

Doktori (PhD) értekezés

dr. Vekerdi Zoltán

2017

Nemzeti Közszolgálati Egyetem
Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar
Hadtudományi Doktori Iskola

dr. Vekkerdi Zoltán

**A NATO egészségügyi biztosítás szerepének, feladatkörének
átalakulása, hatása a honvéd-egészségügyre**

Doktori (PhD) értekezés

Témavezető:

Dr. Svéd László PhD

Budapest, 2017

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETŐ.....	5
A témaválasztás indoklása.....	6
A tudományos probléma megfogalmazása	9
Kutatási hipotézisek	
Kutatási célkitűzések	
Kutatási módszerek	
Az értekezés tartalmi felépítése	
I. A KUTATÁSI TÉMA ÉRTELMEZÉSE ÉS ELŐZMÉNYEI.....	
Alapfogalom meghatározások	
A választott kutatási téma tudomány-rendszertani értelmezése.....	
A fejezet összegzése	
II. A NATO ÉRDEKEK VÉDELME A BIZTONSÁGI KÖRNYEZET VÁLTOZÁSAINAK TÜKRÉBEN.....	
A biztonsági kihívásoknak való megfelelés változó szövetségi megközelítése	
A fejezet összegzése	
III. A NATO EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁS LOGISZTIKAI JELLEGÉNEK TÖRTÉNELMI ELŐZMÉNYEI....	
A második világháború egészségügyi biztosításának néhány jellemzője	
A hidegháború időszaka egészségügyi biztosításának néhány jellemzője	
A fejezet összegzése	
IV. AZ ENYHÜLÉS IDŐSZAKÁNAK BIZTONSÁGI KÖRNYEZETE ÉS ANNAK HATÁSA A NATO MŰVELETEKRE, A MAGYAR HONVÉDSÉGRE ÉS A HONVÉD-EGÉSZSÉGÜGYRE	
Szövetségbe(n), biztonságba(n)!	
A fejezet összegzése	101
V. NAPJAINK ÉS A JÖVŐ NATO MŰVELETEINEK VÁRHATÓ EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSI SAJÁTOSSÁGAI.....	102
A feladat végrehajtás változó jellege.....	102
Az ISAF egészségügyi biztosítás fontosabb jellemzői	109
Az ISAF katonai célkitűzései.....	109
A katonai célkitűzések leképezése az egészségügyi küldetésben.....	111
Az átfogó megközelítés elvének főbb katona-egészségügyi vonatkozásai	114
A KFOR egészségügyi biztosításának néhány jellemzője	126
A fejezet összegzése	128

VI. DOKTRÍNA ÉS IRÁNYELVEK	129
A NATO Katonai Bizottság 326-os számú okmánya	129
A NATO Katonai Bizottság 326/1-es számú okmánya.....	132
A NATO Katonai Bizottság 326/2-es számú okmánya.....	136
A NATO Katonai Bizottság 326/3-as számú okmánya.....	146
A fejezet összegzése	147
VII. EGÉSZSÉGÜGYI KÜLDETÉS A HADERŐ FELADAT-VÉGREHAJTÁSÁNAK BIZTOSÍTÁSÁBAN	148
A NATO Védelmi-tervezési folyamat hatása az egészségügyi képesség-hiányok kezelésére.....	149
A küldetésen túl	177
A fejezet összegzése	187
VIII. GONDOLATOK A HONVÉD-EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐJÉRŐL	188
A honvéd-egészségügy harctámogató-kiszolgáló funkciójának rögzítése	188
A szakállomány pályaelhagyása, a honvéd-egészségügy meggyengülése.....	189
Az életpályamodell nem cél, hanem eszköz.....	190
Elért eredményeink a honvéd-egészségügy megerősítésében	199
Elgondolás Egészségügyi Csoportfőnökség felállítására.....	200
A fejezet összegzése	203
KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK	205
A kutatás folytatásának lehetséges irányai	209
Az új tudományos eredmények bemutatása.....	210
Elméleti és gyakorlati felhasználhatóság.....	210
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	212
MELLÉKLETEK	212
„A” Melléklet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása.....	213
„B” Melléklet: az értekezésben előforduló rövidítések jegyzéke	222
HIVATKOZÁSOK ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM JEGYZÉKE.....	223
PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK	247

*„Non scholae, sed vitae discimus.”
Nem az iskolának, hanem az életnek tanulunk.*

(latin közmondás)

BEVEZETŐ

Ebben a bevezető fejezetben fektetem le tudományos kutató munkám alapelemeit. Meghatározom kutatási témámat és meg fogom indokolni témaválasztásomat. Bevezető fejezetem legfontosabb része a kutatási célkitűzések és módszerek szabatos megfogalmazása, valamint a kutatási hipotézisek felállítása lesz. Végül röviden be kívánom mutatni a soron következő fejezetek tartalmi felépítését.

Tudományos értekezésem az egészségügyi biztosítás¹ feladatkörének és szerepének vizsgálatával foglalkozik. A változásokat elsősorban az Észak-atlanti Szerződés Szervezete (NATO²) keretein belül vizsgálom, s saját tapasztalataimon elindulva összevetem más nagy szövetségi rendszerek (az ENSZ³ és az Európai Unió) által telepített haderők missziós tevékenységének egészségügyi biztosításával. Fel akarom vázolni az egészségügyi biztosítás folyamatában a második világháború óta végbement változásokat, azok mozgatórugóit, a döntéshozók és végrehajtók dilemmáit, s az átalakulás tapasztalatait. Ennek tükrében mutatom be a honvéd-egészségügy⁴ jelenlegi helyzetét, s eme helyzet tarthatatlanságát, s adok támpontot és javaslatokat a rendszer megerősítéséhez, s megújításához. Értekezésemben kitérek a nemzeteket és a haderőt érintő kihívásokra, az alkalmazott megoldásokban fellelhető azonos mintázatokra és különbségekre is. Feltételezésem szerint az egészségügyi biztosítás terén bekövetkezett változások a biztonsági környezet átalakulására, valamint annak értelmezésében bekövetkezett szemléletváltásra vezethetők vissza.

Kutatási és szakmai tevékenységem rávezetett arra a felismerésre, hogy az egészségügyi biztosítás feladatrendszere és szerepe, illetve a telepített haderő tevékenységének biztosítása terén vele szemben támasztott elvárások a második

¹ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

² North Atlantic Treaty Organisation (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

³ Egyesült Nemzetek Szervezete (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

⁴ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

világháborút követően gyökeresen megváltoztak, s elválaszthatatlanok a biztonsági környezetben bekövetkezett átalakulásoktól. A biztonság a társadalom alapszükséglete. Ám a biztonságot nem lehet helyi, vagy regionális hatásokra és válaszokra leszűkíteni, mert ezt az alapszükségletet a globalizált világ új kihívásai közepette egyre nehezebb, s ésszerűtlenebb önállóan fenntartani. A biztonságot veszélyeztető tényezők köre kitágult, átalakult, összetettebbé vált, mely paradigmaváltást⁵ eredményezett a biztonság garantálásához szükséges eszközök értelmezése, biztosítása és alkalmazása terén is. Ezt a területet vettem górcső alá, s kívánom feltárni és elemezni az egészségügyi biztosítás, mint harctámogató képesség átalakulásán keresztül.

Kutatási eredményeim birtokában rámutatok az átalakulás során megfigyelhető tendenciákra. Olyan fejlesztési irányelveket határozok meg, melyek véleményem szerint segítik a szakma és a honvédelem irányítóit és művelőit a változó kihívások, követelmények és lehetőségek közepette a Magyar Honvédség feladatainak érdekében és szellemiségének megfelelően, fenntarthatóan és hatékonyan működtetni az egészségügyi biztosítás rendszerét, megőrizni értékeit és megerősíteni Hazánk regionális vezető szerepét katoná-egészségügy⁶-i téren.

A témaválasztás indoklása

A második világháború lezárása óta kialakult biztonságpolitikai környezetben megváltozott a szövetségi rendszerek feladata és az ehhez rendelhető eszköztár is. Nemzeti haderónk a hidegháborút követő korszakváltás eredményeképpen megváltozott elvárásokat követve létszámában lecsökkent, s Hazánk biztonságának elsőszámú záloga a NATO-hoz való csatlakozásunk lett. A nemzeti haderő és az állampolgárok szerepe a biztonság megteremtésében és fenntartásában háttérbe szorult. A haderő átalakítását így módon a szövetségi elvárásokhoz igazítottuk, melynek megvalósításához elsősorban az ország gazdasági teljesítőképessége adott keretet és szabott korlátokat. A Magyar Honvédség tevékenysége (a NATO, ENSZ és Európai Uniók szerepvállalásokhoz és elvárásokhoz igazodva) a külföldi katonai missziók, különösen a közös védelmi, békefenntartó és humanitárius feladatok, valamint a nemzetközi terrorizmus elleni harc katonai feladatainak ellátásában való közreműködés irányába mozdult el a hidegháborút követően. A migráció

⁵ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

⁶ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

és az ukrán-országi konfliktus valószínű és lehetséges következményei nyomán került napjainkra ismét előtérbe mind szövetségi, mind pedig nemzeti szinten a saját terület és a saját állampolgárok védelme.

A biztonsági környezet változásából és annak értelmezéséből fakadóan kerültek előtérbe ezek a feladatok, s alakították át nem csupán a honvéd-egészségügyet, de szövetségi rendszereinken belül is a missziós feladatok egészségügyi biztosítását. Egyrészt tartósan átalakult a telepített haderő mortalitási és morbiditási struktúrája, másrészt megváltozott az egészségügyi biztosítás szerepköre és jelentősége a haderőn belül és kívül egyaránt. Harcászati, hadműveleti és hadászati szinten is volt alkalom mindezt érzékelni. Az elmúlt két évtized során nyolc alkalommal kaptam lehetőséget missziós feladatok végrehajtására. Feladatköreim a kontingens orvosától a német tábori kórház klinikai igazgatói beosztásán keresztül nemzetközi missziók vezetőorvosi tevékenységének ellátásáig terjedtek, melyek során nem egyszerűen csak megélni, de formálni is volt alkalom ezeket a változásokat. Az ok-okozati összefüggéseket mélységében ugyanakkor négyéves brüsszeli külszolgálatom alatt, a NATO Nemzetközi Katonai Törzs egészségügyi főtanácsadójaként volt lehetőségem megfigyelni, megérteni és elemezni.

A missziós tapasztalat és tartós külszolgálat mellett tanulmányaim teremtettek alapot (honvédorvostan-katasztrófaorvostanból szereztem szakképesítést 2003-ban) és támasztottak bennem igényt ismereteim kibővítésére, elmélyítésére és tudományos szintű feldolgozására, rendszerezésére.

A Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség állományában (1997) kezdtem érzékelni a haderő és azon belül az egészségügyi szolgálat folyamatos átalakításának szükségszerűségét. Azt az állandó nyomást, mely a haderőreformok minden ésszerűsítő igyekezte és szerkezeti átalakítása ellenére egyre inkább csökkentette a humán és anyagi erőforrások elérhetőségét. Ekkor a Magyar Honvédség szerepvállalásaiban hangsúlyeltolódás következett be. A külszolgálati feladatok kerültek előtérbe. Ezen missziós feladatok előkészítése, biztosítása, zárása, illetve tapasztalatainak feldolgozása a honvéd-egészségügyi szakembereket is nagyobb erőfeszítésekre kényszerítette. Folyamatosan bővült a végrehajtandó feladatok köre, viszont csökkent a haderő szakembereket megtartó ereje. Kezdetben ezek az átalakítások strukturális változásokat és kapacitás-csökkenéseket eredményeztek a honvéd-egészségügyben. Később már a finanszírozható állománytáblás beosztások számának csökkenésével egyre inkább feladni kényszerültünk a fiatal szakemberek honvéd-egészségügyi pályára, s azon belül a csapat-

egészségügybe való vonzásának és megtartásának, kinevelésének rendszerszintű elemeit. A külföldi munkavállalás többszörös jövedelemmel kecsegtető elszívóereje, s ennek következtében a hazai egészségügyi rendszerben keletkezett szakember elvándorlás és szakember hiány megállítására bérfejlesztés kezdődött a magyar egészségügyben, melyből a honvédelmi költségvetés korlátai miatt a honvéd-egészségügy honvédelmi tárca által finanszírozott beosztásban szolgáló szakemberei éveken keresztül kimaradtak. Ennek nyomán a honvéd-egészségügyből megindult a szakember elvándorlás. Legjobban képzett, s munkaerejüket legkönnyebben piacosítani képes munkatársaink hagyták el elsősorban a csapattagozatot, s kerestek új, jobban fizető beosztást és munkahelyet (akár a Magyar Honvédségen belül is, az ágazati bérfejlesztésbe bevont Honvédkórházban, vagy a hazai polgári egészségügyi és külföldi munkaerő piacokon). Ezt a nagyon kedvezőtlen jelenséget a gazdasági válság csak felerősítette. A katona-egészségügyben végbemenő folyamatokat nemzetközi szinten is volt alkalmam megismerni és megélni. Első afganisztáni külszolgálatom során (Kabul, 2003 augusztus-december, Magyar Katonai Egészségügyi Kontingens parancsnok és német tábori kórház klinikai igazgató) megfigyeltem a német és a magyar fél egymásra utaltságát. A németek inkább szakmailag, a kórház folyamatos működésének szakállománnyal történő biztosíthatósága terén, míg mi inkább politikailag voltunk a másik félre utalva. A Magyar Honvédségnek is hozzá kellett járulni a szövetségi feladatok végrehajtásához Afganisztánban. Ehhez egy gazdaságilag, politikailag és szakmailag egyaránt vállalható, gyorsan mobilizálható és telepíthető, kimagasló színvonalú és fenntartható képességre volt szükség. Olyan képességet kerestek a döntéshozók a haderőn belül, melyet szövetségeseink nem egyszerűen elfogadnak Magyarország hozzájárulásaként (jobb híján), hanem melyet igényelnek és nagyra értékelnek, illetve melyre hosszabb távon is számíthatnak és támaszkodhatnak partnereink. Ezt a képességet a honvéd-egészségügy tudta biztosítani, melyhez a német fél adta a műveleti feladatvégrehajtás kereteit. Másrészről pedig érzékeltem, ám akkor még nem értettem az okát, miért küzd a Bundeswehr szakemberhiánnyal. El kellett gondolkodnom rajta, miért kényszerül állományát háromhavonta, vagy akár hathetente váltani a kórházban a német partner! Különösen jellemző volt a gyakori állományváltás a manuális készségeket és azok folyamatos karbantartását igénylő szakterületek esetében. Szembeötlő volt a különbség, hiszen a Magyar Honvédség ebben az időszakban még minimum hathónapos váltási ciklusokat hajtott végre. Nem értettem az okát annak sem, miért ajánlják fel egy kis nemzetnek, mint a miénk, a kórház klinikai igazgatói beosztását. Mint nem a Bundeswehr állományába tartozó szakember, elsőként Dr. Schandl László orvos alezredes, a Magyar

Katonai Egészségügyi Kontingens első parancsnoka, érdemelte ki ezt a bizalmat. Az ő nyomdokain haladva, ebben a beosztásban, velem együtt az elmúlt egy évtizedben már féltucatnyi magyar szakember bizonyította rátermettségét.

Ismereteim és látóköröm tovább bővült a NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsa (COMEDS⁷) munkacsoport és plenáris ülésein. Az irántam megmutatózó parancsnoki bizalom megnyilvánulásaként lehetőséget és felhatalmazást kaptam magam is a Magyar Honvédséget képviselni. Ezen tanácskozások során is egyre többször került napirendre a szakemberek toborzásának és megtartásának, a tapasztalatok megosztásának és az erőfeszítések összehangolásának kérdése, mely ebben az időszakban (1998-2007) már Hazánkat is érintette (bár sokkal kevésbé, mint a nagyobb nemzeteket).

A tudományos probléma megfogalmazása

Érzékeltetni és bizonyítani kívánom, hogy az elmúlt évtizedek során megváltozott biztonsági környezet és annak megítélésében bekövetkezett elmozdulás kényszerítette ki a haderő alkalmazásában megfigyelhető gyökeres változásokat, s ez vezetett az egészségügyi biztosítás átalakításához, az abban megfigyelhető szemléletváltásokhoz, figyelembe véve a haderő alkalmazásának új lehetőségeit és szervezeti kereteit is. A téma fontosságát és időszerűségét jelzi az az útkeresés, mely a nemzeti haderőkön, így a Magyar Honvédségen belül is az egészségügyi biztosítás rendszerének átalakítását jellemzi. Az átalakítás, vagy esetenként átalakulás (amennyiben a katona-egészségügy sokkal inkább tárgya és elszenvedője, semmint kezdeményezője és irányítója a folyamatnak egy-egy haderőreform keretében) pedig a rendszer minden szintjén szembeötlő.

A katona-egészségügyi szolgálatok és szakemberek elé állított küldetés⁸ és elvárás egységes és változatlan maradt az idők során. Ma is alapvetésként jelenik meg az elvárás, hogy nemzeti és szövetségi szinteken is biztosítani kell a haderő feladatvégrehajtását. Ezért vagyunk, ezért tartja fenn minden haderő saját egészségügyi szolgálatát. Biztosítani kell az adott katonai egységet, s annak állományát, mint egyéneket és csoportokat, s azok magasabb szintű szervezett formáját, a csapatokat. Egészségileg (testileg, erőnlétiileg,

⁷ Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet).

⁸ A katona-egészségügy jövőképét, küldetését, feladatait és ezek változását részletesebben a *Napjaink és a jövő NATO műveleteinek várható egészségügyi biztosítási sajátosságai* című fejezetben elemzem.

tudatilag és lelkiileg) fel kell készíteni a haderőt a feladatvégrehajtásra, annak várható körülményeire, azok fenntartható elviselésére. Még egyértelműbben fogalmazva, fenn kell tartani a hadrafoghatóságot, elősegíteni, biztosítani kell a haderő feladatvégrehajtásának sikerét, küldetésének teljesítését az egészségügyi biztosítás rendszerén keresztül.

A nemzeti haderők rendeltetése sem változott. Továbbra is alapvető elvárás az ország katonai védelme és a szövetségi rendszeren belül, a nemzetközi kapcsolatokban rájuk háruló feladatok ellátása. Ami módosult, az a haderők feladatvégrehajtása. Megváltozott a haderő küldetése és a végrehajtás feltételrendszere, valamint a feladatvégrehajtás társadalmi nyomkövetése és megítélése. A haderők küldetése a nemzeti határokon túl végrehajtandó feladatok irányába mozdult el a hidegháborút követően. Ezeket a feladatokat az előre meghatározott védelmi költségvetésből kellett finanszírozni és végrehajtani. Leegyszerűsítve ez azt jelentette, hogy a feladatvégrehajtást elsősorban a rendelkezésre álló költségvetési források határozták meg, nem pedig a kockázat mértéke, vagy az elérendő célkitűzések. A második világháborút követően alakult ki ez a szemlélet, amikor a kialakult világrendben a nemzetgazdaságok erőforrásait az országoknak már nem kellett mindenáron és azonnal a védelemre fordítani. A békefenntartás, mint katonai tevékenység nagyságrendekkel alacsonyabb számú sérülttel, beteggel, vagy halottal jár, mint a totális háború. A tömegtájékoztatási eszközök viszont elkezdnek kiemelten foglalkozni a feladatvégrehajtás közben megsérült, megbetegedett, vagy elesett katonákkal. Kérdéseket tesznek fel nem csupán a feladat végrehajtásához szükséges feltételrendszer biztosításával, de a feladatban való nemzeti részvétel indoklásával és szükségességével kapcsolatban is. Ez a közvéleményt eltántoríthatja a haderő adott feladatban való részvételének támogatásától, s megfelelő nyomásgyakorlás esetén (ilyen lehet pl. egy, az ország nemzetközi katonai szerepvállalását megváltoztatni akaró, hazai területen elkövetett terrorcselekmény is) a kormányok a nemzeti haderő nemzetközi köteleiből történő kivonása mellett is dönthetnek. A felsorolt tényezők háttérében pedig a biztonsági környezet változása áll. Az a folyamat, ahogyan az európai országok a második világháború során és után eltérő érdekszférákba kerültek, s ennek megfelelő társadalmi szerkezetet alakítottak ki. Ez a társadalmi szerkezet meghatározta számukra a politikai és katonai szövetségi rendszerekhez való tartozásukat, de kijelölte számukra a gazdaság keretrendszerét is, melynek fenntarthatatlan működése a szovjet érdekszférában társadalmi összeomlással fenyegetett, s végül elvezetett a kétpólusú világrend megszűnéséhez, s ezzel együtt a biztonsági környezet első gyökeres átalakulásához.

A hidegháborút követően átrendeződött a világ politikai térképe, s az erővonalak. A biztonsági környezet változása által generált átalakulások mind a haderő, mind annak egészségügyi szolgálata vonatkozásában szakmai jellegű kihívásokat eredményeztek. A totális háború veszélye egyre csökkent, s ezzel párhuzamosan a korábbi tömeghadseregek tömeges sérült- és betegellátási kényszere és gyakorlata, mely logisztikai funkcióval ruházta fel, s a logisztika alárendelt szaktevékenységeként kezelte az egészségügyi biztosítást, a háttérbe szorult. Kezdték ugyanakkor előtérbe kerülni a válságkezelés és békefenntartás igénye és gyakorlata, mely majd két évtizeden át uralta a nemzeti haderők, köztük a Magyar Honvédség feladatrendszerét, s képességfejlesztési terveit is.

A hidegháború lezárásával a NATO és tagországai ellen irányuló hagyományos fegyveres támadás veszélye tehát lecsökkent, s a biztonsági kihívások előtérbe helyezték a válságkezelési, közös biztonság- és védelempolitikai feladatokat. A nemzeti haderőknek az országhatároktól sok ezer kilométerre kellett és kell ma is válságokat kezelni és békét fenntartani, humanitárius feladatokat ellátni az aszimmetrikus hadviselés⁹ térnyerése közepette. Ennek megfelelően változtak az egészséget fenyegető hatások, s – következményükként- a haderők megbetegedési, sérülési és halálozási mutatói. A hatásokat, következményeket a szakembereknek előre látni, feldolgozni, értékelni, rangsorolni kell. Ezek alapján a döntéshozó elé világos és szakmailag megalapozott javaslatokat kell terjeszteni. A megalapozottságot az adott javaslat végrehajthatósága adja. A javaslatnak tehát humán erőforrás, infrastruktúra és finanszírozhatóság szempontjából megvalósíthatónak és fenntarthatónak, katonailag és politikailag pedig egyaránt vállalhatóknak kell lennie. Ahhoz, hogy a szükséges döntések időben megszülethessenek, az előkészített javaslatokat megfelelő időben, pontosan és hitelesen kell a parancsnoknak jelenteni, a minimálisan szükséges háttérinformációkkal, amiket szükség esetén az arra hivatott szakember szóban, vagy írásban kiegészít. Az elmúlt évtized iraki és afganisztáni kinetikus műveleteinek fejleménye, hogy a parancsnok felé az egészségügyi szolgálatfőnök, illetve hadműveleti területen a haderő egészségügyi főnöke/tanácsadója közvetlenül jelent. Látszólag egyszerű belátni a közvetlen alárendeltség pozitív hozadékát. Így lerövidül a döntéshozatali időszak, s a szakmailag indokolt javaslat, vagy jelentés minden esetben a parancsnok elé jut, amikor az ő figyelmét, döntését, vagy beavatkozását igényli az adott ügy, vagy esemény. Az időbeniség kényszere nem csupán a döntés meghozatalára vonatkozik, hanem sokkal inkább annak végrehajtására. A hadrafoghatóság

⁹ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása!

fenntartása érdekében, a nem kívánt hatások megelőzéséhez, az állomány felkészítéséhez, a hatások következményeinek kivédéséhez, csökkentéséhez, illetve kezelhető szinten tartásához van szükség a gyors döntéshozatalra. Felmerül ugyanakkor a kérdés, hogy a haderő többi szakágával mennyire egyeztetett, a hadműveleti elgondolásba illeszkedő-e a parancsnok elé kerülő egészségügyi kérdés, vagy javaslat, illetve kizárólag egészségügyi szakember képes-e azt a parancsnok elé terjeszteni és azt megfelelően képviselni? Az egyes fejezetekben bemutatom, hogy a nemzetek (érdekeiktől vezérelve, s a lehetőségeik adta kereteken belül) ehhez a kérdéshez is eltérően viszonyulnak, hasonlóan a kompetencia biztosításához, a katona-egészségügy finanszírozásához, vagy a szakemberek toborzásához és megtartásához.

Az új évezred első évtizedében megjelent az átalakulásokat kevésbé szakmai szempontok szerint, ám kivédhetetlenül és elodázhatatlanul kikényszerítő tényező, a gazdasági világválság.

A világ gazdaság hanyatlása nyomán csak tovább erősödött a biztonsági környezet átalakulása. Szinte kizárólagos jelleget öltött az aszimmetrikus hadviselés, s a gazdasági kényszer a NATO tagjainak többségét költségvetési megszorításokra ösztönözte. Ennek nyomán új, valóban érzékelhető (nem potenciális és elméleti), a napi működést nem csupán befolyásoló, de azt meghatározó és átítató kihívások elé kerültek a nemzeti haderők és azokon belül az egészségügyi szolgálatok is. Mialatt a múlt század hetvenes éveitől kezdve az egészségügyben a technikai fejlődés és az árak az egekbe szöktek, a gazdasági válság következtében a legtöbb NATO országban leépítették a haderő létszámát, s lecsökkentették költségvetését. Ezzel párhuzamosan csökkent a katona-egészségügyi szolgálatok létszáma, infrastruktúrája, költségvetése, kapacitása. Ezzel együtt a katona-egészségügyi szolgálatok hadrafoghatósága is átalakult, a missziós feladatok egészségügyi biztosítására összpontosítva. A forrás-igények ugrásszerű növekedése és a rendelkezésre álló költségvetési keretek szűkülésének töretlen iránya egy olyan ollót eredményezett, melynek egyre táguló nyílását lehetetlen volt összezárni. A nemzeti gazdaságok nem csupán képtelenek voltak megfelelő forrásokat biztosítani a haderők technikai fejlesztési (s tegyük hozzá: karbantartási és működtetési) igényeinek kielégítésére, de a társadalom szövetségi garanciákon nyugvó biztonságérzete, illetve az országok költségvetésére nehezedő nyomás miatt a védelmi költségvetések szintentartását sem tudták biztosítani. A kormányok pedig hamar felismerték az állami költségvetés egyre növekvő hiányának kezelhető szinten tartásához szükséges megtakarítások eszközei között a haderők költségvetésének terhére

nyíló lehetőségeket.¹⁰ Ez a folyamat tarthatatlannak bizonyult nem csupán a katonaegészségügyi szolgálatok szempontjából, melyek komoly nehézségekkel kerültek szembe, s kényszerültek kompromisszumokra a szakmai kompetencia, szakembergazdálkodás, a finanszírozás biztosítása terén, de a haderő egésze szempontjából is. A haderők sokrétű és sokasodó feladatait az egészségügyi szolgálatok egyre nehezebben voltak képesek biztosítani. A megjelenő kihívásoknak nem lehetett sem a korábbi mentalitással, sem az addigi eszközrendszerrel megfelelni.

Az egyes nemzetek - hol önállóan, hol egymást figyelve, másolva, együttműködve - próbáltak (s teszik ezt ma is) vállalható és finanszírozható megoldásokat találni és megfelelni az elvárásoknak és kihívásoknak. A biztonsági kockázatok kezelhető szinten tartása érdekében előtérbe került a többnemzeti együttműködés, s tehermegosztás. A szabványosítás, interoperabilitás és kompromisszum eszközével élve ez reális megoldásokat hozott a műveleti feladatok napi végrehajtása során. A haderő egészét tekintve is sikerült közösen, többnemzeti összefogással felállítani és működtetni olyan nagy forrás-igényű képességeket, mint például a harctámogató kórházak. Másrészt viszont, a NATO európai tagjainak körében ez a tehermegosztással burkolt, s a minimális (de a szövetségesek számára még elfogadható) nemzeti hozzájárulásra való törekvés a közös műveletek során egyre inkább bebetonozta a fegyveres erők alulfinanszírozottságát, s ezáltal is korlátozta azok alkalmazhatóságát. Ezen nemzetek fokozottan biztonságfogyasztóvá váltak a szövetségen belül, mellyel párhuzamosan aránytalanul nagy eltolódás lépett fel az Amerikai Egyesült Államok javára (terhére) a szövetség biztonságának garantálása és érdekeinek fegyveres védelme, illetve a szövetség érdekeinek

¹⁰ Nem bizonyítható, ám jól érzékelhető a védelmi költségvetések megnyirbálásának alátámasztására ebben az időszakban használt okfejtés, miszerint a haderők elsőszámú feladata a szövetségi műveletekhez történő hozzájárulás (hiszen az országot közvetlen katonai támadás nem fenyegeti). Ennek ambíciószintjét kellett úgy meghatározni, hogy az egy lényegesen lecsökkentett védelmi költségvetéssel is fenntartható, s a többi nemzet szövetségi és nemzetközi feladatokhoz való hozzájárulásával összehasonlítva is vállalható legyen. Vagyis, ha a haderőnek csak egy töredéke hajt végre műveleti feladatokat, a védelmi költségvetésből komoly összegek nyerhetők ki más állami feladatokra anélkül, hogy a haderőben elmaradó fejlesztések, karbantartások, beszerzések, s a még további megtakarítások reményében indított haderőreformok (értsd: összevonások és kapacitás csökkentések) azonnali biztonsági kockázatot eredményeznének. Egyfelől ugyanis hiányzik a védelmi feladatok forrás-igényeinek alátámasztásához szükséges azonnali biztonsági fenyegetés kényszerítő ereje, másfelől pedig, ha a haderőnek nem kell kiterjedt műveleti feladatokat ellátni, akkor a végrehajtás feltételrendszerének hiánya nem szembeötlő. Ez még érzékletesebben fogalmazva azt jelenti, hogy a fegyveres erők egyre növekvő hányadát érintő/súlytó telepíthetőség és fenntartható feladat-végrehajtás feltételeinek hiánya, azaz a haderő ezen részének hadrafoghatatlansága nem látszik. Így válik az ezt kiváltó költségvetési megszorítás rövidtávon elfogadhatóvá és igazolhatóvá - még akkor is, ha tudjuk, s értjük, hogy a haderő közép- és hosszútávon ezt nem képes kezelni, a szakemberek minden erőfeszítése és áldozatvállalása ellenére sem.

érvényesítéséhez¹¹ szükséges katonai képességek fenntartása, fejlesztése és hadrafoghatóságának biztosítása terén.

Csupán napjainkban figyelhető meg ismételten NATO szinten - az ukrajnai válság és a migrációs nyomás hatására - a visszatérés az alapokhoz, vagyis a nemzeti képességekre támaszkodó kollektív terület-védelemhez. A biztonsági környezet lényegi változása nyomán a szövetségi alapértékek ismételt kinyilatkoztatása (szolidaritás, függetlenség, területi sérthetlenség) és az ezek védelméhez szükséges katonai képességek hadrafoghatóságának erősítése, valamint készenléti idejük lerövidítése ismételten a politika homlokterébe került. Világossá vált, hogy növelni kell a tagországok (elsősorban az európai nemzetek) védelmi költségvetését. A megnövelt forrásokat hatékonyan, az információ szerzés és felderítés gyorsítására, a beavatkozási képességek erősítésére, s az azok bevethetővé tételéhez szükséges idő rövidítésére kell felhasználni. Az egyes tagországok önálló védelmi képességeinek és a szövetséges erők befogadását megalapozó nemzeti feltételek megteremtése kilépett a dokumentumok szintjén megfogalmazott és kinyilvánított feladatok köréből, s azonnali társadalmi elvárássá és gazdasági lépésekkel alátámasztott politikai elköteleződéssé vált. A migrációs nyomás és az orosz-ukrán konfliktus kiemelt biztonsági kockázatot jelent 2014 óta az európai NATO nemzetek számára. Véleményem szerint ezért került a területvédelem ismételten előtérbe a felállított biztonságvédelmi feladatok fontossági sorrendjében mind a kollektív védelem terén (megvédeni a NATO tagországok területét bármely lehetséges külső, állami szintű agresszorral szemben), illetve az egyes nemzetállamok szintjén egyaránt (feltartóztatni az illegális migrációt az országhatáron).

Ezeket a feladatokat kell leképeznie az egészségügyi szolgálatoknak, így a honvédelem egészségügynek is saját felelősségi körének és feladatvégrehajtásának megfelelően. Értekezésemmel hozzá akarok járulni az átalakítási folyamat sikeréhez. Az egészségügyi szolgálatoknál végbement folyamatok elemzésével, a tapasztalatok összegzésével, s javaslataim megfogalmazásával kívánom elősegíteni a katonai feladatok végrehajtását, a feladatot végrehajtó katona tevékenységének fenntarthatóan magas szintű egészségügyi biztosítását.

¹¹ A NATO tagországokon belüli érdekeltérések és egyeztetés, döntéshozatal és közös fellépés problematikáját bővebben *A NATO érdekek védelme a biztonsági környezet változásainak tükrében* című fejezetben fejtem ki.

Kutatási hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a hidegháborút követő időszak biztonsági kihívásai határozták meg a nemzeti haderők, illetve a NATO, s ezeken belül az egészségügyi szolgálatok reformtörekvéseit és képességfejlesztési irányait.
2. Feltételezem, hogy a politikai irányelvekben és NATO stratégiai koncepciókban lefektetett elvárások és követelmények nyomán meghatározott feladatok végrehajtásához szükséges katonai, s azon belül katona-egészségügyi képességek fejlesztési ütemtervét sokkal inkább a rendelkezésre álló erőforrásokhoz, semmint a katonai igényekhez igazították a nemzetek.
3. Feltételezem, hogy a biztonsági környezetben, a társadalomban, a haderőben és az egészségügyi szolgálatokban végbement változások és következmények egymással összefüggenek.
4. Feltételezem, hogy az egészségügyi szolgálatok szakállományában végbement létszámváltozások tendenciájukban tarthatatlan folyamatok.
5. Feltételezem, hogy van lehetőség beavatkozni a feltárt negatív folyamatokba, s léteznek olyan eszközök, s nem kizárólag pénzügyiek, melyekkel a honvédegségügyben tapasztalható feszültségek is csökkenthetőek, az idült kóros folyamatok orvosolhatóak (megállíthatóak és visszafordíthatóak, a jövőre nézve pedig kiküszöbölhetőek).

Kutatási célkitűzések

- a. Bemutatni a hidegháború utáni időszak biztonsági kihívásait, s a nemzeti haderők, illetve a NATO ezekre adott válaszait.
- b. Feltárni a biztonsági környezetben, a társadalomban, a haderőben és az egészségügyi szolgálatokban végbement változások összefüggéseit.
- c. Összegezni a haderők egészségügyi szolgálataiban végbement változásokat, azok következményeit és tapasztalatait.

- d. Bebizonyítani a honvéd-egészségügyben bekövetkezett változások tendenciájának tarthatatlanságát.
- e. Felmérni a folyamatokba való beavatkozási pontokat, megvizsgálni a beavatkozás már gyakorlatban hatékonynak bizonyult és további lehetséges eszközeinek alkalmazhatóságát a Magyar Honvédségre vetítve.
- f. Elkészíteni a Honvédegészségügy fejlesztési elgondolását, figyelembe véve a Magyar Honvédség folyamatban lévő, illetve közép- és hosszútávú fejlesztési irányait.

Végkövetkeztetések levonása és a tudományos munka folytatásához a különböző kutatási irányok, ajánlások megfogalmazása.

Kutatási módszerek

- a) Doktori iskolám előírásainak megfelelően, kutatói tevékenységem előkészítését az egyéni tanulmányi és kutatási program elkészítésével kezdtem, s ezt a programot frissítettem, pontosítottam, majd véglegesítettem a tudományelmélet és kutatás módszertani ajánlásainak, valamint kutatási tapasztalataimnak a figyelembevételével.
- b) Megvizsgáltam a kutatásaimhoz szükséges személyi és tárgyi feltételek meglétét. Döntő szempontnak bizonyult a kutatási adatbázisok elérhetősége és azok feldolgozhatósága, a várható eredmények publikálhatósága és alkalmazhatósága.
- c) Az adtagyűjtést korán, második külszolgálati misszióm során elkezdtem (ciprusi ENSZ misszió, UNFICYP¹², 2001-2002, misszió vezetőorvosi beosztás), s később már tudatosan folytattam.
- d) Kutatásom során igyekeztem mind a hazai, mind pedig a nemzetközi szakirodalmi forrásokat feltárni, elemezni és értelmezni.
- e) Szakmai pályafutásom során mindig azon igyekeztem, hogy feltárjam, megértsem, s hasznosítsam a történések mögötti összefüggések logikáját. Ezt a törekvésemet

¹² United Nations Forces in Cyprus (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

kívántam értekezésem összeállítása során is megvalósítani. Ebben a törekvésemben és elszántságomban nem vagyok egyedül. Nagy elődeim, oktatóim és egyben példaképeim elévülhetetlen érdemeket szereztek egy olyan szakember gárda kinevelésében, melynek ösztönös belső igényeként jelenik meg a kiválóságra törekvés, a kihívások felvállalása, a szervezeti rendszer keretein túlmutató gondolkodás, az áthidaló megoldások keresése, feltárása és alkalmazása. Ezt a hozzáállást a vezetők részéről a fiatal kollégák iránti bizalom és az annak nyomán biztosított megnyilvánulási lehetőségek alapozták meg. Ezt magam is tapasztaltam – gyakorlatilag egy ilyen munkakörnyezetben szolgálhattam a Magyar Honvédség irányába történt elköteleződésemet, 1979 óta, és szolgálhatok ma is. Az irányomban megnyilvánuló bizalom eredményeképpen – túlzás nélkül állítom – több száz alkalommal nyílt lehetőségem előadások megtartására (tudományos ülések, oktatási foglalkozások, vagy jelentéstételek során), melyek anyagát és tapasztalatait értekezésemben bedolgoztam, kiegészítve a szakmai tanulmányaim, kiküldetéseim, valamint továbbképzések, munkaértekezletek során szerzett új ismeretekkel.

- f) Hazai és külszolgálati tapasztalataimat tudományos publikációimban rendszereztem és jelentettem meg, illetve szakmai konferenciákon osztottam meg kollégáimmal.
- g) Értekezésemben a magam elé tűzött kutatási célkitűzések eléréséhez az elméletlogikai kutatási módszerek közül egyaránt támaszkodtam az analízisre, szintézisre és összehasonlításokra, míg a matematikai módszerek közül a statisztikai elemzéseket vettem igénybe.
- h) Az összegyűjtött forrásanyag rendszerezését követően összefoglaltam kutatási eredményeimet, s elkészítettem tudományos értekezésemet.

Az értekezés tartalmi felépítése

Az alábbiakban röviden bemutatom a további fejezetek tartalmát. Az idegen nyelvű forrásoknak az értekezésben megjelenített fordítása a szerző munkája.

A Kutatási téma értelmezése és előzményei című fejezetben kifejtem a témaválasztás indokait és aktualitását, illetve bemutatom a tudomány és a haderő kapcsolatát.

A NATO érdekek védelme a biztonsági környezetváltozásainak tükrében című fejezetben elemzem a hidegháború utáni időszak biztonsági kihívásait, s a nemzeti haderők, illetve a NATO ezekre adott válaszait.

A NATO egészségügyi biztosítás logisztikai jellegének történelmi előzményei című fejezetben a katonaegészségügy feladatrendszerének logisztikai jellegét és annak hátterét mutatom be a második világháború és a hidegháború katonai műveleteinek tapasztalataira támaszkodva, a biztonságpolitikai változások tükrében.

Az enyhülés időszakának biztonsági környezete és annak hatása a NATO műveletekre, a Magyar Honvédségre és a honvéd-egészségügyre című fejezetben a telepített haderő egészségügyi biztosítása terén tapasztalható átalakulást és fejlődődést mutatom be a hidegháborút követő politikai enyhülés és gazdasági válság közepette. Elemzem a NATO új biztonságpolitikai és gazdasági környezetben betöltött szerepét és lehetőségeit, s ezek hatását a haderő alkalmazására. Következtetéseket vonok le ezeknek az egészségügyi biztosítás rendszerére gyakorolt hatására, visszatekintve arra a közel húsz éve kezdődött új szemléletű fejlesztési tevékenységre, melynek magam is tevékeny részese voltam és az is kívánok maradni, munkatársaimmal válllvetve.

A Napjaink és a jövő NATO műveleteinek várható egészségügyi biztosítási sajátosságai című fejezetben szükségesnek láttam a jelenlegi helyzet hátterét feltárni abból a megfontolásból, hogy a *Doktrína és irányelvek*, illetve *Az egészségügyi küldetés a haderő feladat-végrehajtásának biztosításában* című fejezetekben bemutatott változásokat megfelelő elméleti keretek között és gyakorlati példák mentén lehessen értékelni.

A Gondolatok a honvéd-egészségügy jövőjéről című fejezet a jövőről szól, a folyamatosan változó környezet kihívásaira történő reagálásról és alkalmazkodásról, legfőképpen pedig az előrejelzés és felkészülés lehetőségeiről és eszközeiről. Kutatási eredményeim birtokában olyan fejlesztéspolitika és program irányvonalait körvonalazom, mely reményeim szerint illeszkedik a nagy elődeim és példaképeim által lefektetett honvéd-egészségügyi rendszer alapelveibe, s segíti ezen alapelvek megvalósulását a Magyar Honvédség országvédelmi feladatainak rövid-, közép- és hosszútávú végrehajtása során, mind hazai, mind pedig szövetségi környezetben.

Ebben a bevezető fejezetben meghatároztam, miért kutattam, kutatom választott témámat, milyen eredményeket várok kutatásaimtól, s milyen módszerekkel kívánom elérni azokat.

„Egy csöppet sem fogok sem a gyűlölet, sem a kedvezés szavára hallgatni: amit írok, a színgazság.”

*Seneca (kr. e. 4 - kr. u. 65):
Játék az isteni Claudius haláláról*

I. A KUTATÁSI TÉMA ÉRTELMEZÉSE ÉS ELŐZMÉNYEI

Ebben a fejezetben honi tudomány-rendszertani keretbe helyezem választott kutatási témámat. Be kívánom mutatni, milyen tények és tapasztalatok mentén érveltek a hadtudomány magyar megalapítói a tudományág elismertetése érdekében, s hogyan vélekedtek a társadalom és a hadtudomány kapcsolatáról. Ezen gondolatok mentén elindulva kezdem meg elemezni a társadalom, a haderő és annak egészségügyi biztosításának kapcsolatát.

Alapfogalom meghatározások

Értekezésem értelmezhetőségének és felhasználhatóságának elősegítése érdekében fontosnak tartom a kutatási téma alapfogalmainak meghatározását,¹³ melyhez segítségül hívtam a medicina és hadtudományok, valamint a társ tudományterületek és tudománycsoportok logikáját és rendszerszemléletét. Az alapfogalmakkal kapcsolatos eltérő értelmezéseket az értekezés egyes fejezeteiben, az adott téma tárgyalása során fejtem ki.

A választott kutatási téma tudomány-rendszertani értelmezése

A Magyar Tudományos Akadémia négy tudományterületen, tizenegy tudományos osztályt működtet. A tudományos osztály az Akadémiának egy vagy több, egymáshoz viszonylag közelálló tudományágzat szerint szervezett egysége. A tudományos osztály ellátja az Akadémia feladataiból a tudományágzatára háruló teendőket. Ennek keretében az osztály:

- figyelemmel kíséri, segíti és értékeli a tudományágzat körében folyó tudományos tevékenységet,

¹³ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása!

- számon tartja a tudományágazat tudományos kutatóhelyeit, egyetemi és más tudományos műhelyeit, továbbá az azon kívül működő kutatókat,
- kapcsolatot tart a tudományágazatába tartozó tudományos társaságokkal,
- tudományos üléseket szervez,
- állást foglal a tudományágazat körébe tartozó, vagy a tudományágazat szempontjából jelentős tudományos, tudománypolitikai, kutatásszervezési és személyi kérdésekben, véleményt nyilvánít a tudományágazat területén működő akadémiai kutatóintézetek és támogatott kutatóhelyek tevékenységéről; állásfoglalásáról és véleményéről tájékoztatja az Akadémiai Kutatóintézetek Tanácsát, és állásfoglalását, véleményét megküldi az Akadémia elnökének,
- ellátja a Magyar Tudományos Akadémia Doktora tudományos cím odaítélése tárgyában megindult eljárásokban rá háruló feladatokat, részt vesz a döntés előkészítésében és javaslatot tesz a döntésre,
- véleményt nyilvánít az erőforrások elosztásának a tudományágazatot érintő ügyeiben,
- ellátja az illetékességi körébe tartozó köztestületi tagok felvételével, besorolásával, nyilvántartásával, felfüggesztésével, lemondásával kapcsolatos, rá háruló feladatokat. [1]

A hadtudományok, mint szubdiszciplína a kilencedik tudományos osztályba tartozik. A IX. osztály a Gazdaság- és Jogtudományok Osztálya, eredetileg e két nagy tudományterület akadémikus tagjainak testületeként jött létre. A későbbiekben újabb diszciplínák és szubdiszciplínák csatoltattak az Osztályhoz: a szociológia, a politikatudomány, a statisztika, a demográfia, a hadtudományok, továbbá a regionális tanulmányok tudományterülete is.[2] A „csatoltattak” forma használata valószínűleg tudatos választás eredménye, s a történelmi távlatokra és változásokra utal. A hadtudományok eredetileg ugyanis a III. Matematikai és Természettudományi Osztályban kaptak helyet, s ezen a tudományos osztályon belül jött létre 1882-ben a Hadtudományi Bizottság. A magyar hadtudomány történetében mérföldkövet jelentő állomást, a huszonnegyedik akadémiai ülést, vagyis az „összes ülést” 1882. május 22-én tartották meg. Ezen olvasták fel Kápolnai

Pauer István levelező tagnak egy külön *Hadtudományi Bizottság felállítása* tárgyában a III. osztályhoz benyújtott alábbi indítványát: „E bizottság feladatául - úgymond - 1. a hadtudományok fejlődési folyamatának figyelemmel kísérése és ismertetése; 2. a magyar hadtörténelmi események tanulmányozása és szakszerű ismertetése; 3. a hadművészetnek a magyar nemzetnél való fejlődésére vonatkozó adatok gyűjtése, feldolgozása és kiadása; 4. a hadtudományi remekművek magyarra fordíttatása és kiadása tűzethetnék ki.”

A Magyar Tudományos Akadémián a hadtudomány elismerésében 1969-70 táján fordulat következett be. Ezt bizonyítják a hadseregben folyó tudományos munkát megvitató, 1970. június 4-i értekezleten felszólaló Magyar Tudományos Akadémia főtitkárának mondatai: „A szervezéstudomány terén a világtörténelemben a hadtudomány járt az élen Julius Caesartól vagy Hannibáltól kezdve ... egy folyamatos katonai szervezéstudomány van, amelynek vannak hadművészeti, stratégiai elemei is, és van alapvető klasszikus katonai szervezési anyaga ... Az egész modern amerikai menedzselés nagyrészt a háborús tapasztalatokon alapszik¹⁴[3], mint ahogy a technikai fellendülés is a háborúban kikényszerített megoldásokból indult. Tehát a hadtudomány klasszikus hagyományai és modern tapasztalatai lényegesek a polgári élet számára is.”[4]

A tudomány és a haderő kapcsolata

Kutatási témám tudomány rendszertani értelmezése szempontjából szükségesnek tartom legalább vázlatosan ismertetni a tudomány és a haderő, valamint a tudomány és a katonaszerelési szolgálatok kapcsolódását néhány jellegzetes viszony érzékeltetésével, mind szövetségi, mind pedig a Magyar Honvédség vonatkozásában.

Az idézett kijelentés, hogy a hadtudomány klasszikus hagyományai és modern tapasztalatai lényegesek a polgári élet számára is, akár meglepőnek is tűnhet. A polgári élet az állampolgárok életét, a társadalom mindennapjait jelenti. A társadalom számára a hadtudomány klasszikus hagyományai és modern tapasztalatai, vagyis a haderő (mely mindezeket megtestesíti) pedig nem egyszerűen lényeges, de a nemzeti haderők alaprendeltetéséből adódóan - a biztonság garantálása - a társadalmak alapszükségletét jelenti. A társadalom tehát nem élet-, működő- és fejlődőképes biztonság nélkül, s a

¹⁴ A náci Németország gyors katonai sikerei 1940 tavaszán arra késztették az Egyesült Államokat, hogy a különböző szakterületeken folyó civil és katonai kutatás-fejlesztési programokat (beleértve az egészségügyieket is) összehangolja, a legtehetségesebb kutatókat egy szervezetbe integrálja, felmérje minden fejlesztési indítvány nemzetbiztonsági célra történő alkalmazhatóságát, s megemelje a kutatás-fejlesztési programok költségvetési támogatását.

biztonság garantálásának alapköve a nemzeti haderő (szövetségi elköteleződési és garancia rendszerbe ágyazva). Ugyanakkor az egymásra utaltság kölcsönös.

Nemzetközi vonatkozásban is helytálló megállapítás, hogy a haderő sem élet-, működő- és fejlődőképes a társadalom támogatása nélkül. Itt persze mindenki, vagy legalábbis a többség elsősorban a költségvetésre gondol, pedig van egy még meghatározóbb jellege a társadalom támogatásának - a haderő felé megfogalmazott konkrét elvárások, vagyis azok az alapvetések, melyek megszabják a haderő tevékenységének, a védelmi költségvetés felhasználásának fő irányait. Ha ez hiányzik, avagy a valóságtól elrugaszkodott, úgy a haderő nem tehet mást, mint túlélni. A túlélés jól ismert, ám korántsem önként vállalt eszközei a haderőreform (mely a költségvetési korlátokhoz való alkalmazkodást, átszervezést, ésszerűsítést, s többnyire leépítést jelent), a rövid távú tervezés (az aktuális politikai irányvonalak átültetése a napi életbe), a válságmenedzselés (a szűkös költségvetésből belső átcsoportosítás az új irányvonalaknak megfelelő területekre és programokra, illetve a tűzoltás, vagyis a költségvetési lyukak miatt kialakuló, vagy fenyegető sürgősségi feladatok finanszírozása). A helyzet abszurditását jelzi, hogy a valóságtól történő elrugaszkodás nem annyira a megfogalmazott elvárások szükségtelenségében, sokkal inkább a végrehajtást lehetővé tevő feltételrendszer (a humán, anyagi és infrastrukturális erőforrások, valamint az eszközrendszer) hiányában nyilvánul meg, melynek biztosítására a szakmai vezetők részéről az elmúlt két évtizedben tett erőfeszítések rendre elhaltak a NATO európai tagországokban. Az állami költségvetésekre nehezedő folyamatos nyomás, s a biztonsági kockázatok társadalomra kifejtett egyre kevésbé érezhető közvetlen hatása miatt a politikusok viszont a katonai költségvetésre nem egy esetben, mint szabad prédára tekintettek.

Csiki Tamás, 2013-as elemzésében [5] a következőket írja: „Az elmúlt évek, évtizedek »korábban sosem tapasztalt békéje és biztonsága« azt rögzítette az európai társadalmakban, hogy ellenségkép, közvetlen katonai fenyegetés nélkül a védelem kérdése másodlagos, így arra kevesebb forrást is elég biztosítani. Ezt a felfogást nem tudta alapvetően megváltoztatni sem az ezredfordulót követően a nemzetközi terrorizmus sokat hangoztatott fenyegetése, sem az euroatlanti régió kívül zajló - és Európa biztonságára közvetett hatást gyakorló- válságok kezelésére irányuló erőfeszítések, sem pedig a nemzeti haderők feladatkörének »hazai« feladatokkal - például a katasztrófamentesítés feladataival- történő kibővülése. E tényezők eredményeképpen a védelmi szféra a szűkülő erőforrások elosztási hierarchiájában fokozatosan hátrébb szorul, és az állami kiadások kontrollálása,

visszafogása, az állami költségvetési mérleg kiegyensúlyozása és az elszabadult államadósság csökkentése jelenti az államok elsődleges feladatát, míg a társadalom a sokszor kedvezőtlen gazdasági környezetben a megszokott életszínvonal megőrzését tartja fontosnak, és csökkenő figyelmet szentel, illetve legitimitást tulajdonít a védelmi szféra forrásigényének. Fontos látnunk, hogy még Európa vezető, globális kitekintéssel és széles nemzetközi ambíciókkal bíró hatalmai – az Egyesült Királyság, Franciaország, Németország – sem mentesek ezektől a problémáktól, és szinte kivétel nélkül minden országban a védelmi kiadások jelentős csökkentése is szerepelt az állami megszorítási intézkedések között. Sőt azt sem tagadhatjuk, hogy a társadalom számára az egészségügyi ellátásnál, közoktatásnál, béreknél és nyugdíjellátásnál kevésbé érzékeny tényezőként megjelenő védelmi kiadásokhoz »könnyebb szívvel« tudnak hozzájárulni az állami vezetők. Ezért a védelmi szféra Európa legtöbb országában várhatóan a következő években is a forráskivonás el-szenvedője lesz, és közvetlen, a társadalom számára is jól érzékelhető (katonai) fenyegetés megjelenése nélkül nem kerül előrébb a társadalom és a politikai elit forráselosztási hierarchiájában. Ez a trend akkor is érvényesülhet, ha a katonai mellett a politikai elit is tisztában van azzal, hogy védelmi szervezeteket, katonai képességeket kizárólag hosszú távú stratégiai tervezéssel, évek, évtizedek alatt lehet kialakítani és hatékonyan működtetni – szemben a gyors, jelentős költségmegtakarítást eredményező megoldással, azaz valamely képesség vagy szervezet felszámolásával.”

Azt az állampolgárok, a katonai vezetők és a politikai döntéshozók is értik, s elfogadják, hogy a biztonság katonai garatálása nagyon költséges, s ez elsősorban a haderő technikai jellegéből, s a technológiai fejlesztések szinte határtalan forrásigényéből fakad. Sőt, a társadalom el is várja, hogy a nemzeti haderő legyen képes a kor színvonalának megfelelő technológiák befogadására és alkalmazására, melynek egyik előfeltétele a tudományos háttér és a magasan képzett állomány. Ez a társadalmi elvárás túlzás nélkül helytálló a NATO, vagy az Európai Unió bármelyik tagállamában. Az viszont kérdéses, hogy a haderőre a társadalom, mint a technológiai fejlődés motorjára tekint-e. Ez alól kivételt képez az Egyesült Államok, annak ellenére, hogy szintén komoly megszorításokat volt kénytelen érvényesíteni védelmi költségvetésében az elmúlt évek során.[6] A megszorítások[7] alól nem vonhatta ki magát a katonai-egészségügy sem.¹⁵ Az,

¹⁵ Military's Top Doctor Briefs Congress on Defense Health Budget. Service Surgeon General Lieutenant General Patricia Horoho (Army): „Today I am proud to report that we are beginning to see results in cost savings.” Forrás: <http://www.health.mil/News/Articles/2014/04/04/Military-Top-Doctor-Briefs-Congress-on-Defense-Health-Budget>, Letöltés ideje: 2014. október 27

hogy gazdaságának teljesítménye és a védelmi költségvetés mérete lehetővé teszi a kutatás-fejlesztés finanszírozását¹⁶[8] véleményem szerint nem a kiváltó oka, hanem következménye a haderő technológiai fejlesztésekben való szerepvállalásának. A kiváltó ok a biztonsági felfogásban, a biztonság garantálhatóságának, az érdekek védelmének és érvényesítésének politikailag elfogadott, megkövetelt és biztosított eszközrendszerében van.¹⁷[9] Obama elnök 2015. évi országértékelő beszédében szép példáját hallhatjuk a biztonság, a kutatás-fejlesztés és a katonaegészségügy szoros összefonódásának, s a politikai akarat irántuk való elköteleződésének.¹⁸ Az Egyesült Államok világpolitikában és világgazdaságban elfoglalt vezető szerepe mindig is megkövetelte, hogy hadereje hatékonyan bevethető legyen és maradjon a világ bármely pontján, melynek egyik lényeges eleme a technológiai fölény megőrzése és érvényesítése. Ezt az elvárást a 2001 szeptember 11-i terrortámadás is megerősítette.

Az Amerikai Egyesült Államok 2002 szeptemberében kiadott Nemzeti Biztonsági Stratégiája kimondja: „Nemzetünknek az ellenségeitől való megvédése a Szövetségi Kormány elsősorú és alapvető kötelezettsége. Mára ez a feladat gyökeresen megváltozott. Az ellenségeknek a múltban hatalmas hadseregekre és hatalmas ipari képességekre volt szükségük ahhoz, hogy Amerikát fenyegethessék. Manapság, egyének alkotta homályos hálózatok képesek káoszt és szenvedést hozni partjainkhoz, kevesebbet, mint egy harckocsi beszerzési költsége. ... A fegyveres erőkon belül a megújulás a hadviselés újfajta megközelítéseinek kísérleti eredményeire, az összhaderőnemi műveletek megerősítésére, az Egyesült Államok hírszerzési képességeinek, valamint a tudomány és technológia lehetőségeinek teljes körű kiaknázására fog támaszkodni. ... Végezetül pedig, miközben fenntartjuk (*a haderő* – V.Z.) rövid idejű készenlétét és képességét a terrorizmus elleni háború megvívására, célunk az kell legyen, hogy az Elnök számára szélesebb körű katonai beavatkozási lehetőségeket biztosítsunk az agresszió, vagy az Egyesült Államok,

¹⁶ A védelmi költségvetés 7 milliárd dolláros éves kutatás-fejlesztési kerete még akkor is komoly forrásnak számít, ha tudjuk, hogy ez az összeg 1962 óta gyakorlatilag változatlan.

¹⁷ Korántsem volt ilyen kedvező a helyzet a második világháborút megelőző időszakban. Tizenöt éven keresztül új fegyverek fejlesztésére és előállítására évente 2,5 millió dollár állt a hadsereg rendelkezésére, s ebből az Egészségügyi Osztály évente kevesebb, mint 20 ezer dollárból gazdálkodhatott. A náci Németország gyors katonai sikerei azonnal változtattak a költségvetési összegek elosztásának kongresszusi gyakorlatán, s kutatás-fejlesztési célokra a korábbi 3,5 millió dollár helyett a következő pénzügyi évben már 20 millió dollár lett elkülönítve. Az Egyesült Államok 1941-ben már 1460 közepes harckocsit gyártott.

¹⁸ „The Defense Advanced Research Projects Agency (DARPA) is building a new generation of prosthetics that can be moved with thoughts alone, and can feel the warmth of touch.” President Obama `s State of the Union Address, 30. perc. Forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=cse5cCGuHmE>, Letöltés ideje: 2015. január 22

szövetségeink és barátaink elleni kényszerítés bármely formájának megakadályozásához.”[10]

Persze, minden azon múlik, hogy a leírtakból mit valósít meg az adott kormányzat, illetve mit visznek tovább az utánuk jövők. Azt a tény, hogy 2010-hez képest 2014-re 68 milliárd dollárral csökkent az Egyesült Államok védelmi költségvetése, nem szabad csak önmagában értékelni. Figyelembe kell venni, hogy az előző ötéves időszakban viszont 217 milliárd dollárral nőtt.¹⁹[11] Ha ehhez hozzávesszük, hogy az Egyesült Államok védelmi költségvetése a feltörekvő Kína éves védelmi kiadásainak körülbelül négyszerese, Oroszországnak majdnem nyolcszorosa[12], akkor már érzékelhetővé válik mind az igény, mind pedig a lehetőség a technológiai fölény fenntartására az Egyesült Államok részéről.

Mégis, a lehetőséghez a költségvetési forrás az eszközt biztosítja csupán, az igény (melyet a szakemberek felmérik, rangsorolnak és előterjesztenek) a politikai oldalon nyer jóváhagyást, és kap a megvalósításához szükséges feltételrendszerhez támogatást.

A 2001 szeptember 11-i terrortámadás a műveletek egészségügyi biztosítása terén is óriási változásokat, tudományos programokat[13] indított el az elmúlt évtized során mind az ellátás szervezési (harcászati, műveleti és hadászati), mind annak egészségügyi logisztikai és technikai háttérbiztosítása szempontjából. James B. Peake nyugállományú altábornagy, az Amerikai Egyesült Államok Szárazföldi Haderőjének volt egészségügyi szolgálatfőnöke (akivel az Amerikai-magyar Katonaorvosi Konferenciák során Budapesten volt alkalmam személyesen is találkozni és eszmét cserélni) 2011 júniusában, a Pentagont ért támadás egészségügyi tapasztalatait feldolgozó tanulmány előszavában[14] írja:

„Az a hírhedt nap több mint egy évtizeden át tartó fejlődési folyamatot indított el a hadszíntéri egészségügyi biztosítás területén, a kiürítési lánc minden elemében, s a sérült harcosaink felépüléséért és rehabilitációjáért vívott küzdelmünkben.”

A biztonsági kockázatok európai értékelésének hatása a haderőre

A NATO tagállamok összességében folyamatosan költségmegtakarításokra kényszerítették saját haderőiket az által, hogy védelmi kiadásukat évről évre csökkentették az elmúlt közel

¹⁹ A 2005-ös 495 milliárd dollárról 712 milliárd dollárra 2010-ben.

egy évtized során, amint azt a NATO saját elemzése kifejező módon szemlélteti.[15] Ez a folyamat csak a biztonsági felfogásnak az Oroszország által kiváltott változásával fordult meg. A NATO Varsói Csúcsértekezletének zárónyilatkozata 33-34. pontjai alatt jelenik meg az állam- és kormányfők elköteleződése a védelmi költségvetés növelése és annak hatékonyabb elköltése mellett.[16] Erre a védelem minden területén igény volt és van. A NATO európai tagállamai tíz év alatt (2001 és 2011 között) például a felére csökkentették kutatásra és fejlesztésre fordítható költségvetési kiadásait (az össz védelmi költségvetés 12,9%-áról 6,2%-ra)[17], s ezzel a kutatás-fejlesztés lett a védelmi költségvetésen belül megszorításokat leginkább elszenvedő terület.

A tudomány és a haderő, valamint a tudomány és a katona-egészségügyi szolgálatok kapcsolatának egy másik jellemzője az állomány képzettsége.

A társadalmak részéről a nemzeti haderő állományáról, különösen a tiszti, főtiszti és tábornoki karról kialakított általános képben az elhivatottság (vagyis az a felfogás, hogy a katonai pálya életre szóló hivatás), rugalmasság, áldozatvállalási és cselekvési készség mellett jelen van az iskolázottság, a tudás, a képzettség elvárása is.²⁰ Ennek az elvárásnak a nemzeti haderők különféleképpen próbálnak megfelelni. Elősegítik a volt és meglévő állományuk továbbképzését polgári felsőoktatási intézményekben[18], de a katonai tanintézetek oktatói karába is igyekeznek egyre több és lehetőleg minél magasabb tudományos fokozattal rendelkező szakembert bevonni.²¹[19] Az elismert egyetemek óriási bevételekre tesznek szert szerte a világban, s a nemzetközi versenyben jól teljesítő gazdasággal bíró országok oktatási rendszere egyre inkább vonzza a határokon túlról is a fizetőképes hallgatókat.[20] Az oktatás tudományos szintjének emelésére, mérhetővé és láthatóvá tételére vonatkozó törekvés persze nem a katonai tanintézetek sajátossága Magyarországon sem.[21]

²⁰ Értsd: a biztonság katonai garantálásán túlmenően, ha baj van, azaz a társadalom életében bárminemű zavar, működésében akadály lép fel, melyet az arra hivatott polgári hatóságok, szervek, vagy szervezetek nem képesek hatékonyan kezelni, lehetőségként, vagy kényszerként szinte kivétel nélkül mindig felmerül a nemzeti haderő állományának, eszközeinek, képességeinek igénybevétele (lásd pl. a Charlie Hebdo ügy kapcsán Franciaországban a kiemelt fontosságú helyszínek és létesítmények biztosítására kivezényelt több ezer fős katonaságot, vagy -globális kitekintésben- az ebola sújtotta nyugat-afrikai országokba vezényelt katonai és katona-egészségügyi erőket). Teljesen természetesnek tartják, hogy ezekben a helyzetekben a haderő azonnal és hatékonyan bevethető, azaz kimagasló szaktudás és technikai háttér felvonultatásával képes a sürgősségi helyzet megelőzésére, vagy kezelésére.

