Accreditation Criteria, 11 Jun 04
- E. 3000/ T-3-5/TT-4688/Ser: NU0420, Military Medical Centre of Excellence (MILMED COE) - Accreditation as a NATO COE and Activation as an International Military Organization, 13 July 09

**BACKGROUND**

1. In accordance with the established procedures (Reference A) for the activation and reorganisation in peacetime of NATO military bodies and the rules granting them international status and international financing, all activation and reorganisation requests shall be forwarded to the Council through the Military Committee (MC) for approval following advice on financial implications by the Military Budget Committee.
2. At References B and C, the general concept for Centres of Excellence (COE), provided nationally or multi-nationally, was established and affirmed. SACT was given overall responsibility for COE co-ordination and employment within NATO, and specifically, for the accreditation of COE. COE accreditation criteria and procedures were agreed at Reference D.
3. Hungary, as the Framework Nation (FN), with the Czech Republic, Germany, the Netherlands and Romania as Sponsoring Nations (SN), have facilitated the Military Medical Centre of Excellence (MILMED COE) and have agreed to sponsor the manning, funding and support of the centre.
4. With Reference E, HQ SACT has submitted the assessment for MILMED COE, in which it has recommended its accreditation as a NATO COE and its activation as an International Military Organisation (IMO).

**DRAFT**  
NATO UNCLASSIFIED

NATO UNCLASSIFIED

**DRAFT****AIM**

5. To submit, for Council's approval, a request for the accreditation of the MILMED COE and its activation as an IMO.

**MC CONSIDERATIONS**

6. The MILMED COE has met the accreditation requirements set by the MC (Reference C) and by HQ SACT. It adheres to the principles for COEs as laid down at Reference D and will provide tangible improvement to NATO capabilities.

7. The FN and SN have agreed to fully fund the MILMED COE without recourse to Alliance common funding.

**MC CONCLUSIONS**

8. The MC endorses the accreditation of the MILMED COE as a NATO COE<sup>1</sup> and its activation as an IMO as recommended by HQ SACT.

**MC RECOMMENDATION**

9. The MC recommends that Council approve the accreditation of the MILMED COE in Hungary as a NATO COE and its activation as an IMO.

10. This document clears IMSWM-0329-2009.

**FOR THE MILITARY COMMITTEE:**

P.J.M. GODDERIJ  
Lieutenant General, NLDAF  
Director  
International Military Staff

Copy to: SDL T, IS/DPP, IS/DI, CMBC, P&P (5) (FO, A-BR, B-BR, C-BR, REG)

Action Officer: LtCol T. Falecki, P&P, 5679

---

<sup>1</sup> NATO COE means NATO-accredited COE, in accordance with Reference C

**DRAFT**

NATO UNCLASSIFIED