²¹ "A Felek szorgalmazzák az akadémiai kutatóhelyek munkatársainak közreműködését a katonai felsőoktatásban és a doktori (PhD) képzésben."

A társadalom tehát nem kérdőjelezi meg a katonai felsőoktatás és képzés szükségességét. Ellenkezőleg, a szó jó értelmében véve előszeretettel kihasználja azt saját érdekeinek érvényesítésére, elgondolásainak megvalósítására.

Fergéné Kecskeméti Zsuzsa székfoglaló előadásában[22] így érvel: „A gyerekek sorsát, életesélyeit, ezt régóta tudjuk, nagymértékben meghatározza, hogy hová, milyen családba, milyen faluba vagy városba születnek. Az iskola funkciója nagyjából a második világháború óta e tekintetben annyit változott, hogy a társadalom már nem csak a sorsszerű végzet beteljesítését, a társadalmi hierarchia pontos leképezését, átörökítését, megerősítését várja az iskolától – alkalmasint némileg »felcsúszó« szinten, vagy némi »vérfrissítést« jelentő társadalmi mobilitással. Az esélyegyenlőség ideáljának általános elfogadottságával a modern világ az iskolával szembeni követelménnyé tette az induló hátrányok csökkentését is.”

Ennek tudható be, hogy a biztos megélhetés, a társadalmi megbecsülés és kiszámítható életpálya reményében a szülők szívesen irányítják gyermekeik érdeklődését a katonai felsőoktatási intézmények felé Magyarországon is, s a fiatalok és a gazdaság (értsd: tágabb értelemben a társadalom), ha nem is a legelső között[23], de az oktatás minőségét figyelembe véve (a tanulási környezet, a kutatás lehetősége, az intézményhez köthető publikációk idézésének száma, a piaci bevétel, illetve a nemzetközi oktatók és hallgatók száma alapján), továbbá a megszerezhető ismeretek felhasználhatóságát, a képzés tudományos színvonalát és hátterét tekintve[24] mindenképpen kiemelt helyen kezelik és veszik figyelembe a katonai felsőoktatást (is) folytató intézményeket.²²[25] A tudomány, a társadalom, a biztonság és a haderő kapcsolódása sokrétű, s mint arra a fentiekben rávilágítottam, ennek vannak mérhető (például a felsőoktatás területén[26]) és érzelmi vetületei is.

A társadalmi elvárások bizonytalansága, a költségvetési forrásokért folytatott állandó küzdelem alapján a Magyar Honvédség tökéletesen követi a felvázolt nemzetközi irányvonalakat, mely alapvetően meghatározza a képzésre, kutatásra, fejlesztésre, összehangolt tudományos tevékenységekre fordítható összegeket (tárcaközi szinten egy adott nemzeten belül, de regionális és tágabb szövetségi keretekben is), s ennek oka is a társadalom biztonság érzékelésében és értékelésében gyökerezik. A konkrét katonai

²² A 2007-es felsőoktatási jelentkezési adatok szerint a katonai vezető szak 24 államilag támogatott nappali tagozatos helyére 210 első helyes (összesen 356) jelentkezés érkezett, a bejutási ponthatár pedig 122 pont volt.

fenyegetés hiányában a magyar társadalom is egy pissenés nélkül eltűrte, hogy a kormányok többek között a védelmi kiadások terhére (vagyis azok mesterségesen alacsony szinten tartásával) próbálják meg fenntartani az állami költségvetés egyensúlyát. A Magyar Honvédség küzdelmét és a magyar társadalommal való kapcsolatát a rendszerváltást követően Bali József például (hogy csupán egy elemzőt idézzek) az alábbiak szerint érzékelteti[27]:

„A rendszerváltás utáni haderő-átalakítások a stratégiai koncepció hiányában többségében költségvetés által vezérelt módon folytak, ami hosszútávon hátrányosan befolyásolta a Magyar Honvédség helyzetét. ... Úgy lettünk a NATO tagja, hogy sem biztonsági, sem katonai stratégiánk nem volt. ... Egy évvel később az akkori kormány elfogadta a Nemzeti Biztonsági Stratégiát.[28] A 2002-es kormányváltás után -az új biztonsági környezet és a változó politikai prioritások miatt- napirendre került a Nemzeti Katonai Stratégia megújítása, amihez azonban előbb felül kellett vizsgálni a biztonsági stratégiát. Az új nemzeti stratégiát 2004-ben fogadta el a kormány.[29] Annak előírásai szerint kezdődött meg az ágazati stratégiák kidolgozása. ... A választások után a honvédelmi miniszter intézkedett a nemzeti katonai stratégia kidolgozására, miután a honvédelmi tárca nem kapott központi intézkedést annak kidolgozására. A munkát, a stratégiai alapvetések kidolgozását egy multidiszciplináris civil szakértői csoport[30] végezte el. Amikor a csoport munkáját befejezte, vezetésemmel megindult a katonai stratégia kidolgozása a szakértői csoport által már egyeztetett alapvetések mentén. Ebbe a kidolgozói munkába -a korábbi kísérletekhez hasonlóan- bevonták a többi minisztérium és más érintett szervezetek (többek között brüsszeli képviselőnk) szakértőit is. Viták, fórumok, többpárti egyeztetés, alapos és többkörös egyeztetések formálták a tervezetet. A kormány végül 2009. január 30-ai ülésén elfogadta a Magyar Köztársaság Nemzeti Katonai Stratégiáját.[31] ... A 11. pont értelmében a *honvédelem nemzeti ügy*. Bár ez a megállapítás igaz, általában azonban ez a megfogalmazás inkább az egyes politikai pártok közötti véleménykülönbségek elfedésére szolgál, mintsem a valóságos politikai konszenzus kifejeződése a haderő ügyeit illetően. Hiszen ha a honvédelem igazán nemzeti ügy volna, akkor az egymást követő kormányok nem vonnák kétségbe elődeik munkáját, nem állítanak le félúton futó programokat. Kormányra kerülve mindig átszervezéssel kezdenek, majd stabilizációt terveznek, amire már természetesen nem jut idő, majd minden kezdődik előlről. Ezek egyértelműen azt mutatják, hogy a meghatározó parlamenti pártok között nincs valódi egység a honvédelem, a honvédség kérdéseiről. A 12. pont szerint a *biztonsági*

kihívások kezelése túlnyúlik az egyes szakminisztériumok hatáskörén, ezért összehangolt kormányzati együttműködést kíván. Bár ez elméletileg igaz megállapítás, de a nemzeti biztonsági stratégián kívül - a katonai stratégia kidolgozása időszakában - még más ágazati stratégiák kidolgozása nem történt meg. Tehát a stratégia kidolgozása a HM szempontjából »légüres térben« valósult meg.”

A haderő akkor képes beteljesíteni küldetését, ha világos elvárásokat fogalmaznak meg vele szemben. Ennek egyik eszköze a nemzeti biztonsági stratégia, melynek megvalósítása szinte teljes körű társadalmi elfogadottságot és támogatottságot igényel. A magyar stratégiai gondolkozás változását Kiss Petra a nemzeti biztonsági stratégiák tükrében elemzi. Rámutat, hogy a 2012-es stratégia esetében annak alkotói törekedtek a társadalom széles körű megszólítására.[32]

Alkalmazott tudomány

A Magyar Tudományos Akadémia főtitkárának az előbbieken 1970-ből már idézett mondata – „Tehát a hadtudomány klasszikus hagyományai és modern tapasztalatai lényegesen a polgári élet számára is.” - természetesen a társadalom és a nemzeti haderő közötti kapcsolatnak egy sokkal kifinomultabb és konkrétabb vetületére, az alkalmazott hadtudományos eredményekre és gyakorlati tapasztalatokra, s azok lehetséges gazdaságélénkítő hatására vonatkozott elsősorban. Önmagában véve ez az elvárás helyénvaló. A gond akkor kezdődik, mikor a szekeret a ló elé kötik, s a hadtudományi kutatások finanszírozását kizárólag a mérhető, határidőhöz köthető teljesítménytől és a gyakorlatba (szinte azonnal) átvihető eredményektől teszik függővé. Ez a fajta megközelítés tudományos szempontból rendszeridegen, mert megkérdőjelezi a hosszú távú tervezés és kutatási programok létjogosultságát, ezáltal kiöli a szakemberek motivációját, elsekélyesíti ambícióikat, s így eltorzítja a tudományos tevékenység bázisát. A gazdaságossági szempontok előtérbe kerülésével fokozódik a nyomás a kutatóműhelyekre, s a kisebbeknek a létét fenyegeti a költségvetési megtakarítások kényszere.

Az ebben rejlő általános veszélyt a Magyar Tudományos Akadémia felismerte, s ekképpen fogalmazta meg[33]: „A tudomány célja nem egyszerűen az innováció K+F²³ alapjának biztosítása. Nyitott, kisméretű gazdaságban különösen nem szabad célul kitűzni,

²³ Kutatás és fejlesztés (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

hogy a kutatók kizárólag közvetlen, rövid távú gazdasági célokat szolgáljanak. Inkább a fordítottja igaz: a felfedező mutatja meg, mit érdemes a jövőben fejleszteni.”

Mint mindenben, itt is meg kell találni az egészséges egyensúlyt. Az egyensúly megteremtésében kiemelkedő feladata van a vezetőknek, a Magyar Honvédség esetében a politikai vezetésnek, a katonai parancsnokoknak és a szakmai vezetőknek egyaránt. Meg kell tartani és erősíteni kell a kapcsolatot a tudomány elméleti oktatása, a kutató műhelyek tevékenysége és az eredmények gyakorlatba történő átültetése, vagyis a felhasználók, a csapatok között. Ehhez viszont nem elegendő a kapcsolat megteremtése, azt hosszútávra szükséges tervezni és folyamatosan kell ápolni. A hangsúlyt itt a folyamatosságra helyezem. A már korábban is említett kifejezéssel élve minden azon múlik, hogy a leírtakból mit valósít meg az adott vezetés, illetve mit visznek tovább az utánuk jövők.

Kutatási témám (a NATO egészségügyi biztosítás szerepének és feladatkörének átalakulása és annak hatása a honvéd-egészségügyre) szempontjából is a folyamatosság fenntartása miatt tartom jó gyakorlatnak, hogy a honvéd-egészségügy nyugállományba vonuló, illetve távozó kiváló szakemberei a tudományos életben, az oktatás és képzés terén vállalva vezető szerepet, folytatják hozzájárulásukat értékeink megőrzéséhez, ápolásához, a szakma fejlesztéséhez. Gondolok itt elsősorban a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Hadtudományi és Honvédtisztképző Karára és Hadtudományi Doktori Iskolájára, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Repülő- és Űrorvosi Tanszékére, a Pécsi Tudomány Egyetem Sürgősségi-Oxyológiai-Katonai és Katasztrófa-orvostani Intézetére, de a Magyar Katona és Katasztrófaorvostani Társaságra, vagy a Magyar Hadtudományi Társaság Katasztrófa- és Védelem-egészségügy²⁴-i Szakosztályára, s nem utolsó sorban a Magyar Tudományos Akadémia Hadtudományi Bizottságára[34], [35] is. Itt elismert egykori szakmai vezetőink (is) oktatják, képezik a (honvéd-egészségügyi) szakemberek új generációját, átadják részükre tapasztalataikat, szemléletüket, s formálják, segítik a fiatalok tudományos fejlődését. Ez nem csupán az oktatás elméleti síkján valósul meg, de ráhatással van annak gyakorlati vetületére is, például az MH Egészségügyi Központ, Védelem-egészségügyi Igazgatóság, Repülőorvosi,

²⁴ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

Alkalmasságvizsgáló és Gyógyító Intézetén és a Speciális Katonaorvosi és ABV²⁵ Védelmi Intézetén keresztül²⁶.

A tudományos tevékenység elméleti és kutatási háttérének a csapatok érdekében történő gyakorlati alkalmazásával való kapcsolat szemléltetésére szép példa az utóbbi intézet rendeltetéséről, feladatáról és működési területéről szóló alábbi kinyilatkoztatás.

A Speciális Katonaorvosi és ABV Védelmi Intézet rendeltetése, feladata.

Rendeltetése:

- ABV-védelmi (vegyi, biológiai, radiológiai, nukleáris) kutatások végzése a védelmi képesség és a biztonság fokozása érdekében.
- A védelem-egészségtudomány területébe tartozó egyéb kutatások, az emberi egészség megőrzése és helyreállítása a teljesítőképesség javítása érdekében.
- Alap- és alkalmazott kutatások (kutatás-fejlesztési tevékenység) orvos-biológiai és analitikai területeken, a megszerzett ismeretek alkalmazása.
- Speciális metodikai képességeivel részvétel a megelőző és gyógyító ellátásban.

Feladata:

- A hadi események, az esetleges terrortámadások, katasztrófavhelyzetek során keletkező veszélyhelyzetek megoldásában és a károk felszámolásában különleges mérési képességeket alkalmazva segítség nyújtása.

Együttműködik:

- Az MH EK²⁷ Honvédkórház sugársérült-ellátási feladatainak szervezésében és végrehajtásában.
- Speciális katonai és toxikológiai vizsgálatokat végez.

²⁵ Atom, biológiai, vegyi (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

²⁶ Jelenlegi megnevezése: Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Védelem-egészségügyi Igazgatóság, Védelem-egészségügyi Laboratórium Intézet

²⁷ Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

- Az MH EK Honvédkórház Központi Laboratóriumi Diagnosztikai Osztályával az egyes betegségek diagnosztizálásában és gyógyító-megelőző ellátásában.
- Speciális képességeinek megfelelően közreműködik új diagnosztikai eljárások bevezetésében, szakmai, tudományos, statisztikai segítséget nyújt az osztályokon folyó tudományos tevékenységekhez.

Működési területe:

- Az alaptevékenységből adódó feladatok és kötelezettségek mellett az intézet együttműködőként részt vesz a katonai- és katasztrófaorvostan egyéb területein felmerülő problémák eseti, tudományos igényű elemzésében és az azok megoldását célzó tudományos kutatási együttműködésben.
- Kábítószer analitikai szűrővizsgálatok végzésével részt vesz a Magyar Honvédség személyi állománya kábítószer hatása alatti állapotának, illetve a kábítószer fogyasztásának, vagy tartásának ellenőrzését szabályozó 26/2008. (HK²⁸ 7) HM utasítás és a Honvédelmi Miniszter 16/2012 (VIII. 2) rendelettel módosított 7/2006 (III. 21) rendelete végrehajtásában. [36]

A Magyar Honvédség felé megfogalmazott politikai és társadalmi elvárások a konkrét biztonsági fenyegetettség hiányában megmaradtak az általánosságok szintjén. A szakma által megfogalmazott fenti hitvallást a katonai vezetés ugyan elfogadta és jóváhagyta, ám az egyes szakterületek képességeinek fenntartására és fejlesztésére vonatkozó konkrét elvárás hiánya teret enged az adott terület költségvetési lefaragásának, s következményeként a racionalizálási törekvéseknek. Ez önmagában véve még nem probléma, sőt üdvözlendő törekvés, ám az átalakítások során -a várható bértömeg és működési költség megtakarítás reményében- szinte mindig a tudományos tevékenységet végző intézetek állománytáblájának és feladatrendszerének felülvizsgálata vetődött fel elsőként a feladatok között, melynek következménye a létszám- és költségvetés csökkentés lett. Ez a feltételrendszer hátráltatja, s lehetetlenné teszi a hosszú távú tudományos programok megvalósítását.

A honvéd-egészségügynek, a Magyar Honvédségnek és az országnak is oly sok tudományos elismerést és szakmai megbecsülést szerző Mobil Biológiai Laboratórium

²⁸ Honvédelmi Közlöny (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

Komplexum képesség elmúlt egy évtizedes alkalmazási tapasztalata²⁹[37] nem csupán bizonyítja, hogy kutatási háttérre van szükség a képesség hadrafoghatóságának folyamatos fenntartásához, de azt is, hogy az elméleti oktatás, a kutatás-fejlesztés és a műveleti alkalmazás elválaszthatatlan egységet alkot. Ha pedig szemünket behunynánk a bio-terrorizmus veszélye előtt, s nem biztosítanánk a szükséges forrásokat a három alapelem integrált együttműködéséhez, úgy a képesség megrekedne egy tudományos szinten, mely már egyre kevésbé biztosítaná a hatékonyságot (még ha hadrafoghatóságát a képességnek fenn is tartjuk).

A folyamatosságot és az alkalmazott tudomány jelentőségét hangsúlyozza tudomány oktatási és szervezési szinten ugyancsak, hogy kötelező eleme minden doktori értekezésnek az új tudományos eredmények bemutatása mellett az ajánlások, a kutatás további lehetséges irányainak, továbbá a kutatási eredmények elméleti és gyakorlati felhasználhatóságának megfogalmazása.

A folyamatosság fenntartásához az oktatói gárda, átörökített szemlélet és elkötelezett erőfeszítések mellett a tervezhetőségre is szükség van. A tervezhetőséget pedig a látszólagos ellentmondás ellenére a szabatosan megfogalmazott, szilárd elvárások teremtik meg. Az ellentmondás azért látszólagos, mert a tudományos tevékenységgel szemben megfogalmazott elvárások szabatosága és szilárdsága nem azonos a teljesítmény kényszerhez párosított költségvetési forrás biztosítással. Az elvárások fogják meghatározni a szervezet struktúráját, vagyis azt a szerveződési és alá-felé-mellé rendeltségi viszonyt, melyben a szakemberek a kutatás-fejlesztési tevékenységet folytatják, míg a finanszírozás megteremti ennek a tevékenységnek a technikai és technológiai bázisát, s megszabja ütemezhetőségét.

Szembeötlő a levonható következtetés: amennyiben az elvárások általánosak és képlékenyek (vagyis nincs meg a kormányzati ciklusokon átívelő, egységes elképzelés és

²⁹ A laboratórium megalakulása óta végrehajtott főbb katonai feladatai:

- 2004. „Distinguished Games” - Athéni Olimpiai Játékok biztosítási feladatai, Görögország
- 2005. „Bebetési Irány 2005” gyakorlat
- 2006. NRF7 minősítő gyakorlat (Münster, Németország)
- 2006. NATO Csúcstalálkozó biztosítási feladatai (Riga, Lettország)
- 2008. „Bebetési Irány 2008” gyakorlat
- NATO NRF készenlétek (NRF3-2004, NRF7-2006, NRF13-2009)
- 2010-től szakértői részvétel az EDA BIO EDEP fejlesztési programjában
- 2011. „Dinamikus Együttműködés 2011” gyakorlat
- 2011. EU soros elnökségi bemutatók diplomata delegációk, EU Katonai Tanácsa
- 2012-től szakértői részvétel a NATO „Regionális pooling and sharing” programjában

politikai támogatás a kutatás-fejlesztés irányát és szükségességét illetően), lehetőség nyílik, sőt kényszerítő erő lép fel a szervezeti struktúra átalakítására a költségvetési megtakarítások mindent háttérbe szorító elvárása miatt. Az állandó haderőreform, folytassuk azt bármilyen szakszerűen, odafigyeléssel és szociális érzékenységgel, az évek során -a tervezhetőség és folytonosság hiánya következtében- felőrli az állomány hitét, elkötelezettségét és ambícióit. Ekkor következik be egy váltás a hivatástudat és a piaci versenyfeltételek mérlegelésében és megítélésében, s megindul a szakemberek elvándorlása a jobb feltételeket, magasabb juttatásokat kínáló polgári élet, illetve a külföldi munkavállalás irányába.

A honvéd-egészségügy felé megfogalmazott elvárások egységesítésének tudományos igénye már egy évtizeddel ezelőtt is jelen volt a szakemberek és vezetők szemléletében. Svéd László, 2003-ban megvédett doktori értekezésében az alábbi célkitűzést állította maga elé[38]:

„Az első négy fejezet alapján felvetett hipotéziseket, - szorosabban fogalmazva - feladat és követelményrendszereket kell az utolsó két fejezetnek kimondani, és eljuttatni az értekezést a kitűzött cél megvalósításáig.

A megoldandó feladatot ennek megfelelően két fő gondolat köré csoportosítottam:

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

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

A Magyar Tudományos Akadémia elnöke és a Magyar Köztársaság honvédelmi minisztere azt a jól felismert szükségletet intézményesítette, miszerint „a tudás alapú társadalom kialakításának korában a biztonság megszerzésének és a védelmi képességek fejlesztésének alapvető eszközei a tudományos kutatások és fejlesztések”. A két közfeladatot ellátó szervezetnek a hazai és nemzetközi tudomány művelésében, támogatásában, és eredményeinek terjesztésében való közös cselekvési szándékáról szóló együttműködési megállapodás 2007-ben került megújításra.[39]

A további fejezetekben a tudományos tevékenység hármas egységének (oktatás, kutatás-fejlesztés és alkalmazott tudomány) figyelembe vételével elemzem az egészségügyi biztosítás feladatkörének és szerepének változását a biztonsági környezet átalakulásának és megítélésének szempontjából.

A fejezet összegzése

Ebben a fejezetben bemutattam, hogy küldetésének beteljesítése érdekében a haderőnek egyértelmű elvárásokra és támogatásra van szüksége a társadalom részéről. Ennek hiányában a haderő a költségvetési megszorítások áldozatává esik, melynek gyökerei a társadalom biztonsági felfogásából erednek.

*„Az összes akadály és hátráltató erő
leküzdésével az ember bizonyosan elérheti kiválasztott célkitűzéseit, vagy úticélját.”
(Kolumbusz Kristóf)*

II. A NATO ÉRDEKEK VÉDELME A BIZTONSÁGI KÖRNYEZET VÁLTOZÁSAINAK TÜKRÉBEN

Kutatási célkitűzéseimmel összhangban, ebben a fejezetben elemzem a hidegháború utáni időszak biztonsági kihívásait, s a nemzeti haderők, illetve a NATO ezekre adott válaszait.

A biztonsági kihívásoknak való megfelelés változó szövetségi megközelítése

A globalizáció következtében kitaruló tudományos és technikai lehetőségek a valós és potenciális ellenség kezébe olyan eszközöket adnak, melyek előrejelzése, felismerése, kivédése és következményeinek csökkentése, illetve kezelése a nemzetek számára önállóan szinte lehetetlen feladatot, s egyedül megoldhatatlan (egyre nagyobb jelentőséggel bír ezért pl. a hírszerzési adatok nemzetek közötti megosztása), vállalhatatlan kihívást jelent. Ilyen eszköz a terrort is bevetni kész, szélsőséges eszméket valló szervezetek kezében pl. az a lehetőség, melyet a személyek, áruk és pénzeszközök szabad mozgásának elősegítésére a globalizáció következtében megnyíló határok és a Világháló szabadsága is jelent. Az érvényben lévő NATO egészségügyi doktrína már bevezetőjében is tükrözi ezt a biztonsági kihívást.³⁰[40]

A biztonsági kockázatok elemzése során ezért előtérbe kerül az együttműködés kiterjesztésének lehetősége, mint a biztonsági kockázat kezelésének és a terhek megosztásának egyik hatékony eszköze.

³⁰ “Terrorism poses a direct threat to the security of the citizens of NATO countries, and to international stability and prosperity more broadly. Extremist groups continue to spread to, and in, areas of strategic importance to the Alliance, and modern technology increases the threat and potential impact of terrorist attacks, in particular if terrorists were to acquire nuclear, chemical, biological or radiological capabilities.”

A szövetségen belüli, valamint a nem NATO nemzetekkel és más nemzetközi szereplőkkel folytatott közös cselekvés lehetőséget teremt a szövetség számára a biztonság és stabilitás erősítése terén játszott saját szerepének a hagyományos együttműködési kereteken túl való kiterjesztésére. A biztonság kérdéskörének vizsgálata során –legyen szó egy személyről, egy közösségről, egy országról, vagy nemzetről – végső soron el fogunk jutni arra a következtetésre, miszerint a biztonsági kihívások előrejelzése, felismerése, elemzése, megelőzése, kivédése, illetve hatásainak mérséklése, következményeinek kezelése egyszerűbb, garantálhatóbb és költségkímélőbb, ha a feladatokat, felelősséget és terheket másokkal megosztjuk.

A NATO székhelyén³¹ szerzett tapasztalataimra alapozva, a kérdést ezért elsősorban nemzetközi, azon belül is a NATO vonatkozásában, annak szervezeti és együttműködési keretei által nyújtott lehetőségek szempontjából vizsgálom.

A biztonsági környezet változása

A kilencvenes évek elejére széthullik a Szovjetunió, megszűnik a Varsói Szerződés, átrendeződik a jól ismert, s bizonyos szempontból igen kényelmes kétpólusú világrend. A kényelmet az biztosította, hogy korábban egyértelműen lehetett tudni a fenyegetés irányát. Ezután viszont az Amerikai Egyesült Államok, egyetlen szuperhatalomként maradván a világban (ekkor még nem csupán katonailag, de gazdaságilag is), most már szövetségeseivel együtt új kihívásokkal és jobbra kiszámíthatatlan kockázatokkal került szembe[41]. Korunk hálózatokkal átszőtt és összekötött világa az adatáramlást egy új szintre emelte. Az információ nem csak az államok számára jelenti a hadviselés eszközét és területét, de a biztonságot veszélyeztető, nem állami szereplők kezébe is olyan tudományos ismereteket és technológiai tudást képes adni, melynek mentén elindulva már szinte laikusok is képessé válhatnak nagy média figyelmet kiváltó zavar, károk és rombolás kiváltására.

„Megnőtt azoknak a beavatkozási pontoknak a száma, amelyekre történő ráhatással jelentős zavarok kelthetők a szervezetek működésében, és ezekre a társadalom egésze a

³¹ A NATO Székhelyén (Brüsszel, Belgium), 2008. július 1 – 2012. július 15 között kaptam lehetőséget a szövetségi érdekek képviselésére és szolgálatára a Nemzetközi Katonai Törzs, Logisztikai és Erőforrások Főosztály, Egészségügyi Osztály, osztályvezetői beosztásában (büszke vagyok rá, hogy sikerült meggyőzni a katonai vezetést, hogy 2010-től egyben ez a Nemzetközi Katonai Törzs, egészségügyi főtanácsadói beosztása is legyen).

funkcionális függőségek kiterjedt rendszere következtében sokkal gyorsabban és hevesebben reagál, mint korábban.”[42]

Ez a globalizált világ átfogó kihívások elé állítja a nemzeteket. Ezek a kihívások minden nemzetet érintenek, így ösztönözve az államokat a közös cselekvésre, a fenyegetettséggel szembeni együttes fellépésre. Az azonos értékrendet valló nemzetek tehát természetes módon közelednek egymáshoz, nemzetközösségbe, szövetségbe tömörülve nyilvánítva ki elvárásaikat és elkötelezettségüket a közös értékrend védelmében.

Az értékrend

A NATO nemzetek állam és kormányfői által Lisszabonban, 2010. november 19-20-án elfogadott új stratégiai koncepció megerősíti a szövetség történelmi célkitűzésének, fő feladatainak és alapelveinek változatlanságát, azaz a tagországok szabadságának és biztonságának védelmét.[43] Ugyanitt a dokumentum kinyilvánítja továbbá, hogy a tagországok elkötelezettek maradnak a közös értékrend, vagyis az egyén szabadsága, a demokrácia, az emberi jogok és a törvényesség védelme mellett.

Felvetődik a kérdés, lehetséges-e, hogy ezen általános értékek mentén, a világ jelenlegi és felmerülő új biztonsági kihívásai egyetemes egységbe tömörítsék öt kontinens nemzeteket a NATO körül?

Az új stratégiai koncepció hangsúlyozza a meghatározó nemzetközi szervezetekkel és országokkal kialakítandó és fenntartandó partnerkapcsolatok és aktív szerepvállalás jelentőségét a fegyverzetellenőrzés, a tömegpusztító fegyverek és technológiák elterjedésének megakadályozása, valamint a leszerelés terén.[44] Vannak és a jövőben is lesznek olyan válságok, melyek gazdasági, politikai, társadalmi, vagy katonai (valós, vagy lehetséges) fenyegetései a nem NATO tagországokat is az együttműködés, a kockázatok közös kezelése irányába tolják.³² Az afganisztáni ISAF (*International Security Assistance Force*) misszió csúcspontján 51 országból, mintegy 130ezer katona szolgált a közös cél, a biztonság megteremtését az országban.[45]

³² Ilyen fenyegetés a terrorizmus, amely ellen a közös fellépés egyik példája az ISAF (International Security Assistance Force) művelethez való hozzájárulás volt a NATO tagállamok részéről, s e mellett az EAPC (Euro-Atlantic Partnership Council) országok és harmadik nemzetek részéről is konkrét feladatvállalásban és feladat-végrehajtásban nyilvánult meg.

Hazánk helyzete a megváltozott biztonsági környezetben

A biztonság, vagyis az az állapot, „...amelyben kizárható vagy megbízhatóan kezelhető az esetlegesen bekövetkező veszély, illetve adottak az ellene való eredményes védekezés feltételei”[46], megköveteli a fenyegetettség és a kockázatok előrejelzésére, felismerésére, elemzésére, megelőzésére, kivédésére, illetve hatásaik mérséklésére, valamint következményeik kezelésére rendelkezésre álló egyéni (nemzeti) és kollektív (helyi, regionális, többnemzeti, szövetségi) lehetőségek figyelembe vételét.

Hazánk számára a Washingtoni Szerződéshez[47] való csatlakozás biztonságunk garantálhatóságának, s az 5. cikkelyben lefektetett oszthatatlan biztonság alapelvén keresztül, biztonságunk tényleges garantálásának is egyik emblematikus megjelenítője, az új értékrend melletti elkötelezettségünk, ebből fakadó kötelezettségeink vállalásának bizonyítéka, jogaink és garanciáink biztosítéka. Magyarország szempontjából sorsfordító jelentőséggel bírt, hogy a Szövetség (saját érdekeit figyelembe véve) az 1990-es években már deklaráltan részt kíván venni Európa stabilitásának helyreállításában, az ehhez szükséges demokratikus intézményrendszerek kialakításának és az átalakítások végrehajtásának elősegítésében.[48] A NATO 1991-es stratégiai koncepciójában meghirdetett párbeszéd és együttműködés nyomán[49], partnerországgént így Hazánk is bekapcsolódik a válságkezelés és konfliktus megelőzés szövetségi rendszerébe és az ebből adódó missziós feladatok végrehajtásába, ez által elősegítve és felgyorsítva a Magyar Honvédség feladat-orientált, képesség alapú átalakítását nemzeti érdekeinkkel, s a szövetségi elvárásokkal összhangban. Ez azonban nem egy egyszeri átalakítást igénylő feladat volt. Bár a NATO csatlakozás kiemelt jelentőségű állomása volt az átalakítási folyamatnak, mégis, egy folyamatos megújulást, s a kihívások kezeléséhez a rendelkezésre álló erőforrások legésszerűbb felhasználását célzó fáradtságos munkafolyamat része volt. Ebben a folyamatban az átfogó stratégiai elgondolást követő lépések belső ösztönzője mellett a külső körülmények által is kényszerített racionalizálási tevékenység is szerepet játszott, s játszik napjainkban is, miközben meg kell őriznünk a fegyveres erők védelmi képességeit:

„A vezérkar főnöke a szervezeti átalakításokkal kapcsolatosan elmondta: ezek legfőbb célja a meglévő bürokrácia csökkentése volt. Hende Csaba honvédelmi miniszter

útmutatásának megfelelően az átalakítások során vezérelvként szolgált az, hogy a katonai képességek nem csökkenhetnek.”[50]

Az összetartó erő

Jelenti, illetve jelentheti-e a közös biztonsági kockázat azt, hogy a partnerországok oly szoros kapcsolatot alakítanak, vagy alakíthatnak ki a szövetséggel, mely végső soron elvezet(het) ezen államok NATO-tagságához is? Erre a szövetség még csak részben érett meg. A nyitott ajtók politikájának fenntartása mellett a stratégiai koncepció jelenleg az európai demokráciák esetén ad lehetőséget a NATO-hoz történő teljes jogú csatlakozásra is (az elvárások és követelmények teljesítése esetén).[51]

A NATO legnagyobb vívmányának azt tartom, hogy fenn tudott maradni. A tagországok az elmúlt 60 év változó politikai, biztonsági, gazdasági és társadalmi környezetében is felismerték, hogy területi egységük, politikai függetlenségük fenntartása, értékrendjük védelme, biztonságuk garanciája a szövetség egységében és erejében rejlik.

Miben rejlik tehát a NATO ereje? A tagországok közös és egységes fellépésében, illetve azok egyéni és kollektív politikai és katonai erejében. Ezért kellett kialakítani egy olyan döntéshozói mechanizmust a szövetségben belül, mely lehetővé teszi az állandó, hatékony és egyenjogú érdekérvényesítést minden tagország számára. Ez az egyhangú döntéshozói folyamat, mely biztosítja, hogy egyetlen nemzet se kényszeríthesse rá akarátát a másokra, annak meggyőződése ellenére. Ez tette és teszi ma is lehetővé, hogy minden tagország egyenrangú félnek érezhesse magát, s ez készíteti őket az együttműködésre, félretéve (de legalábbis háttérbe szorítva) a nézetkülönbségeket a közös álláspont kialakítása érdekében. Véleményem szerint ez volt és ez ma is a szövetség fennmaradásának záloga.

Van ennek az egységes döntéshozói folyamatnak azonban komoly hátránya is - mégpedig az, hogy időigényes. A közös álláspont kialakítása oly hosszas egyeztetéseket követel meg, mely a szövetséget egyre inkább válságreagáló helyzetbe kényszeríti, megfosztja a válságmegelőzés lehetőségétől, de legalábbis komolyan korlátozza azt. Fenyegető válsághelyzetben, a politikai, gazdasági és egyéb nyomásgyakorló puha eszközök hatástalansága esetén egy megelőző NATO katonai csapás mérése az agresszorra

az egységes szövetségi álláspont, s következésképpen a döntés hiánya (elhúzódása) miatt szinte elképzelhetetlen.

Könnyű belátni, hogy az egyhangú döntéshozói mechanizmus fenntartása mellett a döntéshozói folyamat felgyorsítása adminisztratív eszközökkel szükséges ugyan, de csak bizonyos mértékig lehetséges. Ez a mérték teret enged az álláspontok kifejtésének, ütköztetésének és egyeztetésének, de nem tudja, és nem fogja lehetővé tenni az azonnali döntéshozatalt, különösen nem, ha az katonai beavatkozást igényel, s nincs meg hozzá az ENSZ felhatalmazás³³. Mit jelent(het) ez? Arra utal vajon, hogy a közös értékrend nem elegendő kohéziós erő a döntések gyors, de főképp időben történő meghozatalához, a cselekvéshez szükséges közös álláspont kialakításához? Az ENSZ szerepe és az ENSZ felhatalmazás jelentősége a hidegháborút követően értékelődött fel. A hidegháború során gyakorlatilag kizárható volt a két szuperhatalom és szemben álló katonai szövetségeik egyoldalú katonai beavatkozásához egy ENSZ felhatalmazás megszerzése, hiszen a Biztonsági Tanácsban mindkét fél élt volna vétó jogával a másik oldal ilyen irányú törekvéseinek megakadályozására. Christian Walter szerint[52] a szemben álló felek ezért előnyben részesítették a be nem avatkozás elvét (vagy legalábbis nem nyíltan avatkoztak be) abból a megfontolásból, hogy a katonai beavatkozás várhatóan több gondot generál, mint amennyi megoldást képes kínálni.

A hidegháborút követően a szövetségi védelmi képességek kialakítása és fenntartása tekintetében a hangsúly a totális háborúról és a saját területek védelméről fokozatosan áttevődik a NATO országokkal közvetlenül szomszédos területekre, illetve Európa egészére. Ezt követően pedig a gazdasági, társadalmi, politikai nehézségek és kisebbségi villongások, területi viták teremtette bizonytalanság globális kezelésének kényszere kerül előtérbe.[53] Ez az új felfogás és hangsúlyeltolódás viszont továbbra is a Washingtoni Szerződésben megfogalmazott alapértékekre és irányelvekre épül[54], melyek közül az egyik legfontosabb a transz-atlanti kapcsolat, bizalom és együttműködés, s az erre épített közös védelmi politika és interoperábilis katonai képességek (vagyis, melyek képesek a hatékony együttműködésre) fenntartása.

A Washingtoni Szerződés harmadik cikkelye rámutat[55]:

³³ Ez egyben azt is jelzi viszont, hogy az ENSZ Biztonsági Tanácsa, mint a nemzetközi béke és biztonság fenntartásáért elsősorban felelős testület által adott felhatalmazás lényegesen megkönnyíti a konszenzus kialakítását.

„ A jelen Szerződésben kitűzött célok hathatósabb elérése érdekében a Felek külön-külön és együttesen, folyamatos és hathatós önszegély és kölcsönös segítség útján, fenntartják és kifejlesztik egyéni és kollektív védelmi képességüket fegyveres támadással szemben.”

Ugyanezen szerződés következő, 4. cikkelye pedig az egyeztetés szükségességét hangsúlyozza: „A Felek tanácskozni fognak egymással valahányszor bármelyikük véleménye szerint a Felek egyikének területi épségét, politikai függetlenségét vagy biztonságát veszély fenyegeti.”

Erre példa Törökország lépése az országot ért terrortámadások kapcsán, 2015 nyarán. Törökország 2015 július 26-án a Washingtoni Szerződés negyedik cikkére hivatkozva az Észak-atlanti Tanács összehívását kérte – tudatta a NATO sajtószolgálat. ³⁴[56] Az ilyen konzultációk során az az ország, mely fenyegetve érzi magát, tájékoztatást ad szövetségeseinek a fenyegetés mibenlétéről, az általa fogantatosított, vagy folyamatban lévő intézkedésekről, melyek célja a fenyegetés elhárítása, s kikéri a Szövetség állásfoglalását a konkrét ügy kapcsán. Ez történt ebben az esetben is.

„Mai ülésén, az Észak-atlanti Tanács megvitatta a Törökország elleni fenyegetéseket. Határozottan elítéljük a terrortámadásokat Törökország ellen és részvétünket fejezzük ki a török kormány, valamint a Suruç-i és más, rendőri és katonai tisztviselők elleni támadások áldozatainak családja részére. A terrorizmus közvetlen fenyegetést jelent a NATO-országok biztonságára és a nemzetközi stabilitásra és jólétre. Ez egy globális fenyegetés, amely nem ismer határokat, nemzetiségeket vagy vallásokat – egy kihívás, mellyel a nemzetközi közösségnek fel kell vennie a harcot és közösen kell megbirkóznia vele. A terrorizmus semmilyen formája és megnyilvánulása nem lesz soha elfogadható, vagy igazolható. A Szövetség biztonsága oszthatatlan, és erős szolidaritásban állunk Törökországgal. Mi továbbra is nagyon szorosán figyelemmel fogjuk kísérni a NATO délkeleti határán a fejleményeket.”[57]

Láttatni és bizonyítani fogom a következő fejezetekben, hogy a szövetségi műveletek egészségügyi biztosítása terén a NATO nemzetek, s regionális együttműködésben például a Visegrádi Együttműködés országai is ugyanígy támaszkodnak a terhek megosztására, a

³⁴ „The North Atlantic Council, which includes the ambassadors of all 28 NATO Allies, will meet on Tuesday 28 July, following a request by Turkey to hold consultations under article 4 of NATO's founding Washington Treaty.”

folyamatos szakmai egyeztetésekre és a hadászati távolságokban telepíthető és ott fenntarthatóan és közösen működtetethető egészségügyi képességekre.

Az érdekek ütköztetése

A NATO tagországok biztonságpolitikai felfogását, cselekvési készségét és az általuk előnyben részesített válságkezelési eszközök alkalmazását - értékrendjük mellett legalább akkora súllyal - befolyásolja érdekrendszerük is. Az államokon belüli, szomszédjaikkal és a régióval, illetve a tágabb világgal fenntartott gazdasági, politikai, kulturális és más egyéb kapcsolataik formálják sajátos érdekeiket, melyek mentén – a közös értékrend figyelembe vételével – alakítják ki nemzeti álláspontjukat.

Egy bizonytalan biztonsági kockázattal bíró válsághelyzetben, illetve annak fenyegetése esetén, az egyes nemzetek csak korlátozott rugalmasságot mutatnak egy költséges és nagy közfigyelmet kiváltó NATO katonai beavatkozás jóváhagyását kezdeményező indítvány megvitatása és egy közös cselekvési terv szavazásra bocsátása során. Ennek további okait a megosztó erő című fejezet alatt fogom elemezni. Előbb azonban az új biztonsági kihívásoknak való megfelelés érdekében indított szövetségi kezdeményezéseket vázoló fel.

Új kihívások

A hidegháború végével és 2001. szeptember 11-ét követően nem csak a NATO, de az egész világ új kihívásokkal került szembe, mely kikényszerítette a biztonsági szektor reformját.

„Mit értünk a biztonsági szektor fogalmán? A biztonsági szektor (vagy szintén gyakran használatos elnevezéssel a biztonsági rendszer) reformjának fogalma felettébb széles, és egymástól különböző területekre vonatkozik, a fegyverzetek proliferációjának korlátozásától a terrorizmus elleni globális háborún, a tömegpusztító fegyverek elleni küzdelmen, az aknátlanításon, a nem állami fegyveres erők, a gyermekkatonák kérdésén át a tradicionális civil-katonai kapcsolatokig, vagy akár a rendőrségi képesség.”[58]

A sokrétűsége néhány példa:

- a tömegpusztító fegyverek és azok kifejlesztéséhez felhasználható technológiák elterjedésének veszélye;

- az energiabiztonság garantálhatósága;
- a számítógépes támadások kockázata;
- a terrorizmus jelentette fenyegetés;
- az éghajlatváltozás okozta biztonsági kockázatok^{35, 36, 37}[59], ³⁸[60] többek között:
 - a sarkkörön túli területek hajózhatósága,
 - a természeti katasztrófák gyakoribb és szélsőségesebb megnyilvánulása,
 - az édesvíz készletek egyenlőtlen eloszlása,
 - a népcsoportok vándorlása,
 - a járványok gyors terjedésének veszélye és az egészségügyi kockázatok átrendeződése,
- az ingatag államok és etnikai konfliktusok veszélye;
- a szervezett és nemzetközi bűnözés hatásai;
- a demográfiai kockázatok;
- a pénzügyi-gazdasági világválság és a szociális feszültségek következményei.

³⁵ Obama elnök 2015. évi országértékelő beszédében azt mondta, hogy az éghajlatváltozás jelenti a legnagyobb kihívást, s nincs a Föld számára nagyobb kihívás, mint az éghajlat változása, továbbá, hogy a Pentagon szerint az éghajlatváltozás közvetlen biztonsági kockázatot jelent a Nemzet számára. President Obama `s State of the Union Address. Forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=cse5cCGuHmE>, 43-46. perc. Letöltés ideje: 2015. január 22

³⁶ A politika már elfogadja, hogy van éghajlatváltozás, ám a fölött még vita van, hogy ez emberi tevékenység következménye-e. *Climate is changing, and climate has always changed, and always will, there's archeological evidence of that, there's biblical evidence of that, there's historic evidence of that, it will always change. The hoax is that there are some people that are so arrogant to think that they are so powerful that they can change climate. Man can't change climate.*"Senate Votes 98-1 That Climate Change 'Is Not A Hoax' Forrás: http://www.nbcnews.com/politics/congress/senate-votes-98-1-climate-change-not-hoax-n290831?cid=eml_ntn_20150122, Letöltés ideje: 2015. január 22

³⁷ A Washington-i vezetés úgy tűnik nem csupán felismerte az éghajlatváltozás kockázatát, de érzékeli annak hatásait és kész tenni a folyamat megállítására érdekében.

³⁸ A Nemzeti Éghajlatváltozási Stratégia 2013. évi szakpolitikai vitaanyaga is összekapcsolja a biztonság, a honvédelem és éghajlatváltozás kérdését már a rövid távú cselekvési programban is: „Rövidtávú cselekvési irányok: ...A katasztrófavédelem, a belbiztonság és a honvédelem ismereteinek, képességeinek és eszközeinek erősítése a fokozódó környezeti kockázatok hatékony kezelése és a megfelelő felkészülés, alkalmazkodás érdekében.”

Hosszasan lehetne még sorolni a passzív és aktív biztonsági kihívásokat, a kibővített biztonság katonai, politikai, gazdasági, társadalmi és környezeti elemeit, illetve a természetes és humán bázisú kockázatokat. Értekezésemben azonban a biztonsági kockázatok rendszerezése helyett inkább azok kezelésének szövetségi vonatkozásaira szeretném fordítani a figyelmet.

Aktív szerepvállalás és biztonsági együttműködés

A globális kihívások kezelése megköveteli a szövetségtől a világméretű jelenlétre, vagyis a földrészeken átívelő beavatkozásra való képességet. Ezt az átfogó jelenléteket úgynevezett expedíciós, vagyis határokon és kontinenseken túl bevethető képességek kialakításával és fenntartásával lehet biztosítani. Bemutatom a későbbiekben, hogy a katona-egészségügyi képességek fejlesztésével szemben ugyanezen elvárások fogalmazódtak meg.

Érdemes itt egy rövid kitérőt tenni a képesség meghatározása irányába. A NATO mind a mai napig csak a képesség fogalmának munkavázlat szintű, de el nem fogadott meghatározásaival rendelkezik. Ezek közül az egyik legtömörebb megfogalmazás szerint a képesség cselekvési adottságot és lehetőséget jelent egy kívánt hatás elérése érdekében („*an ability to act in order to achieve a desired effect*”).

Azt már feltártam, hogy az új kihívások a szövetségeseket és a partner országokat is érintik, s ez megteremti az alapot, a közös érdeket az együttműködéshez. Azt is megállapítottam, hogy az együttműködés egyik kiemelt területe a válságkezelés. Azt vizsgálom most meg, milyen elvárásoknak kell megfelelniük az expedíciós képességeknek ahhoz, hogy hatékonyan lehessen azokat alkalmazni válságmegelőzésre és kezelésre!

A kockázati tényezők várhatóan a NATO országok határain belül és kívül egyaránt jelentkezhetnek. A tagországok nemzeti, szövetségi és nemzetközi szintű válságmegelőző és kezelő mechanizmusai révén azonban a válságok bekövetkezésének valószínűsége mégis nagyobb a szövetség határain kívül. Elsősorban azokban az országokban, melyek a biztonsági kockázatok kivédésére és ellensúlyozására képtelenek, illetve erősen korlátozott lehetőségekkel rendelkeznek, instabilak. Azon államokban és térségekben is várható a válságok kialakulása, ahol a szélsőséges nézetek és mozgalmak könnyebben táptalajra lelnek (az instabillá vált térségekben teret nyerő szélsőséges nézetek vezettek el például az Iszlám Állam elnevezésű terrorszervezet kialakulásához is). A földrajzi távolság ellenére

ugyanakkor az ilyen távolabbi területeken bekövetkező válságok következményei közvetlenül is biztonságot veszélyeztető hatással bírhatnak a NATO tagországaira egyenként és együttesen is (például a tömegpusztító fegyverek és azok kifejlesztéséhez felhasználható technológiák terjedése, az energia ellátás biztonságának fenyegetettsége, a tömeges illegális bevándorlás, vagy járványveszély által). Ezért kell készen állni a stratégiai (Brüsszeltől több mint 6000km-es) távolságokban történő beavatkozásra is, a befogadó nemzeti támogatás teljes hiányára, vagy nagyfokú korlátozottságára, s arra, hogy a válság rendezése túlmutat a katonai beavatkozás adta megoldási lehetőségeken. A kívánt modulokból rugalmasan összeállítható, s így a küldetésre szabható, és annak kívánalmai szerint módosítható képességeknek (így az egészségügyi biztosítás képességeinek is) légi, tengeri és szárazföldi úton is le- és áttelepíthetőeknek, az állomány váltásával és az anyagutánpótlás biztosításával két esztendeig fenntarthatóaknak, s többnemzeti együttműködésre képeseknek (interoperábiliseknek) kell lenniük.

A válságövezetek stabilizálásához szükséges államigazgatási, újjáépítési és fejlesztési feladatok összehangolt és időbeni végrehajtása érdekében kellett bevezetni a válságkezelésbe az átfogó megközelítés elvét („*Comprehensive Approach*”), mely nem csak az állami és nem állami polgári képességek bevonását jelenti a válságkezelésbe, de a küldetésre szabott képességcsomagok összeállítását is, melyben a NATO mellett fontos szerepet kapnak a partner országok és nemzetközi szervezetek. A NATO főtitkár titkársága³⁹ által 2011-ben kiadott egyik összefoglaló elemzés[61] rámutat, hogy a líbiai válság kényszerítő erővel hatott az átfogó megközelítés elvének gyakorlati munkamódszerbe történő átültetésére.[62] Ez magába foglalja a polgári válságkezelő képességek alkalmazását; egy polgári-katonai tervező és támogató elem felállítását; a nem-katonai szakértők rendelkezésre állását; a befogadó nemzet erőinek kiképzését; a válságkezelő és békefenntartó műveletek során a nők eltérő igényeinek teljes mértékű integrációját a műveletek tervezése, elemzése és végrehajtása során az ENSZ ajánlásainak megfelelően[63]; a műveleti tapasztalatok összegyűjtését, rendszerezését, elemzését, oktatását és alkalmazását; a külső szereplőkkel való együttműködés, a nemzetközi szervezetekkel fennálló kapcsolatok erősítését; valamint a NATO-ról megjelenő hírek pozitív tartalmának és egységességének javítását is. Az itt felsorolt tényezők mindegyike megjelenik az egészségügyi biztosítás szövetségi eszköztárában, s a NATO kapcsolat-

³⁹ *Private Office of the Secretary General*

építési erőfeszítései terén a katona-egészségügyi szolgálatok, együttműködésben a polgári egészségügy hatóságaival és szakembereivel, ezen eszközök gyakorlati alkalmazásában mindig is jeleskedtek az elmúlt egy évtized során. Ezt részletesebben a *Napjaink és a jövő NATO műveleteinek várható egészségügyi biztosítási sajátosságai* című fejezetben mutatom be, a katona-egészségügynek a NATO átfogó megközelítés elvének alkalmazásában betöltött szerepe elemzésével.

A többnemzeti együttműködés kereteit tehát már sikerült megalkotni, s a haderőn belül ebben, a COMEDS vezetésével, a NATO katona-egészségügyi közössége az élen jár. A hasonló módon gondolkozó és eljáró, illetve hasonló érdekeltségű (NATO és partner) nemzeteket fel lehet térképezni, s egységbe lehet kovácsolni. Ebben segíthet a közös nyelv használata (hivatalosan az angol, de gyakorlatilag használatban van a német és a francia is), vagy a biztonság megteremtéséhez szükséges, azonos jellegű képességhiányok lefedésének, s a költségek megosztásának kényszere (például a kifejezetten fertőző betegek hadszíntéri ellátása, a betegek áthelyezése és stratégiai légi-egészségügyi kiürítése terén). A közös érdekek mentén csoportosuló nemzetek együttműködését keretegyezmény minták felhasználásával segítjük. Ilyen keretegyezmény mintát dolgoztak ki a COMEDS munkacsoportjai a műveleti területen történő többnemzeti egészségügyi biztosítás elvi egyetértési egyezményére („*Memorandum of Understanding*”) és technikai megállapodására („*Technical Agreement*”).

Új megközelítés

Bebizonyosodott azonban, hogy a gazdasági válság okozta költségvetési megszorítások miatt a nemzetek (főleg az európai nemzetek, melyek így lemaradnak a technológiai versenyben, s egyre nagyobb biztonsági kockázatot vállalnak magukra) kevesebbet költenek védelemre, s nehezebben, vagy egyáltalán nem tudnak teljes képességcsomaggal hozzájárulni a közös feladatokhoz. A gazdasági válság így egyre inkább azzal fenyeget, hogy biztonsági válságba torkollhat. Ennek ellentételezésére hirdette meg a NATO főtitkár 2011-ben az okos védelem („*Smart Defence*”) programját:

„Tudom, hogy ezekben a szűkös időkben nem költhetünk többet. Viszont kevesebbet sem szabad költenünk. A megoldás tehát az, hogy jobban költsük el a pénzünket, nagyobb értéket kapjunk érte, hogy segíteni tudjuk a nemzeteket képességeik megőrzésében, s új képességek alkalmazásában. Ez azt jelenti, hogy fontossági sorrendet kell felállítanunk,

szakosodnunk kell, s többnemzeti megoldásokat kell keresnünk. Együttvéve ezt nevezem én okos védelemnek.”[64]

Előre ugorva az időben, itt kell láttatnom még két fontos biztonsági vetületet. A NATO életében az első paradigmaváltás a hidegháború lezárultával köszöntött be. Ekkor kezdett a NATO figyelme a saját területvédelemről a válságkezelés és telepíthető képességek fejlesztése irányába fordulni, mely a 2001. szeptember 1-i terrorcselekmények nyomán vált egyértelműen vezető irányelvvé. A második paradigmaváltást a Krím félsziget Oroszországhoz csatolása és a tömeges migráció váltotta ki. A NATO figyelme a hibrid hadviselés, a migrációs nyomás, s a szélsőséges iszlám nézetek és terrorizmus terjedésének biztonsági kockázata révén ismét ráirányult a saját területek védelmére, a készenléti képesség fokozására. Ezek nyomán vált egyértelművé, hogy az európai NATO nemzetek védelmi képességei nem elégségesek. Ennek elsősorban a politikai döntéshozók által a védelemre megszavazott költségvetés alulfinanszírozottsága az oka. A magyar miniszterelnök a NATO főtitkárával folytatott találkozója során ennek így adott nyomatékot: „Az észak-atlanti szövetség európai lábát, az európai védelmi rendszert mielőbb meg kell erősíteni – hangzott el Orbán Viktor és Jens Stoltenberg tárgyalásán, amelyen részt vett Sziijjártó Péter külgazdasági és külügyminiszter, valamint Simicskó István honvédelmi miniszter is. A kormányfő jelezte: Magyarország elkötelezett az ehhez szükséges intézkedések végrehajtása iránt.”⁴⁰ A tömeges illegális migráció kapcsán a másik fontos biztonsági vonatkozásra szintén a magyar miniszterelnök hívta fel a figyelmet. Az érdekek egyeztetésének nehézségét, egyes esetekben lehetetlenségét, s ebből következően a szövetségi szintű, egységes fellépés kilátástalansága okán a nemzetek önálló és regionális cselekvési lehetőségeit a biztonság garantálása terén így vázolta a kormányfő: „Mi nem kívülről akarjuk megsegíteni a saját hazánkat, nyakunkba véve ezzel egy csomó konfliktust, hanem saját erőből akarjuk leküzdeni, és ebben a V4-ek szilárdan állnak egymás mellett – tette egyértelművé.”⁴¹ Ez a politikai elköteleződés nem egyszerűen szükséges, de elengedhetetlen és elodázhatatlan, figyelembe véve a Magyar Honvédség

⁴⁰ Forrás: <http://www.hirado.hu/2017/03/23/orban-viktor-meg-kell-erositeni-az-europai-vedelmi-rendszert/>. Letöltés ideje: 2017. március 26

⁴¹ Az Európai Unió elődjét, az Európai Gazdasági Közösséget, a Közös Piacot létrehozó dokumentumot 1957. március 25-én írta alá az olasz fővárosban a hat alapító tagállam, Olaszország, Németország, Franciaország, Hollandia, Belgium és Luxemburg. A Római Szerződés aláírása 60. évfordulója alkalmából, az Európai Unió tagországainak állam-, illetve kormányfői, valamint a központi uniós intézmények vezetői részvételével rendezett csúcstalálkozót követően nyilatkozott a magyar miniszterelnök.
Forrás: <http://www.hirado.hu/2017/03/25/orban-csak-magunktol-remelhetunk-megoldasokat-a-nagy-kihivasokra/>. Letöltés ideje: 2017. március 26

képességfejlesztési szükségleteit. Hazánk néhány éve még csupán a nemzeti összjövedelem 0,75%-át fordította védelmi kiadásokra a 2%-os NATO irányelvvel szemben. „A 250 milliárd 459,9 millió forintos keret a jövőre jelzett 33 228 milliárd forintos GDP nagyjából 0,75 százalékának felel meg. A magyar kormány még 2012-ben határozatban vállalta, hogy 2016-ig nominálértéken nem csökkenhet a honvédelmi költségvetés, majd 2016-tól kezdődően a GDP részarány évi legalább 0,1 százalékos növelésével 2022-re eléri a GDP nagyjából 1,4 százalékát. Az ukrán válság nyomán azonban ezt át kellett ütemeznie, fel kellett gyorsítania a magyar kormánynak. A NATO-tagországok a szeptemberi walesi NATO-csúcson - tekintettel az ukrán válság fejleményeire - megállapodtak, hogy visszafordítják a védelmi kiadások csökkentésének folyamatát. A megállapodás szerint egy évtizeden belül minden NATO-tag „közelíti” katonai kiadásai mértékét a saját nemzeti összterméke (GDP) 2 százalékának megfelelő értékhez. Ezen belül a védelmi költségvetés 20 százalékát a haderő fejlesztésére kell fordítani.”⁴²

Visszatérve eredeti gondolatmenetemre, a meghirdetett okos védelem program hatására a többnemzeti együttműködés új lendületet kapott a szövetségen belül. A képességihiányokat ezúttal nem csupán újfent számba vettük, de elgondolásokat fogalmaztunk meg azok megoldására, s feltérképeztük az ebben leginkább érdekelt, s politikailag is elkötelezett NATO nemzetek körét, mely alapján a 176 megfogalmazott elgondolást az okos védelem kezdeményezésen belül három szintbe soroltuk.

Első szint (17 programmal⁴³): kiemelt jelentőségű, pontos munkatervvel rendelkező programok, melyek végrehajtásához meghatározásra kerültek a vezető és közreműködő nemzetek egyaránt.

Második szint (36 javaslattal): ezek mögött komoly kihívás áll, de van esély a megoldásukra, s meghatározásra kerültek az abban érdekelt nemzetek (viszont hiányzik a vezető nemzet és a pontos munkaterv).

⁴² Forrás:

http://www.honvedelem.hu/cikk/47324_koltsegvetes_mintegy_9_milliard_forinttal_noveltek_meg_a_honvedelmi_kiadasok_keretet, Letöltés ideje: 2017. március 26

⁴³ Ide tartozik az egyetlen egészségügyi javaslat, a telepíthető egészségügyi ellátó egységek többnemzeti összefogás keretében történő létrehozására és működtetésére vonatkozó kezdeményezés is, melyhez, mint közreműködni kívánó nemzet, Hazánk is csatlakozott.

Harmadik szint (123 nyilvántartásba vett elgondolással): ezek olyan hasznos elgondolások, melyek megvalósítására lehetőség nyílhat a jövőben, de meg kell találni hozzájuk az ebben érdekelt nemzeteket.

Hogyan lehetséges az, hogy a minden szövetségesre ható biztonsági kihívások még ily költséghatékony kezdeményezés esetén is csak 17 elgondolás kapcsán képesek cselekvőképes egységbe tömöríteni a nemzeteket?

A megosztó erő

A globális kihívások ugyan minden nemzetet érintenek, de korántsem egyforma mértékben. E miatt azok hatása az egyes nemzetekre is eltérő, akár csak a kihívások által kiváltott aggodalom szintje, mely természetes módon eredményezi a nemzeteknél a biztonsági kockázatok eltérő rangsorolását, s ebből kifolyólag a védelmi képességek kielégítésére tett erőfeszítések terén mutatkozó különbségeket is.

Ha a konkrét válsághelyzet nem jelent közvetlen és kiemelt biztonsági kockázatot az adott nemzet(ek) számára, akkor a közös fellépéshez szükséges képességek felajánlásánál meglehetősen visszafogottságot mutatnak mind a szükséges képességgel rendelkező nemzetek, mind pedig azok, akik részképességekkel (modulokkal) tudnának hozzájárulni a szükséges képesség többnemzeti összefogás keretében történő kialakításához és alkalmazásához. Az Iszlám Állam komoly fenyegetést jelent a világra, s a terrorista cselekmények miatt ez a fenyegetés egyre közvetlenebbé válik az egyes nemzetek számára. A NATO szintű közös fellépés azonban elmaradt. Ezen gondolatmeneten elindulva hamar megértjük, miért oly időigényes a konszenzus kialakítása, miért kényszerül egyre inkább válságreagáló szerephez e miatt a NATO.

Megoldást jelenthetne-e vajon, ha a konszenzuson alapuló szavazási rendszert felváltanánk egy többségi szavazásra épülő döntéshozói gyakorlattal? A politikai szintű (NAC⁴⁴) döntéseknél semmiképp sem. A konszenzuson alapuló politikai döntések elvének feladása – meggyőződésem szerint – a szövetség felbomlásához vezetne.

Gondoljunk csak bele, hogy a szavazás során kisebbségben maradó nemzetek elvesztik érdekérvényesítő képességüket, s ehhez társulna még kis nemzetek esetén az

⁴⁴ „North Atlantic Council” – Észak-atlanti Tanács (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

abszolút súlytalanság vazallusi érzése. A nagy nemzetek pedig, számukra kedvezőtlen döntések esetén (kisebbségben maradva a szavazások során) képtelenek lennének lenyelni a megaláztatást, hogy gazdasági, politikai és katonai erejük ellenére képtelenek beleszólni a szövetség tevékenységének irányításába. A sorozatosan kisebbségben maradó nemzetek így fokozatosan, ám biztosan elveszítenék érdekeltségüket a szövetségi feladatokhoz való hozzájárulásukban, mely felmorzsolná a tagsági viszonyuk fenntartását ösztönző érveket is.

Ösztönösen felmerül a kérdés ezek után, hogy fennmaradhat-e a jövőben is ilyen körülmények között a szövetség? A konszenzuson alapuló döntések elvének fenntartása mellett vajon meg tudják-e őrizni a nemzetek érdekeltségüket a szövetségi feladatokhoz való hozzájárulásukban, s tagsági viszonyuk fenntartásában?

Jövőkép

A szövetség átalakul, alkalmazkodik a megváltozott körülményekhez, felbomlásának veszélye azonban igen csekély, tekintetbe véve, hogy a szövetség felbomlásával a partneri viszonyt felváltaná egy sokkal markánsabb rivális viszony, melyben akár a haderő is előtérbe kerülhetne, mint az egymással szembeni érdekérvényesítés egyik lehetséges kül- és biztonságpolitikai eszköze, s ez lényegesen megnövelné az egyes különálló nemzetek biztonsági kockázatát, s az annak kezeléséhez szükséges forrásigényeket. Ezért aztán a tagállamoknak létérdeke a szövetségi rendszerek (a NATO és az Európai Unió, illetve az ENSZ) fenntartása, hogy a nemzeti konfliktusok ne támadhassanak fel ismételten. A NATO a szövetségen belül és a külvilág felé is egyértelműsíti a konfliktusok békés megoldás útján való szükségességét. A NATO nemzetek ez iránti elkötelezettségét rögzíti az alapszerződés első cikkelye[65]:

„A Felek kötelezik magukat arra, hogy az Egyesült Nemzetek Alapokmányának megfelelően minden nemzetközi viszályt, amelybe belekerülhetnek, békés eszközökkel, olyan módon rendeznek, hogy a nemzetközi béke és biztonság, valamint az igazságosság ne kerüljön veszélybe, továbbá, hogy nemzetközi kapcsolataikban tartózkodnak az Egyesült Nemzetek céljaival össze nem férő, bármilyen módon megnyilvánuló erőszakkal való fenyegetéstől vagy erőszak alkalmazásától.”

Az összetartozást erősíti a politikai konszenzus kialakításához szükséges időt, avagy konszenzus hiányában a cselekvőképtelenséget áthidaló, s a válságmegelőzést az érdekelt tagországok alkalmi köteléke számára katonai beavatkozás révén is lehetővé tevő közös akarat koalíciója („*Coalition of Will*”), mint azt például a líbiai válság kapcsán is láthattuk 2011-ben.⁴⁵[66] A szövetségség megerősítésének irányába hat a tízévente megújított stratégiai koncepció is, mely a cserélődő nemzeti kormányok megújított politikai jóváhagyásával jelöli ki az alapfeladatok mellett (kollektív védelem, válságkezelés, kooperatív biztonság) a biztonsági együttműködés fő irányait az adott időszakra.

A NATO előtt álló biztonsági kihívások megerősítik azt az előrejelzést, miszerint a NATO erők aszimmetrikus hadviseléssel jellemezhető műveleti környezetben kell, hogy szolgálatot teljesítsenek a jövőben is. Ennek lényegéből következően az ellenség nem is akar nyílt harcban megküzdeni erőinkkel, hanem annak gyenge pontjait fogja keresni, tesztelni és lesből támadni, s ez a gyenge láncszem mindig az a terület lesz, melyet elhanyagolunk, melyet a többivel nem egyenlőként kezelünk. A NATO katonai egészségügyi közössége a COMEDS vezetésével azért küzd és tevékenykedik, hogy ez a terület ne az egészségügyi biztosítás legyen. Az elrettentés és védelem stratégiájának megfelelően a szövetség fenn kívánja tartani a hagyományos és nukleáris képességek megfelelő arányát.

A technológia fejlődése teret ad az általa felkínált lehetőségek kiaknázására, támogatja a döntéshozatali folyamatot, kiterjeszti a műveleti környezet határait⁴⁶, s a technológiai fejlesztések rövid időn belüli alkalmazhatósága révén megváltoztatja a műveletek dinamikáját, mely azonban további lehetőséget kínál ellenfeleinknek is az aszimmetrikus hadviselésre. Általános igazság, hogy a ma technológiai fölénye a holnap mindennapi gyakorlatává válik.⁴⁷ A technológiai fejlesztésekkel való lépéstartás igen

⁴⁵ ”We launched this complex operation faster than ever before. We conducted it effectively, flexibly and precisely with many partners from the region and beyond. And we are concluding it in a considered and controlled manner – because our military job is now done.”

⁴⁶ Az űr, a bioszféra és a számítógépes hálózatok, a mesterséges intelligencia, a robottechnika, az androidok, illetve a nano- és biotechnológia alkalmazásának irányába.

⁴⁷ Az Amerikai Egyesült Államok részére jelenleg technológiai fölényt biztosító dróntechnológiát egyre többen fejlesztik és alkalmazzák katonai célokra, Irántól Oroszországon át Kínáig, illetve például Lengyelország és Hazánk is.

Iran unveils new-generation drones and missiles. Forrás: <http://rt.com/news/182428-iran-new-missiles-unveiled/>, Letöltés ideje: 2014. november 9

A senior Russian defense official says Moscow will have its first combat UAV ready by 2020.

Forrás: <http://thediplomat.com/2014/06/russias-coming-combat-drones/> Letöltés ideje: 2014. november 9

Lézeres drónelhárító rendszert tesztelt Kína

Forrás: Magyar Távirati Iroda 2014. 11. 03. 10:20:00 <http://www.hirado.hu/2014/11/03/lezeres->

költséges kihívás, ezért itt is előtérbe kerülhet a partnerségi kapcsolatok és az együttműködés megerősítésének igénye.

A Szövetség biztonságát befolyásoló tényezők

Három olyan terület van melynek sikere, vagy kudarca már rövidtávon is közvetlenül befolyásolja a NATO biztonságát és jövőjét.

1. A szövetségi műveletek sikere.
2. A szövetség átalakítása és képességeinek fenntartása, illetve fejlesztése:
 - rugalmasabb és telepíthető képességekre van szükség,
 - egy kisebb és költséghatékonyabb szervezeti struktúra mellett.
3. A partnerek bevonása⁴⁸ a biztonsági együttműködésbe

Afganisztán

Négyéves brüsszeli kiküldetésem során barátaim és munkatársaim is feltették nekem néha a kérdést (hol halkabban, hol bátrabban), hogy mit keresünk mi Afganisztánban? Miért nem hagyjuk őket magukra – oldják meg a problémáikat, ahogy akarják, vagy tudják!

Nem szabad elfelejtenünk, hogy a NATO alapszerződés 5. cikkelyét először 2001. szeptember 11-ét követően aktiválták.⁴⁹[67] Az ikertornyok és a pentagon elleni támadás elsősorban Amerika ellen irányult, de nem kizárólag ellene. Szimbolikus jelentőségűnek szánták a nyugati világrend ellen, s az is volt – mindannyiunk hite, kultúrája és gazdasága elleni csapás volt. Ezért kellett megkeresni az ellenünk szervezkedők fészket, s ezért nem hagyhatjuk el Afganisztánt addig, míg az ott elindított folyamatok stabilá és

[dronelharito-rendszert-tesztelt-kina/](#) Letöltés ideje: 2014. november 3

Harci drónokat tervez beszerezni Lengyelország

Forrás: Magyar Távirati Iroda 2014. 11. 04. 17:39:28 <http://www.hirado.hu/2014/11/04/harci-dronokat-tervez-beszerezni-lengyelorszag/>, Letöltés ideje: 2014. november 4

Magyar fejlesztésű robotrepülőgépek

Forrás: A Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala <http://www.szellemitulajdon.hu/hirek/332/magyar-fejlesztesu-robotrepulogepek.html>, Letöltés ideje: 2014. november 9

⁴⁸ A partnerkapcsolatokat bővebben a *Napjaink és a jövő NATO műveleteinek várható egészségügyi biztosítási sajátosságai* című fejezetben elemzem.

⁴⁹ „On 12 September, NATO decided that, if it is determined that the attack against the United States was directed from abroad, it shall be regarded as an action covered by Article 5 of the Washington Treaty. This is the first time in the Alliance's history that Article 5 has been invoked.”

visszafordíthatatlanná nem válnak, hogy Afganisztán soha többé ne lehessen szélsőséges szervezetek menedéke és fellegvára.

Mivel felismertük, hogy a lázadók elleni harcot az afgán lakosság, a biztonsági erők és a hadsereg kell, hogy megvívja, őket kellett alkalmassá tenni a harc megvívására, s a nemzetközi erők csökkentésének, kivonásának feltételeit és ütemezését is ehhez kellett igazítani. Ebben kiemelt jelentőséggel bírt, hogy a szövetségi stratégiának összhangban kellett lennie az afgán tervekkel és lehetőségekkel, illetve a nemzetközi erőket adó tagországok egyéni csapatkivonási terveivel is. Ellenkező esetben ismét szélsőségesek vehetik kezükbe a Hindukus térségének irányítását, s ismételt terrortámadásokkal kell majd szembenéznünk, melyek saját otthonunkat, nemzetünket veszik célba.

A NATO és Oroszország kapcsolata

Tanulmányomban, melyet a Hadtudomány című folyóirat 2012-ben közölt[68], még a biztonsági kockázatok hasonló értelmezésén, az egymás érdekeinek figyelembevételén és ebből eredő közös fellépés szándékán nyugvó konstruktív együttműködés képét vetítettem előre a NATO és Oroszország kapcsolatában.

„Itt érdemes külön kitérni az Oroszországgal formálódó stratégiai partneri viszony jelentőségére[69], melynek révén a tehermegosztás lehetőségén túl kézzelfoghatóvá válik a stratégiai koncepcióban kifejtett együttműködési szándék, hitelessé válik az egymás fenyegetésétől való elállás politikai nyilatkozata, erősödhet a bizalom és egyetértés, mely alapvető fontossággal bír az ENSZ Biztonsági Tanácsa által meghozandó döntések előkészítése és a szavazás során mind Oroszország, mind pedig a NATO számára.

Az új elvekre épülő biztonsági rendszerek kialakítása során figyelembe kell venni az alábbi tényezőket is:

- az elvárt követelmények (pl. a nemzeti, NATO, Európai Unió ambíciószint) és az azok teljesítéséhez rendelkezésre álló erőforrások viszonyát;
- az országhatáron kívüli (expedíciós) szerepvállalás iránt megnövekedett igényeket;
- a képességek hozzáigazítását az új NATO stratégiai koncepcióhoz;

- a növekvő fenyegetettségi szintet és a kialakulóban lévő válságok természetét;⁵⁰
- a nem békés célú nukleáris technológiák és az atomfegyverek terjedését;
- az éghajlatváltozás hatásait.”

Ilyen együttműködési terület volt a katona-egészségügyi is a NATO-Oroszország Tanács Logisztikai bizottságán belül, melyet a NATO Nemzetközi Katonai Törzs részéről, szakmai oldalról munkatársnőm és beosztottam, Dr. Henriksen alezredes asszony felügyelt 2010-ben. Az egészségvédelem témaköre és az Afganisztánban szerzett egészségügyi tapasztalatok megosztása jelentette a kölcsönös érdeket, mely a szakértői egyeztetések mellett az elfogadott irányelvnek megfelelően mindig ki kellett egészülnön az együttműködés valamely gyakorlati formájával is. Ennek megfelelően 2010. június 8-11 között Szverdlovszkban közös szeminárium került levezetésre a fenti témákban, s ehhez kapcsolódóan egy haderő egészségvédelmi bemutató gyakorlat úgyszintén.

Ezzel szemben, két évtizeddel a Szovjetunió szétesése után (az európai NATO tagállamok és Oroszország hosszú távúnak tűnő energiafüggősége⁵¹ ellenére), mára már egy új, bár teljesen más természetű[70] hidegháborút emlegetnek egyes elemzők és politikusok.⁵² Ebbe az irányba mutat, hogy az ukrajnai események nyomán a NATO

⁵⁰ Rising inequality and climate change: The defining challenges for global leaders in 2015
 Forrás: <http://blogs.oxfam.org/en/blogs/15-01-19-inequality-climate-change-defining-challenges-2015>
 Letöltés ideje: 2015. január 19

⁵¹ Magyar Villamos Művek: az év végére kijelölik a Déli Áramlat végleges útvonatát
 Forrás: Magyar Távirati Iroda 2014. 10. 29. 17:50:12 <http://www.hirado.hu/2014/10/29/mvm-az-ev-vegere-kijelolik-a-deli-aramlat-vegleges-utvonalat/>, Letöltés ideje: 2014. október 29

⁵² Robert Legvold: Managing the New Cold War
 Forrás: <http://www.foreignaffairs.com/articles/141537/robert-legvold/managing-the-new-cold-war>
 Letöltés ideje: 2014. november 9
 Toby Harnden: Putin knocks Obama all around the ring in Cold War rematch. The Sunday Times, 11 August 2013
 Forrás: http://www.thesundaytimes.co.uk/sto/news/world_news/Americas/article1298819.ece
 Letöltés ideje: 2014. november 9
 Mikhail Gorbachev: world on brink of new cold war over Ukraine. The Guardian, 8 November, 2014
 Forrás: <http://www.theguardian.com/world/2014/nov/08/gorbachev-new-cold-war-ukraine-soviet-union-us-russia>
 Letöltés ideje: 2014. november 9
 Finland warns of new cold war over failure to grasp situation in Russia. The Guardian, 5 November 2014
 Forrás: <http://www.theguardian.com/world/2014/nov/05/finland-warns-cold-war-russia-eu>
 Letöltés ideje: 2014. november 9
 William Hague: Russian actions over Ukraine may create new cold war. The Guardian, 17 March 2014
 Forrás: <http://www.theguardian.com/world/2014/mar/17/russian-actions-ukraine-crimea-cold-war-william-hague>
 Letöltés ideje: 2014. november 9

felülvizsgálja a szövetség nukleáris stratégiáját.⁵³ Némileg viszont ennek veszélyét kívánja ellensúlyozni a NATO európai szövetséges erői főparancsnokának javaslata, hogy hozzanak létre újra forródrót összeköttetést a NATO katonai vezetése és az orosz vezérkari főnökség között.⁵⁴

A NATO és Oroszország egymáshoz való viszonya alapvetően megváltozott. A kölcsönös bizalmatlanság légköre jellemzi a kapcsolatokat. „Több mint két évtizeden keresztül a NATO arra törekedett, hogy partner kapcsolatokat építsen ki Oroszországgal, a párbeszéd és kölcsönös érdekek alapján folytatott gyakorlati együttműködés révén. Az együttműködés felfüggesztésre került, válaszul Oroszország katonai beavatkozására Ukrajnában, melyet a Szövetségesek a leghatározottabban elítélnek. A politikai és katonai párbeszéd csatornáit nyitva maradnak. A NATO továbbra is aggódik Oroszország folytatólagos destabilizáló jellegű katonai tevékenysége és agresszív szóhasználata miatt, mely jóval túlmutat Ukrajna kérdésén.,⁵⁵

A NATO nem nézhette tétlenül az eseményeket. Határozott, egységes fellépésre és egyértelmű, de nem provokatív üzenetre volt szükség a NATO részéről Oroszország (és a világhatalmi rend radikális megváltoztatásának lehetőségét kereső-fontolgató más nemzetek) felé. Az adatok és tervek érzékeny jellege miatt - elemzésüket mellőzve- itt csupán a meghozott döntések és az azok katonai alkalmazását célzó programok felsorolására és tömör jellemzésére szorítkozok.

Az „Okos Védelem” már említett elgondolása kiegészítésre került a „Kapcsolt Erők Kezdeményezés”⁵⁶-el, s a „NATO Haderő Integrált Egység”⁵⁷-ekkel, melyek az „Erők Fogadása, Állomásoztatása és Előrevonása”⁵⁸ feladatainak felülvizsgálatával megerősítve a „Nagyon magas Készenléti Összhaderőnemi Harci Kötelék”-ek⁵⁹ hatékony bevetését

⁵³ Nato-Verteidigungsminister beraten über Nuklearstrategie, F. A. S.-E-Paper, 25. 01. 2015
Forrás: <http://www.faz.net/aktuell/konflikt-mit-russland-nato-verteidigungsminister-beraten-ueber-nuklearstrategie-13388998.html#aufmacherOverlay>, Letöltés ideje: 2015. január 25

⁵⁴ Reaktion auf russische Scheingriffe: Nato stellt Nuklearstrategie auf den Prüfstand, Spiegel Online Politik, 25. 01. 2015
Forrás: <http://www.spiegel.de/politik/ausland/nato-prueft-nuklearstrategie-wegen-scheinangriffen-aus-russland-a-1014861.html>, Letöltés ideje: 2015. január 25

⁵⁵ North Atlantic Treaty Organization, Relations with Russia. Last updated: 20 Dec. 2016. Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_50090.htm. Letöltés ideje: 2017. március 27

⁵⁶ *Connected Forces Initiative*

⁵⁷ *NATO Force Integrated Unit*

⁵⁸ *Reception, Staging and Onward Movement*

⁵⁹ *Very High Readiness Joint Task Force*

szolgálják. Kidolgozásra került a NATO „Készültségi Akció Terv”⁶⁰-e, illetve az „Emelt szintű Reagáló Terv”.⁶¹ A partneri kapcsolatok terén pedig zajlik a „Védelmi Képességek Építésének Partnerségi Csomagja”⁶² program. Ezen tervek hatékonysága attól függ, hogy végrehajtásukhoz rendelkezésre állnak-e a megfelelő (katonai) képességek. Meg kellett tehát határozni a felállított tervekhez szükséges „Minimális Katonai Követelmények”⁶³-et, s felül kellett vizsgálni a NATO „Ambíció Szint”⁶⁴-jét is.

Ezek a döntések és a megvalósításukat célzó programok jól szemléltetik, hogy a biztonsági felfogás, a valós, illetve lehetséges kockázatok érzékelése, értelmezése és rangsorolása a politikai döntéshozók részéről a védelmi képességek megerősítésének elodázhatatlan szükséglete irányába mozdult el. A politikai kinyilatkoztatást pedig a védelmi költségvetési források fokozatos és jelentős emelése támasztja alá. Ez utóbbi elengedhetetlen a képességfejlesztési célok, s a minimális katonai követelmények teljesítéséhez. A politikai döntések katonai eszközökkel történő végrehajtásának lehetőségét az új biztonsági környezethez történő „alkalmazkodási intézkedések”⁶⁵ révén, vagyis a NATO beavatkozó erők hatékonyságának növelésével és a meglévő katonai képességek készenlétének fokozásával érjük el. A legveszélyeztetettebb tagországok lakosságának megnyugtatását célozzák az úgynevezett „szavatoló intézkedések”.⁶⁶ Ezek keretében az elrettentéshez és területvédelemhez szükséges, ugyanakkor az adott tagországban hiányzó képességeket a nemzeti haderők szorosabb együttműködésén keresztül (interoperabilitás növelése), s rotációs rendszerű, más-más tagország által, vagy többnemzeti összefogásban, időszakosan telepített, de folyamatos katonai jelenléttel biztosítjuk a NATO keleti és déli határai mentén.⁶⁷

⁶⁰ *Readiness Action Plan*

⁶¹ *Graduated Response Plan*

⁶² *Defence Capability Building Package*

⁶³ *Minimum Military Requirements*

⁶⁴ *Level of Ambition*

⁶⁵ *Adaptation Measures*

⁶⁶ *Assurance Measures*

⁶⁷ NATO Readiness Action Plan. Last updated: 25 Jan. 2017.

Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_119353.htm?selectedLocale=en. Letöltés ideje: 2017. március 27

A fejezet összefoglalása

A biztonság tehát a társadalom alapszükséglete. Mivel a biztonságot már nem lehet helyi, vagy regionális hatásokra leszűkíteni, s ezt az alapszükségletet a globalizált világ új kihívásai miatt egyre nehezebb, s ésszerűtlenebb önállóan fenntartani, ezért már nem csupán a biztonság, de az annak garantálásához szükséges szövetségi kötelek is a társadalmak alapszükségletévé váltak. Az új kihívások mellett azonban nem szabad megfeledkezni a hagyományos fenyegetés kockázatáról sem, ezért a jövőben is fenn kell tartani a haderők, s azon belül az egészségügyi biztosítás hagyományos alapképességeit.

Az új biztonsági környezetben a társadalmak és a NATO számára közvetlen fenyegetést jelent a terrorizmus és a tömegpusztító fegyverek és technológiák elterjedésének veszélye, ezért javítani kell a szövetség vegyi, biológiai, sugár és nukleáris⁶⁸ védelmi képességeit. A válságmegelőzés és kezelés a szövetség fontos feladata lesz a jövőben is, de előtérbe kerülhetnek az energiabiztonság, a számítógépes támadások és az éghajlatváltozás kérdései is.

Kutatási hipotézisemet vizsgálva ebben a fejezetben bizonyítottam, hogy a politikai irányelvekben és NATO stratégiai koncepciókban lefektetett elvárások és követelmények nyomán meghatározott feladatok végrehajtásához szükséges katonai, s azon belül katonaegészségügyi képességek fejlesztési ütemtervét sokkal inkább a rendelkezésre álló erőforrásokhoz, semmint a katonai igényekhez igazították a nemzetek.

Bemutattam, hogy bármerre haladjon is a NATO átalakítása, a szövetség alapértékeire épülő eszmények megvalósításához és megvédéséhez a tagországoknak és partner nemzeteknek együtt kell megtalálni az utat a biztonsági környezet változásai és kihívásai közepette, az együttműködés kereteinek bővítése és hatékonyságának javítása mentén.

⁶⁸ CBRN (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

„A történelem bebizonyította, hogy a legnevezetesebb győztesek rendszerint nyomasztó nehézségekkel kerültek szembe, mielőtt teljes diadalt arattak. Győzelmük titka az, hogy sohasem szegte kedvüket a vereség.”

*Bertie Charles Forbes
skót pénzügyi újságíró, a Forbes magazine alapítója*

III. A NATO EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁS LOGISZTIKAI JELLEGÉNEK TÖRTÉNELMI ELŐZMÉNYEI

Kutatási célkitűzéseimet követve az alábbi fejezetben összegzem a biztonsági környezetben, a társadalomban, a haderőben és az egészségügyi szolgálatokban végbement változások történelmi összefüggéseit. Kutató munkám egyik kiemelt célja volt, hogy feltárjam, mi indokolja a NATO egészségügyi biztosítás logisztikai jellegét. Ennek történelmi előzményeit a második világháború katonai műveleteiben és a hidegháborús időszak második világháborús elvekre épülő NATO doktrína rendszerében találtam meg. Értekezésem logikai menetét megtörné és oldalirányba vinné el ennek részletes bemutatása, ezért itt az általam azonosított főbb összefüggéseket és következtetéseimet összegzem. Részletes és rendszerezett kutatási eredményeimet szaklapunk, a *Honvédorvos*, számára ajánlom fel közlésre.

A második világháború egészségügyi biztosításának néhány jellemzője

Régi igazság, hogy a jelen problémái a múlt megoldásaiban gyökereznek.

Vissza kell nyúljunk hetven évet a történelemben ahhoz, hogy megértsük, miért vált a XX. század második felében szinte egyeduralgódóvá a logisztikai szemlélet a hadseregek (s ugyanígy azok egészségügyi biztosításának) vezetésében, szervezésében és működésében. A második világháború a történelemben korábban nem tapasztalt mértékű erők és eszközök bevetésével, szárazföldön, vízen (és víz alatt), levegőben, s több földrészre kiterjedően zajlott. A szemben álló hatalmak gazdasági potenciáljuk teljes mozgósításával (a hadigazdálkodás gyártási kapacitásának szemléltetésére lásd az 1-2. számú táblázatot), illetve szövetségesek maguk mellé állításával (az európai államok szövetségi viszonyát az

1. számú térkép ábrázolja), egyre nagyobb területek elfoglalásával, s azok erőforrásainak saját célra történő felhasználásával próbálták akarataikat a másokra, azaz az ellenségre kényszeríteni. Így egyre több ország vett részt, vagy keveredett bele a háborúba, melynek következtében több mint 72 millió ember vesztette életét.[71]

Repülőgép gyártás (minden típus, évenként és országonként, ezer darab)							
	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Egyesült Államok	2,141	6,068	19,433	47,836	85,898	96,318	46,001
Nagy-Britannia	7,940	15,049	20,094	23,672	26,263	26,461	12,070
Szovjetunió	10,382	10,565	15,737	25,436	34,900	40,300	20,900
Németország	8,295	10,862	12,401	15,409	24,807	40,593	7,540
Japán	4,467	4,768	5,088	8,861	16,693	28,180	8,263

1. számú táblázat:

Repülőgépgyártás a 2. Világháborúban[]

(Szerkesztette a szerző)

Harckocsi gyártás (országonként, minden típus összesítve, ezer darab)	
Egyesült Államok	60,973
Szovjetunió	54,500
Nagy-Britannia	23,202
Németország	19,926
Olaszország	4,600
Japán	2,46

2. számú táblázat:

Harckocsigyártás a 2. Világháborúban[]

(Szerkesztette a szerző)

A hatalmas számok mögött kiterjedt ellátó-kiszolgáló rendszerek húzódtak meg, s ezek teljesítménye meghatározta a bevethető fegyverek és egyéb eszközök számát és jellemzőit.



1. számú térkép:

Szövetségi hatalmak Európában a 2. Világháborúban⁶⁹

A nagyobb logisztikai háttér és kapacitás tehát nagyobb hadi potenciált, s győzelmet ígért az ellenség felett. Ezért válhatott a logisztikai szemlélet uralkodóvá a háború során. Az Amerikai Egyesült Államok második világháborús logisztikai tapasztalatait taglaló 1993. évi összesítő jelentés[74] egy teljes fejezetet szentel a logisztika stratégiára gyakorolt hatásának a különböző hadszíntereken.[75]

A hadigépezetek nem csak nyersanyagokat és energiahordozókat követeltek kifogyhatatlan mennyiségben, de szinte kielégíthetetlen igényt támasztottak az emberi erőforrások tekintetében is – mind a termelés és a kiszolgálás (beleértve az egészségügyi szakállományt is), mind pedig a harcoló katonák terén. A harcok során kiesett (meghalt, sérülés, vagy betegség következtében harcképtelenné vált, eltűnt, illetve fogságba került) állományt újak besorozásával pótolták, ám ez a véges tartalékok és a folyamatosan magas igények miatt egyre nehezebben megoldható feladatot jelentett.

⁶⁹ Szabadfelhasználású térkép a Világhálóról
 Forrás: http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f4/Europe_1914.png Letöltés ideje: 2014. december 22

Az emberek tömegekben történő mozgatása is logisztikai feladatként merült fel a hadszíntereken, s a veszteségek (halottak, sérültek és eltűntek) is tömeges méretekben jelentek meg. A statisztikák szerint^[76] a németek által hadrendbe állított katonák (18,2 millió fő) 30,40%-a életét vesztette, vagy eltűnt, 33,15%-a pedig megsebesült. Az amerikaiaknál (16,3 millió fő) ez az arány 2,49%, illetve 4,10%, a japánoknál, a Szárazföldi Haderő és a Haditengerészet összesített adatai alapján (8,4 millió fő) 20,72% és 1,12%, az angoloknál, a Brit Nemzetközösség államait is beleszámítva (17,8 millió fő) 3,25% és 2,66%, míg a Szovjetunió esetében (34,4 millió fő) 25,1% és 42,5% volt. A nem hivatalos becslések⁷⁰[77] ettől eltérnek.

Nem meglepő tehát, hogy a tömegek ellátása, s azon belül az egészségügyi biztosítás is a logisztikai feladatrendszer részét képezte a második világháború során, s nem lehet megkérdőjelezni ennek akkori létjogosultságát sem.

A harcoló katona pótlása nem csupán összeadás és kivonás kérdése. Időben (értsd: idejében, azaz amikor feladatot kell végrehajtani, vagyis a lehető legrövidebb időn belül a sérülést, vagy megbetegedést követően) és azonos minőségben kell a kiesett állományt visszapótolni.

Az egészségügyi szolgálatoknak minden korban és haderőben ezért volt, és maradt ma is, első számú feladata a katonák harcképességének megőrzése és helyreállítása.⁷¹[78]

A szovjet Vörös Hadsereg egészségügyi ellátó rendszere a több, mint 22,3 millió kórházi ellátásra került katona 76,9%-át, azaz több, mint 17,1 millió főt tett ismét szolgálatképesé, s közülük mintegy 10,5 millió fő, mint harcoló katona állt vissza a szolgálatba. Ezek a katonák nem csupán a számukat nagyságát tekintve voltak jelentősek. A harcok megvívása szempontjából ők már tapasztalattal rendelkeztek, s a harci morálra is jótékony hatást tudtak gyakorolni. Élő bizonyítékai voltak annak, hogy a betegségeket és a félelmetes német hadigépezet okozta sebesüléseket túl lehet élni, azokból fel lehet épülni, s

⁷⁰ A németek által hadrendbe állított katonák 16,25%-a életét vesztette, 36,25%-a pedig megsebesült. Az amerikaiaknál ez az arány 1,80%, illetve 4,16%, a japánoknál 13,09% és 1,44%, az angoloknál 6,05% és 6,26% volt.

⁷¹ Az, hogy ez szakmai meggyőződésem, talán nem hat túlzottan fennkölt és megalapozatlan kijelentésként, ha egy idézettel támasztom alá. A NATO Székhelyén, a Nemzetközi Katonai Törzs, Logisztikai és Erőforrások Főosztálya, Egészségügyi Osztály osztályvezetőjeként engem bíztak meg 2009-ben a NATO egészségügyi biztosítása alap- és irányelveit tartalmazó dokumentum felülvizsgálatának összefogásával és az új okmány szerkesztésével. Az első változatot első fejezetének első mondatként, mely a nemzetek egyetértésével aztán változatlan formában került be a jóváhagyott, végleges dokumentumba is, a következőket írtam le: „*The ultimate role of military medical support – supporting the troops in performing their tasks by preserving and restoring their health and fighting strength - remains unchanged.*”

tovább lehet küzdeni az ellenség megállítása, visszaverése és megsemmisítése érdekében. Indokolt a többes szám használata, hisz több mint 1,1 millió katona kapott többször is[79] sérülést. Az egészségügyi szolgálat által a háború éve alatt újra szolgálatképesé tett 17,1 millió katona értékét talán legjobban az szemlélteti, hogy 1945 januárjában összesen mintegy 6,7 millió katona volt a Vörös Hadsereg szolgálatában, vagyis a győzelem kivívása nagyban köszönhető az egészségügyi alakulatok haderőt megtöbbszöröző áldozatos tevékenységének.⁷²[80] A kórházi ellátásra kerültek között a halálozási arány 6,1%-os volt, s 17%-ukat szerelték le egészségi alkalmatlanság miatt.[81] Érdeemes feltüntetni, hogy a harcok közben vesztette életét, vagy az egészségügyi kiürítés során halt bele sérüléseibe további több mint 5,1 millió fő, azaz az összes elesett katona 46%-a.[82]

Az egészségügyi szolgálatok rendeltetése általánosságban fogalmazva az, hogy adott körülmények között a lehető legjobb egészségügyi ellátást biztosítsák, minimalizálják a megbetegedések és halálozások arányát, fenntartsák és helyre állítsák az állomány szolgálat- és harcképességét, s az ellátás révén hosszútávra, a katonai szolgálat befejezését követő időszakra is minél magasabb életminőséget biztosítsanak. Sok-sok tényező együttes hatása befolyásolja azt, hogy a sérültek és betegek mekkora hányadát lehet ismét szolgálatképesé tenni. A teljesség igénye nélkül, az állomány kiképzettségi szintjén, a betegségek és sérülések elleni egyéni és kollektív védettségén, a sérülést kiváltó fegyver és lövedékének sajátosságain, a sérülés fajtáján, az elsősegély hatékonyságán túlmenően -az egészségügyi biztosítás szervezési oldaláról nézve- az alábbi tényezők játszanak kiemelkedő szerepet:

1. Az egészségügyi állomány létszáma,
2. Az egészségügyi állomány felkészültsége,
3. Az egészségügyi állomány felszerelése és eszközei,
4. Az egészségügyi alakulatok/egységek működési elvei és szervezeti felépítése és vezetés-irányítási rendszere (mely lehetővé teszi hatékony alkalmazásukat),
5. Az egészségügyi alakulatok/egységek elhelyezkedése és mozgékonyaságuk,
6. Az egészségügyi vezetők felkészültsége, tapasztalata (mellyel képesek hatékonyan szervezni és támogatni a szakállomány munkáját), valamint a parancsnoki állományhoz való viszonya (az egészségügyi főnök a parancsnok közvetlen alárendeltségében tevékenykedik-e),

⁷² Az Első Ukrán Front egészségügyi szolgálata 1944 első félévében akkora állományt tett ismét szolgálatképesé, mely elegendő volt 50 akkori hadosztály feltöltésére.

7. Az egészségügyi kiürítő rendszer kapacitása és hatékonysága,
8. Az egészségügyi ellátó rendszer kapacitása és hatékonysága,
9. Az egészségügyi anyagellátó rendszer kapacitása és rugalmassága,
10. Az egészségügyi információk továbbításának és feldolgozásának biztosítottsága.

Ezen szempontokat szem előtt tartva kívánok a továbbiakban rámutatni a második világháború egészségügyi biztosításának néhány, a ma szakemberei számára is fontos jellemzőjére.

A szovjet Vörös Hadseregben, 1943. januárjától kezdve minden száz, újra szolgálatképesé tett sérült közül 85 az ezredek, seregtestek, vagy frontok egészségügyi egységeitől került vissza az alakulatokhoz, s csupán 15-en a hátszági intézményekből.[83] Ez jelzi egyrészt a fronton lévő egészségügyi egységek kapacitását és hatékonyságát, másrészt azt, hogy az osztályozási rendszer kiválóan működött. Valóban azok kerültek kiürítésre a hátszági ellátó intézményekbe, akiknél nyilvánvaló volt, hogy belátható időn belül nem lesznek újra szolgálatképesek. A haderő harci moráljának fenntarthatósága ugyanilyen fontos érv volt, és az ma is. A sérültek és betegek frontvonalról történő hátraszállítása abszolút egészségügyi indok hiányában ugyanis erősítene a katonákban a szimuláló és öncsonkítási hajlamot a harcokból történő kivonásuk kikényszerítése érdekében. A betegek átlagban 34,5 napot, a sebesültek pedig átlag 76,4 napot töltöttek egészségügyi ellátó intézményekben.[84] A jelenkor békefenntartó műveleteiben a várhatóan harminc napon belül újra szolgálatképesé **nem** tehető betegeket és sérülteket a lehető leghamarabb kiürítjük a hadszíntérről (a hazai, Role-4 szintű ellátó rendszerbe).

Járványügyi téren a kiütéses tífusz jelentett kihívást (melynek megelőzésére a Krantovskaya professzor asszony által 1942-ben kidolgozott vakcinát használták), a háború utolsó éveiben nem utolsósorban a visszavonuló nácik által szándékosan az egészséges lakosság között és a halál táborokban hátrahagyott betegek miatt.[85] Hastífusz ellen is oltották a lakosságot: 1941-ben 15 millió, 1942-ben 19 millió és 1943-ban 20 millió főt.[86]

A Nagy Honvédő Háború kezdetén mindösszesen 12418 katonaoorvos volt állományban, ezért a tartalékos állományból mozgósítottak több mint 80 ezer szakembert a szükségletek kielégítésére. A polgári életből érkező sebészek ugyanakkor nem rendelkeztek

a tábori ellátás tapasztalatával, s a békeidőszaki ellátás elveit alkalmazták (pl. a sebek elsődleges zárását, melyet aztán rendeletileg kellett betiltani). Az első év tapasztalatai alapján vezették be a sérült-ellátás, s a szövődmények megelőzésének leginkább bevált eljárásait[87] (ma tényeken alapuló ellátásnak - "Evidence based medicine"- hívjuk ezt az elvet). Ekkor született meg a katona-egészségügyi tábori ellátás doktrínája, mely lefektette az egységes, következetes és folyamatos gyógyító-kiürítő tevékenység elveit. Míg a hiányzó általános orvosokat a polgári életből mozgósított szakemberekkel, s a végzés közeli orvostanhallgatók előrehozott kibocsátásával is tudták enyhíteni (30 ezer orvossal többet tudtak ez által a frontra juttatni), addig a mozgósítható sebészek száma véges volt. A sürgősséggel felállított tábori kórházak működtetéséhez legalább 15 ezer sebészre lett volna szükség a mozgósítható 10500-al szemben. Így az állománytáblás sebészi helyeknek csak 58,6%-a, az idegsebészeti helyeknek pedig csupán 35%-a volt feltöltve a háború elején.[88] A nagyszámú sérült ellátása, az egészségügyi szakállomány áldozatkészsége és szervezettsége olyan tudásanyaggal, tapasztalattal és gyakorlati készségekkel (ennek hitelesített formáját ma kompetenciának hívjuk) ruházta fel az egészségügyi szolgálatot, melynek eredőjeként 1942 végére a sérültek 70%-át sikerült ismét szolgálatba állítani. Ugyanebben az időszakban az amerikai hadsereg 39917 sérültjénél ez az arány 51,5% volt.[89] Azt azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az amerikaiakra a frontveszteségeknek sérültek újra szolgálatba állításával való pótlása terén sokkal kisebb nyomás nehezedett.⁷³[90]. Ennek a harci morálra való káros hatását látjuk majd *A hidegháború időszaka egészségügyi biztosításának néhány jellemzője* című alfejezetben.

A szovjet Vörös Hadsereg egészségügyi biztosításában talán legkiemelkedőbb jelentőséggel bíró újítás a sérültek és betegek harci tapasztalatok alapján bevezetett, szakaszos, célirányos kiürítése⁷⁴ volt. Ez rendszer-szinten tette lehetővé a gyógyító tevékenység hatékonyságának kiaknázását. A gyógyító-kiürítő rendszer gyenge pontja a sérültek harctéri első ellátása, tűzvonalból történő kimentése, összegyűjtése és a kiürítés megkezdése volt. A frontok egészségügyi szolgálatfőnökei 1941 július 10-én az alábbi parancsot kapták: „... a katonai körzetek egészségügyi szolgálatainak fő feladata az első orvosi ellátást megelőző segély megfelelő időben történő nyújtása, a sérültek gyors

⁷³ "No military patient was returned to duty status until he was physically capable of fully performing all military duties."

⁷⁴ Ezt az alapelvet, a modern hadviselés körülményeihez igazítva ma is alkalmazzuk, s a honvédelem-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan szakorvos jelöltjeitől a vizsgán követeljük is ennek ismeretét. Talán nem tűnik túlzott szerénytelenségnek, ha e helyütt leírom: a Semmelweis Egyetem megtisztelt engem azzal, hogy négy évre beválasztottak a honvédelem-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan szakvizsgázatáinak sorába.

kimentése a harcmezőről és késedelem nélküli kiürítésük a tábori és stacioner katonai kórházakba a sérültek alapvető tömegének elsődleges sebészeti ellátása céljából. Az egészségügyi zászlóaljok sebészeti sérült ellátását a kizárólag halaszthatatlan beavatkozásokra kell korlátozni, melyek célja a sérültek további kiürítésre történő előkészítése kell legyen...Megparancsolom, hogy a századok, zászlóaljok és lövész ezredek egészségügyi szolgálatai tevékenységének pontos megszervezését elsődleges szempontként kezeljék. Ennek a feladatnak a fő eleme – a sérültek időbeni kimentése a harctérről.,⁷⁵[91]

Feltűnő az egyezés napjaink tömeges sérült ellátási alapjával. A kompromisszumos ellátás követelménye szinte szó szerint szerepel az 1941. évi parancs szövegében: „... (a sérültek) ellátását a kizárólag halaszthatatlan beavatkozásokra kell korlátozni, melyek célja a sérültek további kiürítésre történő előkészítése kell legyen...”.

Kifejezett problémát jelentett a háború elején a szanitécek és sebesültkihordók hiánya, s tapasztalatlanságuk a harctéren való mozgás és tevékenység terén. Elrendelték, hogy a sérültek kimentési és kiürítési elgondolását fel kell tüntetni a műveletek általános biztosítási tervében. Ezáltal a parancsnok közvetlen felelősségi körébe utalták a sérültek kimentésének és kiürítésének feladatait. Tanulságként magunk számára leszűrhető, hogy a magas intenzitású konfliktusok sérültjeinek időbeni és megfelelő ellátása érdekében szükség (és minden bizonnyal lehetőség is) lesz a tűzvonalból való kimentési tevékenység veszélyeztetettségének és humán erőforrás igényének robottechnika alkalmazásával való csökkentésére, mellyel foglalkoznunk kell.

A növekvő halálozási arányokban szerepet játszott az is, hogy az első ellátás hiánya, avagy elégtelensége következtében a tábori kórházakba jóval súlyosabb állapotban jutottak el a sérültek, mint az indokolható lett volna. Ez a tényező nem csupán a halálozási számokat növelte, de a gyógykezelés időtartamát is lényegesen meghosszabbította, illetve eredményességét is kedvezőtlenül befolyásolta. Kórbonctani elemzések alapján a vérzéses sérülésekben elhunytak 21,9%-nak sérülése nem vezetett volna elhalálozáshoz időben nyújtott, megfelelő első segély és idejében történő kiürítés esetén.

Napjaink műveleteinek egészségügyi biztosítása éppen ezen a téren, azaz a kórházi ellátást megelőző szakasz lényegesen hatékonyabb beavatkozásai révén érte el a legkiemelkedőbb javulást, köszönhetően a jobb kiképzésnek, a jobb felszerelésnek és a lényegesen gyorsabb reagálásnak. Az amerikaiak által bevezetett arany óra elv lehetővé

⁷⁵ Kivonat az Északi, Déli, Dél-nyugati, Nyugati és Észak-nyugati frontok egészségügyi szolgálatfőnökei részére kiadott 452320-as számú távirati parancsból.

tette a katonai és politikai döntéshozók, valamint a közvélemény számára is érthető formában megfogalmazni⁷⁶[92] a szárazföldi kiürítő eszközöknél lényegesen nagyobb forrás-igényű forgószárnyas légi-egészségügyi kiürítő egységek szükségességét és egyben elengedhetetlen jellegét[93], melyek által egységes és elérhető céllá vált a hadszíntéren a sérültek egy órán belül egészségügyi ellátó intézménybe történő kiürítése. Az angolk pedig bevezették a műveletek légi-egészségügyi biztosításába az úgynevezett MERT („*Mobile Emergency Response Team*”) megközelítést, mellyel a sérülés helyéhez hozták előre a kórházi ellátás egyes elemeit: így az érzéstelenítést, az intenzív ellátást és a vérátömlesztést.[94] Ennek betudhatóan megfordult a második világháborús tendencia, s Irakban és Afganisztánban már olyan sérültek is élve eljutottak a tábori kórházakba, akiknek a tudomány mai állása szerint egyáltalán nem volt esélye az életben maradásra. A sérülések túlélési aránya harctámogató kórházba élve eljutott sérülteknél Irakban és Afganisztánban már elérte a 95%-ot.[95]

A tömeghadseregek előzőekben bemutatott igényeinek megfelelően az USA haderejében a kiürítés, kórházi elhelyezés és fekvőbeteg ellátás, a megelőző egészségügyi, járóbeteg, fogászati és állat-egészségügyi ellátás, a gyógyüdülés és rehabilitáció, a gyógyító tevékenységgel összefüggő kutatási és fejlesztési tevékenység, valamint a közegészségügyi ellátás is logisztikai funkcióként került megtervezésre, megszervezésre és végrehajtásra.

Az amerikaiaknak a háború alatt arányaiban jóval több betegük volt a hátszágban, mint a frontokon (az össz kórházi elhelyezett 14,7 millió főből 9 millió a hátszágban jelent meg), akiknek elhelyezésére a csúcsideőszakban 460 kórházban 382 ezer kórházi ágy

⁷⁶ Robert M. Gates amerikai védelmi miniszter 2009. január 26-án a következőket nyilatkozta: “*In Iraq, our goal is to have a wounded soldier in a hospital in an hour. It’s closer to two hours in Afghanistan. And so what we’ve been working on the last few weeks is, how do we get that MEDEVAC standard in Afghanistan down to that ‘golden hour’ in Iraq.*” Ennek megfelelően még egy tábori kórházat telepítettek a műveletek támogatására, 25%-al növelték a légi-egészségügyi kiürítő feladatokra rendelt helikopterek számát, közelebb (előretolt bázisokra) telepítették azokat a harcoló alakulatokhoz, s működtetésükhöz a kutató-mentő helikopterekről csoportosították át pilótákat. Ezt felvállalható kockázatnak minősítették, mivel a megelőző hét esztendő során ellenséges tevékenység következtében nem veszítettek harci repülő, vagy bombázókat Afganisztánban. A végrehajtott rendszerszintű változtatásokat, melyek eredményeképpen néhány hét alatt a sérült kiürítések átlag ideje két órahosszról 71 percre csökkent, az tette lehetővé, hogy a szakmai célkitűzéseket és javaslatokat a katonai és politikai vezetés is magáénak érezte, s nem csupán képviselte azokat, de tevékenyen részt vállalt a megvalósításukban. A gyors, hatékony, s egyben látványos eredményeknek persze volt egy nem elhanyagolható előfeltétele, mégpedig az, hogy nem kellett eszközöket beszerezni, vagy plusz állományt szerződtetni a kezdeményezés végrehajtásához, mivel minden rendelkezésre állt. Úgymond *csak* a feladatok rangsorolásán változtattak, s átcsoportosításokat hajtottak végre.

Gates Seeks to Improve Battlefield Trauma Care in Afghanistan, The New York Times, January 27, 2009
Forrás: http://www.nytimes.com/2009/01/28/washington/28military.html?_r=0, Letöltés ideje: 2015. január 19

állt rendelkezésre a kontinentális USA-ban. Ebből a legtöbb egy időben feltöltött ágy 240 ezer volt.

A hadszínterekről 568 ezer főt (ebből 194 ezer sérültet és 374 ezer beteget) ürítettek ki vissza az USA-ba.[96] A kiürítések 10%-át, a háború utolsó évében pedig már mintegy 25%-át, légi úton hajtották végre, s a tengeri kiürítésnél gyakrabban vettek igénybe átalakított csapatszállító, semmint rendszeresített kórház hajókat.[97] Annak ellenére, hogy a Betegirányító Hivatal hivatalosan az egészségügyi szolgálatfőnök alárendeltségébe tartozott, fizikailag egy helyszínen működött a Szállítmányozási Hivatallal.[98]

A lábadozók részére 1944-ben már külön kórházakat alakítottak ki a hátszágban, ám ezek felszereltsége és szakemberrel való feltöltöttsége alacsony volt a szakállomány hiánya miatt (a frontszolgálatra történt besorozások következtében). A hátszági kórházakra nehezedő nyomást azzal is igyekeztek csökkenteni, hogy az állandó egészségügyi felügyeletet nem igénylő, lábadozó betegeket a teljes felépülésükig hazabocsátották, úgynevezett katonai eltávozásra.⁷⁷[99] Ennek tudható be, hogy 1945 elején több beteget tartottak nyilván felvett betegként a hátszági kórházak, mint amennyi ezen kórházak össz ágyférőhelye volt.

Hadd térjek ki most röviden a jelenkor válságainak hasonlóan nehéz viszonyaira. Valószínűsítem, hogy a befogadó nemzetek állam-igazgatási és főképp gazdasági támogatása hosszútávú feladat marad a mostani és jövőbeni válságövezetekben való békefenntartó-békekikényszerítő szerepvállalásaink során is annak okán, hogy a szélsőségek kiküszöbölésére és újratermelődésük megakadályozására az egyik legjobb eszköz a helyi lakosság foglalkoztatottságának elősegítése. A munkahely teremtés saját erőforrásból viszont a piaci vásárló erő hiányában szinte eleve kudarcra ítélt erőfeszítés a helyi kormányzatok számára (már ha léteznek és működőképeseek egyáltalán), azaz marad a nemzetközi segélyezési kényszer, melyet csak erősít a folyamatosan magas népszaporulat, s a közegészségügyi viszonyok javulása nyomán csökkenő gyermekhalandóság. Amennyiben viszont mi saját magunk biztosítunk piacot a válságövezetekben megtermelt áruk számára, avagy oda kihelyezzük termelési kapacitásaink egy részét (pl. az olcsóbb munkaerő okán), akkor azzal a hazai társadalomban fokozzuk a munkanélküliséget és elégedetlenséget. Milyen erkölcsi

⁷⁷ Ez nem volt azonos a betegszabadsággal.

“Conservation of hospital facilities was further effected by furloughing patients whose condition was such that continuous medical supervision was not required during convalescence.”

értékrend és jövőkép alakul ki a konfliktus övezetek felnövekvő munkanélküli fiataljaiban? A kilátástalanság közepette is biztosan kínálkozik három lehetőség számukra: 1. bűnözés, 2. elvándorlás, 3. csatlakozás egy szilárd értékrendet és életcélt kínáló szélsőséges ideológiához. Adódik a következtetés, miszerint a születések számát szabályozni kell ahhoz, hogy ne váljék a népességnövekedés eme három alternatíva öngerjesztőjévé. A születés szabályozás meghonosítása a konfliktus övezetekben azért nehéz, mert annak tiltása legtöbbször a lakosság vallási értékrendjében gyökerezik. Ennek az értékrendnek a megváltoztatására irányuló törekvés (különösen, ha az kívülről jövő kezdeményezés), vagy akárcsak annak érintése is, szinte kezelhetetlen indulatokat képes gerjeszteni a vallási, nemzeti és családi, vagy törzsi értékrendek és érdekek ütközése miatt. Ez a kényszer, azaz a vallási meggyőződés és a nemzet érdeke közötti valós, vagy látszólagos ellentét az egyént is választásra, s adott esetben meghasonulásra kényszerítheti elköteleződésében.⁷⁸

Szakmai körökben sokszor hallhattuk mind hazai, mind pedig nemzetközi fórumokon az elmúlt egy évtized során, hogy a műveletek egészségügyi biztosítása terén célkitűzés az ellátás színvonalának a hazai béke ellátás színvonalához való közelítése. Ez az elvárás megjelenik a Magyar Honvédség egészségügyi doktrínájában és a NATO irányelvekben⁷⁹[100] is.

“A szövetségi elvek alapján a Magyar Honvédségnek olyan egészségügyi szolgálattal kell rendelkeznie, mely a megelőzéstől kezdve az alapellátáson keresztül, a végleges rehabilitációig minőségében megfelelő, széleskörű, mind békében, mind háborúban azonos, vagy közel azonos szintű ellátást képes biztosítani.”[101]

A második világháború fegyvereinek fokozott pusztító hatása és a kiterjedt egészségügyi kockázatok ellenére az amerikai haderő állománya körében a betegségek miatti halálozás alacsonyabb volt a békeidőszaki halálozás szintjénél, alacsonyabb, mint az azonos korcsoportba tartozó civil férfi lakosság körében a háború alatt, s kevesebb, mint egyötöde az első világháborúban tapasztalt halálozási szintnek. A harci sérülés

⁷⁸ Lásd a Charlie Hebdo ügyet, melynek során a muszlinokkal akarták elfogadtatni vallási szentségük gyalázásának lehetőségét a szólásszabadság köntösébe bújtatva – szinte borítékolható volt, hogy a könnyen radikalizálható muszlinok saját befogadó nemzetük ellen fordulnak, s tragédiát fognak okozni.

⁷⁹ “*The standards of care available can have a permanent effect upon the outcome and the effects of poor quality can rarely be reversed later. Every effort should be made to ensure that medical care is based on internationally accepted best medical practice. Compliance with this principle has to be ensured by a quality assurance system in order to achieve continuous improvement in healthcare support on operations (CIHSO). A valuable tool in defining, distribution and implementation of promising (best) medical practice is the medical lessons learned process.*”

következtében elhalálozottak aránya pedig az első világháborús adatokhoz képest a felére esett vissza (8%-ról 4%-ra).[102]

Az első világháború tapasztalatai alapján a hadsereg 65 ezer orvos mozgósítását rendelte el, mely a szakemberek civil szférából történő oly mértékű kivonását vonta maga után, ami akadályozta a polgári lakosság szakellátását a hátszági kórházakban, s így tarthatatlan állapothoz vezetett. Többek között ennek a ténynek tudható be, hogy a fentiekben említett civil statisztikák mutatói a betegségek miatti halálózásra vonatkozóan magasabbak voltak a hadszíntéri adatoknál. A folyamat megállítására 1942-ben a besorozandó orvosok számát 45 ezer főben maximálták. Ezt lehetővé tette az is, hogy a harcok intenzitása és az ellátandók száma alapján a hadsereg valójában túl volt töltve orvosokkal. Nővérekből viszont akkora hiány volt a hadszíntereken, hogy egy időben még törvényhatósági intézkedést is kellett alkalmazni a minimálisan szükséges létszám biztosítására. Ma a hadműveleti területek sérült ellátási tapasztalatait egy egységes adminisztratív folyamat segítségével, a NATO sérülés-nyilvántartó rendszer keretében, a budapesti székhelyű NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ dolgozza fel és teszi elérhetővé nemzetközi szinten.⁸⁰[103]

Átállás a csapatok dinamikus egészségügyi biztosítására. Az első világháború statikus hadviselési tapasztalataira támaszkodva, a frontvonalak mögött 5-10 km-es mélységben elhelyezkedő általános kórházakban nyújtandó végleges egészségügyi ellátással tervezték kezdetben a harci sérültek egészségügyi biztosítását, melyet aztán gyorsan felváltott a kiürítő kórházak, a tábori kórházak és a mozgó sebészeti kórházak (lásd a 1. számú képet) frontvonalhoz közeli, dinamikus egészségügyi biztosítási rendszere. Ennek egyik, a ma szakemberei számára is lényeges és érdekes eleme a háromfázisú sebészeti ellátás volt, melynek köszönhetően csökkent a halálozás, továbbá a kiterjedt sebészeti beavatkozások szükségessége a hátszági ellátó intézményekben, és a szövődmények száma is.⁸¹[104]

⁸⁰ “The main goals are to monitor the quality of the delivered trauma care and validate the existing and new algorithms and procedures. NATO MILMED COE (NATO Centre of Excellence for Military Medicine – a szerző megjegyzése) has an important role in overarching coordination and facilitation of the establishment and – later on – of the management of the system. The LL Branch (Lessons Learned Branch – a szerző megjegyzése) will provide overarching coordination between existing and future military trauma registries.”

⁸¹ “In World War II, evacuation hospitals, field hospitals, and mobile surgical hospitals worked very close to the combat front. This introduced a new concept of medical treatment. The wounded were moved promptly from the front lines to these hospitals. Here initial wound surgery was performed before a patient was sent to the rear areas. This surgery was intended only to remove the immediate danger to the patient’s life. Reparative surgery was subsequently performed at general hospitals located in the

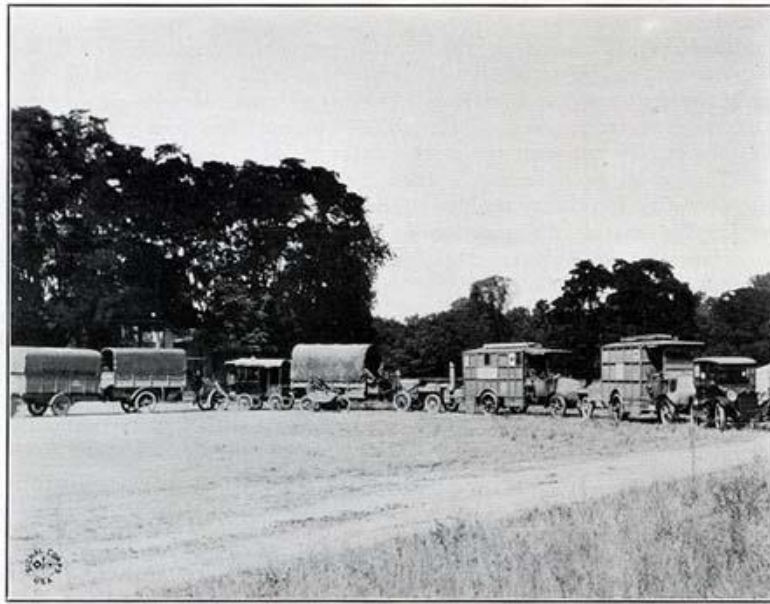


FIG. 32.—Mobile Hospital No. 2, loaded on trucks, and prepared for change of location

1. számú fénykép:

Áttelepülésre kész mozgó tábori kórház gépjárművekre málházva[1]

Itt csupán utalni kívánok a többfázisú ellátás szükségességére az időnyerés szempontjából. A nagyszámú sérültek azonnali végleges ellátását nem teszi lehetővé sem a harcászati helyzet, sem a rendelkezésre álló egészségügyi erők és kapacitások. Ezért szükség van - hasonlóan a tömeges sérült-ellátási helyzetekben alkalmazott kompromisszumos elvekhez - az ellátás mértékének a legszükségesebb beavatkozásokra történő korlátozására, mellyel idő nyerhető. Ez az idő szükséges ahhoz, hogy az egy- vagy közel azonos időben keletkező sérültek mindegyike megkaphassa az életmentéshez és állapotstabilizáláshoz minimálisan szükséges beavatkozásokat. Az egészségügyi ellátás időkorlátainak tervezési és forrás-biztosítási jelentőségét a *Napjaink és a jövő NATO műveleteinek várható egészségügyi biztosítási sajátosságai* című fejezetben fejtem ki.

A Wehrmacht egészségügyi biztosításának néhány jellemzője. A gyalogság támadó műveleteinek biztosítására a szabályzat előírta, hogy a csapatorvosok zászlóaljanként állítsanak fel egy-egy kötöző állomást. A kötöző állomások telepítési helyét és időpontját a csapatorvos javaslata alapján a zászlóalj parancsnok rendelte el. Sürgős esetben a csapatorvos előzetes elrendelés nélkül is telepíthette a kötöző állomást, a

Communications Zone. The third phase, reconstructive surgery and rehabilitation, was performed in the United States."

zászlóaljparancsnoknak tett utólagos jelentéssel. A kötöző állomások települési helyét és időpontját a zászlóalj saját állományával, a szomszédos egységekkel és a hadosztály vezetőorvossal is tudatni kellett, aki erről tájékoztatta az egészségügyi századot.[106] Ez elősegítette a sérült-áramlás szabályozását, figyelembe véve az egyes kötöző állomások települési körzetét.

A német haderő második világháborús egészségügyi biztosítását elemző, 1990-ben, Ekkehart Guth által közzétett könyvben[107] Heinz Goerke megállapítja[108], hogy a csapatok biztosítására rendelt orvostól nem vált rögtön csapatorvos. A különféle alakulatok zászlóalj orvosaitól nagymértékben elvárták az orvosszakmai tevékenység mellett, hogy katonatisztként is ugyanúgy megfeleljenek. Az e két terület integrálásához szükséges tapasztalatot pedig a háborús bevetések során lehetett és kellett megszerezni.

Goerke ezen megállapítása nem csak a német haderőre volt igaz (mint azt az előzőekben amerikai és szovjet példákon keresztül érzékeltettem), s nem csupán a második világháborúban. Biztos vagyok benne, hogy 1990-ben is példa- és üzenet- értékkel írta le a szerző a katonatorvoslás ezen alapvető jellemzőjét, mely napjainkra mit sem veszített érvényességéből.

Amikor 2015 januárjában ezeket a gondolatokat rögzítem, a hazai kollégák is tele vannak, tele vagyunk reménnyel és aggodással a honvéd-egészségügyi szakma jövőjét illetően. A reményt a saját tanszék újra beindításának esélye szolgáltatja, az aggodásra pedig az ad okot, hogy még mindig nem sikerült megállítani szakembereink elvándorlását, egyre inkább korosodik az állomány, s nincs kinek átadni a tapasztalatokat, nincs kit kinevelni. Mert bár a honvéd-egészségügyi karriermodell bevezetéséhez megvan az akarat mind a szakmai, mind a katonai vezetés részéről, sőt, bírjuk politikai döntéshozóink bizalmát és támogatását is, ám az átfogó⁸² intézkedésekhez szükséges forrásfedezetet (ekkor) még nem sikerült biztosítani.

Svéd László eme kettős érzésünket kifejező módon jeleníti meg a honvéd-egészségügy paradigmáját⁸³ összegző, a Hadtudományi Szemlében való közlésre

⁸² A Magyar Honvédség rendkívül nehéz 2014. évi költségvetési helyzetében arra jutott forrás, hogy a – jellemzően csapattagozat szinten érintett – védelem-egészségügyi szakemberek juttatásait az Országos Egészségbiztosító Pénztár által a polgári egészségügyi szakemberek részére garantált bérminimumra ki lehessen egészíteni. Ez, bár nagyon kis lépés volt az *Athénba vezető* úton, mégis óriási jelentőségűnek tartom, mert jelzi, hogy a csatát *Marathonnál* megnyertük, azaz valóban minden szinten bírjuk előljáróink támogatását, s el lehet indulni (Mit indulni? Rohanni!) a jó hírrel az állomány jövőbe vetett hitének megerősítése érdekében.

⁸³ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása.

elfogadott⁸⁴ cikk címében: “Quo Vadis Honvédorvostan? (Honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan) Helyzetelemzés egy Tanszék remélt újraszületéséhez”. A cikk bevezetőjében Goerke megállapítása a szakma hazai helyzetére kivetítve szintén megjelenik: „...rég vágyunk, hogy az általános orvos- és az egészségügyi szakemberképzés részévé kell tenni azokat az akut és katasztrófa helyzetek egészségügyi következményei felszámolásában jártasságot eredményező elméleti és gyakorlati ismereteket, melyeket ez a szakképesítés sui generis tartalmaz.”

A Magyar Királyi 2. Honvéd Hadsereg egészségügyi biztosításának néhány jellemzője. Szépen szemlélteti a háborús felkészülést és foglalja össze a haderő egészségügyi biztosítási rendszerét Dr. Frank Richárd vezértörzs orvos, 1940 december 19-én elhangzott rádióbeszédében, melyet szaklapunk, a Honvédorvos folyóirat közölt nyomtatásban.[109] Ha el is tekintünk a beszéd propaganda jellegétől (tekintve, hogy a társadalom széles rétegei számára hangzott el, s így - természetes módon - a legjobb oldaláról kívánta bemutatni a haderő egészségügyi szolgálatának felkészültségét), akkor is szembeötlő, hogy az ellátás színvonalának minőségi mutatói közül kiemeli a személyi állományt, a szakemberek tapasztalatát és áldozatos munkáját, a kor technikai színvonalának megfelelő egészségügyi eszközöket és felszereléseket, valamint az ellátás időkorlátait. Az ellátás időkorlátainak szakmai elvét akkor és napjainkban egyaránt az ellátó helyek, valamint a kiürítő eszközök száma és kapacitása határozta, határozza meg első sorban. Ezek rendszere tette és teszi ma is lehetővé az egészségügyi biztosítás egyik alapelveként, az ellátás folytonosságának⁸⁵ megvalósítását. Ezért emeli ki a honvédség egészségügyi szolgálatának legfőbb parancsnoka a hatalmas egészségügyi szervezet és a megfelelő szállítóeszközök jelentőségét. Az egészségügyi szolgálat főnökének beszédében megjelenik az egészségügyi szolgálat rendeltetését képező alapfeladat, a sérültek és betegek szolgálatképességének helyreállítása is: „...azt mutatja a statisztika, amely szerint a sebesülteknek több mint 80%-a rövid idő múlva mint teljesen harcképes katona újra visszatér a küzdők vonalába.”

Az elgondolás jó volt. Mai szemmel nézve is. Fellelhetőek benne a telepített kórházi ellátó képesség funkcionális egységei (ez már a moduláris felépítés ismérveit vetíti előre). Nyomatékot kap a telepített képesség mozgékonyságának követelménye, a gyógyítás és kiürítés egysége, melyben a katonai és polgári egészségügyi szervek együttműködése

⁸⁴ A Hadtudományi Szemlében való közlésre elfogadva 2015 januárjában.

⁸⁵ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása.

hangsúlyozottan jelenik meg. A rádióhallgatókat szinte elvárásolhatta a kiürítő rendszer sokrétűsége (szárazföldi, vízi és légi kiürítés), az ellátás szoros időkorlátai, a lehető legmagasabb technikai színvonalat képviselő eszközök és felszerelések hadszíntéri alkalmazása, valamint a tömegpusztító fegyverek okozta sérültek fogadására és ellátására történő felkészülés. Joggal voltak büszkéek elődeink az általuk megálmodott és elemeiben létrehozott rendszerre. Ezt az idilli rendszert hivatott szemléltetni a 2. számú fénykép. A valós körülményeket jobban mutatja be a 3. számú fénykép.



2. számú fénykép:

*Honvédelmi miniszteri látogatás a keleti front egyik hadikórházában,
1942 októberében⁸⁶[]*

Eltelen megközelítés lenne most nagymellénnyel felsorakoztatni azokat a tényeket, melyek ennek a felvázolt rendszernek a szovjet ellentámadást és doni áttörést követő működőképzetelenségét, ellehetetlenülését bizonyítják (a szemtanúk visszaemlékezései alapján).[111] Elődeink jó szakemberek voltak, hittel és odaadással szolgálták a Hazát és a rájuk bízott állományt. Úgy vélem, természetes dolog az, hogy a vereség tudatában lévő, s folyamatos visszavonulásra és védekezésre kényszerülő haderő támogató-kiszolgáló és képesség-növelő rendszerei megroggyantak, s működésük állandó ellátási hiányközegben, túlterheltség mellett zajlott, vezetési zavarokkal terhelve, ha egyáltalán fenntartható volt.

⁸⁶ Nagy Vilmos nyugállományú vezérezredes, honvédelmi miniszter a keleti hadműveleti területen tartott szemléje során ellátogat a magyar királyi 2. honvéd hadsereg kijevei hadikórházban ápolts sebesült honvédekhez. Készítés ideje: 1942. október. Készítő neve: Haditudósító század, Szűts.



Alekszejkára települt magyar tábori kórház kórterme
Készítés ideje: 1942 nyara
Készítő neve: Glasz Gizella

Ward of a field hospital stationed in Alekszevka
Date: Summer 1942
Photographer: Gizella Glasz

3. számú fénykép:

Magyar tábori kórház kórterme, 1942 nyara⁸⁷[]

A hidegháború időszaka egészségügyi biztosításának néhány jellemzője

A lét a tét.

A második világháború meggyőzte mind a politika művelőit, mind a katonai vezetőket, hogy a győzelem, vagyis saját akaratunk erőszakos rákényszerítése az ellenségre, akkor érhető el, ha az ellenség képességeit, melyekkel akaratát ránk akarja kényszeríteni, megsemmisítjük, vagy legalábbis minél nagyobb mértékben károsítjuk. Ez a cél pedig az atomfegyver, majd pedig a hidrogénbomba megjelenésével elérhető közelségűnek tűnt – új lendületet vett tehát az egyébiránt sosem szűnő fegyverkezési verseny a két táborra szakadt világban. Az atomfegyver megjelenése a NATO megalakításához is hozzájárult. A második világháború befejezését követően ugyanis egyértelmű volt, hogy az atombomba birtokában az Egyesült Államok olyan elrettentő képességgel rendelkezik, mely védetté teszi a Szovjetunió támadási szándékával szemben. Nyugat-Európa viszont védtelen volt egy esetleges lerohanást tekintve. A nukleáris erő jelentette védettséget tehát ki kellett terjeszteni az európai partnerekre is. Ezért jött létre a NATO, s ezért került rögzítésre alapszerződésében az 5. cikkely.

⁸⁷ Alekszejkára települt magyar tábori kórház kórterme. Készítés ideje: 1942 nyara. Készítő neve: Glasz Gizella.

A szovjet atomarzenál megjelenésével az egyoldalú elrettentést felváltotta a kölcsönös elrettentés, s a világhatalmi rivalizálás helyszíne áttevődött a két tömbön kívüli területekre, a válságövezetekben folytatott politikai csatározásokra és harci cselekményekre.

Mindössze öt évvel a második világháború után, a Korea-i háború első évében, a történelem megismételte önmagát az USA haderő egészségügyi biztosítása előtt álló kihívásokat tekintve. Kritikus hiány mutatkozott orvosokból, s a besorozottak nem rendelkeztek semmiféle tapasztalattal a harci sérültek ellátása terén.[113]

A Korea-i háborúban történt persze előrelépés is az egészségügyi biztosítás terén. Többek között először került harci körülmények között alkalmazásra a Dr. Michael Ellis DeBakey[114] által megálmodott mobil tábori sebészeti kórház (*Mobile Army Surgical Hospital*), a katonákat tömegesen szerelték fel repeszálló mellényekkel, melynek védő hatásánál (lásd az 4. számú fényképet) a mellény állományra gyakorolt pszichés befolyása talán még jelentősebb volt. A második világháborúval ellentétben a Koreában bevetett katonák motivációja sok esetben nem annyira az ellenség megsemmisítése és a végső győzelem kivívása, mint inkább a személyes túlélés célja volt. Bevezetésre és alkalmazásra került a harctéri mentőkatona (*Combat Medic*), a helikopteres légi-egészségügyi kiürítés egyre kiterjedtebb alkalmazásával pedig lényegesen lerövidült a sérültek kiürítésének időtartama. Ezek hatására a mellkasi és hasi sérülések, valamint a tábori kórházakban kezelt sérültek halálozási aránya is lecsökkent.[115]



4. számú fénykép:

*Repszálló mellény védőhatása, Korea, 1952*⁸⁸[116]

⁸⁸ Rodney M. Brigg hadnagy, a 40-es Lövész Hadosztály Egyéni Védőfelszerelés Csoportjából mutatja a 180-as Lövész Ezred állományába tartozó Frank Bassett hátán lévő, repesz-szilánk által okozott

Mikor eljutott a világ a tömegpusztító fegyverek okozta kölcsönös, garantált és kivédhetetlen megsemmisítés fenyegetésének felismerésére, akkor ismét a hagyományos fegyverek tömeges bevetése került előtérbe a két ideológiai tábor közötti fegyveres konfliktusok lehetőségének mérlegelése során.[117] Az Egyesült Államok 34. elnökének ez a fajta stratégiai megközelítése megjelenik (és leképeződik) a Szárazföldi Haderő egészségügyi szolgálatfőnökének 1958. évi beszámoló jelentésében is.

„Éveken át folytatott tanulmányozást és tervezést követően a hadsereg egészségügyi szolgálata teljesen megújította a hadszíntéri egészségügyi biztosítás szervezeti és működési rendszerét annak érdekében, hogy egy mobilabb, rugalmasabb támogatást legyen képes nyújtani a katonai műveletek végrehajtásához. Előre láthatóan minden jövőbeni hadviselés területi alapon fog folyni. Az ilyen hadviselés kis létszámú, nagy területen szétszóró, önálló, rendkívül mozgékony harcászati egységek alkalmazásával fog történni, melyek képesek gyors, független és együttes tevékenység végrehajtására ezen nagy kiterjedésű hadműveleti területeken belül. A harcászati és támogató egységek kettős képességgel fognak rendelkezni, mely képessé teszi őket nukleáris, vagy hagyományos típusú háború megvívására egyaránt.”[118]

A hagyományos katonai képességek előtérbe kerülésével viszont egy új probléma merült fel. A Varsói Szerződés tagállamai fölényben voltak a harckocsik számát tekintve. Ennek ellensúlyozására indult meg a neutron bomba fejlesztése az USA-ban.[119] Az egészségügyi szolgálatfőnök ugyanezen, 1958. évi jelentésében a harcászati szintű nukleáris, és az egyre fejlettebb hagyományos hadviselés katonai-egészségügyi vonatkozásai az alábbiak szerint kerülnek meghatározásra:

„A nukleáris és új típusú hagyományos fegyverek harcászati alkalmazásának megjelenésével, melyek képesek nagy számban sérülteket okozni viszonylag rövid idő alatt, az egészségügyi szolgálat eddig soha nem tapasztalt problémákkal szembesülhet a sérült-ellátás terén. Az elmúlt háborúk során a sérültek áramlása viszonylag állandó volt, ezzel is elősegítve egy hatékony és átfogó szervezet felállítását a kezelésükre. Minden jövőbeni katonai műveletben valószínűsíthető, hogy lesz egy hagyományos fegyverek okozta, viszonylag alacsony és állandó sérült áramlás. Erre rátelepülve hirtelen jelentkezhetnek nagyobb harci egységeket megbénítani képes robbanásokból származó nagyszámú sérültek.”

horzsolást. Bassett hadnagy repeszálló mellénye a robbanás behatásának nagy részét elnyelte. 1952 június 20.

A nagy kérdés mindig az, hogyan kezeljük ezeket a hirtelen jelentkező sérültszám növekedéseket. Itt egyértelműen a tömegpusztító fegyverek bevetésétől tartva várták a sérültszám hirtelen megugrását. A kölcsönös elrettentés gyakorlata ezt aztán háttérbe szorította. A NATO 2010. évi stratégiai koncepciója még a nukleáris fegyverektől mentes világ jövőképeként lehetőségét is felveti.

„[*Ez a Stratégiai Koncepció*] Elkötelezi a NATO-t egy nukleáris fegyverektől mentes világ feltételeit megteremtő cél elérése mellett, ugyanakkor újból megerősíti, hogy mindaddig, amíg nukleáris fegyverek vannak a világban, a NATO nukleáris erővel rendelkező Szövetség marad.”[120]

Napjaink műveletei kapcsán két alapvető lehetőség közül kell és lehet választanunk, ha tömegesen megjelenő sérültekkel kell számolni. A nagyszámú sérültet vagy elosztjuk a hadszíntéren települt egészségügyi ellátó egységek között, vagy minél gyorsabban kiürítjük őket a hadszíntérről, hogy a hadszíntéri egészségügyi egységek folyamatos működőképességét fenn tudjuk tartani. Az első esetben több mint egy ilyen egészségügyi egység jelenléte szükségeltetik a hadművelleti területen, s ez akár meglepő kijelentésként is hathat. A hadművelleti terület egészségügyi biztosítási rendszerének komplexitása, költség- és szakember igénye nem teszi lehetővé, a műveletek jellege pedig sok esetben nem teszi szükségessé, több mint egy sebészeti ellátást nyújtani képes egység telepítését a hadszíntéren. Ez utóbbi esetben egy nem kevésbé összetett, rugalmas, hatékony és költségigényes hadászati egészségügyi kiürítő rendszert is folyamatosan, fenntarthatóan és megbízhatóan kell tudni működtetni a műveletek biztosítására. Eme változás jelentősége abban áll, hogy napjaink műveleteinek egészségügyi tervezése (és végrehajtása) során a haderő egészségügyi biztosításával kapcsolatos társadalmi elvárás, az egészségügyi műszerek és felszerelések technikai fejlődése, s szövetséges erőink légi egyeduralkodása a hadszíntéren, s az alacsony sérült- és betegszámok lehetővé teszik az egészségügyi biztosítási rendszernek az egyéni katona szükségleteire való összpontosítását. Ezért tudunk elérni napjainkban kimagasló túlélési arányokat. Úgy hajtjuk és hajthatjuk végre mindezt, hogy az egészségügyi erőforrások elhelyezését a hadszíntéren az ellátási és kiürítési időintervallumoknak megfelelően szabályozza, s nem csupán a haderő műveleteinek biztosítása, bár a kettő nem választható külön egymástól.

A jelentés további néhány sora meglepően élethűen vetíti előre a jövőt, s szinte szó szerint ráillik a jelenlegi szövetségi (NATO és Európai Unió) műveletek egészségügyi biztosítási rendszerére.

„A betegek az elsődleges ellátás helyéről abba az egészségügyi intézménybe kerülnek kiürítésre, amelyik számukra a szükséges ellátást biztosítani képes. Nagyobb hangsúly lesz a légi kiürítésen, mellyel egyidejűleg valószínűleg rögzíteni tudjuk irányelveinkben a hadszíntérről való kiürítés időkorlátjának mintegy 60 napra történő csökkentését. Az egészségügyi erők megfelelő eloszlását a katonai alakulatok szerves részét képező és kisebb, de önálló működésre képes egységek alkalmazásával lehet majd elérni. Az új harcászati elgondolásnak és a várhatóan lényegesen megnövekvő sérültszámnak megfelelő egészségügyi biztosítás egyrészt gyorsabb kiürítő eszközöket, az egészségügyi állomány és felszerelés gyorsabb szállítását, jobb híradó rendszereket, továbbá az elérhető leghatékonyabb kezelési eljárásokat fogja igényelni.”

Feltűnik itt a szakaszos kiürítést felváltó, s az Afganisztáni műveletek tapasztalatai alapján bevezetett kiürítési elv, mely szerint a sérültet az első ellátást követően nem feltétlenül a legközelebbi, sokkal inkább az állapotának stabilizálására és ellátására leginkább alkalmas és az időkorlátokon belül elérhető egészségügyi egységbe kell kiüríteni.[121] A jelentés nyomatékosítja a légi-egészségügyi kiürítés dominanciáját, a nagy kapacitású tábori kórházakat felváltó kisebb egységek szükségességét, s a híradás jelentőségét. Jelenleg ez utóbbi képesség, vagyis az egészségügyi híradó-informatikai rendszer (*Medical Communication and Information System*) szövetségi szintű egységesítésének megteremtését készítjük elő. Az egészségügyi biztosítás erőforrásainak tervezése szempontjából meghatározó tényezőt, azaz *a betegek hadszíntéren tartásának irányelvét*⁸⁹ is felfedezhetjük a dokumentumban.

A következő, 1959. évi jelentésben már a feltételrendszer felülvizsgálatának eredményéről olvashatunk. Mit mutatott ki ez a felülvizsgálat a hadműveleti egészségügyi biztosítás új koncepciójának bevezethetőségéről?

„Az optimális szervezeti felépítés meghatározását célzó kutatások azt jelezték, hogy a harcképesség-fejlesztési programot külön kellene választani a mindennapos rutin műveletektől, és hogy jelentős személyi állomány erősítésre lenne szükség, ha a kívánt eredményeket el szeretnénk érni.”[122]

A kutatások pedig a valós műveleti tapasztalatok összegzésén alapultak, mint például az 1958. évi libanoni hadműveletén, melynek egészségügyi vonatkozású megállapításait az egészségügyi szolgálatfőnök 1960. évi jelentéséből ismerhetjük meg. Napjaink

⁸⁹ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása!

műveleteinek egészségügyi biztosítását tervező kollégák számára is megszívlelendőek a következő megállapítások.

„A Libanonban szerzett fontosabb tanulságok:

1. Az egészségügyi biztosításnak, s különösen a közegészségügyi-járványügyi biztosításnak, a csapatok legelső egységeivel együtt kell a hadszíntérre érkezni, mivel az egészségügyi problémák legnagyobb része a műveletek kezdeti szakaszában jelentkezik.
2. Az egészségügyi rendszabályokat még a csapatok bevetése előtt meg kell határozni. Ezen rendszabályoknak megfelelően átfogóaknak és részletezetteknek kell lenniük ahhoz, hogy maximális védelmet nyújtsanak a betegségekkel szemben.
3. A harci kötelékbe bevont közegészségügyi-járványügyi egységeknek a feladatra szabott minden alapvető és kiegészítő szervezeti elemmel rendelkezniük kell a bevetésre történő kijelöléskor. Egyidejűleg a helyzet-felméréshez, elemzéshez, nyomkövetéshez és ellenőrzéshez szükséges alegységekkel is rendelkezniük kell ahhoz, hogy hatékonyak lehessenek.
4. A szervezeti egység eszközeinek szakaszos telepítését úgy kell tervezni, hogy az alapelv a megfelelő rovar- és rágcsálóirtáshoz szükséges anyagok korai szakaszban történő kiszállítása maradjon.
5. Az egészségügyi szolgálatfőnöknek meg kell kapnia a megfelelő statisztikai és egészségügyi jelentéseket minden olyan összhaderőnemi parancsoktól, melynek kötelékében a Szárazföldi Haderő csapatai is részt vesznek.
6. Az ilyen típusú műveletek tervezésére megfelelő egészségügyi szakembereket kell kijelölni ahhoz, hogy biztosítva legyen az egészségügyi biztosítási tervek megfelelő előkészítése, illetve ezen tervek egyeztetése és végrehajtásának felügyelete.
7. A harci kötelék bármely műveletének tervezése során elengedhetetlen, hogy elégséges műtéti kapacitás álljon rendelkezésre már a csapatok hadművelési területre történő kiérkezésével egyidejűleg.
8. Terveket kell kidolgozni, amelyekben nem csupán a telepíthető egységek feladat végrehajtására történik meg az egyének kijelölése, de az egységgel együtt folyik a feladatra való felkészítésük és kiképzésük is.
9. Alapos felméréseket kell végezni annak érdekében, hogy meggyőződjünk róla, a csapatok állományjegyzéke, illetve felszerelési listája kielégíti a várható követelményeket.

10. A rendszeres anyagutánpótlást ki kell egészíteni különleges rendelési tételek igény szerinti, megfelelő mennyiségű kiszállításával, amelyek szükségesek lehetnek azon ország jellegéből adódóan, ahol a harci kötelék műveletet hajt végre.”[123]

Háború Vietnamban. A Libanonban szerzett tapasztalatok feldolgozását azok gyakorlatba való átültetése követte. A Vietnamban folytatott háború során teljesedett ki például a harctéri mentőkatonák, a harcászati légi-egészségügyi kiürítés és a rugalmasan alkalmazható, kisméretű és mozgékony tábori kórházak rendszere. Megújult az egészségügyi szakanyagellátás, lendületet vett a repülőorvostan és az egészségügyi kutatások, kifejezett eredményességgel működött a hadszíntéri megelőző egészségügyi ellátás, s elindult a katonai vérellátó program. Újítások jelentek meg a laboratóriumi háttérbiztosítás terén, s az amerikai erők rendszerszintű ellátást nyújtottak a helyi polgári lakosság részére is. Ennek ellenére a személyi veszteségek nagyok voltak. A Time magazin 1973. évi augusztusi számában (44. oldal) közli az USA megelőző tíz esztendejének háborús mérlegét: 53813 halott, 1249 eltűnt és 303690 sebesült személy, akik közül 153302 fő volt súlyos és 150388 könnyű sérült. A magas veszteségek az Észak-Vietnam-i hadsereg által alkalmazott gerillaharcnak tudhatók be (mely már az aszimmetrikus hadviselés előhírnöke).

Vietnam egészségügyi tapasztalatait átfogóan feldolgozták, melyekből önkényesen válogatva, értekezésemben én mindössze néhány, szervezési oldalról nézve is megfontolandó szempontot idézek.

A statisztikákat és jelentéseket böngészve azt tapasztaljuk, hogy az ellenség tevékenysége következtében lényegesen kevesebb katona kerül kórházba, mint a hadszíntéren szerzett megbetegedések miatt. Ez azért lényeges megállapítás, mert az aszimmetrikus hadviselés napjainkban megfigyelhető állandósulásával a szövetségi (NATO, EU, ENSZ) és koalíciós műveletek során ez az irányvonal válik uralkodóvá.

Látjuk tehát, hogy az egészségügyi biztosítás egyre hatékonyabb, mely egyrészt a hathatós megelőzésnek (átfogó haderő-egészségvédelmi intézkedések), másrészt a szakosított egészségügyi ellátáshoz való gyorsabb hozzáférésnek köszönhető. Megjelenik a kiürítés során történő sérült-ellátás is.[124] A fektető kapacitás több mint elégséges volt, s ezt még a második világháborús biztonsági felfogás továbbélésének tulajdonítom az USA részéről. A náci Németország totális háborúja által okozott veszteségek arra sarkallták a hadvezetést (s az ország gazdasági teljesítőképessége ezt lehetővé is tette), hogy a várható legmagasabb sérültszámot is biztonsággal kezelni képes kapacitásokat telepítsenek a

hadszintére. Ez a törekvés és lehetőség az USA részéről mind a mai napig megmaradt. A változás abban áll, hogy a sérültek és betegek hadszíntéren tartási irányelve szerinti (általában harminc napon belüli) időtartam alatt egészségi okból szolgálatba vissza nem állítható állományt ma már a lehető leghamarabb kiürítik a hadszíntérről. Ezzel szemben az európai hatalmak napjainkban (a biztonságuk már korábban elemzett eltérő felfogásából adódóan) a minimálisan elégséges sebészeti és egyéb szakorvosi kapacitásokat telepítik a hadszínterekre, s az ezek működtetéséhez szükséges szakállomány folyamatos biztosítása hatalmas kihívást jelent számukra. Ennek oka, hogy a magasan képzett egészségügyi szakemberek elhagyják a haderőt a civil szektorban (s főleg külföldön) kínált pénzügyi juttatásokért. Maradjunk tárgyilagosak: sokkal inkább azért, mert a haderő által kínált bérek lényegesen elmaradtak a piaci realitásoktól, s ennek eredője az ezen országok biztonsági felfogása által megengedett védelmi költségvetések megnyirbálásában keresendő. A katona-egészségügyi állomány valóban jelentős, átfogó bérrendezését 2016-ban tudta megkezdeni, s költségvetési forrásai terhére biztosítani a Honvédelmi Minisztérium.

A hidegháború jellegénél fogva a magyar katona-egészségügyi szakemberek, s így professzor Dr. Vámos László, katonai- katasztrófaorvostani társaságunk megalapítója is – joggal- hatalmas (négy száz ágyas, modulrendszerű) harctámogató kórház felállításában gondolkoztak a haderő feladatainak egészségügyi biztosítása érdekében.[125]

Spurgeon Neel vezérőrnagy, az 1965-70 közötti időszak egészségügyi biztosítási rendszerét összegző tanulmány szerzője, az egészségügyi biztosítás vezetés-irányítási rendszerének elemzése során mérföldkőnek számító megállapítást tett: „Talán az a legfontosabb tényező, hogy a haderő Vietnamban telepített egészségügyi erőforrásainak központi irányítása tenné lehetővé a kritikus, szűkös erőforrások leghatékonyabb alkalmazását. Azok optimális kihasználását a Vietnamban állomásozó rangidős katonaorvos, a hadszíntér főorvosának, teljes vezetési és irányítási felelősséggel való felruházása garantálná.”[126]

A tapasztalatok összegzése és a belőlük levonható (levonandó) következtetések megfogalmazása során pedig egyértelműen kijelentette, hogy az egészségügy nem a logisztika, vagy a humán szolgálat funkcionális része: „A katona-egészségügyi erőforrások alkalmazásának és irányításának előnyben részesített szervezeti felépítése a vertikális elrendezésű egészségügyi vezetés-irányítási rendszer volt, amely Vietnamban teljesedett ki. Az egészségügyi szolgálat egy integrált rendszer, mely magában foglalja a gyógyító,

kiürítő, kórházi ellátó és szakanyag-biztosítási elemeket, valamint a híradó egységeket is. Ez nem a logisztika, és nem is a humán szolgálat egy alrendszere.”[127]

Mindezek a megállapítások ma is érvényesek, s megjelennek a hatályos szövetségi irányelvekben, kiegészülve a többnemzeti együttműködés szükségszerűségével, lehetőségeivel, illetve annak kereteivel, melynek elemzését a *Doktrína és irányelvek* című fejezetben ismertetem.

„A hatékony egészségügyi biztosítás előfeltétele, hogy az egészségügyi tanácsadók közvetlen hozzáféréssel rendelkezzenek saját NATO-parancsnokaikhoz és más kulcsfontosságú parancsnoki törzs elemekhez. Az egészségügyi szakállomány logisztikai szervezetnek való alárendelése potenciálisan akadályozhatja a műveleti parancsnokok felé történő célzott egészségügyi értékelések jelentését és magában hordozza a sérült-ellátás káros kimenetelének kockázatát a műveletek során.”[128]

Vietnam kapcsán meg kell említeni a háború lelki és erkölcsi hatását a haderő állományára, illetve a társadalomra. Már a Koreában zajló háború során megjelent a katonák hitevesztettsége, mely Vietnamban még fokozottabban volt érzékelhető. Ezt a hatást az elhúzódó konfliktus előrehaladtával erősítette a kegyetlen gerillaharc elleni védekezés kilátástalansága, s a Ho Si Minh vezette Észak-Vietnam-i Hadsereg ezzel párhuzamosan növekvő térnyerése az USA és szövetségesei által birtokolt technikai fölény ellenére. A személyi veszteségek egyre inkább elveszítették értelmüket az amerikai társadalom szemében, mely naponta szembesült a háború borzalmaival és kudarcaival a közszolgálati hírforrások tudósításai nyomán. Egyre gyakoribbá váltak a parancsmegtagadások[129], sőt, 1969-től nem ritkán előfordult, hogy az alegység-parancsnokokat saját embereik gyilkolták meg.[130]

A háború egészségügyi biztosításának szervezeti kérdéseit vizsgáló kutató akkor jár el helyesen, ha -az ideológiai háttér mellőzésével- felidézi a kiváló magyar katonáorvosok, mint például Záborszky Zoltán, Vietnam-i tapasztalatait is. A szakma hivatástudata az alábbiakban fogalmazódik meg professzor úr visszaemlékezésében, melyet - és ez is a hivatástudat része - a Magyar Honvédség ma műveleti feladatokat vállaló fiatal katonáinak idézett fel 2013 év végén: „A végéhez közeledő vietnami háborús sérültellátásban való személyes részvételem, a rendkívüli mostoha körülmények közötti megoldáskeresés, az ottani kollégákkal való szoros együttműködésünk, a vietnami nép egységes helytállása, életükbe való bepillantás lehetősége, életre szólóan meghatározta orvosi gondolkodásom.

Megtanultam, hogy a számunkra sokszor elképzelhetetlen körülmények és feltételek mellett is van megoldás. A kemény munkával, hittel, győzni akarással, bizonyára lényegesen magasabb veszteséggel⁹⁰[131], de meg tudták oldani a szervezett sérültellátást. Napjaink orvosa, ha nem áll rendelkezésére megfelelően felszerelt egészségügyi intézet, korszerű infrastruktúra, nem teljes értékűnek tartja az ellátást. Tudjuk, hogy az igénynek nincs felső határa, ugyanakkor reménytelennek tűnő körülmények között is szükséges megtalálni azokat a lehetőségeket, módszereket, amivel segíteni tudunk.

A leírtakat néhány példával bemutatom, melyet az egészségügyben végzett munkám során tapasztaltam. A Szovjet érdekerülethez tartozó Észak-Vietnam gazdasági és katonai erejének központja, ahol a mi csoportunk is dolgozott. Dél-Vietnam területén az amerikai katonai jelenlét miatt a szervezett sérültellátás úgyszólván lehetetlenné vált. A Vietnami Néphadsereg igyekezett Vietnam Déli Zónájából a partizán hadműveletek során keletkezett sérültjeiket mielőbb Laoszon, Kambodzsán át a dzsungelben kiépített úgynevezett Ho Si Mihn ösvényen Észak-Vietnamba kiszállítani. No de hogyan? Jól mutatja a nemzet élni akarását. Sérültjeik kihordása 600-800 km! távolságból kizárólag emberi erővel történt, gyalog! Két sebesültvivő katona vállán kb. 3 m hosszú bambuszrúd volt, amelyre sátorlapból függőágy-szerű alkalmatosságot alakítottak ki, ebbe fektették bele a sebesült katonát. Ilyen módon hozták hátra sebesültjeiket. Erről fényképfelvételeim is vannak. A kiürítési útvonalon végig, 40-50 km távolságban helyezkedtek el az úgynevezett »kiürítő kórházak«, ahol lehetőséget biztosítottak a sérültek kezelésére és az egészségügyi katonák számára pihenésre, étkezésre. Ezeket nem lehet összehasonlítani a mi fogalmaink szerinti tábori intézetekkel. A segélyhely földbe mélyített árokrendszer, számos belső, 10-20 m²-es térséggel, ahol elhelyezték a sérülteket, pihenésre, étkezésre alakítottak ki megfelelő teret. A műtő ugyancsak földbe ásott, 2x3 m²-es üreg, ahol a sebészcsoporthoz dolgozott. Egy-egy sebészcsoporthoz hat főből állt, kerékpárral felszerelve közlekedtek. Műszereiket 5-8 literes kuktafazékban vitték magukkal, használat után elmosva, ebben sterilizálták. Bemosakodás szalmiákos oldatban történt. A műtő tér világítását egy felbakolt kerékpár dinamója biztosította, a kerékpárt egy-egy katona felváltva hajtotta. A műtői ruházat lemosható kötény és steril kesztyű volt.»[132]

⁹⁰ Az Észak-Vietnam-iai vesztesége másfél-, de akár nyolc és félszerese is volt az amerikaiak és szövetségeseik által elszenvedett veszteségeknek. A könyvben szereplő, idevágó, táblázatos, évenkénti kimutatás (p. 191) szerzői jogvédelem alatt áll, ám a világhálón megjelent könyvismertető betekintést enged a szövegbe.

A hidegháború elemzésének zárásaként még meg kell említeni az elhúzódó konfliktusból való fokozatos amerikai kivonulás máig ható, Nixon elnök nevével fémjelzett, és Henry Kissinger segítségével bevezetett „Vietnamizálás” politikáját. Ennek lényege, hogy a lezárhatatlan konfliktusból való emelt fővel történő katonai kivonulás érdekében, a harcoló csapatok fokozatos kivonása mellett, a helyi erők kiképzésére fektették a hangsúlyt, hogy a harcokat az északiakkal a továbbiakban ők vívják meg.[133] Ez az elem napjaink stratégiájában is megjelenik, az átfogó megközelítés elvében („*Comprehensive Approach*”). A katonai-egészségügynek a NATO átfogó megközelítés elvének alkalmazásában betöltött szerepét részletesebben a *Napjaink és a jövő NATO műveleteinek várható egészségügyi biztosítási sajátosságai* című fejezetben elemzem. A Vietnamban folytatott USA katonai műveletek azt is bizonyították, hogy a logisztikai támogatás és a rendelkezésre álló katonai képességek és erőforrások már nem képesek önmagukban garantálni a győzelmet, vagyis az ellenség teljes kapitulációját, s ennek hiányában a katonai beavatkozás társadalmi támogatottsága elveszhet (lásd az 5. és 6. sz. fényképeket).



5. számú fénykép:

*USA helikopterek gépfegyver-tűzzel támogatják a dél-vietnamiak támadását
Saigontól észak-nyugatra, 1965 márciusában⁹¹*

⁹¹ NBC News – 35 years after the fall: The Vietnam War in pictures – slideshow – slide 4.
Forrás: <http://www.nbcnews.com/slideshow/news/35-years-after-the-fall-the-vietnam-war-in-pictures-36859810> letöltés időpontja: 2015 február 27.



6. számú fénykép:

Vietnam-i veterán katonák tiltakozása a Capitolium-nál, 1971. április 26⁹²

A fejezet összegzése

Ebben a fejezetben a második világháború stratégiai és műveleti tapasztalatait idézve adtam meg a haderők mozgatásának és fenntartásának tervezési és végrehajtási tudománya, a logisztika huszadik századi egyetemleges térnyerésének történelmi hátterét. Kifejtettem, hogy totális háborúban a kitűzött politikai és katonai célok elérése a társadalom és a nemzetgazdaság teljes alárendelését és szövetségi rendszereken keresztül történő, koncentrált alkalmazását követeli meg. Az ily módon működtetett hadigépezetet tömegtermeléssel és hatalmas ellátó-kiszolgáló rendszerekkel lehet kiszolgálni. A célok elérése elsőbbséget élvez mindenekfelett. Ezeket a célokat az a szövetség érthette és érte el, melynek gazdasági potenciálja hatékonyabb logisztikai biztosítást, nagyobb létszámú és erejű katonai képességet tudott kiállítani, összpontosítani, a harcokba bevetni és folyamatosan fenntartani.

⁹² NBC News – 35 years after the fall: The Vietnam War in pictures – slideshow – slide 20. Forrás: <http://www.nbcnews.com/slideshow/news/35-years-after-the-fall-the-vietnam-war-in-pictures-36859810>
letöltés időpontja: 2015 február 27.

A harcoló erők egészségügyi biztosítása ennek megfelelően kellett legyen és lett a haderők mozgatásának és fenntartásának egyik alrendszere mindkét szövetségi oldalon. Mint ilyen, az egészségügyi szolgálatok felépítésükben, működési elveikben és gyakorlatukban egyaránt a tömeghadseregek tömeges élőerő veszteségeinek mérséklését és visszapótlását voltak hivatottak végrehajtani a stratégiai célok elérésének szolgálatában. A következő időszak, a hidegháború biztonsági környezetének –mind a mai napig kiható- változása kapcsán pedig rámutattam, hogy bár a haderő feladat végrehajtásának továbbra is megkérdőjelezhetetlen alapja és szükséglete maradt, a logisztikai potenciál önmagában nem volt már képes garantálni az ellenség feletti katonai győzelmet. Ennek nyomán a hadműveletek társadalmi támogatottsága megingott, s nagyban függött az elszenvedett élőerős veszteségek elfogadható szinten tartásától, illetve ennek hiányától. Az egészségügyi szolgálatok szerepe és tevékenységük jelentősége így felértékelődött. Az egészségügyi biztosítás logisztikai jellege mérséklődött.

„Csak akkor lélegzünk szabadon, ha egy rajtunk kívül álló közös cél köt össze testvéreinkkel; ilyenkor ráeszmélünk, hogy szeretni nem annyit jelent, mint egymás szemébe nézni, hanem azt jelenti: együtt nézni ugyanabba az irányba!”

*Antoine de Saint-Exupéry
francia író, humanista, technikai újtó és pilóta*

IV. AZ ENYHÜLÉS IDŐSZAKÁNAK BIZTONSÁGI KÖRNYEZETE ÉS ANNAK HATÁSA A NATO MŰVELETEKRE, A MAGYAR HONVÉDSÉGRE ÉS A HONVÉD-EGÉSZSÉGÜGYRE

Folytatva kutatási célkitűzéseim irányvonalát, a hidegháborút követő enyhülési időszak eseményei kapcsán a NATO egésze és Hazánk szempontjából is összegzem a biztonsági környezetben, a társadalomban, a haderőben és az egészségügyi szolgálatokban végbement változások összefüggéseit.

Szövetségbe(n), biztonságba(n)!

A rendszerváltást követően Hazánk politikáját a biztonsági garanciák megszerzése érdekében a nyugathoz való közeledés uralta. Katonai szempontból ennek a folyamatnak egyik zászlóshajója lett a honvéd-egészségügy. Nem elemezve itt a Magyar Honvédség alakulatainak harcképességét és költségvetési helyzetét, ennek okai között találjuk a más nemzetek katona-egészségügyi állományáéval összemérhető szaktudást. A magyar szakemberek képzettsége, tapasztalata és annak valós alkalmazhatósága (kompetenciájuk) gyakorlatilag gond nélkül és azonnal megfeleltethető és közös tevékenységben kamatoztatható volt bármely más nemzet szakembereivel egy csapatban. De ugyanilyen jelentőségű volt a magyar szakemberek nyelvtudása is. Ennek első megmértetése és bizonyítéka az Öböl-háborúban történt.

„Az ENSZ-zászló alatt felsorakozó nemzetközi erőkhöz való magyar csatlakozás lehetősége először az Országgyűlés honvédelmi bizottságának 1990. szeptemberi ülésén vetődött fel. Kezdetben az illetékesek egy harcoló zászlóalj kiküldését latolgatták, azonban

hamarosan be kellett látniuk, hogy a Magyar Honvédség lehetőségei egy jelképes humanitárius katonai részvételre adnak alkalmat.”⁹³[134]

Tettekben kellett testet öltenie a nyugati értékrendszer iránti elköteleződésünknek. Az 1990-1991. évi Öbölháború során egy magyar katona-egészségügyi csoport is települt a hadszíntér biztosítására (a kiutazó állomány tagjai közül az angol mellett többen beszéltek arabul is), s az ő tevékenységük nyomán indult el az immár több mint két évtizedes múltra visszatekintő amerikai-magyar katona-egészségügyi együttműködés.

„A szakmai együttműködés gyakorlati megvalósulása első alkalommal 1991. január 14-én kezdődött, amikor a Magyar Honvédség, Dr. Svéd László orvos ezredes vezetésével egy 23 speciális képzettségű orvosból, 14 felkészített egészségügyi szakasszisztensből, 2 tolmácsból és 1 adminisztrátorból álló egészségügyi kontingenst biztosított a „Sivatagi vihar” fedőnevű szövetséges hadművelet egészségügyi biztosítására. A Magyar Egészségügyi Kontingens Szaúd-Arábiában, a Szaúdi Légierő bázisán, Dhahran repülőtéren telepített 200 ágyas kórházban teljesített szolgálatot 1991. május 29-ig.

Kiemelkedő szakmai helytállásról és igazi katonai hőstettről tettek tanúbizonyságot a kontingens tagjai 1991. február 25-én este, amikor egy iraki SCUD rakéta (szovjet fejlesztésű, harcászati ballisztikus rakéta) eltalálta a 14. USA Logisztikai Támogató Egység bázisát. A támadás következtében több mint 20 amerikai katona meghalt, és több mint 100 katona szenvedett igen súlyos, életveszélyes sérüléseket. A megsérült amerikai katonák részére a magyar egészségügyi személyzet gyors, szakszerű és gondos segítségnyújtása biztosította az életben maradást, illetve a felgyógyulást.

...Az országaink közötti szakmai kapcsolatok kiemelten fontos rendezvénye a magyar-amerikai kétoldalú együttműködés keretében megvalósuló Amerikai - Magyar Katonaorvosi Konferencia. Ezt a tudományos-szakmai konferenciát az Öböl-háborút követően, Dr. Svéd László orvos ezredes kezdeményezésére, 1993. évtől kezdődően (első alkalommal Balatonkenesén), évenként egy alkalommal, az USA Szárazföldi Haderő Európában Állomásozó Csapatának Egészségügyi Parancsnoksága (US ARMY European Region Medical Command), és a magyar katona-egészségügyi szolgálat közösen rendezi meg váltott helyszíneken, Németországban, illetve Magyarországon.

⁹³ Harcban a halállal: az Öböl-háború (Papp Dezső honlapja).
Forrás: <http://www.papp.gportal.hu/gindex.php?pg=33486698&nid=5753835>, Letöltés időpontja: 2015. március 7

...A Konferencia hagyományainak megfelelően a tudományos fórum a hadműveleti területek egészségügyi biztosításán túl, a hátszágban zajló multidiszciplináris katonaegészségügyi munkába enged betekintést, mely során a gyakorlati tapasztalatok átadása mellett lehetőség nyílik a két ország katonaeorvosai között meglévő szakmai együttműködés további erősítésére, valamint a szakmai együttműködés újabb területeinek feltárására is.”[135]

Szakmai szempontból az Öbölháború összegzését és annak magyar vonatkozásait - magától értetődően - Svéd László publikációi között megtaláljuk. Kiemeli a logisztika döntő szerepét a haderő gyors felfejlesztésében, a háború sikeres megvívásában, s rámutat, hogy az előkészítés során megjelent ismételten az egészségügyi szakemberek és telepíthető képességek időleges hiánya, mint a csapatok bevetetőségét befolyásoló-korlátozó tényező.

„Természetesen az Amerikai Egyesült Államok hadseregének egészségügyi szolgálata 1992 januárjától a *The Journal of the US Army Medical Department* lapjain több, mint 90 cikket jelentetett meg e témakörben. Ez, úgy gondolom, természetes is, hiszen az amerikai szárazföldi csapatok – melyeket kizárólag támadó hadműveletekre készítettek fel- alig fél év alatt, 1990 augusztusától 1991 január elejéig, 44 katonai kórházat, több mint 13 ezer ágygal, több mint 23 ezer fős egészségügyi személyzettel telepítettek át Európából és az Egyesült Államokból tengeri és légi úton az öböl térségébe. Ezen kívül 1800 ágy Európában, 25 ezer ágy pedig az Egyesült Államokban állt a sérültek rendelkezésére. Mindehhez kapcsolódott a kórházhajókon – *USNS⁹⁴ Mercy* és a *USNS Comfort* – lévő 1500, illetve a légierőnek biztosított 3500 ágy, valamint ezen utóbbi két haderőnem 17 ezer fős egészségügyi személyzete. Ekkora egészségügyi erőt a második világháború óta az Egyesült Államok nem mozgósított.

Az előkészítés, felvonulás és a tervezés időszakában az egészségügy 30-40ezer fős veszteségre - melyből 15 ezer fő halott - számolt a háború során, így az egészségügyi biztosítás megszervezése igen komoly feladatot jelentett. A tervezett veszteségek ellátására igen nagy ágy és személyzeti létszámigény volt. Ezért állt elő az a furcsa helyzet a háború előkészítése időszakának a végén, hogy a már készenlétet elért harcoló csapatok elvárt szintű egészségügyi biztosításához nem volt elegendő az egészségügyi intézmény és szakember.”[136]

⁹⁴ United States Naval Ship (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

Az Öbölháború egészségügyi biztosítása erősebb logisztikai jelleggel bírt, mint pl. a vietnami háború időszakáé. Ezt a jelleget az előbb idézett, tömeges sérült és beteg ellátásra tervezett egészségügyi biztosítás adta, oka pedig a biztonsági környezet értékelésében keresendő. Az amerikai haderő erős ellenállásra, frontvonalak mentén zajló, elhúzódó harcokra készült. Ennek megfelelően telepítettek egészségügyi ellátó képességeket a csapatok biztosítására. Az egészségügyi szolgálat feladata az volt, hogy képes legyen mindenkor megfelelő ellátást nyújtani, akár akkor is, ha a harcok teljes vegyi és biológiai hadviselés forgatókönyve szerint alakulnának.⁹⁵

A hadműveleti területen szerzett tapasztalatot aztán a magyar szakemberek, így például dr. Skaliczky Zoltán is, a polgári életben ugyancsak elismerést kiváltva tudták kamatoztatni.

„A győri kórház sebésze az első öbölháborúban már teljesített orvosi szolgálatot. A napokban tért haza Indonéziából, a szumátrai Banda Acehből dr. Skaliczky Zoltán. A Petz Aladár Megyei Oktató kórház klinikai igazgatóhelyettese és idegsebészeti osztályának vezetője Délkelet-Ázsia szökőár sújtotta területének azon a részén gyógyította a betegeket, ahol legnagyobb volt a pusztítás a cunami idején. ...Azért a győri orvost választották a magyar csoport vezetőjének, mert 1991-ben az öbölháború alatt Szaúd-Arábiában az akkori honvédkórház katonai állományának orvosaként dolgozott.”⁹⁶[137]

Az Öböl-háború során megalapozott sikeres szakmai együttműködés természetes módon jelölte ki ezzel elsőként a honvéd-egészségügy számára, mint stratégiai fontosságú partnert, az Amerikai Egyesült Államok Szárazföldi Haderejének, s azon belül az Európában Állomásozó Csapatok egészségügyi szolgálatát. Lehetőséget kaptam én is kilencszer előadóként részt venni ezeken a fórumokon, s legalább a konferenciák 60%-ának előkészítésében is sikerült tevékenyen közreműködnöm. Az utóbbi tíz évben amerikai részről Mr. Mike M. Sandoval szervezi elkötelezetten évről évre az üléseket. A vele folytatott szakmai levelezés során az együttműködés jelentőségét a mi szemszögünkből nézve az alábbiak szerint írtam le neki (a gazdasági válság és a zsugorodó költségvetés

⁹⁵ „At all times we had to ensure that proper care could be provided in the case that the Gulf War had escalated into a full-scale chemical and biological scenario.” U.S. Army Medical Department Journal, 1989 – present, The Journal interviews -- BG Ronald R. Blanck, Chief, Medical Corps Affairs, Office of The Surgeon General, p. 7.

Forrás: <http://cdm15290.contentdm.oclc.org/cdm/singleitem/collection/p15290coll3/id/661/rec/10>.

Letöltés időpontja: 2017. április 1

⁹⁶ Szökőár után gyógyított. Szumátra legészakibb részére vezetett egészségügyi és mentőcsoportot dr. Skaliczky Zoltán.

Forrás: http://www.kisalfold.hu/velemeny/szokoar_utan_gyogyitott_/1124058/, Letöltés időpontja: 2015. március 7

miatt felettesei felé meg kellett indokolnia, mi a hozadéka ezeknek a konferenciáknak a magyar partnerek számára) néhány évvel ezelőtt:

„...A tudományos ülések keretrendszere és a gondosan megválogatott, ezt támogató, és a konferenciát teljessé tevő kiegészítő rendezvények egy, a maga nemében egyedül álló, minden résztvevő számára nyereséget hozó lehetőséget teremtenek a KFOR⁹⁷[138] és ISAF⁹⁸[139] missziókban együtt szolgáló szövetségesek számára, hogy nyílt minősítésű harcászati, hadműveleti és hadászati szintű egészségügyi információkat osszanak meg egymással.

A KFOR művelet feladat-végrehajtásának fokozatosan csökkenő csapatlétszám mellett történő végrehajtásával az egészségügyi biztosítás hadszíntéri jelenléte lényegesen lecsökken. Ennek okán most még fontosabb, mint valaha, hogy a hasonlóan gondolkodó partnerek fenntartsák a már jól működő, költséghatékony szakmai kapcsolataikat, s a műveleti egészségügyi biztosítás terén további többnemzeti megoldásokat tárjanak fel, a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb és hathatósabb kihasználása mellett.

Az ISAF művelet átalakítási folyamata, vagy a NATO által elindított átfogó megközelítés[140] elve, illetve a háborús sérültek rehabilitációja és reintegrációja, de az afganisztáni biztonsági környezet folytonos változása is bőségesen nyújt megfigyeléseket, tapasztalatokat és sikerrel kecsegtető, egyes nemzeteknél már bevált eljárásokat, melyek megkövetelik a partnerek közötti rendszeres és fenntartható konzultációkat. A tartós szakmai és személyes kapcsolatok, melyek ennek a hosszú távú amerikai-magyar kétoldalú együttműködési programnak a keretében épülnek, nem csupán a két nemzet érdekeit szolgálják, de a Szövetség [értsd: NATO] stratégiai célkitűzéseit is támogatják.

...A Budapesten működő, Dr. Kopcsó István ezredes által vezetett NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központot a NATO Észak-atlanti Tanácsa 2009 októberében hitelesítette és aktiválta. Jelenleg nyolc nemzet alkotja (a keretnemzet Magyarország). A Kiválósági Központ egészségügyi részképességeket biztosít a Szövetség számára a doktrína fejlesztés, oktatás és kiképzés, interoperabilitás, tapasztalat-feldolgozás, valamint a betegségek és az egészségi állapot nyomonkövetése terén. Figyelemre méltó, hogy ezt a Kiválósági Központot Magyarország nem lett volna képes felállítani az Amerikai-Magyar Katona-orvosi Konferenciák nélkül! Ez ugyanis az a fórum, mely folyamatos és fenntartható lehetőséget ad a magyar katonaorvosok és egészségügyi altisztek számára,

⁹⁷ NATO Kosovo Force (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

⁹⁸ International Security Assistance Force (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

hogy angol nyelvtudásukat, előadói készségeiket fejlesszék, hogy a világ minden táján folyó műveletekkel kapcsolatos legfrissebb egészségügyi információkat kapjanak, illetve saját tapasztalataikat ezen a téren megoszthassák, hogy az amerikai kollégákkal közös tudományos terveket és célprogramokat szőjenek, s hogy hosszú távú, nemzetközi szakmai és személyes kapcsolatokat alakítsanak ki.”[141]

Ám ne szaladjunk ennyire előre! Az Öböl-háború idején ugyanis Hazánk még a Varsói Szerződés teljes jogokkal és kötelezettségekkel bíró tagállama volt. Bizarr módon, de mégiscsak azt kell írjam, hogy szerencsére. A biztonsági garanciák keresése ugyanis nem csak ránk volt jellemző ebben az időszakban. Szinte egész Európa és az Egyesült Államok diplomáciája ezzel volt elfoglalva. Az 1990-91-es év a világpolitikában a német újraegyesítéssel zajlott, melyet követően felmerült a kérdés, hogy az új Németország milyen módon lehet a NATO tagja. A Szovjetunió, saját érdekeit szem előtt tartva, biztonsági garanciákat kívánt kapni arra vonatkozólag, hogy ez nem fog az Európában kialakult hatalmi egyensúly felbomlásával jární.

A *Der Spiegel* című német lap nemzetközi, világhálón megjelenő kiadványa ezt a garanciakeresést járta körül 2009-ben, s egyebek mellett ezt írta:

„Mint azt egy korábban ismeretlen, a német külügyminisztériumból származó dokumentum mutatja, Genscher szokatlanul nyíltan mutatkozott az ő viszonylag németbarát angol partnerével, amikor 1990. február 6-án Bonnban találkoztak. Magyarország az első szabad választások megtartására készült, és Genscher kijelentette, hogy a Szovjetunióknak szüksége van »annak bizonyosságára, hogy Magyarország nem lesz része a nyugati szövetségi rendszernek, ha kormányváltás következik be«. A Kremlnek, mondta Genscher, biztosítékokat kell majd kapnia erre vonatkozóan.”⁹⁹

Nincs egyetlen olyan nemzetközi megállapodás, vagy dokumentum sem, amely rögzítette volna az ez irányú szovjet követeléseket, illetve ennek nyugati garanciáit. A NATO honlapján e témában megjelent összefoglaló (NATO-Oroszország kapcsolatok: a tények) 2015. február 4-én frissített anyagában a következőket olvashatjuk:

„Állítás: a NATO vezetői ígéretet tettek a német újraegyesítés idején arra, hogy a Szövetség nem fog keleti irányba bővülni.

⁹⁹ NATO's Eastward Expansion: Did the West Break Its Promise to Moscow? Part 2: Calming Russian Fears. November 26, 2009 – 01:50 PM
Forrás: <http://www.spiegel.de/international/world/nato-s-eastward-expansion-did-the-west-break-its-promise-to-moscow-a-663315-2.html>, Letöltés időpontja: 2015 március 9

Tény: ilyen ígéret sohasem történt, és Oroszország soha nem szolgáltatott semmiféle bizonyítékot állításának alátámasztására.”[142]

A kutatói hitelesség megkívánja, hogy teret adjak a másik fél álláspontjának is. Putyin elnök a 43. München-i Biztonságpolitikai Konferencián, 2007. február 12-én elhangzott beszédében a következőket mondta:

„Szeretném idézni a NATO főtitkár, Wörner úr, 1990. május 17-én elhangzott beszédét. Azt mondta akkor, hogy »az a tény, hogy készek vagyunk arra, hogy ne helyezünk el NATO erőket Németország területén kívülre, szilárd biztonsági garanciát nyújt a Szovjetunió számára«. Hol vannak ezek a garanciák?”¹⁰⁰

Azt hiszem természetes a kérdés, hogy vajon miért nem került megállapodásban rögzítésre, és Csehország, Lengyelország, Magyarország vonatkozásában konkrétan megfogalmazásra ez a tilalmi kitétel? A válasz egyszerű: azért, mert ennek, vagyis a három ország politikai irányváltásának lehetősége fel sem merült abban az időszakban, hiszen 1991. július elsejéig még létezett a Varsói Szerződés. Bizonyára naivitás lenne azt gondolni, hogy egy ilyen dokumentum, ha aláírásra került volna, megakadályozta volna a NATO bővítési folyamatát. Nem hiszem. De minden bizonnyal megnehezítette és késleltethette volna.

A NATO és az időközben felbomlott Szovjetunió örökébe lépő Oroszország viszonyát aztán az 1997. évben a NATO és az Orosz Föderáció kölcsönös kapcsolatáról, együttműködéséről és biztonságáról Párizsban aláírt Alapító Okirat rögzítette. A felek ebben -egyebek mellett- az alábbiakban egyeztek meg:

A Felek „tartózkodnak a fenyegetéstől, vagy az erőszak alkalmazásától egymással, valamint bármely más állammal, annak szuverenitásával, területi integritásával, vagy politikai függetlenségével szemben bármilyen módon, mely ellentétes az Egyesült Nemzetek Alapokmányával és a Helsinki Záróokmányban rögzített, a résztvevő államok közötti kapcsolatok vonatkozásában irányadó elvi nyilatkozattal, továbbá a Helsinki záróokmányban és más EBESZ-dokumentumokban rögzített szuverenitás, függetlenség és területi integritás tiszteletben tartásával minden állam tekintetében, és azok elidegeníthetetlen jogával, hogy maguk választhassák meg saját biztonságuk

¹⁰⁰ Transcript. Putin's Prepared Remarks at 43rd Munich Conference on Security Policy.
Forrás: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/02/12/AR2007021200555.html>,
Letöltés időpontja: 2015 március 9

garantálásának eszközeit, a határok sérthetlenségével és a népek önrendelkezési jogával.”[143]

Miért nem került bele ebbe a fenti alapító okiratba sem Oroszország részéről a követelés a NATO-bővítés tilalmára vonatkozóan? Miért nem ragaszkodott ehhez az akkori orosz politikai vezetés? Egyrészt az Orosz Föderáció nem volt abban a helyzetben, hogy követeléseket támaszthasson, mivel a gazdasági csőd szélén egyensúlyozva és súlyos társadalmi feszültségekkel terheltén már elvesztette világhatalmi befolyását, s vele együtt az érdekérvényesítő képessége is az atom-hatalmi státuszára korlátozódott. Másrészt az idézetből kitűnik a dokumentum barátságos, egységes biztonsági értelmezésekre épülő, s a kölcsönösség garanciáját nyújtó jellege. Vagyis, nem lett volna a dokumentum szellemiségével összeegyeztethető, előhozakodni egy egyoldalú és sarkalatos követeléssel. Mit kockáztatott volna Oroszország, ha egy merev álláspontot képviselve mégis ilyen követeléssel áll elő? Nem egy újabb hidegháború kezdetétől kellett félni az orosz politikai elitnek abban az időben. Sokkal nagyobb volt számukra a tét – a hatalom elvesztése és az Orosz Föderáció további felaprózódása. Az első Csecsen háború költségei, az államháztartás idült költségvetési hiánya, valamint a gazdaság szerkezeti átalakítása és a társadalmi elégedetlenségek kordában tartása mind komoly tőkebevonást igényelt, melyet az állami költségvetés nem bírt el, így külföldről kellett hiteleket felvenni. A hitelezés leállása akár az összeomlás szélére is sodorhatta volna az országot. Ez természetesen nem állt érdekében sem az orosz vezetésnek, sem a nyugatnak, így az egymás fenyegetésétől való elállás és a biztonság-politika terén való egyeztetett fellépés felé próbáltak haladni az Orosz Föderáció vezetői is. Ennek jegyében és az időközben megjelent távol-keleti pénzügyi válság hatására a Nemzetközi Valuta Alap és a Világbank 1998. július 13-án jóvá is hagyott egy 22,6 milliárd dolláros hitelcsomagot az orosz piac stabilizálására és a gazdasági átalakítások finanszírozására.

Ugyancsak az alapító okiratban, a felek megállapodtak, hogy „a jelenlegi és az előrevetíthető biztonsági környezet feltételei közepette a Szövetség a kollektív védelemre és egyéb küldetésekre vonatkozó feladatait a szükséges interoperabilitás, integráció és megerősítésre való képesség útján fogja garantálni, semmint hogy további jelentős harcoló erőket állomásoztatna állandó jelleggel. Ennek megfelelően, a fenti feladatok ellátására ezzel arányos és megfelelő infrastruktúrára kell majd támaszkodnia. Ebben az összefüggésben megerősítésre kerülhet sor, ha szükséges, agresszió elleni fenyegetés védelmére és béketámogató küldetésekhöz, összhangban az Egyesült Nemzetek

Alapokmányával és az EBESZ¹⁰¹[144] irányelveivel, valamint gyakorlatok céljából, összhangban a módosított *Hagyományos fegyveres erőkről Európában* kötött CFE¹⁰²[145] Szerződés rendelkezéseivel és az 1994-es Bécsi Dokumentumban, valamint a kölcsönösen elfogadott átláthatósági intézkedésekben foglaltakkal. Oroszország hasonlóképpen önkorlátozásokat fog alkalmazni saját hagyományos erőinek telepítése kapcsán Európában.”[146]

Éppen a fentiek jegyében, azaz, hogy egy esetleges válsághelyzetben Magyarország is képes legyen a megfelelő megerősítő szövetséges erők gyors fogadására, született meg - a NATO walesi csúcstalálkozóján elfogadott fejlesztési irányokkal összhangban- a hazai döntés a pápai légi bázis 20 milliárd forintos fejlesztéséről.

Az 1990-es években egy Európát és a világot fenyegető totális háború veszélye tehát egyre távolodott a közös erőfeszítések nyomán. Előtérbe került viszont a válságkezelés és békefenntartás igénye és gyakorlata, melybe a ciprusi és Sínai félszigeti missziók révén 1995-től bekapcsolódott Hazánk is. Az új feladatoknak és elvárásoknak megfelelően a korábbi tömeghadseregek - különösen közép-Európában szembeötlően - elkezdtek átalakulni kisebb létszámú hivatásos haderőkké. Ez alapvető változásokat indított el a haderő egészségügyi biztosítása terén is, az alábbi alapvetések mentén:

- a haderő alkalmazására az országhatárokon túl, akár több ezer kilométeres távolságban kerülhet sor;
- a tömeges sérült- és betegellátás kényszerét és gyakorlatát felváltotta az egyénre szabott egészségügyi biztosítás igénye a hadműveleti területen;
- az egyénre szabott ellátást a békefenntartás során tapasztalt alacsony sérült- és betegszámok tették lehetővé;
- a hadszíntéri minőségi egészségügyi ellátás rendszere egyre kiterjedtebb lett és mind költségesebbé vált;
- a növekvő költségek és szakember-hiány miatt a nemzetek közösen működtetett egészségügyi biztosítási rendszerek felállításának irányába mozdultak el;

¹⁰¹ Európai Biztonsági és Együttműködési Szervezet (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

¹⁰² Treaty on Conventional Armed Forces in Europe (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

- a műveletek során logisztikai alárendeltségben végzett egészségügyi szaktevékenység kezdte megmutatni hiányosságait, s az egészségügyi biztosítás logisztikai funkció jellege végképp háttérbe szorult.

Minduntalan hangoztatnunk kell azt, hogy - bár a hadkötelezettséget megszüntetni indokolatlan és hiba lenne - a tömeghadseregek ideje lejárt. A haderő végérvényesen átalakult és folyamatosan változik mind szerkezetében, mind feladatrendszerében és képességeiben, miközben a múlt század 90-es éveinek közepén a társadalom jó részében még egy, a sorkötelezettség idejéből származó kép és értékrend él a haderővel kapcsolatban, s ennek a képnek a megváltoztatásán mind a mai napig munkálkodnunk szükséges. Ezt a helyzetet a Honvéd Vezérkar főnöke újságírói kérdésekre válaszolva így jellemezte 2015 januárjában:

„...hozzátennem, ma más a világ, mint 1990 előtt. Nem tömegekben, hanem speciálisan képzett, de nem túl nagy alakulatok együttműködésében kell gondolkodnunk.

- Az erőt az átlagember szemében mégis a tankhadosztály képviseli.
- Persze, ez igaz, különösen bizonyos korosztálynál, főleg akik még a Magyar Néphadseregben töltötték katonai szolgálatukat.
- Nem vitatkozni akarok, de akkor faltól falig állt a technika.
- Jól mondja, sokszor csak állt. Viszont nézzük reálisan. A páncélozott szállító harcjárművekkel (PSZH) vagy a hatvanas évek csőrös ZIL-jeivel (ZIL-157) valóban végigporoszkáltunk volna az Alpok bizonyos részein? De igaza van, hiszen a most negyvenéves eszközökből mégiscsak több volt, és ráadásul fiatalabbak is voltak.
- Magyarán nem kell annyi eszköz, mint régen?
- Annyi nem, de korszerűbb, modernebb és hatékonyabb az igen. Egy kérdés a kételkedők felé, Oroszország gépesített lövész-, tüzér- és tankhadosztályok bevetésével csatolta magához a Krímet? Ugye nem. Egy külső szemlélő, elnézve a sok, honvédséggel foglalkozó cikket, blogot, eszmefuttatást, könnyedén úgy hiheti, nálunk a honvédelemhez mindenki ért.”¹⁰³

¹⁰³ Előretolt NATO-bázissá fejlődik Pápa. Magyar Hírlap, Lázin Miklós András – 2015.01.03.
Forrás: http://magyarhirlap.hu/cikk/13599/Eloretolt_NATObazissa_fejlodik_Papa, Letöltés időpontja: 2015 március 11

Magyarország még nem volt tagja sem a NATO sem az Európai Unió közösségének. A békefenntartást így az Egyesült Nemzetek keretén belül zajló ciprusi, valamint az 1979. március 26-án, Szadat egyiptomi elnök és Begin izraeli miniszterelnök által aláírt békeegyezmény alapján, a Sínai félszigeten állomásozó Nemzetközi Erők és Megfigyelők (MFO)[147] misszióhoz csatlakozva kezdte meg Hazánk 1995-ben.

Az első MFO Magyar Kontingensben én is lehetőséget kaptam megismerni a békefenntartás alapjait, mint a kontingens orvosa. Már ekkor többenemzeti jelleggel működött a misszió egészségügyi biztosítása. Az Északi Tábor gyengélkedőjét, ahol magam is szolgálatot teljesítettem, az Amerikai Egyesült Államok kontingense üzemeltette. Amerikai vezetés-irányítás mellett működött a segélyhely, s a felszerelés és a fogyóanyagok is mind az amerikai ellátó rendszeren keresztül érkeztek az intézménybe. Ugyanakkor nem volt egységes, amerikai ellátási protokoll. A különböző kontingensek egészségügyi szakállománya kapott egy-egy rendelőt felszereléssel és fogyóanyagokkal, s azon belül a saját nemzeti szabályzóik szerint végezheték és végezték a rutin beteg-ellátást. A felvételi részleg többnyire csak akkor irányított ellátásra betegeket nem saját kontingensük orvosához, ha az adott kontingens nem rendelkezett orvossal, vagy a kontingens saját orvosa távol volt. A sürgősségi ügyeleti ellátás viszont az amerikai rendszer szerint, amerikai szakápolókkal és a nemzetközi orvosok bevonásával történt. Mind a szárazföldi, mind pedig a légimentést ugyanakkor csak amerikai szakemberekből összeállított egységek végezték. Ez a rendszer mind a mai napig működőképes és megtartotta eme felemás, többenemzeti jellegét.

Időközben az Országgyűlés törvényi erőre emelte a NATO-val aláírt „Békepartnerség” program Keretdokumentumát, és annak a Magyar Köztársaság által történő végrehajtását.[148] Ebben elvárásként fogalmazódik meg, hogy Hazánk hosszútávon fegyveres erőinek a Szövetséggel közös feladatvégrehajtásra képes részét fejlessze.

„Más, e dokumentumhoz csatlakozó államok együttműködnek az Észak-atlanti Szerződés Szervezetével a következő célok elérése érdekében:

... e) azon erők hosszabb távon történő fejlesztése, amelyek alkalmasabbak az Észak-atlanti Szövetség tagállamai erőivel való közös tevékenységre.”[149]

Az Öböl-háborúhoz való csatlakozásunk és a műveletekhez történő hozzájárulásunk révén a honvéd-egészségügy éppen ilyen, a NATO más tagországainak erőivel való közös

tevékenységre az egyik leginkább alkalmas területnek bizonyult, mint azt a fejezet elején szemléltettem.

A békepartnerségi program keretében már bekapcsolódhattunk a Szövetség katonaegészségügyi szakmai munkájába is a COMEDS munkacsoportokon keresztül. A COMEDS kialakulásának rövid összefoglalóját adja doktori értekezésében Kopcsó István, aki a testület jelentőségét az alábbiakban indokolja.

„A COMEDS »ereje« két MC¹⁰⁴ dokumentumból ered: az egyik az MC 20/10, amely kimondja, hogy a COMEDS egy ún. *Delegált Feladatszabó Hatóság* (Delegated Tasking Authority, DTA). Ez azt jelenti, hogy a Katonai Bizottság, mint a NATO hét *Feladatszabó Hatóságának* (Tasking Authority, TA) 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[150], mely kimondja, hogy a COMEDS egy ún. *Koordináló Hatóság* (Co-ordinating Authority), melynek értelmében jogosítványa van arra, hogy minden, a Szövetség egészére nézve kihatással bíró egészségügyi kérdésre, programra és problémára vonatkozóan NATO körü egyeztetést folytasson a Katonai Bizottság nevében. E felhatalmazás alapján a COMEDS *nem utasíthat* egyetlen nem egészségügyi jellegű NATO szervezetet sem, viszont minden katonaegészségügyi jellegű vagy katonaegészségügyi vetülettel bíró kérdésben a *COMEDS megkeresése és állásfoglalásának kikérése minden NATO szervezet számára kötelező.*”[151]

A magyar szakemberek - köztük magam is - hamar ráéreztek a COMEDS és munkacsoportjainak tárgyalási és feladat-végrehajtási stílusára, illetve gyenge pontjaira. Ilyen gyenge pontnak bizonyult, amikor a nemzeti képviselők úgy vettek részt az üléseken, hogy nem rendelkeztek megfelelő felhatalmazással ahhoz, hogy egyértelmű és a továbblépést elősegítő állásfoglalást tehessenek a megvitatás alatt lévő kérdésekben. Ilyenkor a döntés elhalasztását kérték a nemzeti álláspont véglegesítése érdekében.

A másik gyenge pont megítélésem szerint az, hogy a COMEDS nem rendelkezik egyetemleges szakmai felügyeleti jogkörrel minden NATO katonaegészségügyi kérdésekkel foglalkozó testület fölött. Így, mind a mai napig, lényegében megőrizte

¹⁰⁴ Military Committee (lásd még a rövidítések jegyzékét, B melléklet)

szakmai függetlenségét a NATO Katonai Bizottsága Légi Szabványosítási Testülete alatt tevékenykedő Légi Műveletek Biztosítási Munkacsoportja alá rendelt Légi-egészségügyi Bizottság (MCASB AOSpWG AMDP - Military Committee Air Standardization Board, Air Operations Support Working Group, Aeromedical Panel). A szakmai munka összehangolását a NATO-n belül ezzel a bizottsággal ugyanakkor a COMEDS-el megkötött együttműködési megállapodása biztosítja.

A Balkáni háború aztán felgyorsította NATO-csatározásunkat. NATO-csatározásunk hatását a Magyar Honvédségre, s azon belül a honvéd-egészségügy átalakulására már elemeztem az előzőekben. Most a Balkáni háború egy sajátos vetületére kívánok rámutatni – arra, hogyan hatottak a NATO (akkori) háborús előretolt sebészeti ellátási irányelvei[152] a horvát és a bosnyák haderő műveleteinek egészségügyi biztosítására.

Alapvetésnek tekintették, hogy a NATO a világ legerősebb politikai-katonai szervezete, mely a lehető legjobb haderővel, s egészségügyi biztosítási rendszerrel rendelkezik. Ebből az alapvetésből kiindulva saját műveleteik egészségügyi biztosítását a NATO irányelveknek megfelelően, vagyis szakaszos sebészeti ellátással tervezték és próbálták végrehajtani. A cikk[153] szerzői egy Livno melletti kórház tapasztalatait összegzik. Rájöttek, hogy a NATO doktrínát lehetetlen követni, következésképpen annak alkalmazása során lényeges változtatásokat vezettek be. Nagyon hamar tapasztalták, hogy ezek az elvek valóban erős haderő számára íródtak, mely többnemzeti ugyan, s egy kiterjedt hadszíntéren, de nem hazai területen folytatja műveleteit, ám biztos háttérrel rendelkezik és kiváló logisztikai biztosítása van. A NATO irányelvek a várható sérültszám és a hosszú kiürítési lánc mellett a többnemzeti jelleg miatt is szakaszos sebészeti ellátást javasoltak (figyelembe véve, hogy több, különböző ország által működtetett, eltérő képességű ellátó egységen fog áthaladni a sérült a kiürítés során). A bosnyákok ezzel szemben az adott kórház képességeinek megfelelően osztották el a sérülteket. A horvát és a bosnyák haderő 1992 tavaszán viszont még katona-egészségügyi szolgálattal sem rendelkezett, így a polgári kórházak vették magukra a harctérről kiürített sérültek sebészeti ellátásának feladatát. Ugyanezt, a telepíthető sebészeti egységek hiánya miatt kényszerűen alkalmazott elvet tapasztaltam 24 évvel később, a kelet-ukrajnai harcok egészségügyi biztosításának elemzése során.

A fejezet összefoglalása

Bemutattam, hogy a hidegháborút követő enyhülés időszakában nyílt lehetőség Hazánk számára a NATO-hoz való csatlakozásunk révén területi integritásunk nyugati szövetségi rendszerben történő garantálására. A biztonsági fenyegetés csökkenésével elhárult a saját határok elleni támadás veszélye, így a katonai beavatkozások a válságkezelés és békefenntartás irányába mozdultak el. Az új feladat kihívások elé állította a NATO tagországok haderőit és azok egészségügyi szolgálatait.

Kutatási hipotézisemet követve bizonyítottam, hogy a hidegháborút követő időszak biztonsági kihívásai határozták meg a nemzeti haderők, illetve a NATO, s ezeken belül az egészségügyi szolgálatok reformtörekvéseit és képességfejlesztési irányait. A hazai ellátó bázisoktól több ezer kilométeres távolságban is meg kellett oldani az egészségügyi ellátás, kiürítés és szakanyag-ellátás folyamatosságát, mely az anyagi és humán erőforrások korlátozott rendelkezésre állása következményeként elkezdte felvetni és kikényszeríteni a többnemzeti együttműködés szükségességét. A békefenntartás feladatai és körülményei közepette lecsökkent a haderőt sújtó sérülések és betegségek száma, s így megnyílt a lehetőség az egészségügyi biztosítás személyre szabására. Ezt a folyamatot erősítette, hogy a NATO országok saját területének közvetlen fenyegetettsége hiányában körülményesebbé vált a haderő országhatáron túl, elhúzódó műveletekben való bevetése szükségszerűségének a társadalom számára való megindoklása, s az állampolgárok egyre nehezebben fogadták el az expedíciós műveletek egészségügyi veszteségeit.

„Az akadályok nem törhetnek meg; minden újabb akadály az elszántságomat fokozza.”

Leonardo da Vinci

V. NAPJAINK ÉS A JÖVŐ NATO MŰVELETEINEK VÁRHATÓ EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSI SAJÁTOSSÁGAI

Értekezésem ezen részében az egészségügyi biztosítás terén bekövetkezett változásokat továbbra is a biztonságpolitika vetületében vizsgálom. A „napjaink” kifejezés általánosságban az elmúlt 25 esztendőre vonatkozik, vagyis arra az időtávra, melynek magam is tevékeny részese és szemtanúja¹⁰⁵ voltam. Az ettől eltérő időszakokat külön jelölöm. Be fogom mutatni, hogyan hatott a globalizált biztonsági kockázatok megjelenése a haderő alkalmazására, s ezzel párhuzamosan miért tűnt el szinte teljes egészében a tömeges sérült- és betegellátás kényszere a napi gyakorlatból hadműveleti területen. Fel kívánom tární az összefüggést a totális háború veszélyének csökkenése és gazdasági világválság védelmi költségvetésre gyakorolt hatása között. Felvázolom a békefenntartás során tapasztalt alacsony sérült- és betegszámok folyamányát, vagyis az egyénre szabott ellátás lehetőségének megjelenését, miközben a hadszíntéri minőségi egészségügyi biztosítás rendszere egyre kiterjedtebb lett és mind költségesebbé vált.

A feladat végrehajtás változó jellege

Az Öböl-háborúk kapcsán már bemutattam, hogy Irak agresszorként lépett fel a régióban, s ezzel nem csupán destabilizálta a térséget (Izraelt is fenyegetve), de veszélyeztette az olajkitermelést, s ezen keresztül a világ energiaellátását is. Nem az USA által vezetett koalíció beavatkozásának megalapozottságát kívánom itt hangsúlyozni, hanem azt, hogy – mint már Svéd László doktori értekezésére hivatkozva rámutattam- logisztikailag az Egyesült Államok óriási, a második világháborúra emlékeztető kapacitások telepítésével készült ezekre a műveletre. Ennek megfelelően kiterjedt hadmozdulatokra, s (nagyon)

¹⁰⁵ Sokáig érlelődött bennem az elhatározás ennek az értekezésnek a megírására. Saját magamnak kellett először elhinnem és bizonyítanom, hogy képes vagyok hitelesen közvetíteni az általam (is) megélt tapasztalatokat. A vállalás nehézségét az adja, hogy az elemzések hitelességéhez meg kell találni az összhangot a honvéd-egészségügyi szakma iránti elhivatottság és a nem szakmai olvasó által is érzékelendő és ez által elfogadott tárgyilagosság között.

nagyszámú sérültre számítottak. Ez nem következett be. Oka az, hogy a hagyományos hadviselés keretei között –mint azt a második világháború elemzése kapcsán is igazoltam- a logisztika dönti el (többnyire) a háborúk végkimenetelét, s ebben az USA verhetetlen kapacitásokkal rendelkezik. Ettől gyökeresen eltér a helyzet, ha az USA-nak és szövetségeseinek nem reguláris haderővel kell megívni a harcot.

Az Irakból, a 2011-es év végén bekövetkezett USA kivonulás elemzése kapcsán Tóth Péter és Csiki Tamás egyetlen szóval drámainak nevezi[154] a műveletek mérlegét mind amerikai, mind iraki oldalról. Pedig logisztikai háttérben az USA részéről nem volt itt sem hiány. A műveletek költségvetését 50-60milliárd dollárral tervezték. A Magyar Honvédségben kinevelődött katona számára ez is szinte értelmetlenül magas összeg - hatalmas katonai potenciál alkalmazását teszi lehetővé. A tényleges kiadások az évek során még a hivatalos adatok alapján is meghaladták a 800milliárd dollárt [155] (a nem hivatalos becslések ennek az összegnek a három-ötszörösével számolnak). Ez számomra két fontos dolgot jelez. Az egyik a politikai elkötelezettség a műveletek mellett, mely biztosítja a több mint tízszeres igény költségvetési háttérét. A fontosabb dolog viszont az, hogy a logisztikai kapacitások, s azok növelése már nem volt képes biztosítani a győzelmet. Miért? Mert az aszimmetrikus hadviselés közepette az időfaktor és a személyi veszteségek döntik el, ki érezheti magát győztesnek.

Az USA 2003. március 20 és 2011. december 18 között 4487 főt veszített Irakban (a koalíciós partnerek ebben az időszakban 318 főt veszítettek[156]). Az USA sérültek száma 32226 fő volt. Az iraki áldozatokról csak igen eltérő becslések állnak rendelkezésre, melyek legkevesebb 115ezer sérültet említenek, de ez a szám akár másfél millió is lehet.[157]

Az Egyesült Királyság szerepvállalásának elemzése az iraki műveletekben, az úgynevezett Chilcot-jelentés[158], 2016 július 6-án jelent meg (amikor ezeket a gondolatokat rögzítem), s tovább fokozta a bizonytalanságot az ország Európai Unióból való kilépéséről tartott népszavazás eredménye folytán egyébként is túlfűtött politikai környezetben. Nem célok a jelentés elemzése, azt –biztos vagyok benne – biztonság- politikai szakértők százai már elkezdtek. Érdemes és szükséges ugyanakkor rámutatni annak néhány katonai-egészségügyi vonatkozására.

A vizsgálóbizottság az alábbi kérdések¹⁰⁶ megválaszolását állította maga elé célkitűzésként:

1. Törvényes volt a 2003-as invázió konkrét ENSZ felhatalmazás hiányában?
2. Megváltoztatták a hírszerzési adatokat?
3. Megfelelő volt az Egyesült Királyság erőinek felszerelése?
4. Mikor született meg a döntés a háborúba lépésről?
5. Megfelelőek voltak a háború utáni időszakra vonatkozó előkészületek?

Az általam dőlt betűvel jelölt kérdés azt igazolja, hogy a társadalom valóban nem fogadja el a kiküszöbölhető műveleti kockázatot, amint az a NATO irányelvekben rögzítésre került. „A katonaság minden országban a legmagasabb követelményeknek megfelelő munkáltató kíván lenni, és annak is szeretne látszani. Elfogadva, hogy a katonai műveletek veszélyes tevékenységgel járhatnak, a közvélemény nem fogadja el az elkerülhető kockázatokat. Következésképpen, megjelent napjainkban az a követelmény, hogy fontosságát tekintve a haderő egészsége nagyon magas besorolást kapjon bármely műveleti feladat előtt, alatt és után.”[159]

A politikai nyilatkozatok is megerősítik a fenti állítás helyességét: „David Cameron jelenlegi miniszterelnök szerdán a londoni alsóházban a jelentést értékelő nyilatkozatában elfogadhatatlannak nevezte, hogy annak idején nem megfelelő felszereléssel küldték hadba a brit fegyveres erőket. Hozzátette: ennek nem szabad megismélnődnie.”¹⁰⁷

Az angol közszolgálati tv-csatorna (BBC) a nap folyamán folyamatosan elemezte a jelentés megállapításait, s a 179 brit áldozat kapcsán idézték a hadszíntéren szolgált katonákat, akik az általuk használt, páncélvédettség nélküli járműveket csak „mozgó koporsó” gúnynéven emlegették. Az alsóházi vita közvetítése során az egyik képviselő pedig kifejezte azon követelését, hogy választ kapjon rá, miért volt a hadszíntéren elégtelen az orvosok száma.

Az általános (nem a konkrét helyzetre vonatkozó) választ már az előzőekben felvázoltam. A védelmi költségvetés lehet zárt, s akkor a feladatokat annak korlátain belül

¹⁰⁶ BBC News, Iraq Inquiry: Chilcot says 'careful analysis needed before war'

Forrás: <http://www.bbc.com/news/uk-politics-36712735>, Letöltés időpontja: 2016 július 6

¹⁰⁷ A felszerelés hiányos volt, mégis beavatkoztak a britek Irakban. Hirado.hu, 2016. 07. 06, 16 óra 36 perc
Forrás: <http://www.hirado.hu/2016/07/06/a-felszerelés-hiányos-volt-mégis-beavatkoztak-a-britek-irakban>, Letöltés időpontja: 2016 július 6

kell megtervezni és végrehajtani – ez is lehet oka, hogy nem rendelkeztek megfelelő számú páncélozott gépjárművel a csapatok, s az orvosoknak fizetett, a polgári életben nyújtott juttatásokkal összehasonlítva alacsony mértéke miatt nem volt elegendő egészségügyi szakember a hadműveletek biztosítására. A másik valószínűsíthető ok az, ha a megnövelt költségvetés későn érkezik. Be lehet belőle szerezni eszközöket, felszerelést, anyagi készleteket, de az idő rövideje nem teszi lehetővé orvosok toborzását, kiképzését, felkészítésüket és időben történő telepítésüket az adott művelet biztosítására. A második világháború tapasztalata, hogy a kényszer hatása alatt a polgári életből a frontokra vezényelt orvosoknak, s különösen a sebészeknek hónapokba telt, mire beletanultak a harctéri sebészeti ellátás gyakorlatába. Éveket vesz igénybe a frissen pályára irányított kollégák kinevelése, katonai szemléletük megalapozása, s gyakorlati készségeik megszerzése, melyeket elfogadható mértékű kockázatot vállalva, békefenntartó műveletekben, a helyi lakosság köréből kikerülő lött és robbanásos sérültek ellátása során sajátítottunk el velük – feltéve, hogy vannak a katona-egészségügyi pályára irányítható civil kollégák. A harmadik lehetséges tényező a hírszerzési információk esetleges pontatlansága, mely alapján a műveletek tervezési folyamata során elégségesnek ítélik az adott, kisszámú páncélozott eszközt a feladat végrehajtására, az ezzel járó kockázatot pedig elfogadhatónak. Gyorsan hozzáteszem, hogy ez jobbra csak elméleti lehetőség, a gyakorlatban szinte kizárólag a forráshiány korlátozza a megfelelő felszerelés biztosítását a haderő számára. Csak remélhetjük, hogy a brit alsóházi képviselő nem csupán politikai ellenfelei megszorogtatására használja a feltárt hiányosságokat, de a következő szavazásnál a védelmi költségvetés növelése mellett fog szavazni.

A bizottság vezetője arra kérdésre, hogy mit tart a jelentés fő tanulságának, a következőket nyilatkozta: „Fő várakozásom az, hogy nem lesz a jövőben lehetséges belekezdeni egy ilyen mértékű, és ilyen súlyú katonai, vagy akár diplomáciai vállalkozásba egy valóban alapos kockázatelemzés és értékelés, valamint az erre vonatkozó kollektív politikai döntéshozatal nélkül. Sok tanulságot tartalmaz a jelentés, de valószínűleg ez a központi mondanivalója a jövőre nézve.”¹⁰⁸ Azt kell írjam, hogy Sir Chilcot valószínűsíthetően téved a jövőt illetően. Az általa vezetett bizottságnak hét esztendőbe telt az alapos kockázatelemzés és értékelés. A döntéshozóknak napok, hetek, legfeljebb hónapok állnak rendelkezésre ehhez hasonló helyzetekben a döntés meghozatalához, s az azt megalapozó hírszerzési jelentések ritkán lesznek kimerítőek és egyértelműek. Éppen

¹⁰⁸ BBC News, Iraq Inquiry: Chilcot says 'careful analysis needed before war'. The key points of the report. Forrás: <http://www.bbc.com/news/uk-politics-36712735>, Letöltés időpontja: 2016 július 6

ezen jelentések minősített jellege nem teszi lehetővé a széleskörű politikai egyetértés döntést megalapozó kialakítását.

Az Irakban és Afganisztánban folytatott műveletekhez hasonló esetekben a győzelem ízet az a fél érezheti, amelyik az idő előrehaladtával tovább képes elviseltetni, sőt elfogadtatni saját társadalmával a személyi veszteségeket és költségeket, s ezáltal igazolni a műveletek, a harcok folytatásának szükségességét. Az egyik Irakban elesett brit katona apukája nyilatkozta, hogy levelet kapott Tony Blair-től, melyben az állt, hogy büszke lehet fiára, aki hazája védelmében vesztette életét. Az apa válaszlevelében azt írta: Nem szükséges rámutatnia, hogy büszke lehetek fiamra, de ki kell javítanom Önt miniszterelnök úr! Fiam nem hazája védelmében, hanem hazája szolgálatában vesztette életét, mivel hazáját Irak sohasem fenyegette.¹⁰⁹

A harcok, vagy műveletek folytatásának társadalmi támogatását lényegesen könnyebb elérni, ha a közvélemény meg van győződve arról, hogy a harcosok, vagy katonák igaz ügyért küzdenek, vagy szent háborút folytatnak az ellenséggel szemben. Ezért is szükséges nemzeti ügyé tennünk a Haza védelmét. A szélsőséges szervezetek jól használják ki ellenünk a szent háború propagandáját és saját lakosságuk megfélemlítését. Ezek a szélsőségesek -a világon bárhol is vizsgáljuk tevékenységüket- saját társadalmuk és egymás ellen is háborút folytatnak. A megfélemlítés és a másként gondolkodók kiirtásának eszközével fanatizálják híveiket és hajtják a maguk hatalma alá a népességet. Irakban is, havonta majd négyszáz helyi lakos vesztette életét ebben az időszakban terrorcselekmények következtében.[160]

A Chilcot-jelentés kapcsán még egy gondolat megfogalmazódott bennem, melynek nincs ugyan közvetlen katona-egészségügyi vonatkozása, ám annál érdekesebb a NATO jövőjét tekintve. Bejárta a világsajtót az a háromszavas idézet Tony Blair elektronikus üzenetének egyik mondatából, melyet az Irakban tervezett művelet előtt nyolc hónappal küldött az USA elnökének: „veled, bármi legyen”.¹¹⁰ Ha elfogadom, de legalábbis megengedem azt a feltevést, hogy az USA és az Egyesült Királyság vezetői őszintén hittek benne, hogy Saddam Hussein valós, közvetlen és súlyos fenyegetést jelent országaik és a

¹⁰⁹ BBC News, Iraq Inquiry: Chilcot says 'careful analysis needed before war'. The key points of the report. Families' reaction, Reg Keys explains why he wanted Tony Blair to listen to him after his son died in Iraq - lásd a cikkbe illesztett videót!

Forrás: <http://www.bbc.com/news/uk-politics-36712735>, Letöltés időpontja: 2016 július 6

¹¹⁰ 'With you, whatever': Tony Blair's letters to George W Bush. The Guardian.

Forrás: <https://www.theguardian.com/uk-news/2016/jul/06/with-you-whatever-tony-blair-letters-george-w-bush-chilcot>, Letöltés időpontja: 2016 július 7

világ biztonságára, akkor ezt a három szót a NATO alapszerződés ötödik cikkelyének szellemében megfogalmazott kollektív védelmi kötelezettségvállalás megerősítésének tudom tekinteni. A NATO Varsói Csúcsértekezletének előestéjén kelet-Európa is képletesen ezt a három szót várta. „Pénteken és szombaton (2016. július 8-9), a 28 NATO-szövetséges és számos partner nemzet vezetői találkoznak a mérföldkőnek számító varsói csúcstalálkozón. Együtt fognak döntéseket hozni a Szövetség biztonságának fokozásáról az elrettentés és védelem megerősítésén keresztül, valamint a stabilitásnak a Szövetség határain túlra történő kiterjesztéséről.”[161]

Annak megértéséhez, hogy mit nevezhetünk napjainkban győzelemnek, át kell röviden tekinteni a magas és az alacsony intenzitású katonai konfliktusok¹¹¹ közötti alapvető különbségeket, melyeket a 3. számú táblázatban összegeztem.

	Magas	Alacsony
Kezdet	Hadüzenettel	Hadüzenet nélkül
A nemzetgazdaság bevonása	Teljes	Részleges
Befejezése, célja	Általában egy döntő ütközettel, az ellenség teljes kapitulációjával, ennek dokumentálásával és győzelmi felvonulással ér véget	Befejezése nem látványos, célja a biztonság megteremtése, új típusú kormányzás kialakítása, a fejlődés elősegítése
A sérültek száma	Nagyságrendekkel magasabb, mint az alacsony intenzitású konfliktusok során	Nagyságrendekkel alacsonyabb, mint a magas intenzitású konfliktusok során
	Elfogadható a társadalom számára	Nehezen elfogadtatható a társadalommal
A sérültek kiürítésének jellege	Logisztikai feladat, közepes fontossági besorolással	Kiemelt rangsorolású parancsnoki feladat
A sérültek harctéri kiürítésének időtartama	Órák-napok	Órák

¹¹¹ Lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

3. számú táblázat:

*Az alacsony és a magas intenzitású katonai konfliktusok közötti alapvető általános és katonai-egészségügyi különbségek
(Szerkesztette a szerző)*

A nemzetközi erők beavatkozását Irakban, Afganisztánban, Líbiában, Szíriában, vagy a Közép-afrikai Köztársaságban nem nevezhetjük győzelemnek a klasszikus értelemben, bár katonai szempontból sikeresek voltak. Már a biztonság megteremtése is komoly nehézségekbe ütközött a nemzetközi erők számára. Az aszimmetrikus hadviselés nem teszi lehetővé az ellenség egyértelmű azonosítását, s így az ellene való hatékony (teljes kapitulációt kikényszerítő) harcot. Ha nem lehet az ellenséget nyílt harcra kényszeríteni, az a nemzetközi erőket fokozatosan reagáló szerepbe taszítja a hadszíntéren. A harc viszont, legyen az csupán rajtaütéses támadás a nemzetközi erők egységei ellen – fanatizáló propagandájuk következtében – képes a helyi szélsőséges erőket egységbe kovácsolni az úgymond külső agresszorok ellen. A nemzetközi haderő így kiváltójává, mozgatójává és fenntartójává válik a szélsőséges erők egységes fellépésének, továbbá az aszimmetrikus hadviseléssel járó terrorizmus normaként való megjelenésének az adott régióban, sőt azon túl is. Amikor pedig a nemzetközi erők kivonulnak a hadszíntérről (vagyis átadjuk a biztonságért való felügyeletet a helyi kormánynak és az azt támogató, általunk kiképzett és felszerelt biztonsági erőknek), megkezdődik a sokszor vallási köntösbe öltöztetett polgárháború, vagy rövid időn belül átveszi a hatalmat egy átfogó szélsőséges szervezet, mint például az ISIS (ISIL).¹¹² Megkezdődik a lakosság elvándorlása a válságövezetből, s látjuk, hogy ez nem áll meg a legközelebbi, biztonságos ország menekülttáborában, de a jobb élet reményében az európai demokráciákat veszi célba. Erősödő fenyegetést jelent a demokratikus államokra a hazai gyökerű terrorizmus (*home grown terrorism*) is. Ebben egyértelműen közrejátszik a befogadott kisebbségek gazdasági és kulturális integrációjának –ebből a szempontból– kudarca, mely a második-harmadik generációs fiatalokat a szélsőséges nézetek és cselekedetek irányába viszi el. Az értelmetlen terroreseményeket követő nagy kérdés viszont az, hogy a közös megemlékezés, virágok, temetés és gyász mellett mit teszünk az ilyen esetek és az azokhoz vezető folyamatok kivédéséért? A

¹¹² ISIS – the Islamic State of Iraq and Syria; ISIL - the Islamic State of Iraq and the Levant. The Washington Post - ISIS or ISIL? The debate over what to call Iraq's terror group.
Forrás: <https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2014/06/18/isis-or-isil-the-debate-over-what-to-call-iraqs-terror-group>, Letöltés időpontja: 2016. július 5

nemzetek és intézmények erre a kérdésre adott eltérő válasza ereztékeiben rázza most az Európai Unió egységét.

Az ISAF egészségügyi biztosítás fontosabb jellemzői¹¹³

Azt jelenti ez, hogy a haderők bevetése értelmetlen volt? A műveletekben résztvevő katonák százezreinek átadott oklevelek és érdemérmek ugyanarra a sorsra kell jussanak, mint amit a Vietnami Háború kapcsán láthattunk?¹¹⁴ Semmiképpen. Az alacsony intenzitású konfliktusok során elérendő célkitűzésekből következik, hogy pusztán katonai eszközökkel nem lehet őket megvalósítani. Ezért kezdtük el alkalmazni a NATO-ban és az Európai Unióban a már említett átfogó megközelítés elgondolását. Ennek katonai-egészségügyi vonatkozásait is elemzem a következőkben, ám előbb rá kívánok világítani az ISAF tevékenysége kapcsán az egészségügyi biztosítás gyakorlatában bekövetkezett néhány fontosabb tényezőre.

Az ISAF katonai célkitűzései

Ahhoz tehát, hogy Afganisztán ne lehessen többé a szélsőséges nézeteket valló, s a terrorizmust a békés állampolgárok megfélemlítésére elfogadott és hatékony eszköznek tekintő szervezetek és személyek menedéke, békét, biztonságot és stabilitást kellett teremteni az országban. A biztonságot az ellenséges befolyás semlegesítésével és a lakosság védelmével kellett elérni, amihez meg kellett ragadni és tartani a katonai

¹¹³ Saját missziós és négyéves brüsszeli NATO törzsbeosztásban szerzett tapasztalataim és ismereteim alapján. Kétszer kaptam lehetőséget, hogy a Magyar Honvédség képviselőjeként Afganisztánban szolgáljak. Első alkalommal 2003-ban, mint a kabuli német tábori kórházba integrált Magyar Katonai Egészségügyi Kontingens parancsnoka. Dr. Schandl László orvos alezredest, a kontingens első parancsnokát váltottam ebben a beosztásban. Szaktudása és kiváló német nyelvismerete révén Dr. Schandl elsőként tölthette be külföldiként a német tábori kórház klinikai igazgatói beosztását, s nyomdokain haladva kaptam én is bizalmat erre és lehetőséget. Tapasztalatainkat cikk [162] és tanulmány kötet fejezete [163] formában tettük közzé. Másodszor 2008-ban, mint a Magyar Honvédség Tartományi Újjáépítési Csoport beosztott orvosa szolgáltam Afganisztánban. Ekkor szerzett tapasztalataimat a civil-katonai együttműködés vonatkozásában dolgoztam fel. [164] NATO törzsbeosztást 2008. július 1 – 2012. július 15 között tölthettem be a Nemzetközi Katonai Törzs, Logisztikai és Erőforrások Főosztály, Egészségügyi Osztály, osztályvezetői (s 2010-től egyben a Nemzetközi Katonai Törzs, egészségügyi főtanácsadói) beosztásában.

¹¹⁴ Vietnam-i veterán katonák tiltakozása a Capitolium-nál, 1971. április 26
NBC News – 35 years after the fall: The Vietnam War in pictures – slideshow – slide 20.
Forrás: <http://www.nbcnews.com/slideshow/news/35-years-after-the-fall-the-vietnam-war-in-pictures-36859810>. Letöltés időpontja: 2015 február 27.

kezdeményezést, meg kellett szilárdítani a stratégiai eredményeket, melyet az országban a biztonság fenntarthatóvá tétele kellett, hogy kövessen. A stabilitás elősegítésére pedig az afgán kormány fennhatóságát kellett kiterjeszteni, s a szociális és gazdasági fejlődést előmozdítani.

Az ISAF erők ezeket a stratégiai célkitűzéseket az afgán kormányerőkkel (ANSF – Afgán Nemzeti Biztonsági Erők) közösen tervezték elérni. Az ISAF és az ANSF együttműködése közös érdekeket szolgált. A biztonság megteremtésében elért közös eredmények megerősítették mind az ISAF, mind pedig az afgán kormány (GIROA – az Afganisztáni Iszlám Köztársaság Kormánya) elfogadottságát és támogatását a helyi lakosság körében. A lakosság közös védelme stabilizáló hatással volt a kulcsfontosságú régiókra, s közös erőfeszítéssel sikerült a felkelők tevékenységét elfogadható szintre visszaszorítani. A közös sikerekhez az ANSF-et feladatainak végrehajtására képessé és hatékonyá kellett tenni. Először alapképességeket kellett adni az ANSF-nek, majd önfenntartóvá kellett tenni képességfejlesztés terén. Társadalmilag elfogadható szintre kellett visszaszorítani a stabilitási és gazdaság-fejlesztési elképzeléseket aláásó korrupciót. Hatékonyá kellett tenni a határok védelmét, hogy vissza lehessen szorítani a felkelők által folytatott és a GIROA-t is érintő drogkereskedelmet és korrupciós tevékenységet. A stabilitás érdekében meg kellett szilárdítani a kormányzást. Ezt úgy lehetett elérni, ha az afgán lakosság elismeri, s kulturális és vallási szempontból is elfogadja a GIROA-t.

Az ISAF és ANSF együttműködésének alapvető célja az volt, hogy át lehessen adni a biztonsági, kormányzási és fejlesztési feladatokat a helyi hatóságok kezébe és felelősségébe. Az ISAF erők kivonásának feltételeit volt hivatva megteremteni az együttműködés, mely három jól elkülöníthető szakaszra osztható.

Az első szakasz a partneri együttműködésé. Ebben az időszakban a feladatok végrehajtásában az ISAF erőké a főszerep és fő felelősség, az ANSF támogatása mellett. Ebben a szakaszban folyik az ANSF alapképességeinek megteremtése.

A második szakasz a támogatásé, amikor az ANSF-é a vezető szerep a feladatok végrehajtásában, az ISAF erők támogatása mellett. Ebben a szakaszban teljeseedik ki az ANSF képességeinek megteremtése.¹¹⁵

¹¹⁵Declaration by the Heads of State and Government of the Nations contributing to the UN-mandated, NATO-led International Security Assistance Force (ISAF) in Afghanistan. Press Release (2010) 158.

A harmadik, úgynevezett képessé tevő szakasz pedig már a hosszútávú együttműködésé, amikor az ANSF teljes felelősséggel végzi a feladatok végrehajtását. Ebben a szakaszban az ISAF küldetése megváltozik, harci tevékenység helyett kiképző-tanácsadó-segítő feladatokat lát el, immár sokkal kisebb létszámmal. Ezeknek a terveknek csak egyik eleme volt a haderő. A kitűzött célokat átfogó polgári-katonai megközelítéssel kívánták megvalósítani.

A katonai célkitűzések leképezése az egészségügyi küldetésben

Az Afganisztán jövőéjért viselt felelősség átadásának lehetősége 2010-ben kezdett kialakulni, s a tervek 2011-ben öltöttek konkrét formát. Ennek megfelelően az ISAF egészségügyi tervei is három nagy feladatkör köré csoportosultak.

Az első feladat az ISAF saját erőinek egészségügyi biztosítása volt. Ennek két lényegi eleme volt: egészségügyi ellátás és az ezt kiszolgáló tevékenységek nyújtása, valamint az ISAF erők feladatainak biztosítása érdekében megfelelő közegészségügyi-járványügyi helyzet fenntartása a hadszíntéren. A sérültek és betegek ellátása terén –ki merem jelenteni- paradigmaváltás következett be a NATO egészségügyi biztosításában. Ez abban öltött alakot, hogy a második világháború idején a katonai műveletek sikere érdekében folytatott tömeges sérült és betegellátás gyakorlatát teljes egészében felváltotta az egyes sérültek és betegek érdekében, koncentrált erőforrásokkal nyújtott egészségügyi ellátás. Ennek egyik tényezője az volt, hogy az ISAF erők felkelők elleni katonai sikerei önmagukban nem garantálták Afganisztán biztonságát, mivel a felkelőket arra ösztönözte, hogy egyesüljenek, s összefogjanak a betolakodókkal, vagyis a nemzetközi erőkkel szemben. A második tényező pedig ennek következménye volt, azaz hogy a várható, és a hazai közvélemény számára nehezen elfogadható sérült és elesett katonák száma miatt a NATO alapszerződés 5. cikkelyének aktiválása ellenére is vonakodott a tagországok és partner nemzetek többsége harcoló csapatokkal részt venni az ISAF műveletekben. Ennélfogva a műveleteket addig kellett folytatni, amíg az ANSF képessé nem vált a harcok önálló megvívására, s a felkelőktől visszafoglalt területek védelmére és fenntartható ellenőrzésére. Az ISAF művelet fenntartása így csak az ISAF sérültek és elesettek számának indokolható és a hazai társadalom számára elfogadható mértéken tartása mellett volt garantálható. Ellenkező esetben fennállt a veszélye, hogy a személyi veszteségek miatt egyes nemzetek kivonják fegyveres erőiket az ISAF műveletekből. Így vált az egyes sérültek ellátása kiemelten fontos hadműveleti és politikai tényezővé, s indult meg soha nem látott mértékben az egészségügyi biztosítás fejlődése, mint azt már értekezésem elején idéztem James B. Peake nyugállományú altábornagytól.[17] Ezeket az eredményeket a NATO doktrína és irányelvek fejezetben mutatom be és elemzem.

A második feladat az ANSF egészségügyi képességeinek fejlesztése volt. Azt kellett elérni, hogy az afgán egészségügyi erők elfogadható szinten tudják biztosítani az ANSF műveletek végrehajtását. Gyakorlatilag a nulláról kellett felépíteni az ANSF egészségügyi biztosítását úgy, hogy azt maguk az afgánok tegyék, az ISAF szakemberek tanácsadói tevékenysége mellett.

- Afgán harctéri mentőkatonákat (*ANSF Medics*) kellett elegendő számban kiképezni arra, hogy a sérüléseket alapszinten el tudják látni (pl. vérzéscsillapítás, törések rögzítése, a sérült előkészítése kiürítésre).
- Ki kellett alakítani az ANSF saját kiürítő rendszerét, s képessé kellett tenni afgán partnereinket arra, hogy irányítani és nyomonkövetni tudják sérültjeik útját.
- Végül pedig képessé kellett tenni az afgán kórházakat, hogy az ANSF gyógyító-ellátó rendszereként működjenek, s tudják fogadni és ellátni a sérülteket.

Ezek az intézkedések egyrészt az afgán képességek kialakítását és megerősítését szolgálták és fokozták az afgán katonák bizalmát saját haderejük iránt, másrészt tehermentesítették az ISAF egészségügyi ellátó rendszerét. Így sikerült elérni, hogy 2010-re az afgán harci sérültek 90%-a már az ISAF egészségügyi ellátó rendszerén kívül került ellátásra.¹¹⁶

A harmadik feladat az afgán polgári egészségügyi ellátó rendszer fejlesztése volt. Ebben a feladatban az ISAF tanácsadó-egyeztető szerepet töltött be. Ki kellett alakítani az afgán egészségügyi szakemberek képzésének kereteit, meg kellett teremteni a működésüket lehetővé tévő infrastruktúrát, majd fokozatosan növelni kellett az egészségügyi ellátó rendszer kapacitását, s a rendelkezésre álló erőforrások figyelembe vételével kellett megalkotni az afgán lakosság egészségügyi ellátásának szakosított, egymásra épülő képességeket felvonultató rendszerét. Ennek lényege az volt, hogy az alapellátás a népesség lehető legszélesebb rétegei számára elérhető legyen, s a szakosított szakorvosi ellátás a humán, anyagi és pénzügyi erőforrásoknak a betegek számára is legjobb kihasználását lehetővé téve néhány tartományi központban legyen összpontosítva.

¹¹⁶ Az ISAF egészségügyi tanácsadójának a COMEDS plenáris ülésén, 2010 májusában tett jelentése alapján.



1. számú ábra:

Az afgán polgári egészségügyi ellátó rendszer elvi felépítése¹¹⁷

Az 1. számú ábra ezt szemlélteti. Nem állt rendelkezésre adat 2011-ben a lakosság ellátását a leginkább elérhető módon biztosító egészségügyi állomások (*Health Post*) számáról. Az viszont kitűnik az ábrából, hogy minden 1000-1500 lakosra terveztek felállítani egy-egy ilyen állomást, mely igen korlátozott ellátást volt hivatva nyújtani (pl. maláriás, hasmenéses, vagy heveny légúti fertőzésben szenvedő betegek kezelését, illetve feladata a helyi lakóközösségek oktatása a helyes táplálkozásra, a nemi úton terjedő betegségek megelőzésére, a születésszabályozás lehetőségeire, valamint az adott területen fogyatékkal élők azonosítása, nyilvántartása is). Az egészségügyi ellátó rendszer csúcsán helyezkedik el a legkiterjedtebb képességekkel rendelkező az 5 regionális ellátó központ, melyek együttesen hivatottak lefedni a teljes afgán lakosság szakosított szakorvosi ellátásra vonatkozó igényét.

A GfRoA és az ANSF megerősödésével lehetőség nyílt az ISAF misszió lezárására, s megjelent a hosszútávú partneri együttműködés keretei megteremtésének szükségessége. A NATO vezetésű, ENSZ mandátum alatt tevékenykedő ISAF misszió 2003 augusztusától 2014 decemberéig tartott. A NATO új műveletet indított el 2015

¹¹⁷ Az ISAF egészségügyi tanácsadója, David J. Smith ellentengernagy előadásnak anyagából, mely 2011. november 1-én hangzott el a NATO Oktatási Intézményében, Oberammergau-ban (Németország) a Senior Medical Staff Officer Course képzésen részvevő hallgatók számára.

januárjában Elszánt Támogatás (*Resolute Support*) néven. Feladata az afgán biztonsági erők és intézmények képzése, tanácsadás és segítése. A NATO és partner nemzetek pénzügyi támogatással is segítik Afganisztán biztonságának és fejlődésének hosszútávú megszilárdítását.¹¹⁸

Az alábbiakban, általánosságban, illetve Afganisztáni példákon keresztül, saját missziós tapasztalatomra is támaszkodva vázolom fel a nemzetközi erők szerepét a civil egészségügyi rendszer kialakításában, fejlesztésében és megerősítésében.

Az átfogó megközelítés elvének főbb katona-egészségügyi vonatkozásai¹¹⁹

Az átfogó megközelítés, valamint a stabilizáció és újjáépítés feladatai vonatkozásában három fő dokumentum taglalja a NATO és az Európai Unió szerepvállalásának kereteit és irányelveit.

1. A NATO Átfogó Megközelítési Programjának Akcióterve.[165]
2. A NATO Szövetséges Átalakítási Parancsnokságának tanulmánya a Nemzetek Átfogó Megközelítéssel kapcsolatos elvi álláspontjáról.[166]
3. Az Európai Unió Katonai Bizottságának az átfogó megközelítés irányába történő elmozdulás műveleti vonatkozásairól szóló okmányának tanulmánytervezete.[167]

Az elképzelés szerint leginkább a válságkezelő műveletek kezelése során terveztük alkalmazni az átfogó megközelítés elvét. Egy eszközként tekintettünk rá, mely hozzásegít bennünket ahhoz, hogy a válsághelyzetre a NATO összehangolt és következetes válasszal reagálhasson. Ez az összehangolt és következetes válasz figyelembe veszi a válságkezelés összes szereplőjének érdekeit, célkitűzéseit, lehetőségeit és korlátait, beleértve a befogadó nemzet kormányának álláspontját is. A cél az, hogy a válságkezelés szereplőinek erőfeszítései kiegészítsék és kölcsönösen erősítsék egymást.

¹¹⁸ NATO and Afghanistan. Last updated: 13 Oct. 2016 16:34.

Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_8189.htm. Letöltés időpontja: 2017. április 3.

¹¹⁹ Az elemzés a NATO Nemzetközi Törzs Közegészségügyi, Élelmiszer- és Vízhigiénés munkacsoportjának (NATO International Staff, Public Health, Food and Water Group) ülésén Brüsszelben, 2011. november 2-án elhangzott előadásom anyagára épül. Előadásomhoz a háttéranyagok egy részét Andrew Budd ezredes biztosította, aki abban az időben a NATO Nemzetközi Katonai Törzs Tervezési és Irányelvek Főosztályán, a Stratégiai Irányelvek és Elgondolások Osztályon teljesített szolgálatot (NATO International Military Staff, Plans and Policy Division, Strategic Policy and Concepts Branch).

Azt értekezésemben már kifejtettem, hogy a kollektív védelem és kooperatív biztonság mellett a válságkezelés is a NATO alapfeladatát képezi. Az átfogó megközelítés elve azonban nem csupán arra mutat rá, hogy ebben a feladatban a NATO nem egyedüli szereplő, de arra is rávezet bennünket, hogy a NATO erők képességnövelő-kisegítő szerepet kell, hogy játszanak a válság megoldásában. Az alapfeladat és a kisegítő szerep közötti ellentmondás látszólagos. A válságkezelés kezdeti szakaszában -különösen, ha az fegyveres konfliktussal is jár- gyorsan mozgósítható, szervezett, beavatkozás-képes, s hiteles elrettentő és békítő erővel is bíró képességre van szükség. Ezt képes adni a szövetséges haderő, melynek tevékenysége révén megteremthető a biztonság a válságövezetben.

A válság megoldásának előfeltétele a biztonság, viszont nem elegendő alapeleme. A stabilizáció és újjáépítés sikere nélkül a válság kiújul, amint a nemzetközi erők levonulnak a műveleti területről. Be kell tehát vonni a válságkezelésbe a befogadó nemzet kormányát (és ellenzékét), a helyi hatóságokat és lakosságot, a segélyszervezeteket, a szomszédos országokat és mindenkit, aki kész és képes tevékenyen hozzájárulni a válság megoldásához. Amint lehet, fokozatosan át kell adni a feladatokat és irányítást a helyi kormánynak és a civil szervezeteknek. Ezért helyénvalóbb nem a NATO által alkalmazott átfogó megközelítés elvére hivatkozni, hanem az átfogó megközelítés programjához nyújtott NATO hozzájárulást hangsúlyozni.

Afganisztán arra is megtanított bennünket, hogy nem elég csupán óriási kapacitásokkal felvonulni a hadszíntéren, az még nem jelent elegendő elrettentő, s még kevésbé békítő erőt - be is kell vetni ezeket az erőket. A bevetés pedig sokba, nagyon sokba kerül, s sérültekkel jár. A sérültek ellátásának hatékonyságát az alábbi tényezők segítik leginkább elő:

- azonnali és halaszthatatlan segítségnyújtás,
- az állapotuknak megfelelő osztályozás,
- az állapotuk folyamatos egészségügyi felügyelete,
- s az ellátás hatékonysága a fentiek mellett nagyban függ a sérült megfelelő ellátóhelyre jutásának időtartamától.

Robert M. Gates amerikai védelmi miniszter 2009 januárjában ennek az időtartamnak a lerövidítése és mérhetősége érdekében vezette be a köztudatba az értekezésemben már felvázolt arany óra elvet[168], s járta ki a kormánynál a végrehajtást

lehetővé tévő mintegy száz légi-egészségügyi kiürítő egység telepítéséhez és a szinte teljes hadszíntér igényeit lefedő alkalmazásához szükséges plusz forrásokat.

Négy lépésben bemutatom, hogyan hatott a biztonsági környezet változása a NATO erők alkalmazására, s az ezek során szerzett tapasztalatok, hogyan nyertek politikai jóváhagyást, jelentek meg a NATO stratégiai gondolkodásában. Végül pedig bemutatom, hogyan képeződött le ez a stratégiai elvárás a műveletek egészségügyi biztosítása során.

Első lépés – a válságkezelési feladatok elsődlegessé válása.

A NATO tagországok biztonságát már nem a saját országhatárok mentén, hanem elsősorban a regionális konfliktusok kezelése révén lehetett és kellett garantálni. Ezen a téren két válság-övezet bírt kiemelt jelentőséggel: Afganisztán és Koszovó. Mindkét területen a biztonság megteremtése volt az elsődleges feladat, s ennek megszilárdításához a folyamatos katonai jelenlét mellett meg kellett találni a lehetőséget és eszközöket a kormányzás és a gazdaság megszilárdítására és fejlesztésére az adott országban.

Második lépés - a műveleti tapasztalatok politikai szintű jóváhagyása.

A műveletek során felismert hiányosságok már 2006-ban arra ösztönözték a NATO tagországok vezetőit, hogy elvárást fogalmazzanak meg az átfogó megközelítéshez való hozzájárulás szövetségi képességeinek fejlesztésére vonatkozóan. Ezt a közös akaratot a Rigai Csúcstalálkozó záródokumentuma az alábbiak szerint rögzítette: „Az afganisztáni és koszovói tapasztalat bizonyítja, hogy napjaink kihívásai átfogó megközelítést követelnek meg a nemzetközi közösségtől a polgári és katonai eszközök széles skálájának bevonásával, mialatt teljes mértékben tiszteletben kell tartani az összes részvevő célkitűzéseit és döntési önállóságukat, valamint ez a tapasztalat példákat szolgáltat az ilyen megközelítés alkalmazására is. Ebből a megfontolásból, s felismerve, hogy nincs ugyan olyan követelmény, mely szerint a NATO-nak szigorúan polgári rendeltetésű képességeket kellene fejlesztenie, ma megbízást adtunk a Tanács Állandó Ülésének, hogy gyakorlati javaslatokat dolgozzon ki a külügyminiszterek 2007. áprilisában és a védelmi miniszterek 2007. júniusában esedékes találkozására. Erre annak érdekében van szükség, hogy javítsuk a NATO saját válságkezelő eszközeinek következetes alkalmazását, valamint a partnerekkel folytatott gyakorlati együttműködést minden szinten. Javítani szükséges a gyakorlati együttműködést így az ENSZ-el és más jelentős nemzetközi szervezetekkel,

nem kormányzati szervezetekkel és a helyi szereplőkkel a jelenlegi és jövőbeni műveletek tervezése és végrehajtása során, ahol az csak indokolt lehet. Ezeket a javaslatokat a felmerülő tapasztalatok figyelembe vételével kell megfogalmazni úgy, hogy azok rugalmas lehetőséget biztosítsanak a NATO katonai és politikai tervezési eljárásainak kiigazítására, a civil-katonai kapcsolatok megerősítése érdekében.”[169]

Következésképpen haladtunk a kijelölt úton, s a Bukaresti NATO Csúcsértekezleten az állam- és kormányfők el is fogadták az átfogó megközelítés cselekvési programját. Az értekezlet záródokumentumában ezt olvashatjuk: „Jóváhagytunk egy cselekvési tervet, amely egy sor gyakorlati javaslatot tartalmaz a NATO átfogó megközelítéshez történő hozzájárulásának kidolgozása és végrehajtása érdekében. E javaslatok célja, hogy javítsák a NATO saját válságkezelő eszközeinek következetes alkalmazását és fokozzák a gyakorlati együttműködést más szereplőkkel minden szinten, amikor az csak indokolt lehet, beleértve olyan rendelkezéseket, melyek elősegítik a stabilizációt és újjáépítést. Kiterjednek olyan területekre, mint például a műveletek tervezése és végrehajtása; képzés és oktatás; a külső szereplőkkel folytatott együttműködés erősítése. Megbízuk a Tanács Állandó Ülését, hogy a cselekvési tervben foglaltak végrehajtását kiemelten kezelje és azt folyamatosan felügyelje, figyelembe véve az összes lényeges változást, valamint a tapasztalatokat”[170]

Harmadik lépés – a politikai akarat megjelenése a stratégiai gondolkodásban.

A NATO 2010. évi Új Stratégiai Konceptiója pedig rögzíti a NATO elköteleződését a közös helyzetelemzés, tervezés és cselekvés érdekében a nemzetközi partnerekkel folytatott aktív együttműködés elősegítése mellett a válságok előtt, alatt és után. A koncepció ide vonatkozó pontja az alábbiakat rögzíti: „A NATO műveletekből leszűrt tapasztalatok, s különösen az afganisztáni és a nyugat-Balkáni tanulságok világossá teszik, hogy átfogó politikai, civil és katonai megközelítésre van szükség a válság hatékony kezelése érdekében. Az Észak-atlanti Szövetség aktívan együtt fog működni más nemzetközi szereplőkkel a válságok előtt, alatt és után az adott helyszínen folytatott közös elemzés, tervezés és cselekvés elősegítése, továbbá az általános nemzetközi erőfeszítések következetessége és hatékonysága érdekében.”[171]

Az átfogó megközelítés irányelvei négy munkafolyamatban testesülnek meg. Ezek az építkezés, az alkalmazás, a tanulás és a hirdetés. Ezek a munkafolyamatok három szinten

zajlanak. Első szint a NATO székhelye, ahol a politikai döntéshozatal történik. A második a hadműveleti szint, mely a Szövetséges Erők Európai Főparancsnokságán (*Supreme Headquarters Allied Powers Europe - SHAPE*) és az Összhaderőnemi Haderő Parancsnokságokon (*Joint Force Commands - JFCs*) folyik. Az irányelvek alkalmazása során két tényezőt kell figyelembe venni és egyensúlyban tartani: a belsőt és a külsőt. A munkafolyamatok mindegyike hozzájárul az áhított és az eredmények érdekében elvárt egységes nemzetközi fellépés kialakításához.

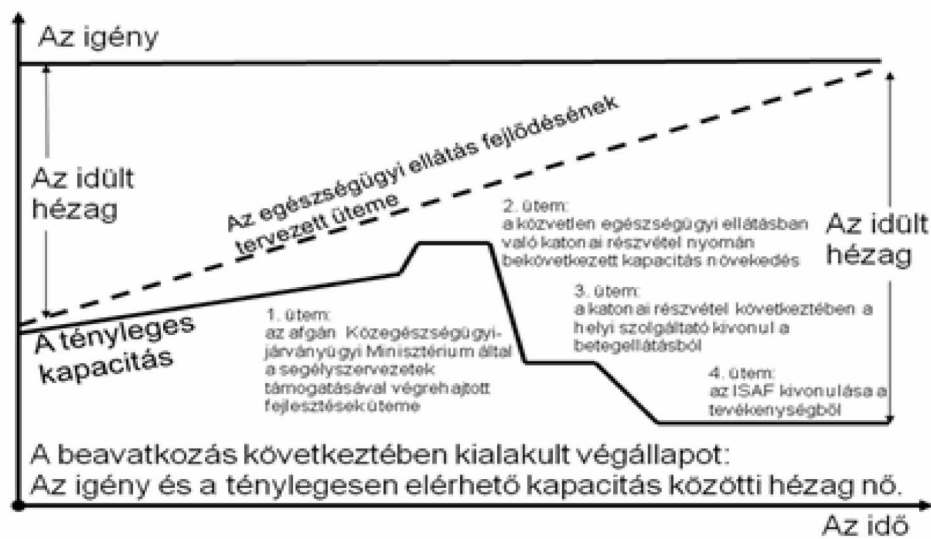
Az építkezés a külső partnerekkel történő kapcsolat felvételen és kapcsolat építésén keresztül megy végbe. Ezekre a kapcsolatokra a válságok során, a tervezés és a műveletek végrehajtása érdekében elvárt együttműködés miatt van szükség. Az alkalmazás során szerzett tapasztalatokból pedig tanulnunk kell, vagyis a feltárt hiányosságokat a kiképzés és oktatás során figyelembe kell venni, s javítanunk kell az együttműködésünkön. A hirdetésre azért kell támaszkodnunk, hogy az elért eredmények közkinccsé válhassanak, s beépülhessenek a köztudatba.

A fentieknek megfelelően a NATO székhelyén zajló munkafolyamat célja, hogy bizalmat és kölcsönös megértést alakítson ki, s a nemzetközi szereplők jobb együttműködését elősegítő módszereket tárjon fel. Hadműveleti szinteken (SHAPE és JFCs) a más nemzetközi szereplőkkel való együttműködés a kiemelt feladat az általános tervezési folyamat során, amennyiben nagyfokú civil-katonai közös cselekvésre van szükség. A hadszíntereken pedig a NATO haderők parancsnokait kell képessé tenni arra, hogy hatékony egyeztetést és együttműködést folytathassanak a befogadó nemzet helyi hatóságaival, továbbá más nemzetközi szereplők hadszíntéri vezetőivel a műveletek végrehajtása során. Ezt segíti elő a NATO SHAPE által szintén 2010-ben kiadott Átfogó Műveletek Tervezési Utasítása.[172]

Negyedik lépés – a stratégiai elvárás leképezése az egészségügyi biztosítás során.

A stabilizációs és újjáépítési feladatokhoz adott katonai támogatásnak két vonatkozását kell tehát kiegyensúlyozni. A helyi képességek kiépítéséhez és a kapacitások növeléséhez adott katonai támogatás jelenti a külső vonatkozást, a belsőt pedig a katonai képességekkel végrehajtott időleges hiánypótlás jeleníti meg. Más szavakkal, a külső vonatkozás a NATO által különböző szinteken, a műveletek tervezése és végrehajtása terén

folytatott gyakorlati együttműködését, míg a belső vonatkozás a NATO saját eszközeinek következetes alkalmazását jelenti.



2. számú ábra:

A közvetlen egészségügyi ellátás nemkívánatos következményei (belső vonatkozás) - előadásom egyik ábrája, mely a SHAPE és az ISAF egészségügyi tanácsadói által összeállított grafikon magyar fordítása, s a 2011-ben megfogalmazott kockázatot, s az afganisztáni ISAF tapasztalatokat mutatja be.

A 2. számú ábra szemlélteti, miért vezet nagyobb kapacitás-hiányhoz a jószándékú katonai részvétel a közvetlen egészségügyi ellátásban. A beavatkozás jószándékú, mivel a válsággal súlytott régióban a lakosság egyáltalán nem, vagy csak alig jut hozzá sok esetben az egészségügyi alapellátáshoz is, hiszen ennek hiányoznak az infrastrukturális, személyi és logisztikai feltételei. Ilyen helyzetben, a lakosság szükségét és a hatóságok eredménytelenségét látva, igen nehéz nem beavatkozni. A katonai-egészségügyi képességek alkalmazásával ráadásul azonnali javulást tudunk elérni, melynek humanitárius jellege és hírértéke van. A koalíciós erők által a stabilizációs és újjáépítési feladatokban alkalmazott saját erők és eszközök (belső vonatkozású részvétel) mindig lényegesen magasabb technikai és egyéb minőségi mutatójú színvonalat képviselnek, mint a helyi hatóságok és vállalkozók által kialakított, s ráadásul elégtelen kapacitású képességek. Amennyiben a humanitárius segítségnyújtás időben kitolódik, a lakosság egyre nagyobb hányada veszi igénybe a külföldi katonai erők által biztosított, térítésmentes szolgáltatást. A forráshiánnyal küzdő helyi hatóságokat ez nem kényszeríti a helyzet mielőbbi

megoldására, illetve ingyenessége révén csődbe juttatja a még a régióban tevékenykedő helyi egészségügyi szolgáltatók vállalkozását. Ezek a szolgáltatók előbb-utóbb kivonulnak a feladatok ellátásából, s a nemzetközi erők egyedüli ellátóként maradnak a területen. Az ő kivonulásukkal így a végállapot rosszabb képet mutat a lakosság számára elérhető egészségügyi kapacitások szempontjából, mint a katonai részvétel elindítása előtt.

A megoldást a szigorúan időleges katonai részvétel jelenti. Ez az időleges szakasz addig kell, hogy fenn álljon, amíg a helyi hatóságok által a lakosság ellátására tervezett képességek segítségünkkel felállításra nem kerülnek. Az általunk ehhez nyújtott támogatás jelenti a külső vonatkozású részvételt a feladatokban. Ezt a helyes hozzáállást és hosszútávú gondolkodást[173] szemlélteti a 7. és 8. számú fénykép, melyeken az Afganisztánban, a Magyar Honvédség Tartományi Újjáépítő Csoportja által finanszírozott, tüdőkóros betegek ellátását szolgáló, akkor még építés alatt álló rendelő és a rendelő udvarán felállított tájékoztató tábla látható.



7. számú fénykép:

A magyar támogatással, tüdőkóros betegek ellátására épülő rendelő Afganisztánban



8. számú fénykép:

A rendelő előtt a helyiek által felállított tájékoztató tábla

Az a cél, hogy a válságkezelésben feladatot vállaló nemzetközi szereplők közös szemlélet alapján építsék fel stratégiájukat. Ezt úgy lehet elérni, ha a résztvevők megosztják egymással saját, és figyelembe veszik a többiek értelmezését az elérendő célok és végállapot, az általános nemzetközi vezető szerep, a feladatok és felelősségi, valamint szerepkörök tekintetében, továbbá nyitottságot és eltökéltséget tanúsítanak a végrehajtás során.

Miért képvisel a NATO katona-egészségügyi közösségének szerepvállalása komoly hozzáadott értéket és tud akár vezető szerepet is vállalni az átfogó megközelítés elgondolásának megvalósításában? A NATO és a szélesebb körű nemzetközi szereplők között a válságkezelésben történő együttműködés kialakítására való törekvés során a résztvevők mindegyike által az egyik leginkább elfogadható és súrlódásmentes terület az egészségügyé. Ennek megfelelően az egészségügy képezheti a közös cselekvés egyik kiinduló területét, s megteremtheti a kölcsönös megértés alapjait. Az egészségügyi együttműködés nyomvonalán elindulva más NATO testületek számára is megnyílik a lehetőség bekapcsolódni az átfogó megközelítés programjába, s a gyakorlatban alkalmazni a stratégiai elgondolásokat.

Ezt a szerepkörét a NATO egészségügyi közössége annak révén képes megvalósítani, hogy a szélesebb körű nemzetközi résztvevőkkel például megosztja saját referencia

dokumentumait (alap- és irányelveket, doktrínát, műveleti típusú anyagokat és szabványokat). Megteremtettük továbbá az egységes oktatás és kiképzés alapelemeit (például a NATO Oktatási Központjában Oberammergauban, Németországban; a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központjában, vagy a COMEDS munkacsoportokban és szakértői testületekben). A gyakorlati együttműködést elősegítő keretek megteremtését is felvállalta a NATO egészségügyi közössége (mint például a 3. sz. ábrán látható, az Egészségügyi Segélynyújtó és Közös Cselekvést lehetővé tevő Eszközt, a *MEDACTool-t*)[174].



3. számú ábra:

A MEDACTool elvi felépítése[175]

Ennek az eszköznek az volt a rendeltetése, hogy elősegítse a gyakorlati munka összehangolását és az információ cserét a nemzetközi polgári és katonai közösség tagjai között azzal a céllal, hogy javítsa a válságkezelés során, illetve hasonló helyzetekre adott egészségügyi válaszokat. Az együttes gyakorlati munka sikerét nagyban befolyásolja, hogy a válság-kezelésben résztvevők képesek-e tiszteletben tartani egymás mandátumát, szerepét, önálló döntési jogkörét, valamint erős és gyenge oldalait, készek-e kihasználni a másikkal való együttműködésben rejlő lehetőségeket, s képesek-e felülkerekedni az ebből fakadó esetleges súrlódásokon.

Az elképzelés szerint 2012-ben már el kellett kezdeni a NATO Szövetséges Átalakítási Parancsnokságának Egészségügyi Osztálya (*NATO Allied Command Transformation, Medical Branch*) vezetésével az eszköz gyakorlati alkalmazhatóságának tesztelését, majd meg kellett találni a nemzetek közreműködésével azt a nemzetközi civil szervezetet, amelyik felvállalja az eszköz saját neve alatt való működtetését, s be kellett tanítani és gyakoroltatni annak használatát. A tesztelésre a COMEDS Katona-egészségügyi Struktúrák, Műveletek és Eljárások (MMSOP - *Military Medical Structures, Operations and Procedures*) munkacsoportjának ülése keretében megszervezett műhelygyakorlaton (Workshop) került sor. Egy elképzelt válsághelyzet körülményeire lett alkalmazva az eszköz, civil és katonai partnerek bevonásával. A cél az alkalmazhatóság tesztelése volt, az együttműködés és egyeztetés elősegítése érdekében, az előzőekben már említett négy munkafolyamat, vagyis az építkezés, az alkalmazás, a tanulás és a hirdetés felhasználásával. Igazolni akartuk, hogy az eszköz alkalmazásának nem csupán elméletben feltételezett, de gyakorlatban is megnyilvánuló előnyei vannak. Ilyen lehetséges előnynek ígérkezett az együttműködés és egyeztetés során feltárt befolyásoló tényezők hatásának tesztelése, az átfogó megközelítés elveinek gyakorlatba történő átültetése, a közös oktatás és kiképzés, valamint az egyeztetések javítása. Az egészségügy hozzájárulását az átfogó megközelítés elvének gyakorlati megvalósításához a NATO műveletek során Fletcher foglalta össze és publikálta 2011-ben.[176]

A stabilizációs és újjáépítési folyamat alapelemei a biztonság megteremtése, az új típusú kormányzás meghonosítása és a gazdasági fejlődés beindítása. Ennek során a szövetséges erők feladata, hogy a helyi kormányerőket képessé tegyék a biztonság megteremtésével és fenntartásával összefüggő feladatok önálló végrehajtására. Rövidtávon ez a szövetséges és a helyi kormányerők által partneri együttműködésben végrehajtott műveleteket jelenti. A partneri együttműködést középtávon fel kell, hogy váltsák a helyi kormányerők által végrehajtott műveletek, melyekhez a nemzetközi erők ekkor már csak támogatást nyújtanak. Ebben az időszakban megnő a sérültellátás hatékonyságának jelentősége helyi erők szempontjából is. Afganisztánban az ISAF erők biztosították például a kormányerők műveleteinek egészségügyi biztosítása keretében a hadszíntéri légi-egészségügyi kiürítést. Ebből kiindulva természetes módon adódik a hosszútávú feladat, melynek során a helyi erőket tesszük képessé a feladatok önálló végrehajtására. Ezt a nemzetközi erők tanácsadással, oktatással és kiképzéssel támogatják, így 2013-ban például már az afgán fegyveres erők légi-egészségügyi kiürítő képességének kialakítása terén.[177]

A partnerség, támogatás és képessé tevés szakaszai közötti átmenet időpontja és lehetősége csak korlátozottan tervezhető előre, mivel az feltétel függő. A helyi erők képességeinek fejlődése teszi őket alkalmassá az önálló tevékenységek és a felelősség fokozatos átvételére. Ugyanez a képesség-növekedés teszi lehetővé a nemzetközi erők hadszíntéri jelenlétének csökkentését.

A stabilizációs és újjáépítési folyamat sikere ezért alapvető jelentőséggel bír a nemzetközi erők hadszíntéri jelenlétének időtartama szempontjából. De nem csak ezért. Amint azt a 3. számú táblázatban feltüntettem, az alacsony intenzitású konfliktusok során kifejezetten nehéz elfogadtatni a társadalommal a sérültek magas számát. Miért? Mert nem a NATO alapszerződésében foglalt műveletről van szó. Nem a saját hazája védelmében, hanem sok ezer kilométerre otthonától sérül meg a katona, vagy veszti életét (a korábbiakban idézett egyik apa szavaival élve, kinek fia „Irakban vesztette életét hazája szolgálatában”). A stabilizációs és újjáépítési folyamatot sikerre kell vinni, mielőtt a nemzetközi erőkben részvevő országok kifáradnának. A gazdasági válság rámutatott, hogy az expedíciós műveletek éveken keresztül történő finanszírozása megterheli az egyes országok gazdaságát. A politikai döntéshozókat ez a műveletek mielőbbi befejezése irányába viszi el, melyet egy esetleges, akár alacsony, de folyamatosan jelentkező sérültszám és személyi veszteség csak tovább ösztönöz.

Ezért van szükség az átfogó megközelítés elvének alkalmazására nem csupán a válságkezelés, de a stabilizációs és újjáépítési folyamat során is. Ez a folyamat így a haderők hadszínterről való kivonási stratégiájának egyik elemévé vált. Az átfogó megközelítés révén egy hidat tudunk építeni a válsághelyzetre adott sürgősségi válasz és a válságból kivezetendő ország fenntartható fejlődése között. Az átfogó megközelítésnek köszönhetően tudjuk a befogadó nemzetet képessé tenni az önálló cselekvésre és felelősség-vállalásra. A nemzetközi erők létszámának csökkentése pedig a befogadó nemzet támogatását elméletileg hosszútávon vállalhatóvá teszi pénzügyileg is a műveletekben résztvevő nemzetek számára, mely által biztosíthatóvá válik a befogadó nemzet fenntartható kormányzása. Mindennek viszont –ismételten hangsúlyozni kívánom– előfeltétele a biztonság megléte.

Nem meglepő tehát, hogy a befogadó nemzet egészségügyi támogatása ugyanezen minta alapján működött Afganisztánban. Az ISAF erők egészségügyi képességei kezdetben a szövetséges erők egészségügyi biztosítását hajtották végre. Ezt követte az Afgán Nemzeti Biztonsági Erők egészségügyi rendszerének fejlesztése. A befogadó nemzet egészségügyi

támogatásának harmadik szakasza pedig a polgári egészségügyi rendszer fejlesztése volt. Már 2003-ban, első afganisztáni szolgálatom alatt feltűntek ennek első jelei. Afgán kollégákat oktattunk hetente egyszer ultrahangos képek és számítógépes rétegfelvételek kiértékelésére a kabuli német tábori kórházban, melynek akkor klinikai igazgatója voltam. Az oktatáshoz szükséges angolnyelvű szakkönyveket a német kollégák vették meg saját pénzen, a világhálón keresztül. Első olvasásra úgy tűnhet, hogy az oktatás intézményesített kereteinek hiányában ez a kezdeményezés kevésbé lehetett sikeres, s nem volt igazi hatása az afgán erők egészségügyi rendszerének fejlődésére. Tévedés ezt gondolni. Ez a képzés hozzásegítette az afgán kollégákat ahhoz, hogy fejlődjenek szakmailag, nőtt az elismertségük, bővült a betegek köre, melynek révén nagyobb jövedelemre tudtak szert tenni. A bevételek növekedése (együtt a biztonság megerősödésével) hozzásegítette őket a helybenmaradáshoz. Nem vándoroltak el, s így az országban maradt a helyi ellátó rendszer alapköve, a szakember. A későbbiek során látni fogjuk, hogy a honvédelmi egészségügy jelenét és jövőjét is az határozza meg, sikerül-e megállítani a szakemberek elvándorlását a rendszerből, s meg tudjuk-e teremteni az új szakemberek katona-egészségügyi pályára irányításának feltételeit.

A nemzetközi erők jelenlétének 2014 utáni lényeges csökkenésével Afganisztán jövője kapcsán a legvalószínűbb forgatókönyvnek 2011 végén az ígérkezett, hogy a hatalom megoszlik majd a központi kormányzat és a helyi hadurak között. Pakisztánt a felkelők búvóhelyként és menedékként használják, mely továbbra is biztonsági kockázatot jelent Afganisztán stabilitása szempontjából. Azt feltételeztük, hogy az Afgán Fegyveres Erő nem lesz alkalmas határon túli (expedíciós) bevetésekre, s főleg könnyű lövész egységekből fog állni, melyek feladatvégrehajtasát több képességihiány is befolyásolja majd, köztük a sérülteknek a sérülés helyéről történő kiürítésének korlátai. A lakosság alapszolgáltatásainak fenntartása, így például az egészségügyi alapellátás is, csak folyamatos nemzetközi pénzügyi támogatással tartható fenn. A világgazdasági válság következtében viszont megcsappanhatnak az ország által lehívható segélyek, s így lassul, nehézségekbe ütközik a gazdasági fejlődés. Tovább rontja a helyzetet a kiterjedt korrupció, mely ugyancsak gyengíti a központi kormányzatot, s önmagában a gazdasági fejlődés gátját képezi.

Afganisztán stabilizációjának egyik kulcsa tehát Pakisztán. A NATO Pakisztánnal való egyik első és sikeres együttműködésének a katona-egészségügyi kapcsolatok felvétele ígérkezett. Pakisztán bizalmát és együttműködési készségét igényre szabott

segítségnyújtással kívántuk elnyerni. Igényét a NATO segítségnyújtásra Pakisztán egészségügyi kiképzések terén jelezte, az alábbi öt kiemelt területen:

- Rehabilitációs medicina.
- Igazságügyi kórbonctan.
- Légi-egészségügyi kiürítés.
- Katasztrófa elhárítás.
- Közegészségügyi ismeretek.

A felhatalmazást követően munkatársaimmal haladéktalanul megkezdjük a gyakorlati megvalósítás előkészítését. Fel kellett mérnünk, mely nemzetek képesek és készek szakértőket küldeni Pakisztánba, vagy onnan képzésre egészségügyi szakembereket fogadni saját hazájukban. A NATO és partner nemzetek képviselőinek tájékoztatása, meggyőzése és ösztönzése érdekében tartottam meg 2011 novemberében a már hivatkozott előadásomat. Ebben összegzésként még egyszer felhívtam az ülés résztvevőinek figyelmét az átfogó megközelítés terén az egészségügy részére nyílt lehetőségekre, illetve a katonaegészségügy tevékenysége révén más szolgálati ágak előtt az átfogó megközelítésben megnyíló esélyeket. Felhívtam a nemzeteket, hogy vegyenek részt a MEDACTool tesztelésében, s az ehhez szükséges forgatókönyv kidolgozásában. Azt vetítettem előre, hogy 2012-ben egy szakmai előkészítő csoport utazik majd Iszlamabadba dán beosztottam vezetésével, hogy pontosítsa az igényeket és azok teljesítésének lehetséges kereteit, melyhez kértem szakértők jelölését a kiutazó csoportba. A kapcsolatfelvétel a biztonsági helyzet romlása miatt elmaradt. A MEDACTool gyakorlati működtetésének feladatát és terheit pedig sem az ENSZ, sem a Nemzetközi Vöröskereszt nem vállalta.

A KFOR egészségügyi biztosításának néhány jellemzője

A KFOR egészségügyi biztosítását azért érdemes röviden jellemezni, mert egyszerre jelenik meg benne a katonaegészségügyi képességhiányok hatása a művelet végrehajthatóságára, s a katonaegészségügyi közösség rugalmas alkalmazkodása a képességhiányhoz.

Miközben Németország vezetésével egy Egészségügyi Harci Kötelék (*Medical Task Force*)¹²⁰ adja a KFOR feladatok végrehajtásához szükséges egészségügyi biztosítás képességeinek gerincét, a hadszíntér ellátásában jelen van a kiszervezett szolgáltatásként biztosított egészségügyi képesség is. Megítélés kérdése, hogy a kiszervezett szolgáltatás igénybevétele kényszer, avagy erény. A szerződéses Role-1 képesség 2015. szeptember 1 óta látja el Camp Maréchal de Lattre de Tassigny (CMLT) táborban a betegeket és sérülteket. Feladatköre a táboron belüli, s elsősorban a sürgősségi alapellátásra korlátozódik, melyet civil egészségügyi szakszemélyzet, köztük egy fő orvos biztosít.¹²¹ Az, hogy a CMLT-ben csapatokkal jelenlévő KFOR nemzeteknek nem kell külön-külön saját Role-1 képességet fenntartani, hanem egy közös képesség szolgálja ki az összes nemzetet – erény. Az viszont már kényszer, hogy a KFOR nemzetek nem voltak képesek ezt a közös Role-1-et katonai képességként biztosítani, még akkor is, ha tudjuk, hogy meglévő katonai képességeiket a nemzetek így valóban katonai műveletek biztosítására tudják igénybe venni. A kényszer oka abban rejlik, hogy az előzőekben már elemzett védelmi költségvetési megszorítások képességhiányok kialakulásához vezettek a katonaegészségügyben is. Az elvárt színvonalú katonai Role-1 képesség telepítéséhez és fenntartható működtetéséhez nincs meg a forrásfedezet, a szakember, az infrastruktúra, vagy a politikai akarat valamelyike, vagy akár hiányozhat az összes tényező együttesen. A politikai döntéshozók által 2014-ben elfogadott védelmi kiadás-növelés hatása még nem érezhető, nem eredményezett azonnali és katonai műveletekre nyomban alkalmazható katonaegészségügyi képesség-fejlesztést a NATO tagországok haderejében, így kényszerültek a KFOR nemzetek a legkisebb többszörös, vagyis a kiszervezett szolgáltatás lehetőségének irányába mozdulni. Ezt az is elősegítette, hogy a NATO Támogató és Beszerzési Ügynöksége (*NSPA – NATO Support and Procurement Agency*) készen állt és képes volt a feladat megpályáztatására, a szolgáltató kiválasztására és a szolgáltatási szerződés megkötésére.

Ugyanez az ok-okozati összefüggés érvényesül most, 2017 év elején. Németország az év végén kivonja a vezető nemzetként általa működtetett Role-2 képességet a hadszínterről. Katonai megoldást a többszöri felhívás ellenére sem voltak képesek felajánlani a KFOR nemzetek. A befogadó nemzet egészségügyi ellátó képességei sokat

¹²⁰ COM KFOR Meets German Chief of Medical Staff. 20 APR 2016.

Forrás: <https://jfcnaples.nato.int/kfor/media-center/archive/news/2016/com-kfor-meets-german-chief-of-medical-staff>. Letöltés időpontja: 2017. április 3

¹²¹ Role 1 Medical Centre now open in Kosovo. 02 September 2015.

Forrás: <http://www.nspa.nato.int/en/news/news-20150902-5.htm>. Letöltés időpontja: 2017. április 3

fejlődtek az elmúlt évtized során, a NATO szabványok szerinti követelményeket azonban még mindig nem képes teljesíteni, így arra a KFOR nemzetek nem tudnak teljeskörűen (különösen a sürgősségi és sebészeti ellátás terén) támaszkodni. A választható legkisebb közös többszörös ezért ismételten a kiszervezett sürgősségi és sebészeti ellátás igénybevétele az NSPA-n keresztül. Ismételten hangsúlyozom, hogy ezt a megoldást az teszi választhatóvá, hogy a hadszíntér biztonsági helyzete viszonylag stabil. Ez ismételten hiteles bizonyítéka annak, hogy a biztonsági környezet közvetlen hatást gyakorol a műveletek egészségügyi biztosítására.

A fejezet összefoglalása

Kutatási hipotézisemet elemezve bizonyítottam, hogy a biztonsági környezetben, a társadalomban, a haderőben és az egészségügyi szolgálatokban végbement változások és következmények egymással összefüggnek.

Ebben a fejezetben mutattam be, hogy a globalizált biztonsági kockázatok megjelenése háttérbe szorította a saját területek védelmét, viszont kikényszerítette a haderő hazai bázisoktól több ezer kilométeres távolságban történő alkalmazhatóságát. Ezzel párhuzamosan kihangsúlyoztam, hogy szinte teljes egészében eltűnt a tömeges sérült- és betegellátás kényszere a napi gyakorlatból hadműveleti területen. Mind szakmai, mind katonai, mind pedig politikai szempontból előtérbe került az egyes betegek és különösen az egyes harci sérültek érdeke és ellátása az egészségügyi képességek fejlesztése és az ellátás szervezése terén, mely paradigmaváltást eredményezett a NATO egészségügyi biztosításának filozófiájában. Feltártam az összefüggést a totális háború veszélyének mérséklődése és a gazdasági világválság egymást erősítő hatása, valamint a védelmi költségvetés csökkenése és az egészségügyi biztosítás képességhiányai között.

„Ahhoz, hogy elérd a célod, tudnod kell, mit akarsz.”

Gordon Ramsay

skót származású mesterszakács és médiaszemélyiség

VI. DOKTRÍNA ÉS IRÁNYELVEK

Ennek a fejezetnek az a célja, hogy előkészítse az egészségügyi biztosítás küldetésének és a küldetésnek való megfelelés érdekében bekövetkezett változásoknak a megértését. Be fogom mutatni a NATO egészségügyi biztosításának irányelvein keresztül 1993-tól napjainkig, hogyan jutott el az egészségügyi biztosítás a logisztikai funkciótól a haderő képességnövelő elemévé.

Az első fontos tényezőt, azaz a NATO Katonai Bizottságának döntését, mellyel létrehozta a COMEDS-et, már említettem. Lényeges az a tény is, hogy a NATO katonaegészségügyi alap- és irányelveit, a kezdetektől, 1993-tól fogva minden esetben a NATO Katonai Bizottságának jóváhagyásával és a NATO Katonai Bizottság dokumentumaiként adták ki (ez az úgynevezett MC 0326-os dokumentumok sorozata, melynek első kiadása 1993-ban jelent meg, s frissített kiadásait per jelekkel adták ki, úgymint MC 0326/1; MC 0326/2; MC 0326/3 - ez utóbbit aktív szerkesztői közreműködéssel). Bizonyítéka ez annak, hogy a legmagasabb parancsnoki szinten kezelik és akarják garantálni a NATO műveletek egészségi biztosításának sikerét.

A NATO Katonai Bizottság 326-os számú okmánya

Az értekezésemben eddig kifejtettek alapján nem szabad, hogy meglepőnek tűnjön az sem, hogy már az első kiadás, „Az Egészségügyi Biztosítás Szabály- és Irányelvei a NATO számára”[178] is tartalmazta azokat az alapelveket, melyeket ma is vallunk és követünk. Érdemes ezeket röviden áttekinteni a célból, hogy a NATO irányelvek frissített kiadásainak elemzése során az alaphelyzettől történő elmozdulásokat jobban érzékelhessük:

- *Az egészségügyi ellátásra való jogosultság:* megkülönböztetés nélkül, a Hágai és Genfi egyezmények értelmében mindenki jogosult a klinikai állapotának és a rendelkezésre álló erőforrásoknak megfelelő ellátásra;
- *Az egészségügyi ellátás szabványai:* válságban és háborúban egyaránt arra kell törekedni, hogy az ellátás színvonala a lehető legjobb mértékben közelítsen a békeidőszaki ellátás uralkodó szabványaihoz;
- *A betegségek megelőzése:* kulcsfontosságú a haderő személyi állományának fenntarthatósága szempontjából;
- *Az egészségügyi ellátás időkorlátai* (mely az első kiadásban a Hatóság szabály címszó alatt szerepel): az élet- és végtagmentő sebészeti beavatkozásokat a lehető leghamarabb el kell végezni, de nem később mint a sérülést követő hat órán belül, mely így megszabja az ilyen ellátást nyújtani képes egészségügyi egységek telepítési helyét a hadszíntéren;
- *Osztályozás:* a betegeket állapotuk ellátásának sürgőssége alapján kell kategóriákba sorolni;
- *Az ellátás folytonossága:* a betegeknek az egészségügyi tagozatokon való áthaladása során folyamatos, a szükségleteiknek megfelelő és egyre magasabb szintű ellátást kell biztosítani, s az ellátásnak jelen kell lennie a kiürítés alatt is;
- *Az ellátási szintek:* az ellátásnak egyre magasabb szintűnek kell lennie, kezdve az elsősegélytől a végleges, szakosított ellátásig, amint a beteg egyre hátrább kerül kiürítésre, s ez az egészségügyi szakellátás három alapvető szintjén (az életmentés és az életműködés megszilárdítása, az élet- és végtagmentő sebészet, beleértve a műtét utáni ellátást, valamint a végleges ellátás és rehabilitáció) valósul meg;
- *A kiürítésre való alkalmasság:* az egyén állapota lesz irányadó a betegkiürítés idejének és eszközének meghatározása során;
- *Kapcsolattartás:* az ellátás hatékonysága érdekében szükséges, hogy a beteg és az egészségügyi állomány egymást megértse;
- *Az egészségügyi biztosítás és a kockázatnak kitett haderő kölcsönössége:* a területen telepített egészségügyi képességeknek egyensúlyban kell lennie a haderő méretével és a kockázattal, s ennek jegyében a békeidőszaki, átlagos napi betegforgalomnak megfelelő képességeket gyors ütemben ki kell terjeszteni a haderő méretének és a

válságidőszaki kockázat növekedésének megfelelően, melynek célja, hogy az ellenségeskedések kezdetétől elegendő kapacitás álljon rendelkezésre a sérültek megfelelő összegyűjtéséhez, kiürítéséhez, ellátásához és kórházi elhelyezéséhez, beleértve a várható napi sérültforgalom feletti csúcsterhelések ellátását is;

- *A kiürítés és gyógyítás egymástól való függése:* az igénybevenni szándékozott szállítóeszközök elérhetősége és típusa, a kiürítési útvonalak hossza és a műveleti környezet fogja meghatározni az egészségügyi egységek méretét és képességét a köztes szinteken.

Ez utóbbi elv még egyértelműen világháborús, de legalábbis hidegháborús szemléletet tükröz. Feltételezi, hogy a fegyveres konfliktus saját területen is folyhat (5. cikkely szerinti műveletek), melynek következtében a nemzetgazdaság erőforrásai teljes mértékben a műveleteket szolgálják ki, azaz a szükségleteknek megfelelő számú ellátó egység telepíthető a hadszíntérre. Az elv ma is érvényes. Az expedíciós műveletek, az alacsony sérültszámok és a nemzetközi erők légi egyeduralma viszont nem kényszerítik a nemzeteket a haderő szükségleteinek teljeskörű, csupán a minimálisan elengedhetetlen mértékű kielégítésére. Egy hirtelen romló műveleti környezet esetén napjainkban is feltételezzük, hogy a nemzetek a hadszíntérre telepített egészségügyi képességeket és kapacitásokat haladéktalanul megerősítik. Az ellátás színvonalának esése nélkül ez leginkább akkor garantálható, ha a műveletekben az Amerikai Egyesült Államok is részt vesz. Az európai nemzetek ezt nem annak okán nem teszik meg, mert nem érzékelik, vagy nem akarják megtenni, hanem mert nem minden esetben van azonnal telepíthető, elérhető tartalék kapacitásuk, vagy képességük.¹²²

Fontos mérföldkő az egészségügyi biztosítás fejlődésének útján: mind a COMEDS, mint szervezet, mind pedig a NATO egészségügyi biztosítási szabály- és irányelvei azért jöttek létre, mert a szövetségi műveletek végrehajtása során a nemzetek vállvetve (de egymás mellett) folytatott feladat-végrehajtását egyre inkább felváltotta az igény a közösen felállított és működtetett, többnemzeti haderő műveleti alkalmazására.

¹²² Egyik külszolgálatom alatt jeleztem az otthoni kollégáknak, hogy a kontingens alapfeladatából adódóan bármikor előadódhat olyan hadműveleti helyzet, amikor egy bizonyos egészségügyi képességre van szükségünk a feladat végrehajtása érdekében, s ezzel nem rendelkezünk. A teljesen jogos kérdés ezt követően kollégáimtól úgy hangozott, hogy „honnan vegyük el”. Ennek okán a tapasztalat-feldolgozás keretében összeállított felterjesztés úgy került megfogalmazásra, hogy javaslom a jövőbeni beszerzések során az adott kontingens igényeit magas rangsorolással figyelembe venni ezen a téren.

A dokumentum célkitűzései között ez a következők szerint került megfogalmazásra. „A Nemzetek és NATO Parancsokszágok közös szemléletére van szükség az egészségügyi szolgálatok közötti műveleti együttműködés eléréséhez a magas mozgékonyágú, sokoldalú, önfenntartó és többnemzeti erők által igényelt biztosítás megvalósítása érdekében, s ezen erők több műveleti irányban és kiszámíthatatlan műveleti környezetben tevékenykednek. Korábban a NATO egészségügyi biztosítása tisztán nemzeti felelősség volt, s nem volt szükség olyan NATO okmányra, mely az egészségügyi biztosításra vonatkozóan ad iránymutatást. A többnemzeti erők egyre erősödő megjelenésével és a felelősség ebből következő megosztása révén a Nemzetek és NATO parancsnokok között, most megjelent az igény egy ilyen okmányra. Míg az általános logisztikai támogatás alap- és irányelvei, melyek a D hivatkozásban szereplő okmánnyal lettek kihirdetve, vonatkoznak az egészségügyi biztosításra is, s azokat be kell tartani, ugyanakkor az egészségügyi hatóságok a fegyveres erők egészségügyi állapotát befolyásoló, kivételes problémákkal szembesülnek. Ennek okán vált szükségessé, hogy az egészségügyi biztosítás megkülönböztető jellegű szabály- és irányelvei meghatározásra kerüljenek.”[179]

A NATO Katonai Bizottság 326/1-es számú okmánya

Hat évvel az eredeti okmány, „Az Egészségügyi Biztosítás Szabály- és Irányelvei a NATO számára” kiadását követően jelent meg annak első módosítása, „A Katonai Bizottság 326/1 számú Utasítása a NATO Egészségügyi Biztosítási Alap- és Irányelveire vonatkozóan”. [180]

Az új okmány kiadását műveleti tapasztalatok indokolták. A műveletekben résztvevő nemzetek köre kibővült szövetségen kívüli országokkal, ezért a NATO egészségügyi biztosítás alap- és irányelveit velük meg kellett ismertetni, hogy azokat alkalmazni tudják a közös műveletek során, melyek keretében megjelenik az egyesített összhaderőnemi harci kötelék (*Combined Joint Task Force*), mint feladat-végrehajtó erő. Az okmány az egészségügyi sajátosságok mellett még mindig hangsúlyozza a NATO logisztikai támogatás alap- és irányelveinek való megfelelés szükségességét. Megfogalmazása és szelleme viszont már az egészségügyi és logisztikai feladatvégrehajtás egyértelmű különválását vetíti előre.

Csak egyetlen példát adok most erre a sok közül: irányelvként adja meg az okmány, hogy a műveletek egészségügyi biztosításának vezetés-irányítási és információkezelési rendszerét úgy kell felépíteni, hogy minden szintű műveleti parancsnokság rendelkezzen egy kinevezett vezetőorvossal (megnevezése rendszerint a „*katonai kötelék egészségügyi főnöke*”), aki a műveleti parancsnoknak jelent és hozzá közvetlen hozzáféréssel rendelkezik. Felmerül a kérdés, hogy mik azok a műveleti tapasztalatok, melyek a NATO-t az irányelvek új kiadásának megfogalmazására és elfogadására sarkallták. A dokumentum erre az egészségügyi erőforrások feletti jogkör gyakorlása című bekezdés alatt adja meg a választ. Ennek értelmében a nemzetek által biztosított egészségügyi erőforrások a NATO-nak felajánlott katonai erők szerves részét képezik. Normál körülmények között a nemzeteknek kell, hogy előjoguk legyen rendelkezni saját egészségügyi biztosításuk felett. Előírás, hogy a katonai egységek és kötelékek a várható alkalmazásuknak megfelelő, saját egészségügyi szervezettel települjenek ki a hadszíntérre és vissza. Mindazonáltal, a NATO irányelv alapján a haderő parancsnokát fel kell hatalmazni, hogy megfelelő beavatkozásokat tehessen a parancsnoksága alatt lévő haderőnél jelentkező sérültszám csúcsterhelések kezelése érdekében. Vagyis a haderő egészségi állapota iránti felelősség megoszlik a nemzetek és a műveleti parancsnok között, s ezt a jogkör megosztást kellett szabályozni.

Ugyanitt a következő mondat egy (számomra legalábbis) meglepő kijelentést tesz a NATO parancsnok jogkörére vonatkozóan: továbbá, a Katonai Bizottság 319/1 számú okmánya[181] felhatalmazza a NATO parancsnokot arra, hogy jelentéseket kérjen be és szemrevételezze (békében, válság, vagy konfliktus helyzetben) a parancsnoksága alatt lévő katonai erők biztosítására kijelölt, meghatározott egészségügyi egységek mennyiségét és minőségét. Meglepőnek azt tartom, hogy a NATO egy logisztikai utasításban határozza meg a parancsnok jogkörét. Ez a logisztikai szemlélet mindenhatóságát támasztja alá még 1997-ben is. Érdemes rámutatni, sőt, hangsúlyozom, hogy bár a parancsnoki jogkör logisztikai okmányban került rögzítésre, s a parancsnoknak követnie kell az utasításban meghatározottakat (a haderő küldetésének sikere érdekében), ám a parancsnok nem a logisztikának van alárendelve. Azaz a logisztikai irányelvek egyetemlegessége nem jelenti és nem indokolja az ezen irányelveket alkalmazó katonai szervezetek és szolgálatok logisztikának történő szervezeti alárendelését.

A felelősségi körök tekintetében az okmányban a következőket olvashatjuk: a hatalom átruházása esetén, a felajánlott katonai erők egészsége és egészségügyi biztosítása

iránti felelősség megoszlik a NATO parancsnokkal. Ahhoz, hogy ezt az elvárást teljesíteni tudja, a haderőparancsnoknak megfelelő egészségügyi állománnyal kell rendelkeznie, s az előbbieken lefektetett alapelvek és a továbbiakban következő irányelvek szerint kell eljárnia. Vagyis a parancsnoknak ismernie és alkalmaznia kell a NATO egészségügyi biztosítási alap- és irányelveit is. Ezt az elvárást a NATO Szövetséges Összhaderőnemi Egészségügyi Biztosítási Doktrínája (Allied Joint Publication - 4.10(B) a doktrína célközönségének meghatározásánál az alábbiak szerint rögzíti: „az AJP-4.10 elsősorban a műveleti szintű parancsnokok és törzsállományuk használatára szolgál, de szélesebb körben is hasznos az ismerete, beleértve a főparancsnokságokon, kötelékeknél és alakulatoknál szolgáló magasparancsnokokat és a fiatal törzstiszti állományt, valamint a magas beosztású altiszti állományt is; továbbá elengedhetetlen bevezetőként szolgál az egészségügyi szakállomány számára is az egészségügyi biztosításhoz.”[182]

A 326/1-es okmány bevezeti az egészségügyi szerepkörök fogalmát, mely minden tag- és partnerországban az eredeti angol kifejezéssel, *Role*-ként honosodott meg, s nem csupán az egészségügyi, de az általános katonai szaknyelvben is. Magam is ekként említtem értekezésemben és használom mindennapi munkánk során. Ebben az időszakban a NATO haditengerészeti erői az egészségügyi képességek besorolására még a tagozat (*Echelon*) megnevezést használták, ezért az 1997-es okmány mind a két megjelölést feltünteti.

A fogalmak egységes értelmezése érdekében megjelenik a dokumentum végén a szakkifejezés gyűjtemény. Ebben a *Role* a következőképpen kerül meghatározásra: „az egészségügyi biztosítás szerepköre egy számmal történő megjelölés, mely beazonosítja egy egészségügyi egység, vagy elem feladatát és képességét, melyet az nyújtani tud. Ezeket a szerepköröket 1-től 4-ig terjedő számokkal jelöljük.”[183]

A műveletek vezetés-irányítása szempontjából elemzem most röviden az egészségügyi képességek alkalmazhatóságát. Felhatalmazásra van szüksége a NATO parancsnoknak a műveletek végrehajtásának biztosítása érdekében ahhoz, hogy a hadszíntéren belül egészségügyi erőket és kapacitásokat csoportosíthasson át, amennyiben azok a nemzetek saját katonai vezetés-irányítása alatt tevékenykednek. Ehhez egyrészt a nemzeteknek korlátozniuk kell saját jogköreiket, s általánossal a NATO parancsnok vezetés-irányítási hatáskörébe kell utalni az egészségügyi erőket, másrészt viszont kellenek maguk az átcsoportosítható egészségügyi képességek. A mellett, hogy az egészségügyi képességek napjainkban többnyire csak a minimálisan szükséges számban kerülnek telepítésre a hadszíntérre (vagyis nincs tartalék a rendszerben), a nemzetek nem szívesen

adják fel rendelkezési jogukat ezen kritikus erőforrások felett. Amennyiben a képességek rendelkezésre állnak és átalárendelésre kerülnek, úgy a NATO parancsnok részére az ő közvetlen alárendeltségében lévő hadszíntér egészségügyi főnök jelent az egészségügyi erőkről és az egészségügyi biztosítás helyzetéről összességében. Egészségügyi tanácsadói szerepét a hadszíntér egészségügyi főnök tehát az időbeni és pontos szakmai elemzések és jelentések révén tölti be. A harmadik *Role* szint, vagyis a harctámogató kórházi képesség már szövetségi szintű erőforrásnak számít a hadszíntéren, mely fölött a NATO hadszíntéri főparancsnoka rendelkezhet. A NATO parancsnok és a nemzetek között, a haderő egészségi állapota iránti felelősség megosztása jegyében kapja tehát ezt a jogot a parancsnok, mely már 1997-ben rögzítésre került a szövetségi irányelvekben. Ez a kinyilvánított jog azonban nem feltétlenül jelent lehetőséget is.¹²³ Egyik mondatával, mely tömör és találó, ez az okmány is rámutat az egészségügyi biztosítás stratégiai szintű nehézségeire. A dokumentum 5.a. pontja kimondja, hogy az egészségügyi biztosítás helyzetét tovább bonyolítják a pénzügyi és erőforrás korlátok, illetve a NATO feletti összetett politikai döntéshozatali folyamatának hosszú válaszkészség ideje.

A 326/1-es kiadás megerősíti az eredeti, 326-os dokumentumban kifejtett alapelvek jelentőségét és érvényességét. Az egészségügyi ellátás időkorlátai tekintetében viszont pontosítja, s ezzel szigorítja is egyben az elvárásokat: a kiürítést úgy kell megtervezni, hogy az biztosítsa a beteg számára a sürgősségi sebészeti ellátáshoz való mielőbbi hozzáférést, ideálisan egy órán belül, de nem később, mint hat órával a sérülést követően. Az egységes értelmezés elősegítésére azt is megadja a dokumentum, hogy beteg alatt a sérülteket, sebesülteket és megbetegedetteket is érti.

Az ellátás időkorlátait a légi-egészségügyi kiürítés alkalmazásával lehet elérni, mely a haderő szerves része, s a műveletek sikerének egyik kiemelten fontos egészségügyi záloga. A légi-egészségügyi kiürítés a betegek egészségügyi felügyelet mellett, légi úton történő szállítását jelenti az egészségügyi ellátó intézményekbe, vagy azok között. Három, egymást kiegészítő fajtáját sorolja fel a dokumentum:

- az előretolt légi-egészségügyi kiürítést, mely a betegeknek a harcterről az első ellátó és azt követő intézményekbe történő kiürítését jelenti a harci zónában;

¹²³ Szolgáltam olyan misszióban, ahol a telepített kórházi képesség felszereltségét és kapacitását tekintve feltétlenül *Role-3* szintű volt, ám az azt telepítő nemzet ragaszkodott az alacsonyabb *Role-2* besoroláshoz, feltehetően a teljeskörű nemzeti hatáskör megtartása (és a működési költségek finanszírozható szinten tartása) érdekében.

- a harcászati légi-egészségügyi kiürítést, mely a harci zónából a harci zónán kívülre, de a hadszíntéren belül történő kiürítést jelenti;
- a hadászati légi-egészségügyi kiürítést, mely a hadszíntérről a hazai ellátó rendszerbe, vagy a hadszíntéren kívül egy másik NATO országba, vagy biztonságos területre történő kiürítést jelenti.

A NATO Katonai Bizottság 326/2-es számú okmánya

A következő, 326/2-es kiadás megjelentetését a nemzetközi együttműködés kiszélesedése és a többnemzeti erők feladat-végrehajtásának szabályozása iránti igény tette szükségessé. A válságkezelés is fontos tevékenységgé vált a NATO feladatrendszerében, de megjelentek az új belépő nemzetek, köztünk Hazánk, s ezeket az országokat integrálni kellett a NATO politikai és katonai rendszerébe. Az integrációnak talán a legfontosabb eleme a döntéshozatali folyamatban és a szövetségi műveletekben való részvétel, melyre az új tagországoknak fel kellett készülni minden területen. Az egészségügyi felkészülést volt hivatott segíteni és számára irányt szabni a szövetségi alapelvek új kiadása. Az okmány megnevezésében is kiemelésre került a műveletek jelentősége: „A műveleti egészségügyi biztosítás NATO alap- és irányelvei”. [184]

A felkészülést a Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálata a lehető legkomolyabban vette, s ennek jegyében az egészségügyi szolgálatfőnök elrendelte tájékoztató előadás megtartását a szolgálat szervezeti elemeinek személyi állománya részére. Erre a feladatra én kaptam bizalmat és megbízatást. Körbejártam a honvéd-egészségügyi intézeteket 2007 áprilisában, s egészségügyi szakkiképzés keretében tartottam másfél órás előadásokat a kollégák részére „Hadműveleti szintű egészségügyi biztosítási alap- és irányelvek a NATO-ban” címmel.

Az előadás mottójaként Dwight W. Eisenhower szavait választottam, melyeket a NATO Oktatási Központ (Oberammergau, Németország) tanépületének falán volt lehetőségem olvasni: „A hadműveletre történő előkészületek során mindannyiszor azt tapasztaltam, hogy a tervek használhatatlanok, de a tervezés elengedhetetlen”.

A kiképzés célkitűzése nem egyszerűen a NATO dokumentum tartalmának megismertetése, hanem a szövetségeseinkkel közösen folytatandó műveletek tervezési és végrehajtási kereteinek ok-okozati bemutatása volt, az alábbiak szerint:

- Felvázolni a hadművelleti egészségügyi biztosítás NATO alapelveit.
- Bemutatni az ezekből következő egészségügyi irányelveket.
- Segíteni az egységes elvekre épülő:
 - o egészségügyi tervezést;
 - o egészségügyi struktúrák és eljárások kialakítását;
 - o a katoná-egészségügyi biztosítás egységes szemléletének kialakítását;
- Megadni a hadszíntéri klinikai gyakorlat kereteit.

A 326/2-es dokumentum (a 326/1-eshez hasonlóan), a NATO 1999. évi Stratégiai Koncepciójának[185] biztonságpolitikai megállapításait jeleníti meg a szövetséges műveletek egészségügyi alap- és irányelveinek szintjén.

A stratégiai környezet változásáról az 1999-es stratégiai koncepció 12. paragrafusa alatt a következőket olvashatjuk: “Az Észak-atlanti Szövetség folyamatosan változó környezetben működik. Az elmúlt években tapasztalható változások általában pozitívak voltak, de a bizonytalanságok és kockázatok továbbra is fennállnak, s heveny krízishez vezethetnek. Ebben a változó környezetben a NATO lényeges szerepet játszott az euro-atlanti biztonság megerősítésében a hidegháború vége óta. Növekvő politikai szerepe; fokozódó politikai és katonai partneri kapcsolatai, együttműködése, és más államokkal folytatott párbeszéde, köztük Oroszországgal, Ukrajnával és a Mediterrán Párbeszéd országaival; folyamatos nyitottsága új tagok csatlakozására; gyakorlati együttműködése más nemzetközi szervezetekkel; elkötelezettsége, melyet a Balkánon való szerepvállalása példáz a konfliktusok megelőzése és a válságkezelés terén, beleértve a béketámogató műveleteket: mind az irányú elkötelezettségét tükrözik, hogy saját maga alakítsa biztonsági környezetét és fokozza a békét és a stabilitást az euro-atlanti térségben.”

Ezek a politikai kijelentések az egészségügyi irányelvekre vonatkoztatva akként jelennek meg a 326/2-es dokumentumban, hogy megváltozott a NATO műveletei során az egészségügyi biztosítás szerepe. A hidegháború időszakát a nagyszámú harci sérült kiürítésére és ellátására való törekvés jellemezte a sérültek hátraszállításával. Ekkor a

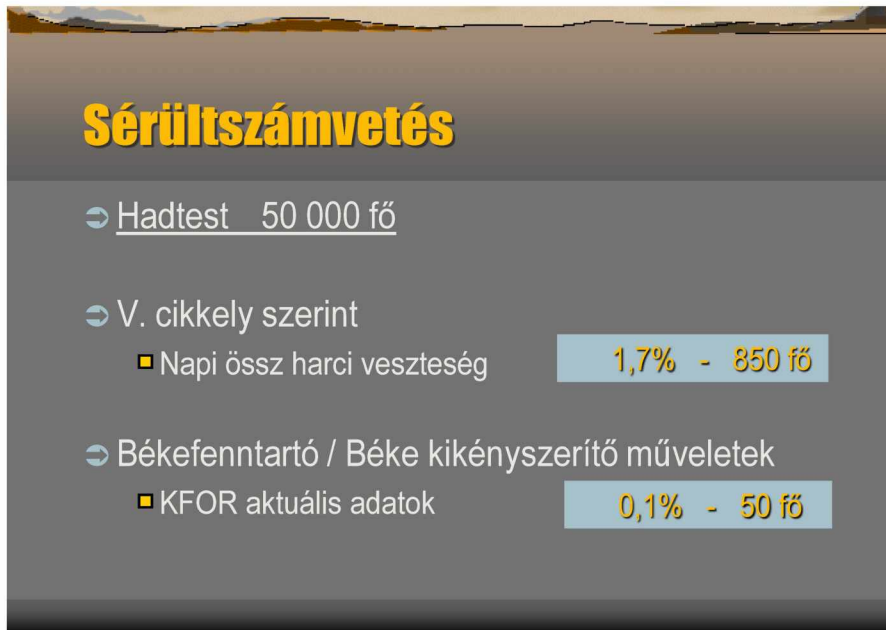
nemzeti haderők még nagyban függtek a besorozásoktól és a tartalékos állománytól. Ez az örökség indokoltta tette továbbra is a klasszikus háborús egészségügyi biztosítás képességének fenntartását, de ez a követelmény már nem egyedüli célként jelent meg a NATO feladatrendszerében.

A társadalmi elvárások általában megnöttek a polgári egészségügyi ellátással, de konkrétan a katona-egészségügyi biztosítással kapcsolatban is, mely az egyén egészséghez való jogának egyre erősödő tudatosulásának eredménye, s ennek következtében egyre fokozódik követelmény a gyógykezelés eredményességének magas színvonalára vonatkozóan is. Ezt látjuk mindegyik említett NATO-dokumentumban is rögzítve azon elvárás formájában, hogy az egészségügyi ellátás hadműveleti szabványai a lehető legjobban közelítsenek a hazai békeellátás színvonalához.

Az egészségügyi ellátás törvényi hátterének változása a NATO tagállamokban ezt tovább erősítette. Ráadásul a munkaadók növekvő felelőssége a munkavállalók egészségvédelme iránt a haderőnél is megjelent. A katonaság a legmagasabb követelményeknek megfelelő munkaadó akar lenni és annak is akar látszani. Ez az elv, vagyis inkább hozzáállás érvényes a műveleti területen folytatott ellátásra is, mivel a társadalom nem fogadja el a katonai tevékenységek kapcsán sem a kiküszöbölhető kockázatot, amint arra értekezésemben már rámutattam. Ez az eredője a fokozott politikai és média figyelemnek, s egyben ezt a figyelmet csak fokozza az utóbbi években elterjedt közösségi fénykép- és videó anyag megosztás a világhálón melyet a katonák is előszeretettel, ám nem mindig átgondoltan használnak. A haderő egészségi állapotáról szóló híradásokat tehát kiemelt figyelemmel kíséri mind a lakosság, mind a politika. Az egészségügyi biztosítás rendszere pedig az élőerő megőrzésének alappillére.

A sérültszámok nagyságrenddel csökkentek a magas intenzitású konfliktusokban tapasztaltakéhoz képest (lásd a 4. számú ábrát), s megváltozott annak összetétele is. A magas intenzitású konfliktusokban a harci sérültek, míg az alacsony intenzitásúakban a nem harci eredetűek (többnyire sport és kiképzési balesetek sérültjei) teszik ki az össz sérültszám nagyobb részét.

Megváltozott a hadműveleti környezet. Az azonosítható irányú fenyegetettséget felváltotta a nehezen behatárolható biztonsági kockázat, melynek kezelése aszimmetrikus konfliktusokba kényszerítette a NATO-t. A terrorizmus miatt folyamatosan fennállt a civil lakosság érintettsége és ez ma, 2017-ben is érvényes.



4. számú ábra:

*A magas és alacsony intenzitású katonai konfliktusok várható napi sérültszámainak összevetése hadtest szinten[186]
(Szerkesztette a szerző)*

Ennek megfelelően változott a haderő is. Feladatrendszerében hangsúlyeltolódás következett be a békeidőszak biztonságának biztosítása és a válságkezelés felé. A haderőnek fenn kell tartania kettős alkalmazhatóságú (katonai és polgárvédelmi) képességeket (pl. a tömegpusztító fegyverek kimutatása, hatásuk diagnosztizálása és az érintettek ellátása érdekében). Kisebb lett a függőség a sorozott állománytól, s csökkent a haderő létszáma, mellyel párhuzamosan az egyes katona sokkal inkább szakosodott. Kevesebb ember bírt nagyobb harci potenciállal, vagyis az egyes katona szolgálatképtelensége esetén nagyobb képességvesztés következett be a haderő számára.

Maga az egészségügyi biztosítás is megváltozott. Fel kellett nőjön a feladathoz. Erősen szakosodott és technikai területté vált, mely lehetővé tette a legmagasabb szintű ellátást a hadműveleti területen is. Azzal pedig, hogy az egészségügyi biztosítás túlnőtt a tisztán klinikai ellátás területein (a preventív egészségügy, az egészségügyi felderítés, a járványügyi felügyelet és nyomonkövetés, valamint a beteg- és sérültirányítás révén), valóban képessé vált megfelelni az elvárásoknak. Az előerő megőrzésének alappillérvé vált, s hatékony, megbízható működésével bizalom-erősítő tényezőként funkcionál katonai,

politikai és közéleti téren egyaránt. A hadművelési terület változó igényeinek való megfelelés pedig a képesség-orientált megközelítés irányába tolta a művelési egészségügyi biztosítás fejlődését, melyet nem önmagában, hanem a haderő változásának részeként kell tekintenünk. Megjelent a már említett egyesített összhaderőnemi harci kötelék elgondolása, mellyel szemben magas elvárások fogalmazódtak meg:

- legyen telepíthető;
- legyen alkalmazható mindenfajta szövetségi hadműveletre;
- képességei legyenek küldetésre szabhatóak;
- működése legyen fenntartható két esztendeig is a hadművelési területen;
- jellegét tekintve legyen összhaderőnemi és többnemzeti;
- legyen alkalmazható NATO, vagy Európai Unió, illetve NATO partnerekkel kibővített vezetésű műveletekben is!

Nem volt persze ennyire egyértelmű és rózsás a helyzet a NATO műveletek egészségügyi biztosítása terén. Mint arra rámutattam, a reguláris haderőknek szűkültek a költségvetési forrásai, s egyre nehezebbé vált az egészségügyi szakállomány megtartása és toborzása. Az egységes alapokon nyugvó joggyakorlat és képzés folytán az egészségügy a civil és katonai együttműködés legszorosabb területe. Mint azt szerzőtársaimmal 2013-ban megjelent cikkünkben bemutattuk, a forráshiány és drága egészségügyi felszerelések együttesen motorjává váltak a civil és katonai képességek integrálásának is.[187] A műveletek egészségügyi biztosításában megjelent a kapacitás-hiány, mely hadművelési korlátozó tényezővé vált. Ez tovább növelte a többnemzeti együttműködés iránti igényt a műveletek egészségügyi biztosítása terén.

A többnemzeti megoldások professzionális és hatékony egészségügyi szervező és gyógyító szakállományt igényelnek. Ezért kerültek felvételre és oktatásra a NATO Oktatási Központban a művelési egészségügyi biztosítás alapvető szervezési kérdései. Jelenleg öt egészségügyi tanfolyam szolgálja a NATO és partner országok hallgatói közös szemléletének kialakítását.[188] Legyünk büszkéek rá, hogy négy éven keresztül az egészségügyi oktatások igazgatója magyar szakember volt az intézményben, Dr. Eszterbauer Márta orvos ezredes asszony, aki azóta (már nem aktív katonaként) a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ kiképzési tevékenységét segíti.

A megfelelő és látható egészségügyi biztosítás katonai eltökéltséget demonstrál, hatékonysága pedig alapvető jelentőséggel bír a katonai küldetés sikere szempontjából. Magasan szakosodott tevékenység, s minden hadműveleti szituációra alkalmazhatónak kell lennie, ezért van saját, önálló, speciális doktrínára szüksége. Az egészség hadműveleti tényezővé vált. A megelőzésen, kiürítésen, gyors ellátáson, rehabilitáción, s legfőképpen a betegek, sérültek és sebesültek szolgálatba történő visszahelyezésén keresztül az egészségügyi biztosítás nagyban hozzájárul a haderő védelméhez és fenntarthatóságához. Az egészségügyi biztosítás ezáltal harctámogató funkció. Csak az egészséges katona képes fenntarthatóan a maximumon teljesíteni. Az egészség pedig hadműveleti szempontból szolgálatképességet jelent (fizikai, pszichikai, vagy szociális hátráltató tényezők nélkül). Az állomány egészségének fenntartásával és helyreállításával így az egészségügyi biztosítás a harcképesség és a harcoló erő kulcsfontosságú megtöbbszörözője.

A 326/2-es dokumentum megadja a többnemzeti egészségügyi biztosítás műveleti alapszabályait. Az első szabály az, hogy minimum elvárás az ellátás során a nemzetközi humanitárius egyezményeknek való megfelelés, vagyis az egészségügyi döntéseket a betegek, sérültek és sebesültek klinikai állapota és a rendelkezésre álló kapacitások alapján kell meghozni. A második szabály, hogy az ellátást a szakma etikai és jogi korlátainak betartásával kell végezni. A jogi korlátok közül a nemzetközi környezet feltételei között a legjelentősebb az ellátás szabványainak elfogadása és betartása mind a szervezés, kiképzés, a környezet és a felszerelés tekintetében. Az ellátás szabványai tartós hatást tudnak gyakorolni az ellátás végkimenetelére, s a rossz minőségű ellátás hatása később már ritkán visszafordítható. A legfőbb szabály pedig az, hogy minden esetben a beteg jólétét kell szem előtt tartani.

Nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy ezek a szabályok a betegnek, mint egyénnek az ellátására vonatkoznak, s ez is megerősíti azt a tényt, hogy megváltozott az egészségügyi biztosítás, mint harci kiszolgáló tevékenység fókusza. A tömeghadseregek nagyszámú betegeinek, sérültjeinek és sebesültjeinek tömeg-ellátásáról a katona, mint megnövekedett katonai potenciált képviselő individuum szükségleteinek kielégítése felé. Tömeges sérültszám esetén viszont továbbra is kompromisszumos ellátásra kényszerülünk. Mind a sérültek jóléte, mind az etikai szabályok alárendelődnek ilyenkor egy magasabb, az összes sérült és a haderő szükségleteit figyelembe vevő érdeknek. A sérültek összérdeke az, hogy az ellátásukra rendelkezésre álló elégtelen kapacitásokat egyrészt az életmentésre összpontosítsuk, másrészt az életmentő beavatkozásokat minden rászoruló kapja meg a

kritikus időszakon (a sérülést követő tíz percen) belül. Ezeket az életmentő beavatkozásokat nem egészségügyi állomány, hanem ön- és kölcsönös segély formájában a katonák nyújtják maguknak, illetve egymásnak. Harmadrészt pedig a sérültek kiürítésének sorrendjét és módját a klinikai állapotuk súlyosságán kívül a sérültek túlélési esélye határozza meg. A haderő érdeke pedig, hogy egyfelől csak az kerüljön kiürítésre, akinek az állapota az ön- és kölcsönös segélynyújtást követően sem teszi lehetővé a szolgálatba való azonnali visszatérését, másfelől pedig, hogy a sérültek folyamatosan kiürítésre kerüljenek a csapatok műveleteit közvetlenül biztosító egészségügyi ellátó szintekről, biztosítva ezáltal is ezen ellátó szintek töretlen működőképességét és mozgékonyágát¹²⁴.

Az ellátás időkorlátai a 326/2-es dokumentumban az időbeni ellátás irányelveként jelennek meg, tovább pontosítva és szabványosítva az egészségügyi ellátás kereteit. Ennek értelmében a sérülések magasabb szintű ellátását¹²⁵ a sérülést követő egy órán belül biztosítani kell. Az élet-, végtag- és funkciómentő sebészeti ellátásnak¹²⁶ lehetőleg egy, de nem később mint a sérülést követő két órán belül elérhetőnek kell lenni a sérültek számára. Az elsődleges sebészeti beavatkozás¹²⁷ pedig a sérülést követő négy órán belül rendelkezésre kell, hogy álljon. Az egészségügyi ellátó kapacitás tervezése során azt kell szem előtt tartani, hogy ezek az időkorlátok nem az első beérkező sérülthez vonatkoznak, hanem az összes, azonos időben keletkezett, s sebészeti beavatkozásra szoruló sérülthez! Az egészségügyi ellátó és kiürítő egységek mozgását és tevékenységét a hadszíntéren közvetlen információ áramlással kell és lehet hatékonyan összehangolni. A 326/2-es dokumentum már felhívja a figyelmet arra, hogy vannak különleges körülmények, mint például a haditengerészeti, vagy a különleges műveleti erőkkel végrehajtott feladatok során, amikor ezen időkorlátok nem reálisak, de törekedni kell azok betartására. Az ellátás folytonosságát a kiürítési lánc teljes hosszában és időtartamában biztosítani kell, s ennek az ellátásnak a beteg szükségleteinek megfelelő, s az egymást követő ellátó szinteken egyre magasabb szintűnek kell lennie. Az itt felsorolt egészségügyi hadműveleti irányelvek hatását a hadműveleti tervezés folyamatára a 5. számú ábra szemlélteti. A parancsnok műveletre vonatkozó döntése nagyban befolyásolja a várható sérültszámot. A sérültek mindegyikének a megadott időkorlátokon belül történő ellátása az a szükségszerűség, mely

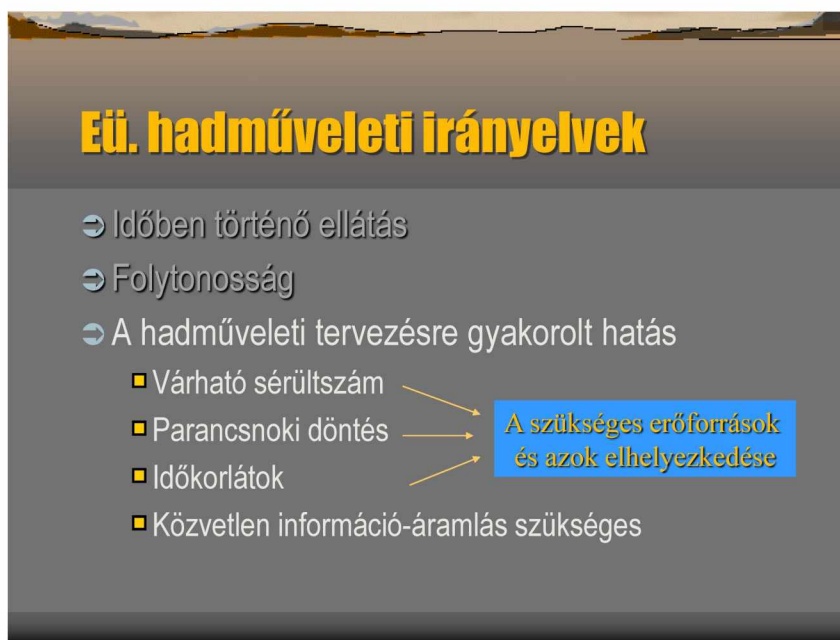
¹²⁴ *Mobility* – lásd még az „A” mellékletet, az értekezésben előforduló alapfogalmak jegyzékét!

¹²⁵ *Advanced Trauma Care* – lásd még az „A” mellékletet, az értekezésben előforduló alapfogalmak jegyzékét!

¹²⁶ *Damage Control Surgery* – lásd még az „A” mellékletet, az értekezésben előforduló alapfogalmak jegyzékét!

¹²⁷ *Primary Surgery* – lásd még az „A” mellékletet, az értekezésben előforduló alapfogalmak jegyzékét!

megadja –figyelembe véve a kiürítő eszközök számát és kapacitását- hová kell telepíteni az egészségügyi egységeket a harctéren belül. Az aktuális hadműveleti helyzet pedig azt, hogy ezen belül hová lehetséges az egészségügyi ellátó egységek telepítése.



5. számú ábra:

A hadműveleti tervezést befolyásoló főbb egészségügyi tényezők és azok hatása a művelet biztosításához szükséges erőforrások meghatározására[189]

(Szerkesztette a szerző)

Röviden meg kell még említeni a katona-egészségügynek a polgári egészségügyi ellátással összevetve tapasztalható magasabb forrásigényét és a többnemzeti együttműködést a műveleti egészségügyi biztosítás területén kikényszerítő tényezőket (lásd a 6. és 7. ábrát). A nemzeteknél, s különösen a fegyveres erők kötelékében egyre érezhetőbbé vált az egészségügyi szakemberhiány, mely a műveleti területre vezényelhető szakállomány tekintetében még kifejezettebb volt. A szakemberek hadműveleti területen való cseréjének nehézségeit a szakirodalom donor kifáradásként jellemzi. Ez azt jelenti, hogy az adott nemzet nem rendelkezik elegendő szakemberrel a telepített állomány folyamatos váltásának biztosításához. Nemzeti kereteken belül ezt a hiányt azzal igyekeztek enyhíteni, hogy rövidítették a vezénylési időszakokat. A rövidebb missziós időszak kevésbé megterhelő, s jobban elfogadható szakmai és családi szempontból is az

állománynak. Ezáltal többen vállalják a missziós külszolgálatot, s csökkent a rendszerre nehezedő nyomás.

Miért nagyobb a katonaegészségügy forrásigénye?

- ⇒ Multinacionalitás
 - Nem csak a saját erőket kell biztosítani
 - Összehangolás és összekovácsolás
- ⇒ Polgárvédelmi képességek fenntartása
- ⇒ Speciális oktatás, kiképzés
- ⇒ Speciális eszközök
 - Víz- és ütésállóság, hő-, por-, vibrációtűrés
 - Szállíthatóság, szállítóeszközök
 - Alkalmazás a hadszíntéren és a központi tagozatban
 - Tartalékképzés, anyag- és eszközutánpótlás

6. számú ábra:

Miért nagyobb a katonaegészségügy forrásigénye?[190]

(Szerkesztette a szerző)

A másik megoldás a nemzetközi partnerek szakállományának bevonása a nemzeti telepített egészségügyi egységek üzemeltetésébe. A 2003 óta tartó, német-magyar katonaegészségügyi hosszútávú együttműködés is ezen az elven alapszik. A magyar fél egészségügyi szakállományával folyamatosan hozzájárul a telepített német egészségügyi képességek műveleti működtetéséhez, melynek fejében a német fél ezekben az intézményekben térítésmentes ellátást biztosít a magyar katonák részére mind a Balkán hadszíntéren, mind pedig Afganisztánban. Amennyiben a nemzetközi partnerek nem csupán szakállománnyal, de modulokkal is hozzájárulnak az adott képesség működtetéséhez, az tovább növeli a költséghatékonyságot. Az együttműködés zökkenőmentességéhez összehangolásra és összekovácsolásra van szükség. A kitelepítés előtti közös egészségügyi felkészítéseket és gyakorlásokat a német fél mellett már a Visegrádi Együttműködés tagországaival is alkalmazzuk.

Miért nagyobb a katona-egészségügy forrásigénye?

- ⇒ A honvéd-egészségügy felépítését nem (csak) a várható sérültszám és betegforgalom határozza meg
- ⇒ Képesség-orientált megközelítés
- ⇒ Kockázat minimumra csökkentése / kiküszöbölése
 - Egészséges állomány egészségének / harcképességének fenntartására költ

7. számú ábra:

A katona-egészségügynek magasabb a forrásigénye (folytatás)[191]

(Szerkesztette a szerző)

A forrásigények összevetése kapcsán kijelenthető, hogy a polgári ellátással szemben a katona-egészségügy kiemelt kockázati tényezők (mint például a hadműveleti környezet, éghajlat, egzotikus megbetegedések) minimumra csökkentésére, illetve folyamatosan elfogadható szinten tartására törekszik. Ez a kockázatok olyan szintre csökkentését igényli, mely mellett a katona már képes fenntartható, s közel maximális teljesítményt nyújtani. A sérülések ellátása kapcsán a katona-egészségügy nem azok bekövetkezésének kockázatára, hanem bizonyosságára készül fel. A katona-egészségügy a műveleti területen is képes a szakma polgári joggyakorlatának is megfelelően, a hazai békeellátás színvonalát elérő, sőt azt meghaladó minőségű és végkimenetelű eredmények elérésére. Mint azt korábban bemutattam, a hatékony életmentés és állapotstabilizálás, az intenzív ellátás elemeinek a sérülés helyéhez való közelítése, a kiürítés alatt is folyamatosan biztosított egészségügyi beavatkozások és az ellátás időkorlátainak szigorítása és azok betartása révén egyre több olyan sérült kerül kiürítésre a hadszínterekről, akiknek a tudomány mai állása szerint nem lett volna esélye élve eljutni a harctámogató kórházakig sem. A hadszíntérről történő kiürítéssel a katona-egészségügyi szolgálatok szerepvállalása nem ér véget, mert a csúcstechnológia lehetőségeinek kiaknázásával vezető szerepet játszanak a sérültek rehabilitációjában is.

A NATO Katonai Bizottság 326/3-as számú okmánya

Öt évvel az előző kiadás megjelenését követően megkezdődött a 326/3-as dokumentum előkészítése. Az első változatot egy hónapig írtam úgy, hogy engedélyt kaptam az otthoni munkára. A NATO parancsnoki struktúra szervezeti elemeivel és a nemzetekkel megindult az egyeztetés a dokumentum tartalmára vonatkozóan. Dirk Stölten ezredes, aki ebben az időben a COMEDS összekötő tisztje volt Brüsszelben, a NATO Székhelyén, s irodáink egymásba nyílóak voltak, azt a tanácsot adta nekem, hogy: „Ne érvelj a nemzetek ellen!”. Ezt megszívelve arra törekedtem, hogy a nemzetek közötti nézetkülönbségeket egyeztessük, s közös nevezőre hozhassuk. Végül a hetedik változatot már mindenki elfogadhatónak tartotta, s így két év múlva a Katonai Bizottság kiadta a már többször hivatkozott dokumentumot: „Az Egészségügyi Biztosítás NATO Alap- és Irányelvei”-t.[192]

Egyetlen dologban, az ellátás időintervallumainak irányelvében, nagyon nehezen sikerült a nagy nemzeteknek megegyezni egymással. Meglepőnek tűnik? Igen, ha abból indulunk ki, hogy hadműveleti területen az egészségügyi biztosítás sikerének és hatékonyságának egyik könnyen mérhető és szabatos mutatója a sérültek állapotának megfelelő ellátás elérhetőségének időszabványa, melynek teljesítéséből politikai tőkét lehet kovácsolni. Nem az viszont, ha belegondolunk, hogy a világgazdasági válság ekkor érezteti korlátozó, sőt fojtogató hatását minden háztartásban, minden kormányban, s minden haderőben. Az ellátás időszabványainak csökkentése mindenkinek az érdeke (a sérült és az egészséges katonáé ugyanúgy, mint a parancsnoké, a politikusé és a társadalomé). Ennek elérése viszont csak másodsorban egészségügyi szakmai kihívás (a megfelelő szakemberek biztosítása révén), elsősorban a költségvetési források biztosításának függvénye, melyekkel felállítható és fenntarthatóan működtethető a hadszíntéri egészségügyi biztosítás egyre költségesebb (integrált, s hadműveletre szabott, rugalmas és megbízható gyógyító-kiürítő-egészségügyi anyagellátó) rendszere.

Az időkorlátok csökkentéséhez szükséges források pedig nem álltak rendelkezésre. Visszaülök korábbi szavaimra, miszerint a források nélküli tervezés álmodozás. Ezért nem kerülhetett bele egy politikai szintű elköteleződést megjelenítő okmányba egy mégoly nemes, ám telepíthető képességekkel nem megalapozható, s így teljesíthetetlen elvárás. A nemzetek által hosszas egyeztetések után elfogadott szakmai irányelv kimondja, hogy az életmentő elsősegélynek a sérülést követő tíz percen belül, a sérülés első egészségügyi

ellátásának¹²⁸ egy órán belül, az élet-, végtag- és funkciómentő sebészeti ellátásnak¹²⁹ egy, de nem később, mint két órán belül elérhetőnek kell lennie a sérülést követően a hadszíntéren. Ebből az irányelvből csak a tíz perces szabály került a jelzett ok miatt a 326/3-as dokumentumba. A másik két időkorlát alacsonyabb szinten, a NATO Szövetséges Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrínában került rögzítésre.[193]

A 326/3-as okmány három területen hozott lényeges változást az előző kiadványokhoz képest. Ebből az egyik az előbbieken bemutatott ellátási időintervallumok kérdése. A másik kettő a többnemzeti együttműködés új szintre emelése és az ennek elősegítésére, valamint az egészségügyi képességhiányok fokozódó nyomása következtében szükségessé vált újabb kitörési pont, a modul-rendszerű képességfejlesztés területe, melyek elemzését az egészségügyi biztosítás küldetésének keretrendszerében érdemes elvégezni.

A fejezet összefoglalása

Ebben a fejezetben azt mutattam be, hogy a NATO katona-egészségügyi biztosításának gyakorlata hogyan épült be az egészségügyi biztosítás alap- és irányelveibe, illetve doktrínájába. Érzékeltettem, hogy a biztonsági környezet változása módosította a haderő alkalmazásának gyakorlatát – megjelent és egyre nagyobb teret nyert az expedíciós műveletek igénye. Ez az elvárás leképezésre került az egészségügyi biztosítás NATO irányelveiben is. A védelemre fordítható költségvetési források csökkenése képesség- és kapacitás-hiányokat okozott a műveletek egészségügyi biztosítása terén, melynek kezelése szükségessé tette a többnemzeti együttműködés kereteinek kialakítását és megjelenítését a NATO katona-egészségügyi doktrínában és irányelvekben. Nyomatékosítottam, hogy mind az irányelvek szintjén, mind pedig doktrínálisan átalakult az egészségügyi biztosítás feladatköre és jellege. A logisztikai ellátás alrendszeréből fokozatosan önálló, harctámogató-képességnövelő feladatrendszerre módosult az egészségügyi biztosítás, mely megjelenítésre került a NATO katona-egészségügyi irányelvekben, de doktrínális szinten (még) nem különült el a két feladatrendszer. Feltüntettem, hogy a változások nem önmagukért, de a műveletek sikerének, s a sérültek ellátása érdekében következtek be.

¹²⁸ *Damage Control Resuscitation* - lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

¹²⁹ *Damage Control Surgery* - lásd az „A” Mellékletet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

„A hivatás az, ahol a szenvedélyeink találkoznak a világ szükségleteivel.”

Steve Biddulph

ausztrál pszichológus és író

VII. EGÉSZSÉGÜGYI KÜLDETÉS A HADERŐ FELADAT- VÉGREHAJTÁSÁNAK BIZTOSÍTÁSÁBAN

Értekezésem témája az egészségügyi biztosítás feladat- és szerepkörének átalakulása a haderő feladatvégrehajtásának biztosítása érdekében. Ennek az átalakulásnak a vezérmotívuma a biztonsági környezetben és annak érzékelésében, megítélésében (percepciójában) bekövetkezett változások hatása a haderőre és annak egészségügyi biztosítására. A haderő küldetése: a politika által meghatározott célok elérésének biztosítása katonai eszközökkel. A NATO példáján keresztül bemutattam, hogy alapvető politikai célkitűzés a biztonság garantálása. Ebben a küldetésében a haderőt az egészségügyi szolgálatok egyre hatékonyabban biztosítják. Képességnövelő tényezővé váltak a haderő egészségének és harckészültségének fenntartásán és hatékony helyreállításán keresztül. Az aszimmetrikus hadviselés megvívásához és a válságkezelés feladatainak átfogó megközelítés keretében való végrehajtásához is egyre hatékonyabban és jelentősebben képesek hozzájárulni az egészségügyi szolgálatok.

A haderő küldetésének végrehajtásában mind nagyobb hangsúlyt kap a többnemzeti együttműködés. Humanitárius jellege révén a katona-egészségügy a többnemzeti és a civil-katonai együttműködés kiszélesítésének és erősítésének egyik élvárosa lett.

A NATO katona-egészségügyi küldetése és célkitűzései ugyancsak a Katonai Bizottság által kerültek elfogadásra és kiadásra a 2007-2016-os időszakra vonatkozóan. A dokumentum jelentőségét gondolkodás-formáló, egységes fellépésre és közös cselekvésre ösztönző jellege adja. Ezt tartottam szem előtt, amikor szabatos és hivatalos nyelvezetének könnyebb értelmezhetősége érdekében az anyagról szakfordítást készítettem, mely szaklapunkban, a Honvéddorvosban 2009-ben jelent meg. Ebből idézek: „Míg a katona-egészségügyi küldetés központi eleme továbbra is az egészségügyi ellátás marad, az átfogó

sikeresség csak az összes fontos törzsmunka-terület erőfeszítéseihöz nyújtott hozzájárulással biztosítható. Ezek az egészségügyi adatoktól és felderítéstől kezdve, a haderő egészségügyi felkészítésén és védelmén keresztül –beleértve ebbe a vegyi-biológiai-sugár- és nukleáris (Chemical-Biological-Radiological and Nuclear - CBRN) védelmet is– egészen az egészségügyi tervezésig, az egészségügyi biztosítás irányításáig, valamint a katonai és civil együttműködés tevékenységi köréig terjednek.”[194]

A NATO Védelmi-tervezési folyamat hatása az egészségügyi képesség-hiányok kezelésére

Azt bizonyítom a következőkben, hogy a katonai-egészségügy küldetésének többnemzeti együttműködési keretrendszerében, s képesség- és kapacitás hiányos műveleti környezetben történő végrehajtása szempontjából alapvető jelentőségű változás következett be, amikor a NATO védelmi-tervezési folyamatában önálló tervezési területté vált a katonai-egészségügy.

A kifejtés alapja az az angol nyelvű előadásom, melyet a NATO Katonai-egészségügyi Kiválósági Központ felkérésére, még mint a NATO Nemzetközi Katonai Törzs egészségügyi tanácsadója tartottam védelmi tervezési és szabványosítási folyamatok témakörben Budapesten, 2012 márciusában. A NATO katonai erővel bíró politikai szervezet. A NATO célkitűzéseit, alapfeladatait és alapelveit, illetve ambíciószintjét (vagyis a NATO-t érintő kockázatok műveleti kezeléséhez egyidejűleg minimálisan szükséges katonai képességek összességét) a politikai (polgári) vezetők állítják fel. A NATO katonai oldala pedig biztosítja a szövetség számára mindazon katonai képességeket, melyek a politikai döntések támogatásához és végrehajtásához szükségesek. A katonai csak egy, de általában a végső esetben alkalmazott eszköz a szövetség eszköztárában. Ugyanakkor, ha a politikai döntés katonai beavatkozást igényel, a NATO katonai oldalának feladata, hogy értelmezze, alkalmazza és támogassa a politikai célkitűzések elérését. Ez nem jelenti és nem is jelentheti azt, hogy a katonai oldal képes egyedül végrehajtani és elérni minden célkitűzést, amint az az átfogó megközelítés elgondolásának alkalmazásában megjelenítésre került. A politika tehát azt dönti el, mit tegyen a szövetség, a katonai oldal pedig – amennyiben felhatalmazást kap a feladatban való részvételre – azt válaszolja meg, hogyan lehet a döntést katonai eszközökkel elősegíteni, támogatni, vagy végrehajtani.

A NATO legfelső szintű politikai döntéshozó testülete az állam- és kormányfőkből álló Észak-atlanti Tanács.[195] Az Észak-atlanti Tanács az egyetlen olyan testület, mely jogosítványait közvetlenül a NATO alapszerződésében foglaltak alapján kapta.¹³⁰ Joga van például bármely testületet felállítani saját támogatására, vagy tanácsadói céllal. Különböző képviseleti szinteken ülhet össze, mint pl. az állandó NATO nemzeti képviselők, a külügyminiszterek, vagy az állam- és kormányfők szintjén. Az Észak-atlanti Tanács az egyenlők testülete, s szigorúan konszenzusos alapon működik, mint arra a döntéshozatali folyamat elemzése kapcsán már rámutattam.

Az Észak-atlanti Tanács alatt tevékenykedik két kiemelt bizottság: a Nukleáris Tervező Csoport[196], illetve a katonai oldalon a vezérkari főnökökből álló, már általam is többször említett Katonai Bizottság. A Védelmi Irányelvek és Tervezési Bizottság[197] 2010-ben megszűnt, feladatait az Észak-atlanti Tanács vette át. A két fő bizottság alatt tevékenykednek a különféle polgári és katonai bizottságok. A Katonai Bizottság katonai kérdésekben foglal állást, illetve támogatja az Észak-atlanti Tanácsot és a Nukleáris Tervező Csoportot. A polgári oldalon helyezkedik el a Nemzetközi Törzs, a katonai oldalon pedig a Katonai Bizottságot kiszolgáló Nemzetközi Katonai Törzs, mely a stratégia főparancsnokságok felettes (feladatszabó) szerve. A stratégiai parancsnokságok felelősek saját feladatkörük vonatkozásában a védelmi tervek kidolgozásáért, a célkitűzések eléréséhez szükséges katonai követelmények meghatározásáért, valamint az alárendeltségükben lévő erők telepítéséért és alkalmazásáért. Ennek megfelelően a Szövetséges Átalakítási Főparancsnokság[198] fogja össze a szövetség átalakítási erőfeszítéseit, s azon belül a védelmi tervezési folyamatot. A Szövetséges Műveleti Főparancsnokság[199] a műveleti tevékenységeket irányítja, s azon belül a műveleti tervezési folyamatot.

A döntéshozatali és végrehajtási rendszer felépítését legalább vázlatosan át kell látnunk ahhoz, hogy megértsük a katonai egészségügyi terület védelmi tervezési folyamatban kapott új feladatának és lehetőségének jelentőségét. Fontos az is, hogy a NATO, mint szervezet, a döntései végrehajtásához csak a tagországok által a szövetségi ambíciószint és műveletek végrehajtásához felajánlott képességekkel rendelkezik. A tagországok képviselői által hozott politikai döntések végrehajtásához tehát maguk a tagországok biztosítják a fegyveres erőket felajánlás útján, s a NATO katonai struktúra

¹³⁰ Lásd az alapszerződés 9. pontját!

Forrás: <http://www.origo.hu/itthon/19990209azeszakatlanti.html>, Letöltés ideje: 2016. július 31



végzi a felajánlott erők tevékenységének tervezését, összehangolását és irányítását. A harmadik tényező ebben a sorban pedig az, hogy a hosszútávú biztonsági tervezés, vagyis a védelmi tervezési folyamat, és a konkrét műveletek, s az azokhoz szükséges képességek rövid- és középtávú tervezése, vagyis a haderő generálási folyamat, elválasztásra kerültek egymástól a NATO-n belül. Az előbbit a Szövetséges Átalakítási Főparancsnokság, az utóbbit pedig a Szövetséges Műveleti Főparancsnokság fogja össze és irányítja.

A tagállamok biztonságáért és a világ békéjéért is felelősséget vállaló szervezet, mint a NATO, természetesen hosszú távú elgondolásra építi a biztonsági környezet kihívásaira adandó szövetségi válaszokat. A hosszútávú elvek és értékek alapszerződés maga a NATO alapszerződése.

Azt már bemutattam, hogy a hidegháború után megváltozott a biztonsági környezet, s ezzel a NATO-t érintő kockázatok is. Az viszont egy merőben új kockázat, hogy megindulhat a NATO belülről történő bomlasztása. Az USA elnökválasztási kampányában a republikánus elnökjelölt kijelentette, hogy nem tekinti automatikus kötelezettségnek a NATO tagországok védelmét, azt feltételekhez kötné,¹³¹ mellyel árnyat vetett az alapszerződés szentségére és sérthetetlenségére. Sokrétű lehet ennek a kijelentésnek a következménye, nem céloztam ezt elemezni, de a másik véglet most reálisabbnak tűnik, azaz hogy a tagországokat (jellemzően az európai nemzeteket) rákényszeríti a kozmetikázások helyett védelmi költségvetésük radikális emelésére, s ezzel a közös biztonsági stratégiához katonai képességekkel való lényegesen magasabb szintű hozzájárulásra.

A hosszútávú elveknek a biztonsági környezet változásaival szembeni rugalmasságát a már említett, tízévente megújuló és megerősítésre kerülő stratégiai koncepció és az Átfogó Politikai Útmutatás (*Comprehensive Political Guidance*) adja. Az Észak-atlanti Tanácsban folyó munka és politikai döntéshozatal ennek megfelelően a hosszútávú elgondolás rövid- és középtávú megvalósítását is szolgálja. Ezek a politikai elgondolások és döntések megjelennek a katonai egészségügy jövőképében, célkitűzéseiben, irányelveiben, doktrínájában, s leképeződnek az együttműködés kereteit meghatározó szabványokban és utasításokban egyaránt. Ennek lépéseit szemlélteti a 8. számú ábra.

¹³¹ Forrás: http://www.nytimes.com/2016/07/22/us/politics/donald-trump-foreign-policy-interview.html?_r=0, Letöltés ideje: 2016. augusztus 2

	NATO OTAN	<i>Irányelvek és Doktrína</i>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Átfogó Politikai Útmutatás (CPG) ■ A CPG katona-egészségügyi leképezése ■ MC 0572 <ul style="list-style-type: none"> – NATO Katona-egészségügyi Jövőkép és Célkitűzése 2007-2016 ■ MC326/3 – Irányelveket adó okmány ■ AJP 4.10 – Doktrína <ul style="list-style-type: none"> ■ A fentieket támogató szabványosítási egyezmények (STANAG) és szövetségi kiadványok (AJP) 		
	IMS L&R Div.	

8. számú ábra:

*A politikai döntések leképezése a katona-egészségügyi együttműködést szabályzó dokumentumokban[200]
(Szerkesztette a szerző)*

Természetes, következetes és szilárd kapcsolat van a politikai elvárások és azok katona-egészségügyi leképezése között. A biztonság szövetségi garntálásának kiemelt eszközei a konzultáció, közös fellépés, az elrettentés és védelem, a válságkezelés és a partneri együttműködés. Bemutattam, hogyan jelennek meg ezek az elvárások az alapszerződésben, a stratégiai koncepciókban, s ugyanígy megerősítésüket találjuk az Átfogó Politikai Útmutatásban[201], vagy a NATO Varsói Csúcsalálkozójának záródokumentumában: „Kulcsfontosságú döntéseink révén az elrettentést és védelmet, valamint a stabilitás határainkon túli megteremtését és az értékrendünk megismertetését célzó Varsói Csúcsalálkozónk bebizonyította erőnket, egységünket és egymás iránti elkötelezettségünket.”[202] A COMEDS létrehozásán és irányelvein keresztül arra már utaltam, hogyan valósul meg a konzultáció, együttműködés és a közös fellépés a katona-egészségügyi szolgálatok között. Kifejtettem azt is, milyen lényeges szerepváltozás következett be az egészségügyi szolgálatok feladat-végrehajtásában az átfogó megközelítés elvének válságkezelő műveletekben történő alkalmazása során. Talán arra nem is gondolnánk ugyanakkor, hogy az elrettentés stratégiája is egyértelműen megjelenik katona-egészségügyi irányelveinkben, s annak gyakorlati alkalmazása politikai jelentőséggel bír a

műveletek során. A 326/3-as irányelvekben ez a következőképpen került megfogalmazásra: „A NATO, vagy NATO-vezetésű műveletekben részvevő haderő hatékony egészségügyi biztosítása alapvető jelentőségű a küldetés sikere szempontjából és a látható és megfelelő egészségügyi biztosítás katonai eltökéltséget jelenít meg. A betegségek megelőzésével, a sérültek, sebesültek és betegek gyors és hatékony kezelésével, valamint azok egészségügyi kiürítésével és végeredményben egészségük helyreállításával, illetve szolgálatba való visszahelyezésükkel az egészségügyi szolgálatok nagyban hozzájárulnak a haderő védelméhez és fenntarthatóságához. Ezeket az irányelveket szükséges a nemzeti egészségügyi biztosítási elgondolásokban is alkalmazni annak érdekében, hogy lehetővé tegyünk a NATO műveletek átfogó egészségügyi biztosítását. Ez az egészségügyi alapelveket kifejtő okmány nem egy független dokumentum, kapcsolódik egy sor más terület NATO alapelveihez. Kiegészít más dokumentumokat, melyek a NATO műveletek támogató feladatainak széles skálájára vonatkoznak.”[203]

Minden irányelv annyit ér azonban, amennyit betartanak belőle. A célkitűzések eléréséhez eszközökre van szükség, melyek a végrehajtást lehetővé teszik. Amint azt az előzőekben bemutattam, a megváltozott biztonsági felfogás, együttesen a NATO alapszerződésben foglalt kollektív védelem garanciájával, plusz a gazdasági válság miatt alkalmazott megszorítások a védelmi költségvetés terén, összességében ahhoz vezettek, hogy a NATO nemzetek nagytöbbsége az USA hathatós támogatása és részvétele nélkül nem is lenne képes hatékony elrettentésre, sem pedig magas intenzitású, vagy nagy kiterjedésű és elhúzódó műveleteket folytatni.[204] A képességhiányok, köztük egyre erősödő mértékben az egészségügyi biztosítás területén, a műveleti feladatvégrehajtás korlátjává váltak.

Dr. Erich Rödiger, akivel volt szerencsém együtt tevékenykedni ezen képességhiányok hatásának mérséklésén a NATO Légi-egészségügyi Munkacsoportban (melynek dandártábornok úr az elnöke volt éveken keresztül), már több, mint öt esztendővel ezelőtt felhívta a figyelmet erre a problémára egyik tanulmányában: „Sajnálatos módon sok nemzetnél az egészségügyi képességhiányok komoly akadályát képezik műveleti lehetőségeiknek. Következésképpen, a többnemzeti egészségügyi biztosítási megoldások egyre növekvő szükségletté váltak, s összetettebb egyeztetést igényelnek a törzsmunka minden szintjén, különös tekintettel azokra a változásokra, melyek a meggyökeresedett Hidegháborús tervezést felváltó jelenlegi stratégiai és műveleti tervezés terén következtek be. Az egészség és az egészségügyi ellátás a műveletek során fokozottan a Szövetséges

műveleti parancsnokok felelőssége lett, s időnként akár a parancsnok fő aggodalmává is válhat.”[205]

NATO Védelmi Tervezési Folyamat

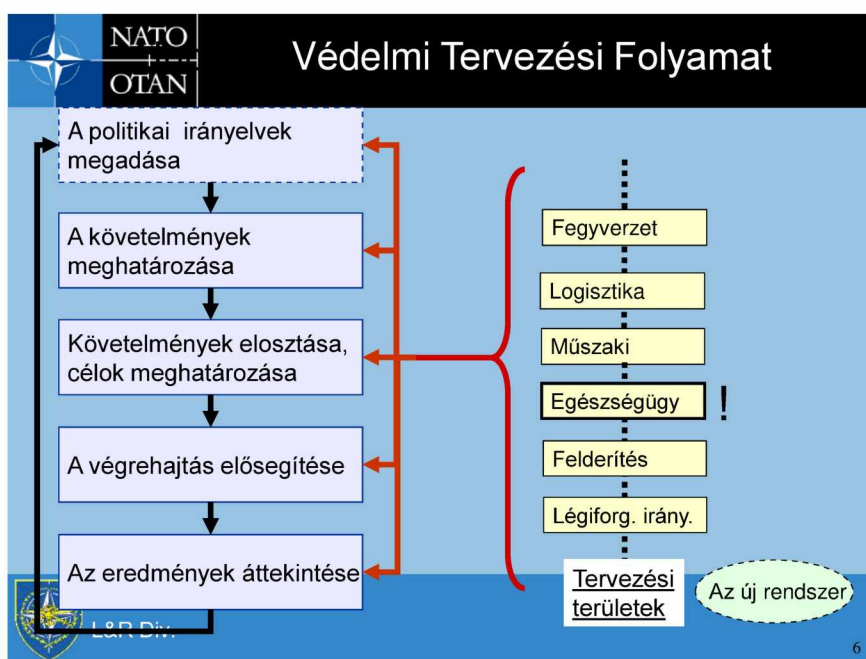
Röviden bemutatom, hogyan alakulnak ki a képességihiányok, s milyen lehetőségeink vannak azok megszüntetésére, illetve hatásaik mérséklésére többnemzeti környezetben.

A NATO saját meghatározása szerint[206]:

- A NATO Védelmi Tervezési Folyamaton keresztül a NATO azonosítja azokat a képességeket és a tagországok irányába szorgalmazza kifejlesztésüket és rendszerbe állításukat, melyekkel a biztonsági és védelmi célkitűzéseit el tudja érni.
- A tagországok önkéntes alapon vesznek részt a NATO Védelmi Tervezési Folyamatban, melyen keresztül saját nemzeti védelmi terveiket a NATO tervekkel összhangba hozhatják.
- A NATO Védelmi Tervezési Folyamat azzal a céllal került elindításra, hogy befolyást gyakoroljon a nemzeti védelmi tervezési erőfeszítésekre, s rangsorolja a NATO jövőbeni képesség szükségleteit, valamint, hogy ezeket a szükségleteket az egyes tagországok között, mint célkitűzéseket elossza, elősegítse azok végrehajtását és rendszeresen értékelje az elért eredményeket.
- A NATO védelmi tervezés különböző területeket ölel fel, mint a haderő, az erőforrások, a logisztika, az egyeztetés-vezetés-irányítás, a polgári vészhelyzetek, a légvédelem és rakétavédelem, a légügyi forgalom szervezése, a szabványosítás, a felderítés, a katona-egészségügyi biztosítás, a tudomány és technológia, valamint a számítástechnika.

A NATO Védelmi Tervezési Folyamat lépéseit és tervezési területeit a 9. számú ábrával szemléltetem. A katona-egészségügyi biztosítás, mint tervezői terület megítélésém szerint két kiemelt jelentőségű lehetőséghez jutott ezen a tervezési folyamaton keresztül. Az egyik az, hogy, mint azt a védelmi tervezési folyamat első lépése mutatja, a politikai döntések határozzák meg azokat a képességeket, melyekre a NATO-nak az egyes tervezői területeken az alapértékek, mint a biztonság és védelem folyamatos, s a jövő kihívásaira

vetített garانتálásához is szüksége lesz. A konkrét elvárás serkentőleg hat a nemzetgazdaságok és a haderők képességfejlesztési erőfeszítéseire. A szabatos politikai elvárások és célkitűzések hiánya viszont elbizonytalanító, sőt romboló hatású a haderőre. Az egészségügyi biztosítás, mint tervezői terület előtt álló másik nagy lehetőség az, hogy az utolsó lépés, vagyis az elért eredmények áttekintése és az azok alapján készített visszacsatolás szembesíti a politikát a döntései és a valóság közötti eltérésekkel. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a feladatok végrehajtásához a haderőnek rendelkeznie kell a megfelelő eszközzel, s a NATO Védelmi Tervezési Folyamata éppen ezt kívánja elősegíteni.



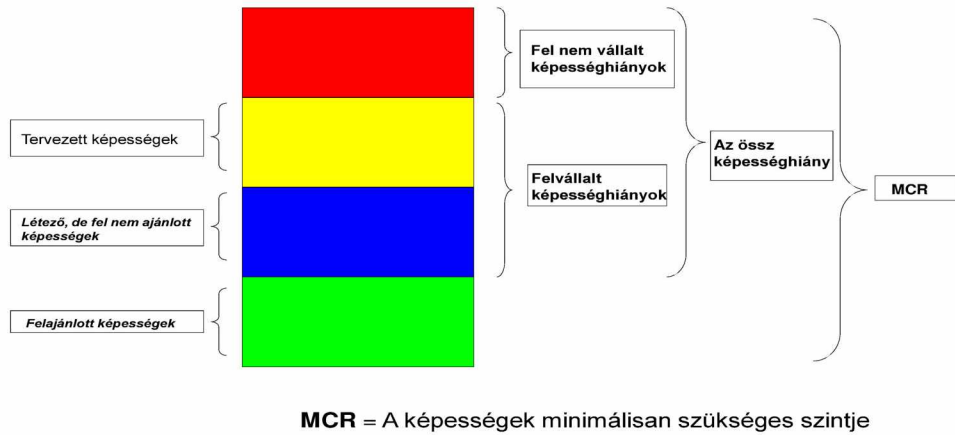
9. számú ábra:

A NATO védelmi tervezési folyamat lépései és tervezési területei[207]

A NATO alapszerződés 5. cikkelye értelmében, annak aktiválása esetén automatikusan biztosítják és alkalmazzák a tagországok a közös védelemhez szükséges erőforrásokat. A berlini fal leomlását követően a biztonsági környezet változásával megjelentek a nem 5. cikkely szerinti feladatok. A közös békefenntartó feladatok ellátására, valamint a nemzetközi jog szabályaival összhangban humanitárius tevékenység végzésére, katasztrófák megelőzésében, következményeik elhárításában és felszámolásában való részvételre viszont a tagországok már eseti mérlegelés alapján biztosítják és alkalmazzák saját erőforrásaikat.

A 10. számú ábrával azt érzékeltetem (természetesen nem részarányosan vázolva az összetevőket), hogy a politikai célkitűzések végrehajtásához minimálisan elengedhetetlen képességek nem állnak rendelkezésre, vagyis képességhiány van, s ezek a képességhiányok milyen szerkezeti egységekre oszthatók fel. A színes sávok összessége a műveleti célkitűzések eléréséhez NATO szinten minimálisan szükséges képességeket jelzi. Ezeket a képességeket a tagországok biztosítják a NATO részére a védelmi tervezési kérdőívek alapján tett nemzeti felajánlásokon keresztül. A nemzetek viszont nem ajánlanak fel annyi képességet (a zöld sáv szemlélteti a megtett felajánlásokat), amellyel a minimális szükséglet kielégíthető, azaz képességhiány (a kék, sárga és piros sávok összessége) akadályozza a célkitűzések végrehajtását. Tudnunk kell, hogy vannak a rendszerben még virtuális képességek, melyek jelenleg nem elérhetőek a NATO számára, de a jövőben figyelembe lehet venni azokat a műveletek tervezése kapcsán. Az egyik ilyen virtuális képesség az, mely a nemzetek haderejében rendelkezésre áll, de nem került felajánlásra a NATO részére (ezt jeleníti meg a kék sáv). A biztonsági kockázat reális fenyegetéssé válása esetén, s kellő politikai nyomásgyakorlással el lehet érni, hogy ezekből a képességekből a nemzetek további felajánlásokat tegyenek a NATO részére. A másik virtuális képesség az, mely jelenleg nem áll sem a NATO, sem a nemzetek rendelkezésére, de kialakítás és fejlesztés alatt van (a sárga sáv mutatja), s várhatóan közép-, vagy akár már rövidtávon is megjelenhet a nemzetek eszköztárában. Megfelelő kényszerítő erő esetén ezekre a képességekre is lehet számítani a jövőbeni műveletek tervezése során. Többnyire azonban még mindig marad olyan hiányterület (a piros sáv jelzi), mely a NATO nemzetek által semmilyen módon nem látszik lefedhetőnek. Ez az a képességhiány, melyet hatása alapján rangsorolni kell, s a besorolás alapján visszacsatolás készül a döntéshozók részére. Ebből látják a nemzetek, hogy milyen területen van leginkább szükség beavatkozásra, s saját nemzeti védelmi tervezési folyamataikat ennek megfelelően tudják módosítani. Az tehát adott, hogy a célkitűzések elérését, illetve ennek egyik eszközének, a műveleteknek a tervezését és végrehajtását megnehezítik, vagy lehetetlenné is tehetik – ugyanúgy, mint más forráshiányos területek esetében – az egészségügyi biztosítás terén meglévő képességhiányok és kapacitáskorlátok.

Képességihiányok 2007. évi áttekintése alapján



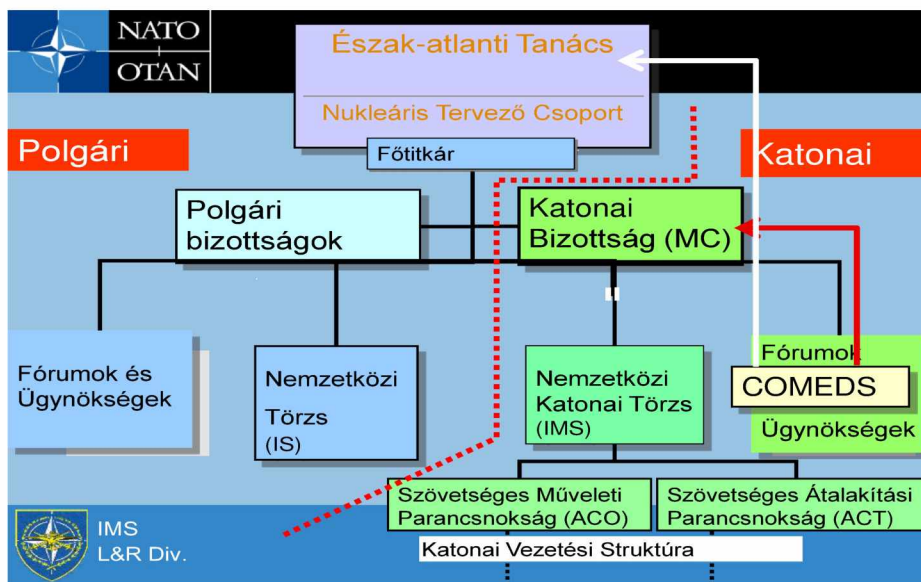
10. számú ábra:

A képességihiányok szerkezeti felépítése[208]

A képességihiányok felszámolásának elemeit vázolom most röviden. A feladatok végrehajtásához szükséges kapacitások korlátai és képességek hiánya következtében a katona-egészségügy nem képes teljes értékűen biztosítani a műveletek végrehajtását és a kitűzött célok elérését. Katona-egészségügyi területen munkatársaimmal háromrétű megoldást vázoltunk fel és tártunk a nemzetek elé.

1. A meglévő képességeket kell hatékonyabban kihasználni. Ugyanaz a képesség nagyobb hatékonyság mellett, adott idő alatt több feladatot képes ellátni, mely által csökkenthető a további egészségügyi kapacitások telepítésére vonatkozó igény.
2. A költséges egészségügyi képességeket (mint a Role-2 és Role-3 típusú telepíthető egészségügyi ellátó egységeket) többnemzeti együttműködésben kell felállítani és működtetni, amennyiben a nemzetek önállóan nem képesek az adott képesség felállítására, működtetésére és fenntartására a hadszíntéren. A többnemzeti megoldás lehetővé teszi az egyes nemzetekre nehezedő terhek mérsékelését.

3. Plusz forrásokat kell biztosítani a nemzetek védelmi költségvetéséből a hiányzó katonai-egészségügyi képességek és kapacitások kifejlesztésére, felállítására, telepítésére, működtetésére és fenntartására. Ez utóbbi feladat csak a politikai döntéshozók figyelmének, megértésének és támogatásának megnyerésével lehetséges. Ezért van túlbecsülhetetlen értéke a saját katonai-egészségügyi tervezési területnek a NATO Védelmi Tervezési Folyamaton belül. A képességhiányokra vonatkozóan a katonai-egészségügyi helyzetjelentések, elemzések és javaslatok ezáltal közvetlenül a politikai döntéshozókhoz jutnak el. A COMEDS-nek ezt a közvetlen politikai döntéshozatal támogatására nyílt lehetőségét szemlélteti a 11. ábra.



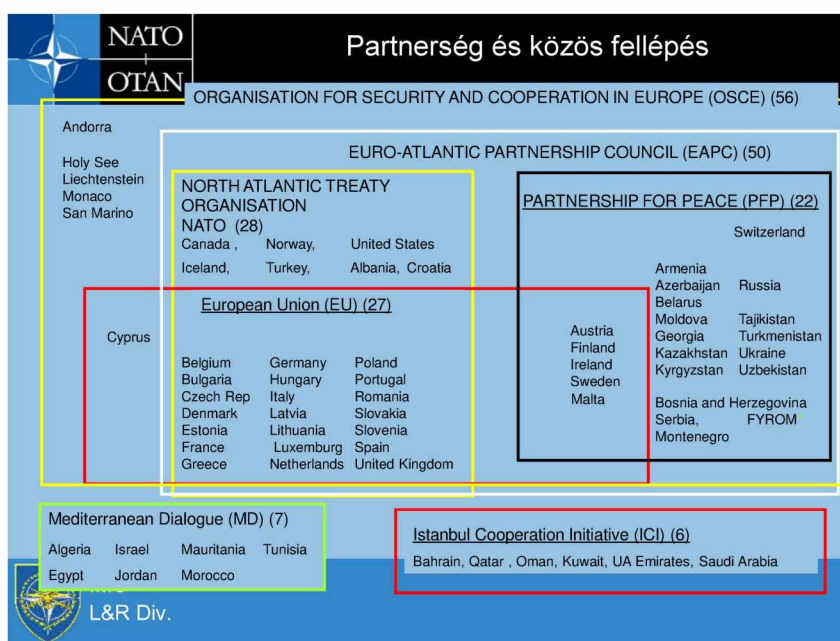
11. számú ábra:

A COMEDS lehetősége a politikai döntéshozatal közvetlen támogatására a védelmi tervezési folyamaton keresztül[209]

A NATO partnerségi kapcsolatrendszer

A többnemzeti együttműködés kereteinek kiterjesztését a partnerországokra a biztonsági környezet azonos, vagy legalábbis hasonló megítélése indokolta és tette lehetővé. A közös biztonsági érdekek azt diktálták, hogy a partnerországokkal folytassunk párbeszédet és vonjuk be őket a NATO vezetésű műveletek végrehajtásába. A partnerországok hozzájárulásának így módon nem csupán politikai, de műveleti jelentősége is van.

Hozzájárulásukkal növelhető a védelmi kapacitás. A NATO partnerségi programja tömören úgy jellemezhető, hogy biztonságot építünk az együttműködésen keresztül. A biztonságot nem ingyen kapjuk, azt képesnek kell lennünk garantálni. Ehhez képességekre van szüksége a NATO-nak. Olyan képességekre van szüksége, melyek rugalmasan alkalmazhatóak (a küldetésre szabhatóak), s telepíthetőek. Ezeknek a képességeknek az alkalmazását pedig egy kisebb és költséghatékonyabb NATO szervezeti struktúrával kell támogatni. A biztonság minél szélesebb alapokra helyezése érdekében kell a partnereket bevonni a feladatok végrehajtásába. A 12. ábra a NATO kiterjedt partnerségi kapcsolatrendszerét szemlélteti.



12. számú ábra:

A NATO partnerségi kapcsolat keretrendszere (2011-es adatok alapján összeállítva)[210]

A partnerkapcsolatok kiépítése kapcsán felmerül egy első olvasásra technikai kérdés: hogyan tudja a NATO megőrizni saját biztonságát, ha egyre közelebb engedi magához a nem NATO-tag partnerországokat? A válasz sokkal inkább filozófiai, mintsem technikai: nem létezik biztonság a NATO számára a határain túl elterülő, s a vele együttműködni kész nemzetek biztonsága nélkül. A biztonság az együttműködésen keresztül (*Cooperative Security*) garantálható. Ennek elősegítésére alakult 2014 szeptemberében a Partnerségi és Biztonsági Együttműködési Bizottság,[211] mely egyedüli politikai-katonai bizottságként

felel a nem-NATO országokkal folytatott kapcsolatépítési programokért és a nemzetközi szervezetekkel fenntartott kapcsolatokért.

A katona-egészségügyi partnerkapcsolatok elősegítése

Van ennek a szemléletváltásnak technikai vetülete is persze. A műveletek sikere az együttműködés megvalósíthatóságán és hatékonyságán múlik. Az együttműködés alapja pedig az irányelvek azonossága és a szabványosítás, melyek mentén megindulhat a közös tervezés és feladat végrehajtás. Ehhez viszont már elengedhetetlen a szakmai szintű párbeszéd és információ csere lehetőségének megteremtése. Az együttműködésen alapuló biztonság helyességébe vetett szilárd meggyőződésre és hitre volt szükség ahhoz, hogy a NATO hidegháborús információ-kezelési hozzáállását (vagyis, hogy csak az kapja meg az adott információt, akinek valóban szüksége van rá), felválthassa a partnerekkel folytatandó gyakorlati együttműködést elősegítő információ-megosztás elve (azaz a közös érdekek mentén minden partnerrel meg kell osztani az információt, ha annak egyéb akadálya nincs). Így vált lehetővé, hogy partnereinkkel megosszuk és közösen értelmezzük alap- és irányelveinket, doktrínánkat és szabványaink nagyrészét is. A NATO honlapján erről a következőket olvashatjuk: „Napjainkban a COMEDS kifejezetten aktív a műveletek egészségügyi biztosítását javító új elgondolások kidolgozásában, melyekben a hangsúly az egészségügyi ellátás többnemzeti jellegére, az egészségügyi ellátó intézmények modulrendszerű felépítésére és a partnerkapcsolatokra helyeződik. A kidolgozott doktrínák egyre növekvő mértékben elérhetőek a nem NATO országok számára is, s az esetek többségében a Világhálón keresztül kerülnek megosztásra.”[212]

Az alábbiakban azt mutatom be, milyen elgondolás mentén és hogyan segítette a NATO intézményesíteni a partnerkapcsolatokat katona-egészségügyi téren. A COMEDS 2011-ben hozta létre a Partnernemzetek Egészségügyi Szakértőinek Állandó Munkacsoportját (*Standing Group of Partner Medical Experts*). A cél az volt, hogy segítsük a hasonlóan gondolkozó, de legalábbis a közös gondolkodásra nyitott, nem NATO-tag nemzeteket. Lehetőséget akartunk és kellett adni számukra, hogy álláspontjukat, aggodalmaikat kifejthessék, s a párbeszédén keresztül –egymás közt és a COMEDS tagországok, illetve a NATO parancsnoki struktúra egészségügyi szakértőivel- megtalálhassák a módját, hogyan tudják döntéshozatali önállóságuk megőrzése mellett érdekeiket a NATO-val közösen érvényesíteni. Az érdekérvényesítés lehetőségei az elvi támogatástól a műveletekhez történő pénzügyi hozzájáruláson keresztül a valós katonai

(köztük katona-egészségügyi) képességekkel való együttműködésig húzódtak. A partnerekkel való együttműködés kiszélesítése és erősítése kiemelt feladata a NATO-nak, ám ez csak a kezdeti lépés. Az igazi cél az, hogy az együttműködés hatékony legyen. A hatékonyság egyik fontos mércéje katona-egészségügyi területen is az, hogy saját telepíthető képességeikkel a partnerek képesek-e zökkenőmentesen együttműködni a NATO erőkkkel a közös biztonsági célkitűzések elérése érdekében.

Ebben a feladatban a NATO Nemzetközi Katonai Törzs és a Stratégiai Főparancsnokságok, mint a vezetési struktúra kiemelt elemei, s ezen belül az egészségügyi szakértők is részt vettek, illetve vesznek. Az előbbieken kifejtett céloknak megfelelően tehát számunkra is az volt az elvárás, hogy a partnerek és a NATO szükségleteit alapul véve feltárjuk, miként tudja a NATO parancsnoki struktúrája –összhangban a NATO és partner nemzetek egészségügyi szereplőivel– elősegíteni az együttműködést a COMEDS Partnernemzetek Egészségügyi Szakértőinek Állandó Munkacsoportjával. Az alábbi áttekintés a COMEDS 31. Plenáris ülésén, Bernben, 2009. május 18-án, a Nemzetközi Katonai Törzs egészségügyi tanácsadójaként tartott előadásom alapján készült.

Az előttünk álló konkrét feladat az volt, hogy:

- Áttekintsük a partnerekkel folytatott együttműködés korábbi és akkoriban folyó programjait,
- Elmélyítsük és szélesítsük tudásunkat a partnerek elvárásairól és szükségleteiről,
- Azonosítsuk az együttműködés lehetséges keretrendszerét, s ezek alapján dolgozzunk ki javaslatokat a partner nemzetek és a COMEDS részére, hogyan lehet az együttműködést a meglévő eszközrendszer és képességek felhasználásával javítani. Ezen belül pedig azonosítani kellett a partnerekkel való közös cselekvés megfelelő módját:
 - o harcászati és műveleti szinten (a hadszíntereken);
 - o katona-stratégiai szinten (a Szövetséges Műveleti Főparancsnoksággal és alárendelt parancsnokságaival);
 - o politika-stratégiai szinten (vagyis a NATO Székhelyén, Brüsszelben).

A már idézett dokumentum „A NATO katona-egészségügyi jövőképe és célkitűzései a 2007-2016-os időszakra” is megjeleníti az elvárást a partnerkapcsolatok gyakorlati alkalmazására, s annak hatékonyságának erősítésére: „Növelni kell az erőfeszítéseket a teljes interoperabilitás elérése érdekében a tagállamok és partner nemzetek között”. Az erőfeszítéseket négy területen keresztül lehet kifejtetni. Ezek: a hadműveleti környezet, az egészségügyi szakmai fejlődés, a társadalmi hatások és a hatékonyság.

Hogyan lehet meghatározni, hogy mely területeken érdekeltek a partnerek az együttműködésben? Először is egységes értelmezést kell kialakítani velük, hogy mely területeken tudnak hozzáadott értéket képviselni a NATO egészségügyi célkitűzések megvalósításához. Ezt követi a Stratégiai Főparancsnokságok elemzése, hogy az adott területen folyó együttműködés valójában milyen hatást képes gyakorolni a NATO katona-egészségügyi stratégiája részeként például a válsággal sújtott befogadó nemzet helyreállítási és fejlesztési erőfeszítéseire. A partner nemzeteknek lehetőséget biztosítottunk arra is, hogy bedolgozásukkal közvetlen befolyást gyakoroljanak a NATO egészségügyi biztosítási alap- és irányelveinek felülvizsgálata során az új kiadás (326/3) tartalmára.

Harcászati és műveleti szinten kollégáimmal a partnerországoknak a NATO tapasztalat-feldolgozó folyamatába való bevonását segítettük. Ennek egyik eleme a NATO adatbázisokhoz való hozzáférés megnyitása volt (például a NATO Katonaegészségügyi Kiválósági Központon keresztül). A műveletek során azonosított megfigyelések és tapasztalatok megvitatásába is bevontuk a partner nemzetek képviselőit video telekonferencia keretében. A különböző területeken folyó együttműködésekről az információk megosztását és az erőfeszítések összehangolását szolgálta a NATO egészségügyi hírlevele és az Összhaderőnemi Műveleti Főparancsnokság által havonta megjelentetett egészségügyi összegzések is.

Katona-stratégiai szinten elősegítettük a partner nemzetek védelmi tervezési egészségügyi programjainak a NATO követelményekkel történő összehangolását. Azt az elvárást közvetítjük feléjük ma is, hogy az általuk fejlesztett képességek modul rendszerűek legyenek, mellyel elősegíthető, hogy műveleti hozzájárulásuk a követelményekre szabható legyen. Elősegítettük azt is, hogy nemzeti kiképzési programjaik összhangban legyenek a NATO követelményekkel. Ezáltal érhető el, hogy szakembereik képesek legyenek többnemzeti összefogás keretében feladatot végrehajtani. Ennek érdekében lehetőséget kaptak a partnernemzetek szakemberei a NATO Oktatási

Központ tanfolyamain és más nemzetközi kiképzéseken való részvételre. Ahhoz pedig, hogy a COMEDS munkacsoportok tevékenységében való részvételüket a költségvetési megszorítások ne tegyék lehetetlenné, a NATO pénzügyi segítséget nyújt a partnerországok képviselőinek részvételéhez. Ennek katona-egészségügyi téren való összefogása és segítése kifejezetten a Nemzetközi Katonai Törzs egészségügyi szakembereinek feladata.

Politika-stratégiai szinten (azaz Brüsszelben) a COMEDS jövőképe és célkitűzései által megfogalmazott elvárások megvalósítását segítettük, s tanácsadói tevékenységet folytattunk részükre, illetve bevontuk őket a számukra fontos NATO dokumentumok felülvizsgálatába. A Nemzetközi Katonai Törzs egészségügyi tanácsadója minden COMEDS plenáris ülés során tájékoztatást adott a partner nemzetek képviselőinek a tanácsadói tevékenység részeként a NATO egészségügyi biztosítás őket is érintő, aktuális stratégiai kérdéseiről.

Azt kell ismételtelen hangsúlyoznom, hogy a partnernemzetekkel való együttműködés sikerének kulcsa a párbeszéd és információ csere. Ezeken keresztül lehet megalapozni az együttműködés gyakorlati lépéseit. Ezt tartottam szem előtt akkor is, mikor az Európai Unió Közép-afrikai Köztársaságban indított missziójának egészségügyi tanácsadjaként feladatom az volt, hogy a Role-1 biztosítást adó francia kollégákkal közösen, a velünk települt grúz és szerb egészségügyi szakembereket a lehető legrövidebb idő alatt integráljuk a misszió egészségügyi biztosítási rendszerébe. Először a kollégáknak elméleti felkészítéseket tartottam a misszió és általában a nemzetközi műveletek egészségügyi biztosításának szövetségi alap- és irányelveiről. Ezt követte a partnerek integrálása a francia egészségügyi egységekbe. Két francia egységünk volt, mindegyikben egy-egy orvos, egy-egy nővér és kettő-kettő egészségügyi katona (s egyben gépkocsivezető is). Az egyik egység biztosította a tábor sürgősségi és napi rutin betegellátását, a másik egység pedig a gyorsreagálású egészségügyi egység készenléti szolgálatát. A partnereket az előbbi feladatokba vontuk be. Először itt is a közös elméleti alapokat kellett megteremteni, majd közösen készültek és gyakoroltak a francia kollégákkal, s végül együtt végezték a sürgősségi és napi rutin betegellátást. A partnerek sikeres integrációját követő többnemzeti együttműködésről tanúskodnak az Európai Unió honlapján hivatalosan közzétett képek (lásd a 9. és 10. számú képeket).



9. számú kép:

Az EUFOR RCA misszió teszteli saját sürgősségi beavatkozó eljárásrendjét Bangui-ban.

Az EUFOR egészségügyi szakállománya sérültosztályozást végez.[]

Ez a misszió fontos tapasztalatokkal szolgált az egészségügyi biztosítás többnemzeti végrehajtása tekintetében, s feltárta, hogy az egyes nemzetek eltérő egészségügyi kockázatvállalása milyen hatással van a misszió hadműveleti célkitűzéseinek végrehajthatóságára. Ezt mutatom be az alábbiakban a Honvéd Vezérkar Tudományos Kutatóhely által szervezett „Afrika: kihívások és lehetőségek” című konferencián, 2015. november 12-én, a Stefánia Palota Honvéd Kulturális Központban elhangzott előadásom alapján.



10. számú kép:

Az EUFOR RCA misszió teszteli saját sürgősségi beavatkozó eljárásrendjét Bangui-ban.

Sérültet játszó katonát mentenek az EUFOR egészségügyesei.[]

Az Európai Unió katonai műveletének indítása

Az első kérdés az, hogy fennállt-e olyan helyzet, mely szükségessé, sőt megkerülhetetlenné tette az Európai Unió fellépését, s katonai erő alkalmazásával történő beavatkozását a Közép-afrikai Köztársaságban. A válasz: igen. Az ENSZ évek óta figyelemmel kísérte az országban zajló eseményeket, s folyamatosan romló biztonsági helyzetről és emberjogi állapotokról adott jelentéseket.[215] Az erőszakos cselekmények következtében az elmúlt három évtizedre visszatekintve mintegy egymillió ember kényszerült elhagyni otthonát, s a meggyilkoltak száma megközelítette a százazretet. Az ENSZ felhatalmazását az Afrikai Unió és Franciaország részére a katonai erővel való fellépésre[216] az kényszerítette ki, hogy a helyzet normalizására tett diplomáciai és egyéb erőfeszítések nem hoztak eredményt, sőt! Az ENSZ Biztonsági Tanácsa a 2014. január 28-án kiadott határozatának[217] bevezetőjében nem csupán elítéli, de már számszerűsíti is a fokozódó erőszak áldozatait:

„Elítéljük a Közép-afrikai Köztársaságban előforduló támadásokat, és különösen azokat, melyekre 2013. december 5. óta került sor Bangui-ban, melyek következtében több mint ezer ember halt meg és több százezer személy elhagyni kényszerült lakóhelyét, és melyek széles körű erőszakot váltottak ki a keresztény és muzulmán közösségek között az egész országban...”

Franciaország helyszíni jelenléte, elkötelezettsége a helyzet normalizálására, helyzetértékelése és tapasztalatai mindenképpen elősegítették az Európai Unió szerepvállalásának konkrét formába öntését. Az Európai Unió külügyi és biztonságpolitikai főképviseelője, az Európai Bizottság alelnöke, az ENSZ főtitkárának címzett levelében az alábbiakat írta 2014. január 21-én[218]:

„Örömmel tájékoztatom Önt, hogy az Európai Unió Tanácsa január 20-án megállapodott a hozzájárulásról, mellyel a biztonsági helyzet stabilizálása érdekében a nemzetközi közösségnek az Egyesült Nemzetek égisze alatt folyó erőfeszítéseit kívánja támogatni a Közép-afrikai Köztársaságban. Ez egy katonai művelet formájában valósulna meg, melynek célja, hogy hozzájáruljon a polgári lakosság védelméhez, együttműködve a francia erőkkal és az Afrikai Unióval.”

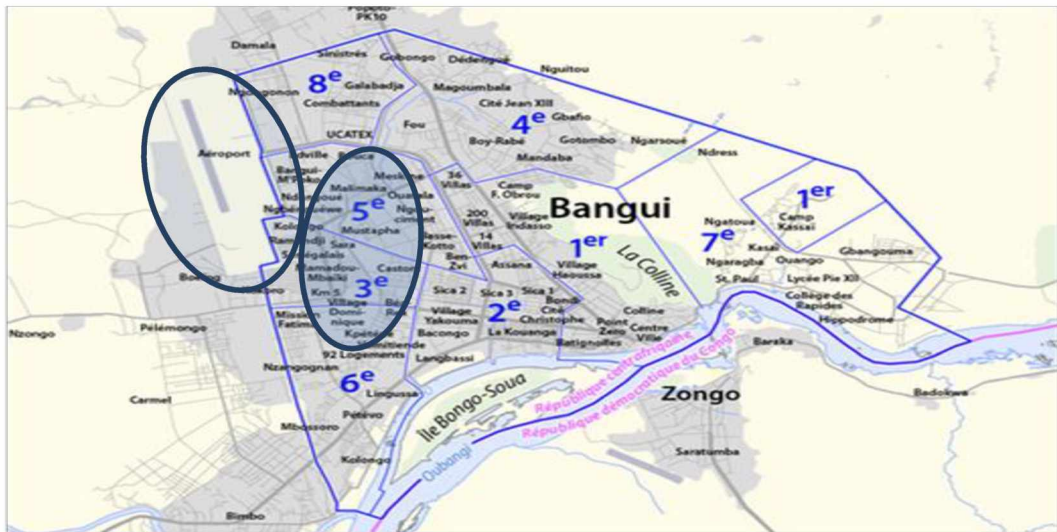
A misszió felállítása rekordidő alatt zajlott. Az ENSZ Biztonsági Tanácsának határozata alapján[219] az Európai Unió Tanácsa 2014. február 10-én hozta létre az Európai Unió Erői a Közép-afrikai Köztársaságban (European Union military operation in the Central African Republic[220], a továbbiakban: EUFOR RCA) missziót. Érdekesség,

hogyan az időszűke miatt az ENSZ Biztonsági Tanácsának felhatalmazó határozata (január 28), s a misszió felállításáról szóló Európai Unió Tanács-i döntés (február 10) előbb megszületett, mintsem hogy a Biztonsági Tanács-i mandátum kiadását kezdeményező Ashton levelet az ENSZ főtitkár megküldte volna (február 26) a Biztonsági Tanács elnökének. Az EUFOR RCA kijelölt műveleti parancsnoka, Philippe Pontès vezérőrnagy, az országban ekkorra kialakult helyzetet politikai, biztonsági és humanitárius válságként határozta meg.

Az EUFOR RCA 750 fős nemzetközi állományát számos Európai Unió tagállam és más, együttműködő országok adták, mely egy lövész zászlóaljából állt, csendőrség típusú rendőrségi erővel kiegészítve. Ez a zászlóalj szintű katonai alakulat a lövész egység mellett magába integrált még különleges műveleti erőket, műszaki és tüzserész alegységet, logisztikát, valamint nem utolsósorban az egészségügyi biztosítás képességeit is a küldetés sikere érdekében. Az EUFOR RCA küldetése a stabilitás és biztonság megteremtése érdekében Bangui körzetében (13. számú ábra) kifejtett átmeneti támogatásra vonatkozott.

Az EUFOR RCA alapfeladatai ezen küldetés jegyében kerültek meghatározásra, s az alábbiak voltak:

- uralja a műveleti területet,
- nyújtson védelmet a lakosság számára,
- különítse el a szembenálló csoportokat,
- akadályozza meg a fegyveres csoportok szabad mozgását a területen, és
- szorítsa vissza a bűnözést.



13. számú ábra:

Az EUFOR RCA műveleti közege Bangui-ban[221]

A felhatalmazás a teljes készenlét elérésétől számított hat hónapra szólt. Ennyi időszükségletet számvetettek arra, hogy a helyzet hosszú távú rendezése érdekében felálljon egy ENSZ misszió, s átvegye a feladatokat az Európai Uniótól. Az erők hadszíntérre történő kitelepítésének kezdetét követően két és fél hónappal, 2014. június 15-re az EUFOR RCA elérte teljes készenlétét. Ez kimagasló eredménynek számított, s így a politikai hozadék kiaknázása érdekében (vagyis, hogy az Európai Unió válsághelyzetben kész és képes a gyors döntéshozatalra és a stabilizáló erőként történő hatékony fellépésre a világ bármely pontján) ez minden lehetséges fórumon kihangsúlyozásra is került. Az időtényező kihívásai ugyanakkor nem csupán eredményeket, de komoly kockázatokat is magukban rejtettek. A továbbiakban ezekből a kockázatokból az egészségügyi biztosítás néhány hadműveleti vonatkozású elemét emelem ki.

Az EUFOR RCA egészségügyi biztosításának kihívásai

Az országban dúló fizikai erőszak és a misszió stratégiai feladatai alapján természetesnek tekintem, hogy az egészségügyi biztosítás tervezése során a műveleti parancsnokságon (Larissza, Görögország) szolgáló kollégáim az EUFOR RCA állományát fenyegető kockázatok közül a kinetikus műveletek nyomán várhatóan keletkező sérüléseket az egyéb (például éghajlati, járványügyi) egészségi kockázatok elé sorolták.

Az egészségügyi biztosítás végső célja a csapatok feladat-végrehajtásának támogatása az egészségük és harcképességük megőrzése és helyreállítása révén.[222] Eme rendeltetésének az egészségügyi szolgálat két lényegi tevékenységén, a sérülések és betegségek megelőzésén és a szolgálatképesség helyreállításán keresztül tesz eleget. Az egészségügyi biztosítás hatékonysága egyrészt függ a parancsnok és törzsállományának támogatásától, másrészt viszont hatással van a műveleti tevékenységre. Ezt mutatom be néhány példán keresztül.

A misszió felállítására vonatkozó döntés megszületését követően rohamtempóban zajlott a főváros, Bangui keleti részén, nem messze a repülőtértől kijelölt táborhely építése. Az egykori textilüzem (UCATEX vállalat - *UNION CENTRAFRICAINE DES TEXTILES*) területén még folyt a munka, amikor 2014. június 24-én a német ARD televízióban egy oknyomozó riport került levetítésre.¹³² Ebben arra hívták fel a figyelmet, hogy a táborhely talaja komolyan szennyezett ipari toxikus anyagokkal, s ezáltal az oda települő állomány egészségi állapotára kifejezett fenyegetést jelent.

A Bundeswehr Műveleti Parancsnokság megítélése szerint az egykori textilgyár helyén lévő tábor altalaja nagymértékben szennyezett volt aromás szénhidrogén vegyületekkel. Ezen értékelés megszületését követően a német katonák parancsot kaptak, hogy a táborba nem léphetnek be. Miután azonban bizonyítást nyert, hogy az állományra a szennyezés nem jelent azonnali és közvetlen veszélyt, s további kockázatcsökkentő intézkedések kerültek alkalmazásra (a talaj tömörítve lett, s betonozással és kavicsréteggel került lezárásra), végeredményben négy német katona is betelepült a táborba.[223]

Valószínűsíthető, hogy amennyiben a németek nem fogadják el a kockázatot és nem települnek be a táborba, az komolyan veszélyeztette volna a misszió egységét, s akár további nemzetek kivonulásához, vagy rosszabb esetben a koalíció felbomlásához is vezethetett volna. Ez az eset is azt mutatta, hogy többnemzeti műveletek során a haderő egészségi állapota iránt viselt nemzeti felelősség és az arról történő gondoskodás lényegesen befolyásolhatja a katonai feladat végrehajtását, vagy akár meg is akadályozhatja azt. Az ilyen típusú kockázatok csökkentésére a NATO Szövetséges Összhaderőnemi Egészségügyi Biztosítási Doktrína az alábbi útmutatót adja:[224]

¹³² „Gefahr aus dem Boden für Deutsche Soldaten?“ – a videót a TV-társaság honlapjáról azóta eltávolították, így jelenleg erre történő hivatkozásokat találhatunk csupán a Világhálón: <http://behoerdenstressnews.blogspot.com/2014/07/gefahr-aus-dem-boden-fur-deutsche.html>, Letöltés ideje: 2016 március 28

„A küldetés átfogó elemzése érdekében az egészségügyi szempontok korai figyelembe vétele a tervezés valamennyi szakaszában elengedhetetlen, továbbá azért, hogy olyan terv kerüljön kidolgozásra, mely az egészségügyi biztosítás szempontjából is támogatható. Az egészségügyi ellátás tágabb körű kérdéseinek figyelembe vétele közvetlenül is hozzájárulhat a küldetés teljesítéséhez a stabilizációs és újjáépítési (S & R – *Stabilization and Reconstruction*) műveleteket során.”

A következő egészségügyi kihívást a *malária veszély* jelentette, melynek kezelése összefüggésben volt az előbbieken tárgyalt talajszennyezés kockázat-kezelésével is. Ezúttal is igazolódott, hogy a jelen problémái a tegnapi megoldásaiban gyökereznek. Az esős évszak idején a lebetonozott táborban felgyülemlt a csapadék (11. számú fénykép), s ez pangóvizek kialakulásához vezetett, mely a szúnyogok táboron belüli szaporodási esélye révén fokozta a malária kialakulásának kockázatát.



11. számú fénykép:

Az EUFOR RCA táborában a talajszennyezettség miatt lebetonozott felszínen összegyűlt a csapadék, s a konténerek alatt pangóvizek formájában maradt meg, növelve a malária megjelenésének kockázatát[]

(A szerző felvétele)

A malária ellen mind a mai napig nincs biztos védelem. Az egyéni és kollektív védekezés elemeinek együttes alkalmazásával is csak akkor tudjuk hatékonyan csökkenteni az

állományra leselkedő veszélyt, amennyiben részükről ehhez megvan az együttműködés. Az oktatás, figyelmeztetés és a parancsnoki állomány bevonásával folytatott ellenőrzés mellett is előfordul, hogy a katonák elfelejtik, nem tartják fontosnak, vagy tudatosan elhagyják a védekezés egyes elemeit. Így történhet meg, hogy például napnyugta után nem tartják be az öltözködési szabályokat, nem veszik be a malária ellenes gyógyszerüket (több esetben annak mellékhatásaitól jobban tartva, mint a megbetegedés lehetséges következményeitől). A lazuló fegyelem hatását nem lehet alábecsülni! Ennek is betudható, hogy a misszió nyolc hónapja alatt kialakult 26 maláriás betegünk közül egynek az életét a gondos és intenzív egészségügyi ellátás ellenére sem sikerült megmenteni. A 12. fényképen a malária elleni kollektív védekezés egyik eleme, a vegyszeres szúnyogirtás látható. A hatékonyság érdekében a vegyszert a francia társmiszió biztosította, s a mi francia kollégáink készítették el az oldatot.



12. számú fénykép:

*Az EUFOR RCA által szerződött helyi vállalkozó vegyszeres szúnyogirtást végez a táborunkban[]
(A szerző felvétele)*

Az Ebola-járvány fenyegetésének néhány hadműveleti vonatkozása[227]

Mire 2014. júliusában az EUFOR RCA elérte teljes készenlétét, világossá vált, hogy a Nyugat-Afrikában kitört járvány nem korlátozódik regionális hatásokra, sőt, egyre inkább

világméretű következményekkel járhat. A misszió felkészülését tovább sürgette és erősítette, hogy augusztusban az Ebola betegség - igaz, a Nyugat-afrikai kórokozótól függetlenül - megjelent a Kongói Demokratikus Köztársaságban is, mintegy 500 kilométerre délre Bangui-tól és az EUFOR RCA táborától.[228] A művelet ezen szakaszában a kockázat valós meghatározása és higgadt mérlegelése mellett a pánik elkerülése volt a célkitűzés.

Az Ebola kockázatának meghatározása

Az Ebola fertőződés eshetősége az EUFOR RCA állományára vonatkoztatva alacsony kockázatú besorolást kapott. A megítélésben az alábbi tényezők játszottak fő szerepet:

- Nem volt valószínűsíthető, vagy megerősített EVD eset (*Ebola Virus Disease* - Ebola vírusos megbetegedés) az országban.
- Minden, az országban feltárt gyanús eset negatívnak bizonyult a laboratóriumi tesztek során.
- Az Ebola a fertőző beteg vérével és egyéb testnedveivel való közvetlen fizikai kapcsolat útján terjed. Nem terjed a betegség levegőben, cseppfertőzés útján.
 - o A katonák jellemzően nem kerültek közvetlen fizikai érintkezésbe a helyi lakosokkal.
- Az ebolás beteg nem fertőző a lappangási időszak alatt, csak annak lezárultával, azaz amikor a klinikai tünetek már jelen vannak.
 - o Azon személyek tehát, akik egészségesnek tűnnek, szinte biztosan nem fertőzőek.
 - o A klinikai tüneteket mutató Ebola betegek általában túlságosan súlyos állapotban vannak, semhogy járni tudjanak, ezért az EUFOR RCA állománya részére a velük való közvetlen fizikai érintkezés eshetősége alacsony kockázatot hordozott magában.

- Az éberség és a körültekintő egyéni és közösségi higiénia tudatos és következetes alkalmazása hatékony megelőző eszköz az Ebola ellen. Az EUFOR RCA teljes személyi állománya tudatában volt ezen rendszabályoknak, s három lépésből álló felkészítést kaptak ezen alapvető megelőző intézkedések alkalmazására vonatkozóan.
 - o A hadszíntérre történő kitelepülés előtt kötelező jelleggel oktatásban és kiképzésben részesültek az egyéni és közösségi higiéniai rendszabályokról.
 - o A hadszíntérre történő kiérkezést követően ez a felkészítés megerősítésre és a helyi sajátosságokkal való kibővítésre került az egyes kontingensek és a misszió egészségügyi szakállománya által.
 - o Minden kontingensváltást megelőzően, feladat-végrehajtásának befejezésével az EUFOR RCA állománya ismételt egészségügyi oktatáson és konzultáción esett át mielőtt visszacsoportosításra került volna hazájába (az egészségügyi visszaszűrés negatív eredményének megszületéséig betartani szükséges, fokozott egyéni és közösségi higiéniai rendszabályokról).

A járványra történő felkészüléshez, annak megelőzéséhez és a hatékony reagáláshoz adatokra, híradásra és az adatokat feldolgozni és azok alapján megfelelő módon beavatkozni képes (szak)emberekre van szükség. A fegyveres konfliktusok övezetéből viszont a képzett egészségügyi személyzet elvándorol, s ezzel lényegesen megnehezül, vagy lehetetlenné válik a tárgyilagos helyzetfelmérés és elemzés. Ennek kapcsán szükséges volt felhívni mind a kollégák, mind a misszió vezetésének figyelmét, hogy előfordulhat, miszerint elsőként az EUFOR RCA egészségügyi szakállománya tesz jelentést az országban feltárt Ebola esetekről. Ennek korántsem a szakmai jelentősége lett volna ilyenkor a legmeghatározóbb, sokkal inkább az, hogy a nemzetközi erővel szembenálló csoportosulások megpróbálják majd kihasználni és (többek között) az EUFOR RCA ellen fordítani a helyzetet, s megkísérlik megvádolni a nemzetközi erőket a betegség behurcolásával és a járvány terjesztésével.

Az EUFOR RCA Ebola-kockázatkezelési elgondolása

Három fő tevékenység köré kellett csoportosítani a védekezéssel összefüggő feladatokat:

- Megakadályozni a járvány kitörését
- Feltárni az Ebola-gyanús és valószínűsíthető eseteket
- Gyorsan és hatékonyan reagálni a betegség megjelenésére
 - o Megakadályozni a betegség terjedését.
 - o Megmenteni a betegeket.
 - o Felszámolni a járványt.
 - o Megelőzni a járvány kiújulását.

A felkészülést oly módon kellett végrehajtani, hogy az ne csupán ne akadályozza a misszió műveleti tevékenységét, de összhangban legyen annak célkitűzéseivel, illetve élvezze a parancsnok és a törzs állományának figyelmét, megértését és támogatását. Mielőtt ennek részleteire kitérnék, tekintsük át, milyen szakaszokra, s milyen megfontolások alapján kellett felosztani a felkészülési időszakot. A megfontolás ötvözte az EVD várható szakmai és katonai vetületét, vagyis a besorolás azon hatása alapján történt, melyet a betegség az EUFOR RCA állományára és küldetésének végrehajthatóságára feltételezhetően gyakorolt volna (lásd a 4. számú táblázatot).

Az nagy biztonsággal volt állítható, miszerint ezek a szakaszok nem lépésenként követik majd egymást, s a járvány bármelyik szakasszal elindulhat. Elsőként ezt kellett világossá tenni az EUFOR RCA katonai vezetése számára. Meg kellett határozni a veszély valóságát (azaz, hogy az EUFOR RCA állománya megfertőződhet a vírussal). Be kellett mutatni az időtényező bizonytalanságát (vagyis azt, hogy bármikor felütheti a kór a fejét az országban, a városban, az EUFOR RCA műveleti körzetében, de akár a táborunkban is), s bizonyítani kellett, hogy van lehetőség a hatékony védekezésre, a kockázatok csökkentésére, azaz van a cselekvési kezdeményezésnek létjogosultsága.

A művelet tervezése során azonban az Ebola még nem jelentett kényszerítő tényezőt. A küldő nemzetek sem a költségvetés, sem az egészségügyi szakállomány összetétele, sem pedig az egészségügyi biztosítási rendszer kialakítása és kapacitásának tervezése során nem számoltak egy ilyen kockázattal. Tovább nehezítette a helyzetet, hogy a járványügyi és pszichológiai hatások miatt az Ebola megváltoztatta volna a helyi lakosság kapcsolatát a

katonai művelethez. A tábor kiszolgálásába nagy számban bevont helyi lakosok egyszerűen nem jelentek volna meg a táborban munkavégzésre a megbetegedéstől való félelmükben.

Nr.	A szakasz eü. jellege	Az EVD várható kihatása a katonai műveletre
0	Nincs megerősített EVD az országban	Nincs közvetlen hatása a katonai művelet végrehajtására. Az EUFOR stabilizáló tényező a hadműveleti területen.
1	Megerősített EVD van az országban	Nincs közvetlen hatása a katonai művelet végrehajtására. Közvetett befolyás: pszichés hatás az EUFOR RCA állományára és a helyi lakosságra. Az EUFOR még mindig stabilizáló tényező a hadműveleti területen.
2	Megerősített EVD van a fővárosban	A katonai műveletet nem lehet a megszokott módon folytatni, de az EUFOR stabilizáló tényező marad a térségben. A feladatokat és azok végrehajtásának módját az egészségi kockázathoz kell igazítani.
3	Megerősített EVD van a misszió ellátását és kiszolgálását végző nemzetközi cégek helyi, vagy külföldi alkalmazottai körében	Az EUFOR kezdi elveszíteni stabilizáló szerepét, amennyiben a helyi lakosság, mint lehetséges megbetegedési forrásként tekint a haderőre. Az EUFOR-nak ellátási és kiszolgálási nehézségekkel kell szembenéznie, ha a helyi munkások és szerződött partnerek megtagadják az együttműködést a haderővel.
4	Megerősített EVD van az EUFOR RCA állomány körében	A katonai művelet végrehajtása komoly akadályokba ütközik, vagy lehetetlen. Az EUFOR a probléma részévé válik és kifejezett külső támogatásra szorul.

4. számú táblázat:

Az Ebola kockázat-kezelési szakaszainak egészségügyi mutatói és azok hatása a katonai műveletre

(Szerkesztette a szerző)

Ezek az érvek együttesen képezték annak a parancsnoki döntésnek alapját, mely 2014 októberében elvezetett az átfogó megközelítést biztosító megoldáshoz, az EUFOR

RCA Ebola munkacsoport (*Ebola Virus Disease Task Force*, a továbbiakban: EVD TF) felállításához. Az EVD TF az EUFOR RCA törzsfőnökének vezetésével és az egyes szolgálati ágak bevonásával kezdte meg tevékenységét.

Az EVD TF tevékenységének szemléltetése

Az Ebola 3. szakasza kapcsán (amikor már megerősített Ebola eset van a tábort kiszolgáló helyi, vagy nemzetközi alkalmazottak körében, de az EUFOR RCA állománya még nem érintett) például az alábbi stratégiai kérdések és feladatok kerültek előtérbe:

- A főváros lakossága ebben a helyzetben barátságos és befogadó az EUFOR RCA állományával és tevékenységével kapcsolatban?
- Fenntartható-e ebben a helyzetben az EUFOR RCA valós logisztikai biztosítása és ellátása?
- Milyen területeken és mértékben kell/indokolt az EUFOR RCA részéről ebben a helyzetben segítséget nyújtani a művelet kiszolgáló nemzetközi cégeknek (pl. az Ebola esetek felderítésében, a kórkép megerősítésében, az érintett személyek elkülönítésében, ápolásában, őrzésében)?
- Képes az EUFOR RCA ebben a helyzetben a kihívások kezelésére?
- Hogyan, honnan lehet ebben a helyzetben megerősíteni az EUFOR RCA egészségügyi szakállományát?

Az EVD 4. szakasza kapcsán (amikor már megerősített Ebola eset van az EUFOR RCA állománya körében) pedig még jelentősebb, a katonai művelet létét érintő kérdések és feladatok kerültek volna előtérbe:

- Tudja-e ebben a helyzetben az EUFOR RCA folytatni küldetését?
- Az EUFOR RCA Ebola betegek kiürítésre kerüljenek, vagy ellátásuk a hadszíntéren történjen?
- Milyen üzenetet kíván az EUFOR RCA ebben a helyzetben hivatalosan közvetíteni az egyes célcsoportok felé (mint pl. az RCA kormánya, a helyi lakosság, a tömegtájékoztatási eszközök képviselői, az EUFOR RCA állománya és családtagjaik, vagy az EUFOR RCA tagnemzeteinek kormányai)?

Az ilyen és ehhez hasonló kérdésekre adott válaszokból állt össze az a kockázat-értékelés, melyből egy területet, a betegek ellátásának kihívásait mutatom itt be.

Az EUFOR RCA nemzetek eltérő kockázatkezeléséből adódó kihívások

Az EVD TF tevékenységének is köszönhetően sikerült a felkészüléshez megnyerni mind a parancsnoki állomány, mind pedig a nemzetek figyelmét és támogatását. A kockázat kezelése viszont nemzetenként több vonatkozásban is eltérő megközelítést mutatott.

Néhány pozitívum:

- A misszió költségvetésében célirányosan elkülönítésre került egy összeg Ebola-feladatokra.
- Műszaki tervek készültek, a táborunk melyik részén és hogyan lehet 24-48 órán belül kialakítani megfelelő elkülönítőt az Ebola-betegek részére és kiszolgáló helyiségeket az egészségügyi állománynak.
- Néhány nemzet a felkészüléshez szakanyagokat szállított a hadszíntérre.
- A francia Sangaris társmiszió ígéretet tett, hogy 48 órán át biztosítja a betegellátáshoz szükséges személyi védőfelszereléseket.
- Tervek készültek, hogyan lehet szakanyag-utánpótlás hiánya esetén szükségvédőfelszereléseket előállítani.
- Műszaki terv készült a veszélyes hulladék megsemmisítésére, illetve ártalmatlanítására.
- Az Európai Unió keretmegállapodást kötött az Amerikai Egyesült Államokkal[229], mely alapján az USA vállalta, hogy igény esetén és térítés ellenében kiüríti az érintett országokból az EU Ebolában megbetegedett állampolgárait.

Bizonytalanságot (f)okozó tényezők:

- A kór megjelenésekor már nem lett volna idő beszerzések lebonyolítására.
- A rendelkezésre álló szakanyagok mennyisége utánszállítás nélkül 3-4 napra lett volna mindössze elegendő.
- Nem minden kontingens rendelkezett saját egészségügyi állománnyal.

- A Sangaris misszió nem hivatalosan jelezte, hogy várhatóan a Role-2 kórháza nem fog EUFOR RCA Ebola betegeket fogadni.
- Egyetlen nemzet sem erősítette meg, hogy szükség esetén kész és képes az EUFOR RCA támogatására gyorsan telepíthető járványügyi elemző csoportot és intenzív-ellátó képességet biztosítani.

Felmerült, hogy vajon a betegségnek a hadműveleti területen történő megjelenése esetén fenntartható lesz-e a misszió működése? Ha válaszunk erre a kérdésre nemleges, úgy előbb-utóbb meg kell válaszolnunk azt a kérdést is, mikor kell elrendelni az EUFOR RCA művelet lezárását, s az állomány kivonását a hadszíntérről? A misszió egészségügyi tanácsadójaként az én javaslatom ebben a kérdésben a parancsnoki állomány felé az volt, hogy a döntést a 3. szakasz bekövetkezése előtt érdemes és szükséges meghozni. Ellenkező esetben a haderő a betegség és saját késlekedésének csapdájába eshet. Szerencsére ennek a feltevésnek a bizonyítására nem került sor, a járvány nem érte el az országot (nagyban köszönhetően az USA beavatkozásának, melynek gerince a rendelkezésre álló, telepíthető és hatékonyan bevethető katona-egészségügyi képesség volt).

Ez a művelet is igazolta, hogy az egészségügyi biztosítás hatékonysága az erőforrások felett rendelkező parancsnokhoz való közvetlen hozzáféréssel garantálható, s a felkészülésben az átfogó megközelítés és az együttműködés semmivel sem pótolható. Mint azt az egészségügyi képességhiányok elemzése kapcsán kifejtettem, a politikai követelménytámasztás hiánya gyengíti a haderőt. Ennek ellenkezője is igaz, azaz a konkrét politikai elvárás a haderő tevékenységére jótékony hatással van. A biztonság megteremtése, illetve fenntartása szempontjából a politikai követelmény-támasztás jelentősége számunkra még kifejezettebb. A Magyar Honvédség migráció-kezelési feladatokban való tevékeny szerepvállalása kapcsán a katonák a velük folytatott beszélgetések során mindannyiszor azt éreztették velem, hogy a Haza védelmében teljesítenek határvédelmi feladatokat, nem csupán kötelességből és annak szolgálatában.

A küldetésen túl

Kiszélesedő feladatrendszer, változó szerepkör

A ma és a jövő katonai műveleteit a gyors döntéshozatal és a küldetés összpontosított, hatékony végrehajtása jellemzi. A parancsnokoknak, s különös tekintettel a

szövetségi, vagy többnemzeti koalíciós műveletek parancsnokainak a műveletet mindinkább bizonytalan és kétségekkel teli időszakokban kell vezetni. A célkitűzések megvalósításához a parancsnokoknak hathatós, dinamikus és kimagaslóan alkalmazkodó képes katonai egységekre és képességekre van szüksége, mivel a csekély kiterjedésű harcászati szintű események is gyorsan hadászati jelentőségre tehetnek szert (például a média közvetítésével, a közvéleményre gyakorolt hatásuk révén). A tisztán harctámogató feladatán túlmenően a katona-egészségügy napjainkban valós hozzájárulást nyújt a küldetés sikeréhez, s nem csupán a humanitárius műveletek során. A stabilizációs missziókban, mint az ISAF, a katonai és polgári egészségügyi rendszerek újjáépítéséhez és fejlesztéséhez is hozzájárul a katona-egészségügy a válság sújtotta területeken. A katona-egészségügy képes megnyitni az együttműködés, továbbá a bizalom és kölcsönös megértés megteremtésének lehetőségét a szélesebb nemzetközi közösség számára. Minél magasabb a bizalom szintje a partnerek között, annál erősebb az együttműködésre és a közös (biztonsági) kihívások együttes kezelésére való hajlam. Ezáltal képes a katona-egészségügy ajtót nyitni a partnerekkel való együttműködésre és lehetőséget adni ennek kihasználására más NATO testületeknek is az Átfogó Megközelítés Elvének keretében.

Bemutattam értekezésemben, hogy a katona-egészségügy a haderő állományának megtöbbszörözője, a haderő képességnövelő eleme, s egyre nagyobb mértékben hozzájárul a haderőről a társadalomban alkotott kedvező képhez (gondoljunk csak saját házunk táján a Honvédkórházra, s rajta keresztül a Magyar Honvédség társadalmi megítélésére, vagy a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központra, s rajta keresztül Hazánk elismertségére a NATO-ban és partner országaiban). Ezeknek az elvárásoknak a katona-egészségügy annak a ténynek révén tud eleget tenni, hogy gyakorlatilag független harci kiszolgáló területté vált a hidegháborút követően. Értekezésemet nem zárhatom le a nélkül, hogy ki ne térnék a katona-egészségügy feladatrendszerének és szerepkörének elkülönülésére a logisztikától. Az erre vonatkozó tényeket, tapasztalatokat és érveket egy cikkben gyűjtöttem össze és rendszereztem, melyet az Egyesült Királyság katona-egészségügyi szaklapja 2013-ban jelentetett meg.[230]

Függetlenné válás a logisztikától

Érzékeny területről van szó. Tisztelettel, megfontoltsággal, tényekre támaszkodva kell elemezni. A logisztika nem vetélytársunk, hanem partnerünk a haderő

feladatrendszerének biztosításában. A tények azt mutatják, hogy a második világháború idején a haderő volt a nemzeti érdekek érvényesítésének döntő eszköze, s a logisztika egyeduralkodó volt a haderőnek erre a küldetésre való képessé tételében. Természetes és szükségszerű volt ezért a harctámogató-kiszolgáló funkciók logisztikai irányelvek és vezetés-irányítás alatt történő csoportosítása.

A világháborút követően először a haderő helyzete változott meg. Az atomfegyver szovjet kifejlesztésével világossá vált, hogy a két világháború rendszer összeűzése nem járhat totális katonai összecsapással, mert az emberiség önmegsemmisülését vonná maga után. A haderő küldetése a haza védelme mellett a regionális konfliktusok támogatására helyeződött. A hangsúly ismét a hagyományos katonai képességekre került, mely még mindig a logisztika egyeduralmát erősítette. Az, hogy nukleáris erővel az ellenség megsemmisítése lehetetlen és értelmetlen, még nem jelentette azt, hogy ennek lehetőségéről automatikusan lemondtak volna a szembenálló felek. Gondoljunk az 1962-es Kubai rakétaválságra. Ennek során Kennedy elnök a nyilvánosság tájékoztatását választotta a Kuba, vagy Szovjetunió elleni megelőző csapás helyett, melyet a katonai vezetés megpróbált ráerőszakolni. A közvélemény erejének felhasználása, a Kuba köré vont katonai blokáddal és a Szovjetunióknak tett engedmények ígéretével kombinálva (az USA lemond Kuba megszállásáról, s leszereli Olaszországba és Törökországba telepített Jupiter rakétáit)[231] elhárította a világháború veszélyét, s rámutatott arra, hogy a haderő többé nem mindenható. A tárgyalások és a közvélemény befolyása lett a döntő, bár a katonai erő jelenlétének és erejének jelentősége elvitathatatlan. Világossá vált, hogy ki kell építeni egy forródrót kapcsolatot Washington és Moszkva között, hogy a tárgyalások, egyeztetések, tisztázások kivédhessék a katonai csapást, mellyel jóvátehetetlen és végzetes következményeket, s nagyobb katasztrófát idézhetnének elő, mint amelynek megoldására a (nukleáris) katonai erőt bevetik.

A Szovjetunió és a Varsói Szerződés felbomlásával a volt keleti blokk országaiban megkezdődött a haderők és hadiipar leépítése, s ezzel párhuzamosan a politikai közeledés az Európai Unió és a NATO felé. A NATO tagság megszerzésével pedig a haderő szerepét a kelet-európai nemzetek biztonságának garantálásában átvette a NATO alapszerződés 5. cikkelye által intézményesített közös védőpajzs. Megkezdődött az új NATO-tagországok haderőinek újjászervezése és interoperabilitásának megteremtése a NATO régi tagországainak fegyveres erőivel. A folyamatot a gazdasági világválság akasztotta meg, melynek következtében az európai NATO tagországok oly mértékben visszafogták védelmi

költségvetésüket, hogy napjainkra a NATO katonai erejének már szinte háromnegyedét egyetlen ország, az Amerikai Egyesült Államok adja.

A kockázatkezelési felfogás eltolódása a válságmegelőzés és válságkezelés, valamint az együttműködésen alapuló biztonság irányába, továbbá az erősödő képességhiányok a telepíthető haderő terén a NATO partneri együttműködés kiszélesítését eredményezte. Ennek megvalósításában a katona-egészségügy élen jár. Az aszimmetrikus hadviselés elterjedésével Irakban és Afganisztánban pedig nyilvánvalóvá vált, hogy a logisztikai fölény nem biztosítja a haderő számára a győzelmet és ezzel a hadszíntérről való kivonás lehetőségét. A nemzetközi erőket addig kell a műveleti területen tartani, míg a befogadó nemzet képessé nem válik alapvetően önállóan, saját fegyveres erejére támaszkodva garantálni a biztonságot, megvalósítani a hatékony kormányzást és megalapozni a gazdasági fejlődést.

Amennyiben a nemzetközi erők előbb kivonulnak a műveleti területről, mintsem a befogadó nemzet kormányzása stabillá válik (lásd Irak és Líbia példáját), akkor megvan a veszélye a polgárháború kitörésének, nem lesz sem biztonság, sem gazdasági fejlődés az országban, s a térségben. A befogadó nemzet társadalma radikalizálódik, szélsőséges irányzatok jelennek meg, a terrorizmus a politikai ellentétek elfogadott kifejező eszközévé válik és megindul a lakosság tömeges menekülése a veszélyzónából.

A befogadó nemzet képességeinek megteremtése és megszilárdítása éveket, sőt évtizedeket vesz igénybe, mely alatt az aszimmetrikus hadviseléssel az ellenség egyre nehezebben elfogadható veszteségeket okoz a nemzetközi erőknek. Ez veszélyezteti az egyes tagországok részvételét a műveletekben. A katona-egészségügy szerepe és jelentősége a veszteségek elviselhető szinten tartásában, s ezzel a művelet fenntarthatóságában megkérdőjelezhetetlen.

Tények, tapasztalatok, irányzatok (ismétlésekkel, hangsúlyozva)

Adódik a kérdés, hogy van-e arra kézzelfogható bizonyíték, hogy a katona-egészségügy jobban teljesít önállóan, mint logisztikai alárendeltségben? Igen van. Azokat a főbb érveket sorolom fel az alábbiakban, melyek egyértelműsítették az egészségügyi és logisztikai feladatrendszer különválasztásának szükségességét a haderő feladatvégrehajtásának hatékony biztosítása érdekében, miközben természetes és szükségszerű a

szoros és folyamatos együttműködés fenntartása a többi harci kiszolgáló-támogató területtel, így a logisztikával is.

Azt már bemutattam, hogy a hidegháború után a biztonsági környezet úgy változott, hogy egy, a NATO területek elleni hagyományos támadás kockázata lecsökkent, illetve fokozódott az igény a NATO folyamatos megújulására, modernizálására és átalakulására.[232] A 2001. szeptember 11-i eseményeket követően pedig meg kellett erősíteni a haderők expedíciós (országhatáron túli) alkalmazhatóságának képességét. A műveletek olyan körülmények között kerülnek végrehajtásra, ahol az ellenséges erők más kultúrával rendelkeznek, más értékrendet tisztelnek és követnek, s aszimmetrikus hadviselést folytatnak a nemzetközi erők ellen.

Ezek az új feltételek teremtették meg a fegyveres erők megújulásának, modernizálásának és átalakításának kereteit, kiegészülve a védelmi költségvetés megszorításaival és a tömegtájékoztatási eszközök azonnali és növekvő hatásával a közvéleményre, mind nemzeti, mind pedig szövetségi szinteken ezen expedíciós műveletek biztosításával kapcsolatban. A műveletek sikerének garantálásában a katoná-egészségügy stratégiai jelentőséget és a logisztikától független státuszt kapott a haderőstruktúrában belül. De nem csak a műveletek során. A Német Fegyveres Erőkben például az egészségügyi szolgálat önálló haderőnemi státuszt kapott 2001-ben, s a katonai kórházak, egészségügyi intézmények és a katoná-egészségügyi akadémia már ezt megelőzően is független volt.

A NATO Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrínája (AJP-4.10) a Szövetséges Összhaderőnemi Logisztikai Doktrínának (AJP-4) az egyik támogató, s a NATO egészségügyi biztosítás kérdéseit illetően a fő összhaderőnemi doktrínális kiadványa. Az egészségügyi doktrína alatt és annak kiegészítőjeként helyezkednek el a Szövetséges Összhaderőnemi Egészségügyi Kiadványok (Allied Joint Medical Publications), melyek nagyobb részletességgel tárgyalják az összhaderőnemi egészségügyi biztosítás különböző vetületeit. Honnan erednek az egészségügyi feladatok összefogásának és vezetésének az egészségügyi doktrínában megjelenő gyakorlati irányelvei? Nem a logisztikai doktrínából. Azokból az átfogó katonai alapelvekből, melyek a NATO Katonai Bizottság által jóváhagyott, kiadott és bevezetett, független irányelveket tartalmazó dokumentumokban vannak lefektetve – azaz az MC 326-os okmányokban. Ezekből a legfrissebb a már tárgyalt MC 0326/3-as, mely az egészségügyi biztosítás tervezését és végrehajtását szabályzó legalapvetőbb irányelveket írja le. Fontos még egyszer kiemelni ebből az okmányból azt az irányelvet, hogy az egészségügyi szakállományt és egységeket a műveleti parancsnokság

rendszerében megfelelően kell elhelyezni, közvetlen hozzáféréssel a parancsnokhoz. Miért? Azért, hogy a haderő egészségének és harcképességének fenntartása érdekében a parancsnok figyelmét, döntését vagy beavatkozását igénylő lépések idejében megszülessenek.[233]

Azt az EUFOR RCA kockázatkezelése kapcsán (ipari toxikus anyagok, malária és ebola) már bemutattam, hogy a parancsnok részére adott egészségügyi tanácsoknak és az ez alapján meghozott döntéseknek milyen jelentősége van a művelet feladat-végrehajtása és fenntarthatósága szempontjából. Van (vagyis szerencsére inkább csak lehet) azonban a műveletek során olyan helyzet, amikor az idő tényező és az erőforrások összpontosítása és elérhetősége még kifejezőbben mutatja, hogy a parancsnokhoz való közvetlen hozzáférés azonnali hatással van a sérültek életének megmentésére. Ez a nem 5. cikkely szerinti műveletek (vagyis alacsony intenzitású konfliktusok) során bekövetkező tömeges sérült-ellátási helyzet. Csak a parancsnok rendelkezik (a logisztika nem) az ilyen helyzetek kezeléséhez szükséges képességek (helyszínbiztosítás, tűzszerészek, híradás, műveleti központ törzs állománya, egészségügyi szakállomány stb.) feletti rendelkezési jogkörrel.

Az egészségügyi biztosítás nem logisztikai feladat. Ez nem feltételezés, vagy elméleti javaslat, hanem a szövetségi műveletek hatékony végrehajtását biztosító gyakorlatból leszárt tapasztalat. Egyetlen egészségügyi döntést sem hoznak logisztikai szakemberek, illetve vezetők, sem hazánkban, sem a NATO-ban. A csapatok egészségének fenntartása és a sérültek ellátása nem logisztikai feladat, s ugyanígy, a sérült sem logisztikai anyag. Minden egyes sérült élő személy, nem pedig egy tétel, melyet „A” pontból el kell juttatni „B” pontba. Korunk aszimmetrikus hadműveleti környezetében a végtagsérülések nem csak magas számuk miatt meghatározóak, hanem mert az ilyen sérülések életfordító eseményt jelentenek mind a sérült, mind pedig annak családja számára. Ezért követi az egészségügyi közösség oly erélyesen azt az utat, mely meggyőződésünk szerint a leginkább szolgálja a haderő, a sérült és a társadalom érdekeit egyaránt. Hazánkkal egyetértésben ezért egyre több (a szövetségi és koalíciós műveletek végrehajtásához a telepíthető katona-egészségügyi képességek döntő hányadát biztosító) nemzet nyilvánítja ki a két feladatrendszer elkülönítését, mint az a NATO Logisztikai Alap- és Irányelveiben is rögzítésre került. Belgium, a Cseh Köztársaság, Németország, Magyarország, Szlovákia és az Amerikai Egyesült Államok sem tekinti az egészségügyi biztosítást logisztikai feladatkörnek.[234]

Az egészségügyi biztosítás logisztikának történő alárendelése káros következményekkel lehet az egészségügyi ellátás eredményességére, mint az a NATO Egészségügyi Biztosítási Alap- és Irányelveiben kihangsúlyozásra került.[235]

Az egészségügyi állományt a parancsnoktól és a parancsnoki törzstől elválasztó szervezési vagy szervezeti felépítésbeli intézkedések akadályozhatják a célirányos egészségügyi jelentéseket és megvan a veszélye annak, hogy a műveletek végrehajtására telepített haderő egészségügyi és sérült ellátására káros hatást gyakoroljanak, amint az a ratifikálás alatt lévő NATO Összhaderőnemi Egészségügyi Doktrínában megfogalmazásra került.[236]

*Az egészségügyi biztosítás harctámogató-kiszolgáló szerepet tölt be a második világháborút, s a hidegháborút követő katonai műveletek során, az elmúlt másfél évtizedben pedig egyértelműen a haderő képességnövelő elemévé fejlődött a betegségek, s különösen a járványok megelőzése, a betegek és sérültek szolgálatba való visszaállítása, továbbá a haderő morális állapotának erősítése révén.[237] A NATO Iraki Kiképző Missziójának (NTM-I, *NATO Training Mission – Iraq*) feladat végrehajtásához a közös táborban a koalíciós erők (MNSTC-I – *Multinational Security Transition Command – Iraq*) biztosították a Role-1 szintű (zászlóalj segélyhely) ellátást, melynek statisztikája alapján az ellátott koalíciós és sokkal kisebb részben NATO betegek és sérültek 98%-a ismét szolgálatképessé vált.[238]*

A NATO Katonai Bizottsága (a tagországok vezérkari főnökeit tömörítő testület - Military Committee) 1993-ban, a hidegháború lezárását követően megváltozott elvárások és szövetségi szerepkör közepette felismerte a katona-egészségügyi biztosítás kiemelt jelentőségét a válságmegelőző, békefenntartó és humanitárius, illetve katasztrófa elhárító műveletekben. Ennek okán meg kívánta szüntetni azt a helyzetet, hogy a NATO parancsnoki struktúrában nincs közvetlen egészségügyi szakmai tanácsadás. A haderő egészségügyi biztosítása terén ezért megteremtette a hiányzó szövetségi szintű egészségügyi vezetést és irányítást, s így saját, közvetlen alárendeltségében létrehozta a NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsát (COMEDS).

A katona-egészségügy a Szövetségen belül önálló alap és irányelvek alapján tevékenykedik, melyeket a NATO Katonai Bizottsága fogadott el és vezetett be (MC 0326/3).

Önálló egészségügyi elvek, eljárások és gyakorlat alapján folyik a NATO műveletek egészségügyi biztosítása is (pl. Allied Command Operations Directives 83-1, 83-2).

Az egészségügyi képességek fenntarthatósága és fejlesztése a NATO műveletek biztosíthatóságának egyik kritikus feltételévé vált.[239]

A katona-egészségügy önálló védelmi tervezői terület a szövetségen belül (NATO Defence Planning Process, Military Medical planning domain).

A NATO Stratégiai Parancsnokságok (Allied Command Operations - Mons, Belgium és Allied Command Transformation - Norfolk, USA) átalakítása során az egészségügyi és logisztikai funkció elkülönítésre és szervezeti függetlenítésre került egymástól.

Parancsnok közvetlen egészségügyi főtanácsadói beosztások kerültek kialakításra a NATO parancsnoki struktúrában (Allied Command Operations; Allied Command Transformation; International Military Staff¹³³), melyet a haderő egészségi állapota és az egészségügyi biztosítás kiemelt szerepe tett lehetővé, illetve kényszerített ki.

A hivatásos haderőre történt átállással a haderők mérete lecsökkent, az egyes harcosok képzettsége és technikai felszereltsége mindinkább növekszik, s így kevesebb állomány képez komolyabb harci erőt. Következésképpen, a katonák egészségügyi okból történő szolgálatképtelensége esetén így fokozott képességvesztés jelentkezik a haderőnél.[240] Egyes kulcsbeosztású katonák szolgálat-képtelensége okán ez a képességvesztés a feladat végrehajtását hátráltatja, járványos megbetegedés, vagy tömeges sérülés esetén a művelet folytatását veszélyezteti.

Az időtényező vált az egészségügyi biztosítás hatékonyságának kiemelt mércéjévé.[241] Az egészségügyi ellátás technikai hátterének ugrásszerű minőségi javulása által teremtett lehetőséget a hadszíntereken és a hazai ellátórendszerekben is csak az ellátáshoz való hozzáférés gyorsításával lehet kihasználni. Kényszerítő erőként jelent meg a műveletek során a békefenntartás felé történt elmozdulás és az aszimmetrikus hadviselés térnyerése. Ezek nyomán ugyanis megváltozott az egészségügyi biztosítás tevékenységével szemben támasztott társadalmi igény - a tömeghadsereg kiszolgálásától az egyes katona egészségének, harcképességének és életének fenntartása irányába.

¹³³ Brüsszeli szolgálati időm alatt sikerült érvekkel alátámasztanom a beosztás létrehozásának szükségességét, melyet aztán 2012. július 15-ig kétkalapos beosztásként (együtt az osztályvezetői beosztással) be is töltöttem a Nemzetközi Katonai Törzsnél.

A parancsnok döntései befolyásolják a haderő egészségi állapotát és a katonai műveletek során várható sérültszámot. A haderő egészségi állapotának védelme és fenntarthatósága szükségessé teszi, hogy az egészségügyi szolgálatfőnök, illetve hadművelleti területen a hadszíntér egészségügyi tanácsadója és törzse folyamatos, megbízható és világos szakmai támogatást nyújtson az ennek érdekében meghozandó parancsnoki döntések időbeni megszületéséhez és végrehajtásához.[242]

A tömegtájékoztatási eszközök és a közvélemény részéről megnyilvánuló kiemelt érdeklődés megköveteli és kikényszeríti, hogy a parancsnok azonnal és hiteles jelentést kapjon a haderő egészségi állapotát befolyásoló minden olyan kérdéstről és eseményről, mely az ő figyelmét, döntését, vagy beavatkozását igényli.[243] A NATO mára több mint egy évtizedes művelési tapasztalattal rendelkezik, s jelenleg egy olyan összetett stratégiai környezetben működik, ahol az egészségügyi ellátás feltételei határozottan nagyobb hatással bírhatnak, mint a múltban. Az egészségügyi biztosítás bármely harcászati, vagy operatív szintű hibája káros stratégiai következményekkel járhat, különösen a hazai politikai szintéren és a közvélemény formálása terén.[244]

Úgy vélem, akkor járok el hitelesen, ha megválaszolom azt a kérdést is, miként érzékelhető a katonai-egészségügy feladat-rendszerének és szerepének változása a logisztika szemszögéből nézve. A NATO 2007. évi Logisztikai Kézikönyve a következő megállapítást teszi: „Miközben több általános logisztikai szabályelv is vonatkozik az egészségügyi biztosításra, az egészségügyi vezetők kivételes művelési és technikai problémákkal találják magukat szembe, melyek hatással vannak a fegyveres erők egészségi állapotára. Ennélfogva szükséges az egészségügyi biztosítást megkülönböztető alap- és irányelvek, valamint útmutatók meghatározása.”[245]

Ezt tárgyilagos megállapításnak tartom. Ugyanakkor a NATO Székhelyén a logisztikai doktrínafejlesztő szakemberek érezték a fokozódó nyomást, miszerint a nemzetek táguló köre, s már köztük az Amerikai Egyesült Államok sem tekinti az egészségügyi biztosítást logisztikai feladatkörnek. Ezért határozza meg a NATO logisztikai kézikönyv legújabb kiadása nagyon egyértelműen logisztikai alfeladatként az egészségügyi biztosítást, bár a COMEDS különállása megjelenik a mondat szerkesztésében: „A NATO Logisztikai Alap- és Irányelvei az a zárókövetkeztetés iránylevél dokumentum, mely lefekteti a logisztikai támogatásért viselt kollektív felelősség irányleveit a nemzetek és a NATO között, s a NATO parancsnok kezébe adja a szükséges felhatalmazást a logisztika terén meglévő felelősségének gyakorlásához. Ezen átfogó iránylevél dokumentumok alapján az

egyres területekre jellemző irányelvek kerültek kidolgozásra a Logisztikai Bizottság és a neki alárendelt testületek által a készenlét és fenntarthatóság, a Befogadó Nemzeti Támogatás, a katonai műszaki, a hajtóanyagok, a közlekedés és szállítás területén, miközben a Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsa (COMEDS) kidolgozta az egészségügyi biztosítás irányelveit.”[246]

Erre az értelmezésre a logisztika NATO meghatározása ad felhatalmazást: „A Logisztika a haderő fenntartás és mozgás tervezésének és végrehajtásának tudománya. Legtágabb értelmezésében magába foglalja: ... az egészségügyi biztosítást és egészségügyi szolgáltatásokat.”[247] A meghatározás mögött viszont nincsenek érvek, hacsak az nem, hogy a logisztikai alapelvek vonatkoznak az egészségügyi biztosításra is. Föl kell tenni egy költői kérdést: van olyan parancsnok, aki magára nézve nem tekinti irányadónak a hatáskör elvét, a műveleti követelmények elsődlegességét, az egyeztetés és együttműködés szükségességét, az ellátás garantálását, az elégségességet, a hatékonyságot, az egyszerűséget, rugalmasságot és az erőforrások átláthatóságát? Ugye nincs? Mégsem lehet ez alapján elvárni, hogy a parancsnok a logisztika alárendeltségében végezze tevékenységét „a legtágabb értelmezés szerint”. Nem csupán az elméleti keretek megerősítése, de a gyakorlati megvalósítás, vagyis műveletek tervezése és végrehajtása terén is megjelent a szándék az egészségügyi biztosítás logisztikai alárendelésére. Erre az Összhaderőnemi Logisztikai Támogató Csoport (JLSG)¹³⁴ elgondolás bevezetése teremtett alkalmat. Ennek feladata a NATO Reagáló Erők tevékenységének mindenoldalú kiszolgálása, beleértve az egészségügyi biztosítást és a harcászati kiürítést.¹³⁵ A JLSG elgondolás a második fejezetben már említett emelt szintű reagáló terv kidolgozása kapcsán vált kifejezetten aktuálissá. Ebben az esetben 5. cikkely szerinti, tehát magas intenzitású, tömeges sérültszámmal járó műveletről van szó. Ez adta az alapot arra, hogy a NATO Szövetséges Műveleti Parancsnokság szervezetében a JLSG műveletek egészségügyi biztosításának tervezésére és egyeztetésére egészségügyi törzs szakembereket igényeljenek és tervezzenek logisztikai alárendeltségben tartani. Az egészségügyi biztosítás sajátosságai (átfogó szakmai elvek, védett státusz, közvéleményformáló hatás, az egészségügyi szakanyagok különleges kezelést igénylő jellege, szabályozása és műveleti jelentősége) indokolták, s a magyar szakember (Dr. Kopcsó

¹³⁴ Joint Logistic Support Group

¹³⁵ Trident Juncture 2015 gyakorlat, Factsheet: Joint Logistic Support Group (JLSG), Brunssum, Netherlands
Forrás: <http://www.emgfa.pt/documents/930q1f5kv8sd.pdf>. Letöltés ideje: 2017. április 5.

István dandártábornok) vezette egészségügyi törzs kitaró érvelése tették lehetővé, hogy végül mégis egységes irányítás alatt, az egészségügyi tanácsadó alárendeltségében lévő szakemberek végezzék bedolgozás útján ezt a feladatot is.

Nem a logisztika ellen vagyok! Sőt! Logisztika nélkül nincs haderő, a haderő nem mozdítható, nem tud műveletet végrehajtani, s a művelet sem fenntartható nélküle. A logisztika elengedhetetlen feltétele a haderő működtetésének.

A nemzetközi erők (NATO, Európai Unió, ENSZ, vagy koalíciós haderők) azonban az aszimmetrikus hadviselés keretei között önmagukban nem képesek az ellenség teljes megsemmisítésére, nem tudják az ellenséget feltétel nélküli megadásra kényszeríteni, s ezzel a békét, biztonságot, stabil kormányzást és fenntartható gazdasági fejlődést elindítani, majd fenntartani, bármekkora logisztikai támogatás és háttér legyen is mögöttük. Ezért kellett bevezetni és alkalmazni az átfogó megközelítés elvét, s ezért kellett az új kihívásoknak legjobban megfelelő haderőstruktúra, vezetés és irányítás alapján megkezdeni a NATO megújítását, átalakítását és korszerűsítését. Ennek a folyamatnak vagyunk tanúi és formálói.

A fejezet összegzése

Az egészségügyi feladatkör szerepének és az egészségügy helyzetének változása a NATO struktúrában nem önmagáért következett be. A sérültellátás lehető legjobb keretrendszerének biztosítása, a parancsnok részére nyújtott szaktanácsadás és a csapatok biztosítása érdekében indult el a folyamat. Az elmúlt 15 év műveletei abba az irányba vitték el a NATO átalakítási folyamatát, hogy nem az íróasztal mellett kigondolt elveket ültetjük át a gyakorlatba, hanem a műveletek során leginkább bevált gyakorlatot rögzítjük az irányelvekben. A kérdés az, hogy vajon a NATO-nak szükséges-e az eddig bekövetkezett átalakítások mentén még tovább lépnie az egészségügyi és logisztikai feladatkör doktrínális szintű elkülönítése irányába? Összhangba akarjuk-e hozni a doktrínális szintű tervezést és terminológiát a műveletek gyakorlatával szövetségi szinten is? Ezeket a kérdéseket a nemzetek fogják eldönteni. Ez pedig nem önkényesen történik. A biztonsági környezet kényszeríti ki a hidegháború időszakában rögzült megoldások megváltoztatását a műveletek során, s mivel ennek doktrínális szintű jelentőségét egyre több és meghatározó nemzet ismeri fel és ismeri el, a válaszom az előbbi kérdésekre: igen.

*Tulajdonképpen mit is akarsz?
Nem fogod megfejteni a problémát, s ezt te jól tudod, nem is akarod. Miért hát ez a
szokatlan erőlködés, ez a gesztus, mintha meg tudnád fejteni?"*

Karinthy Frigyes: Holnap reggel (Előszó)

VIII. GONDOLATOK A HONVÉD-EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐJÉRŐL

Ezt a fejezetet nem csupán kutatási eredményeim összegzésére kívánom felhasználni, de gondolatébresztőnek szánom. Fel kell vetni a kényes kérdéseket is ahhoz, hogy közös gondolkodással megtalálhassuk rájuk a megfelelő választ. Ilyen kényes kérdés volt 2011-2012-ben, hogy a honvéd-egészségügy képes-e hatékonyan biztosítani és szolgálni a haderőt logisztikai alárendeltségben. Három évvel később azt a kérdést kellett megválaszolni, hogy vajon a honvéd-egészségügy képes-e feladatait a jelenlegi feltételrendszer mellett fenntarthatóan végrehajtani. Ebben a fejezetben felteszem azt a kérdést is, hogy a Magyar Honvédség képes lesz-e feladatait maradéktalanul végrehajtani, amennyiben a Honvéd Vezérkar szervezetében továbbra sem jelenik meg a honvéd-egészségügy egységes, stratégiai szintű szakmai vezetés-irányítása, vagyis a Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség.

A honvéd-egészségügy harctámogató-kiszolgáló funkciójának rögzítése

A Magyar Honvédség is felismerte az egészségügyi és logisztikai funkció elkülönítésének és szervezeti függetlenítésének szükségességét a haderő tevékenységének hatékony biztosítása és ennek fenntarthatósága érdekében. A 2011 november 15-én megalakult, s a Logisztikai Csoportfőnökség szervezetébe integrált, eredendő szándékkal a Honvéd Vezérkar főnökének egészségügyi tanácsadó szerepére létrehozott Egészségügyi Osztály stratégiai szintű feladat- és hatáskörét sikerült visszaintegrálni a honvéd-egészségügy vezetés-irányítási rendszerébe.[248] Ennek megfelelően került módosításra a Honvédelmi Minisztérium Szervezeti és Működési Szabályzatának 20. paragrafus 8. bekezdése: „A Honvéd Vezérkar főnöke feladatait a helyettese közreműködésével látja el. Vezetési tevékenysége a helyettese, a Honvéd Vezérkar szerveinek vezetői, az MH Összhaderőnemi Parancsnokság parancsnoka, a MH Honvédkórház parancsnoka (MH egészségügyi

szolgálatfőnök), továbbá a katonai szervezetek parancsnokai útján valósul meg.”[249] Új bekezdésként felvételre került a dokumentumba a 21. Paragrafus is: „Az MH egészségügyi feladatok stratégiai tervezését, szervezését, szakmai irányítását, szakintézkedés kiadási és kiadmányozási jogkörrel együtt az MH honvédkórház parancsnoka (MH egészségügyi szolgálatfőnök) útján valósítja meg.”[250]

A folyamatot az tette teljessé, hogy a Magyar Honvédség Összhaderőnemi Doktrínájának felülvizsgálata során (logisztikus kollégákkal egyeztetett módon) az egészségügyi támogatás (biztosítás) a logisztikai funkciótól elkülönítve, önálló, harctámogató-kiszolgáló elemként került megjelenítésre. Ez a folyamat volt több NATO szövetségesünknel megfigyelhető ugyancsak, mely rögzítésre került a NATO Összhaderőnemi Logisztikai Doktrínájában is. A Honvéd Vezérkar főnökének jóváhagyásával 2012 novemberében a Magyar Honvédség is bejelentette NATO Katonai Képviselője révén a NATO Nemzetközi Katonai Törzs Logisztikai és Erőforrás Főosztály igazgatója, valamint a COMEDS elnöke felé, hogy Magyarország az egészségügyi biztosítást nem tekinti logisztikai funkciónak.¹³⁶

A szakállomány pályaelhagyása, a honvéd-egészségügy meggyengülése

Az elért eredmények ellenére a szakemberhiány az egészségügyi biztosítás alapjait, azaz az ellátás stabilitását és színvonalát fenyegeti (szövetségi szinten ugyanúgy, mint a Magyar Honvédségben). Az egészségügyi szakemberek elvándorlása összetársadalmi probléma Magyarországon. Ennek kormányzati szintű kezelése, azaz a megtartó erő növelésére bevezetett ösztönzők és béremelések fedezetét biztosító költségvetési plusz források odaítélése és elosztása során a Magyar Honvédség érdekeit és az Alaptörvényben meghatározott feladatai végrehajtásához szükséges szakállomány igényét nem vették figyelembe. Az egyre romló helyzet kezelésére a Magyar Honvédség jelenleg is csak saját költségvetésére támaszkodhat.

A honvéd-egészségügyi szakemberek pályaelhagyásának következményei kényszerintézkedések bevezetését tették szükségessé, melyekkel fenn tudtuk tartani a rendszer működését, de nem lehetett kezelni a probléma kiváltó okait, így szakembereink

¹³⁶ Lásd az MH Honvédkórház 105-57/2012 nyilvántartási számú felterjesztését a Honvéd Vezérkar főnöke részére.

elvándorlása folytatódott. Új szakemberek honvéd-egészségügyi pályára irányításához kiemelkedő ösztönzők, elsősorban versenyképes fizetés, lakhatás, szakmai fejlődés biztosítása szükséges. Ennek jogszabályi feltételei jelenleg nem, illetve részben adottak. A civil szférában tapasztalható szakember elvándorlás megállítására, a Magyar Honvédség érdekeit figyelmen kívül hagyva hozott kormányzati intézkedések tovább fokozták a csak a honvédelmi tárca által finanszírozott szakemberek bérhátrányát, melyet a megkezdett honvédségi illetményfejlesztés sem szüntetett meg. A legkeresettebb (hiány-) szakmákban, mint pl. a foglalkozás-egészségügy, a szakemberek elvándorlása következtében a Magyar Honvédség a törvényi előírásoknak való megfelelés érdekében csak külsős szakemberek foglalkoztatásával, piaci versenyfeltételek mellett tudja biztosítani a szükséges szakállományt, mely honvédségi összehasonlításban kiugróan magas, közel felsővezetői szintű bérezést igényel.

Alapvetés, hogy a Magyar Honvédségnek, Alaptörvényben meghatározott feladatai végrehajtásához szüksége van egészségügyi biztosításra, melynek legfontosabb eleme az egységes szakmai irányítás alatt egészségügyi szolgálatba szervezett szakember állomány. Egészségügyi szakemberek hiányában a Magyar Honvédség nem tudja képességeit teljes értékűen és a közvélemény számára is elfogadható mértékű kockázati szinten tartva, küldetésének megfelelően, Magyarország függetlenségének, területi épségének és határainak katonai védelmére, nemzetközi szerződésből eredő közös védelmi és békefenntartó feladatok ellátására, valamint a nemzetközi jog szabályaival összhangban humanitárius tevékenység végzésére, katasztrófák megelőzésében, következményeik elhárításában és felszámolásában való részvételre alkalmazni.

Az életpályamodell nem cél, hanem eszköz

A honvéd-egészségügyi szakma lehetőséget kapott életpálya-modelljének felvázolására. A szövegszerű kidolgozáshoz és a vélemények bedolgozásához megkaptam a bizalmat, s kollégáimtól minden segítséget. Az életpálya-modell néhány markáns megállapítását értekezésemben is szükségesnek tartom bemutatni. A modell összeállításánál a tárgyyszerűsége, érthetősége és tömörsége törekedtem. Egyik fő meggyőző elemének a fentiekén túl mégis az elérni kívánt célkitűzések szabatos megfogalmazását tartom.

Elérendő katona-politikai célkitűzések

Az életpálya-modell bevezetésével a következő katona-politikai célkitűzéseket (a honvéd-egészségügy jövőképe) kívánjuk és szükséges megvalósítani:

- Megteremteni a Magyar Honvédség feladatainak egészségügyi biztosításához az egészségügyi szakállomány megtartásának és új szakemberek honvéd-egészségügyi pályára irányításának, szakmai fejlődésének feltételeit, elsősorban a védelem-egészségügy területére, kiemelten az alakulatokra (csapattagozat) összpontosítva.
- Kivédeni a katonai feladatok átütemezésének, illetve azok törlésének kényszerét, mely az egészségügyi biztosítás korlátozott rendelkezésre állása, s azon belül a humán erőforrás kritikus hiánya következtében lép fel.
- Megerősíteni a honvéd-egészségügyi szakállomány helyzetét és támogatni a Magyar Honvédség iránti elkötelezettségét, megelőzni a szakember elvándorlás okozta szaktudás-, személyi kompetencia- és képességvesztést.
- Elősegíteni, hogy a honvéd-egészségügyi életpálya vonzó, szakembereket fenntarthatóan a pályára irányítani, kiképezni és megtartani képes, értékteremtő és -őrző területévé váljék a Magyar Honvédségnek, s büszkeségévé a társadalomnak.

A honvédelmi szervezetek feladatainak egészségügyi biztosítása egyre nehezebben, s csak kompromisszumok árán végrehajtható a honvéd-egészségügy területén bekövetkezett, s folyamatos szakember elvándorlás miatt. Ennek fő okai a védelem-egészségügy területén szolgálatot teljesítő szakembereket sújtó, s az elvándorlást generáló bérhátrány, illetve a szakmai fejlődés lehetőségeinek korlátai az alakulatoknál (a csapattagozatban).

A szakemberhiány, s különösen a pályakezdő szakorvosok elvándorlása országos szintű probléma. Ezért az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról szóló 162/2015. (VI. 30.) kormányrendelet szerint azon fiatal szakorvosok és kórházi, klinikai szakgyógyszerészek, akik teljes munkaidős foglalkoztatás keretében valamely érvényes finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató munkáltatónál közalkalmazotti-, közszolgálati-, kormányzati szolgálati-, szolgálati jogviszonyban, vagy munkaviszonyban állnak és az államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatás

nyújtásában teljes munkaidős foglalkoztatás keretében részt vesznek 2015. augusztus 31-ét követően, 2016. január 1-jétől számított öt évig havi bruttó 151ezer forint támogatásban részesülnek.

Ez a kormányrendelet azonban, s minden további, mely a szakember-hiány országos vonatkozásait próbálja kezelni, figyelmen kívül hagyja az országvédelem Magyar Honvédségre háruló feladatainak egészségügyi biztosításához szükséges szakállomány igényt, melyet a Magyar Honvédségben megkezdett bérrendezés nem képes ellensúlyozni, csak enyhítheti. A bérollónak a civil szektor javára történő ilyen mértékű növekedése egyszerűen lehetlenné teszi fiatal szakemberek honvéd-egészségügyi pályára irányítását, míg a Magyar Honvédség vezetését a működőképesség fenntartása érdekében a fejlesztések, ésszerű gazdálkodás és szervezeti átalakítások mellett a szaktudást pazarló, szakmaiatlan kompromisszumok vállalására is rákényszeríti.

A Magyar Honvédség feladatainak végrehajtásához szükséges egészségügyi biztosítás fenntarthatósága érdekében az alábbi reformokat vezettük be, illetve kompromisszumokat vállaltuk fel az elmúlt évek során:

- *Kiképzés* terén következetesen építettük fel és működtetjük az egészségügyi szakkiképzések rendszerét, s vezettük be a szakemberhiány mérséklésére a műveleti övezetekben, és békeidőben honi területen, katonai feladatok végrehajtása közben elvégezhető egészségügyi tevékenységeket (lásd a következő bekezdést).
- *Jogsabályi követelménytámasztás* terén a 132/2015. számú Honvéd Vezérkar főnöki (a továbbiakban: HVKF) szakutasítással módosított 322/2014. HVKF szakutasítással felülvizsgáltuk és a szakmailag elfogadható minimumra csökkentettük az orvosszintű biztosítást igénylő katonai feladatok listáját. A növekvő szakemberhiány hatásának mérséklésére ezzel párhuzamosan egyre nagyobb mértékben alkalmazzuk a nem egészségügyi végzettségű, egyszerű algoritmusok alapján kiképzett, s meghatározott célfeladatokra (elsősorban harci sérüléseket követő azonnali életmentésre) bevethető műveleti első ellátó katonákat, harctéri életmentő katonákat, harctéri mentőkatonákat és a műveleti egészségügyi specialistákat missziós műveleti területeken, illetve a jogszabály által engedélyezett formában hazai feladatok biztosítására egyaránt.
- *Az orvosszintű biztosítást igénylő feladatok* egyre nagyobb hányadát, illetve már a nem orvosi biztosítási feladatokat is ráterheljük a Magyar Honvédség Egészségügyi

Központ katona állományára (mivel a csapattagozat nem rendelkezik a feladatok biztosításához szükséges szakember állománnyal). A feladatok végrehajtását így tudjuk csak biztosítani, bár tudjuk, hogy a központi tagozat magasan képzett szakállományának alapellátó feladatokra vezénylése szaktudásuk legkisebb hatékonysággal történő kihasználását okozza. Az alakulatoknál ténylegesen még igénybevehető egészségügyi szakállomány a tartós távollétek miatt (pl. missziók, készenléti feladatok, szülési szabadság, vagy tartós betegállomány) még kevesebb.

- *Az alakulatok (csapattagozat) orvosi alapellátását* külsős polgári orvosok szerződéssel történő foglalkoztatásával biztosítjuk katonaorvos hiánya esetén. Ezek a szerződtetett civil kollégák az alapellátás feladatkörébe tartozó járóbeteg ellátást folytatnak az alakulatoknál, azonban nem vehetők igénybe biztosítási feladatokra és nem vezényelhetők misszióba, illetve nem képesek kiváltani az alakulatoknál hiányzó szervezetszerű katona állományú szakembereket. Talán nem szükséges bizonyítani, hogy a minden katonai egységre érvényes „együtt a kiképzésben, együtt a harcban” alapelv a katonai egységek összekovácsolásának alapját jelenti, s ebből a kiképzési irányelvből a hatékonyság csökkenése nélkül nem vonható ki a szervezetszerű, hivatásos és szerződéses katona-egészségügyi szakállomány sem. Szakembereink elvándorlását éppen e miatt kell megállítanunk, s a folyamatot visszafordítva, kihívásokra nyitott, fiatal szakembereket kell a pályára vonzanunk, megnyernünk céljainknak, kiképeznünk, megtartanunk, s végigvezetnünk a honvéd-egészségügyi életpályán.
- *Tartalékos állományú orvosokat vonunk be missziós feladatokra.* Elsősorban a Magyar Honvédségtől leszerelt, missziós tapasztalattal bíró kollégákat szólítjuk meg és szerződtetjük. A lehetőség korlátozott, mivel kevesen és kiöregedően vannak, illetve aktív korukban sem jelentett számukra elegendő megtartó erőt a missziós feladatok kihívása és lehetősége.
- *Az ösztöndíjas orvosképzés rendszerének kiaknázása.* A polgári felsőoktatási intézmények és szakképző iskolák hallgatóival köthető ösztöndíjszerződésről, valamint az ösztöndíj folyósításának rendjéről szóló 38/2014. (V. 30.) Honvédelmi Minisztérium-i utasítás alapján a 3. § (1) bekezdés szerint a Magyar Honvédség személyi állományának utánpótlására a katonai oktatást is folytató intézményekben nem megszerezhető végzettséget igénylő beosztások feltöltése érdekében ösztöndíj szerződés jelenleg is köthető a felsőoktatásban a hallgatói állománnyal. Az

alakulatok egészségügyi központja (vagyis a csapatszolgálat) akkor jelent vonzó jövőképet az ösztöndíjasok számára, ha frissen végzett orvosként teljesíteni tudják az alakulatoknál a rezidensképzés követelményeit. Az alakulatok egészségügyi központjait ennek okán a rezidensképzésért felelős hivatallal kiképző helyként kell elfogadtatni. Ennek érdekében infrastrukturális, informatikai, szakember és eszközpark fejlesztéseket kell végrehajtani az alakulatoknál.

- *Szervezői beosztások feltöltése nem egészségügyi végzettségű állománnyal.* A védelem-egészségügy vezetés-irányítási területén (mind a csapat-, mind pedig a központi tagozatban), a hiányzó egészségügyi szakemberek rendszerbe állításának esélytelensége miatt, a pályaelhagyás következtében megüresedett szervezői beosztásokat nem egészségügyi végzettségű, ám elkötelezett törzstisztekkel és altisztekkel töltöttük fel a rendszer működőképességének megőrzése érdekében. Ez a kényszerű kompromisszum ugyanakkor minőségi visszalépést jelent és nem képes csökkenteni a rendszerben maradó egészségügyi szakállományra háruló szakfeladatok mértékéből adódó túlterheltséget, ezzel ugyancsak előmozdítva a pályaelhagyást választó kollégák döntését.

Az életpálya-modell szakaszai és alapelemei.

Az életpálya-modell az alábbi időszakokra osztva határozza meg a pályára irányítás, a honvéd-egészségügy rendszerében való megtartás, szakmai fejlődés és kiteljesedés megvalósítását:

- Felsőfokú ösztöndíjas alapképzés életpálya szakasza
- Rezidens képzési időszak életpálya szakasza
- Csapatszolgálat életpálya szakasza
- A szakmai karrier kibontakozásának életpálya szakasza

A honvéd-egészségügyben szolgáló és a pálya iránt érdeklődő szakemberek számára a lakhatási feltételek, a versenyképes fizetés és juttatások, s ezzel párhuzamosan a szakmai fejlődés lehetőségének együttes biztosításával tartom megvalósíthatónak a rendszer megtartó erejének növelését, a pályára irányítási feltételek megteremtését és kiszámítható szakmai jövőkép felmutatását. Az alapelemek megteremtése előfeltétel az életpálya-modell

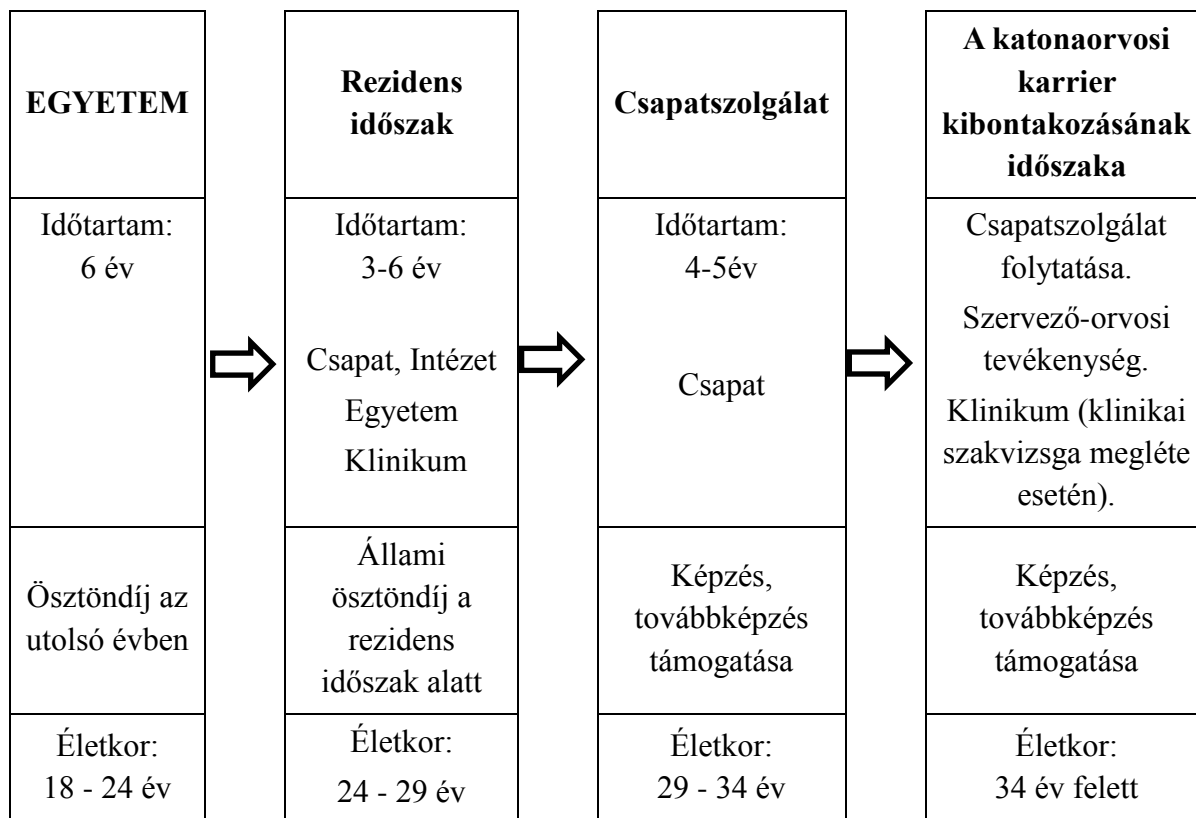
szakaszainak bevezetéséhez. Az 5. számú táblázat szemlélteti az újonnan pályára irányított katonaeorvosok életpályájának tervezett szakaszait.

A Magyar Honvédség hosszabb távon nem lesz képes a katona-egészségügyi szakállomány hiányában megfelelni küldetésének.

Sajnálatos tény, hogy a szakemberek elvándorlásának célországai önös módon élnek a globalizáció következtében megnyitott munkaerőpiacok elszívó erejével. Gazdasági erejüket kihasználva azonnal hozzájutnak a magasan képzett munkaerőhöz, ezzel megtakarítva az azok kiképzéséhez és munkába állításához szükséges egyetemi és a rezidensképzési időszak, valamint a szakmai kompetencia megszerzésének hosszú éveit és tetemes befektetéseit. Ez az elszívó hatás aztán a munkaerő kiindulási országain, így hazánkon belül is megjelenik. A hivatásos és szerződéses katonák illetményrendszere a Magyar Honvédségben kötött, viszont az egészségügyi szakállomány könnyen tudja értékesíteni munkaerejét a piacon. Ezért csökken folyamatosan a kizárólag csak a honvédelmi tárca által finanszírozott ezen állománykategória létszáma, nő a megmaradó állomány leterheltsége, s hagyják el legjobban képzett kollégáink a honvéd-egészségügyi pályát. A folyamat megállításához, s különösen annak visszafordításához a parancsnoki támogatás elengedhetetlen és a (kormányzati szintű) politikai döntés megkerülhetetlen.

A hivatás iránti elkötelezettség megszilárdítása.

A honvéd-egészségügyi pálya iránti elkötelezettséget szakembereink a Magyar Honvédségben szerzik és szilárdítják meg, azonban az eddigieknél jelentősebb mértékben fogunk támaszkodni a Magyar Honvédségen kívüli szakmai partnereink segítségére és azok kereteire is. A Magyar Honvédség igényeit az oktatásban, szakképzésben továbbra is kiemelten kezelő szerepet kell vállalnia a Magyar Katonai- Katasztrófaorvosi Társaságnak és tanszékeinknek, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Honvéd-, Katasztrófa és Rendvédelem Orvostan Tanszékének, valamint a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Repülő- és űrorvosi Tanszékének és a szövetségeseink által kínált képzéseknek.



5. táblázat:

A katonaorvosi életpálya szakaszai

A tanítóink által kidolgozott elgondolás alapján,

módosítva.[]

Nemzetközi képzések.

A szakmai kapcsolatok kiépítése, a nemzetközi ismeretek átvétele, a többnemzeti munkakörnyezet megismerése szerves részét kell, hogy képezzék a honvéd-egészségügyi szakember állomány kiképzésének, mely egyben alapelemét jelenti a vezetői kiválogatásnak is.

Szövetségi szintű képzések

- Kiemelt jelentősége van a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ szervezésében elérhető (akkreditált) képzési programok kihasználásának és a központ által szervezett rendszer gyakorlatokon való részvételnek.
- A NATO Oktatási Intézmény (Oberammergau) egészségügyi alap- és vezetői szakképzéseire történő beiskolázás

Kétoldalú képzési lehetőségek (elsősorban az Amerikai Egyesült Államokkal folytatott együttműködés révén)

- Egészségügyi ellátás vezetői szintű erőforrás gazdálkodási tanfolyama (“Executive Healthcare Resource Management” MASL D175466, Defense Institute for Medical Operations (DIMO), Brooks CityBase, Texas)
- Egészségügyi tisztek vezetői tanfolyama (Advanced Medical Officers Course, U.S. Army Medical Department Center and School, Fort Sam Houston, San Antonio, Texas)
- Stratégiai egészségügyi vezetői program (Strategic Medical Leadership Program, U.S. Army Medical Department Center and School, Fort Sam Houston, San Antonio, Texas)

Szövetségi szintű szakmai tevékenységekben való részvétel

- NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsa (COMEDS) munkacsoportjaiban (5) és szakértői testületeiben (11) való szakértői részvétel
- EU szakértői testületek munkájában való részvétel
- A Katona-orvosi Világszervezet (ICMM) munkájában való szakértői részvétel

Regionális szakmai tevékenységekben való részvétel

- V4 szakértői egyeztetéseken és közös szakmai programokban való részvétel

Kiemelt (stratégiai szintű) kétoldalú szakmai kapcsolatok

- Amerikai Egyesült Államok
 - o Kiképzési és továbbképzési lehetőségek
 - o Többnemzeti Katona-egészségügyi Összefogás Konferencia (az Amerikai-Magyar Katona-orvosi Konferenciák két évtizedes hagyományának folytatása többnemzeti keretek között)
 - o Hadszintéri egészségügyi biztosítás terén való együttműködés
- Németország
 - o Hadszintéri egészségügyi biztosítás terén való együttműködés
 - o Képességfejlesztési programok terén folyó együttműködés (Keretnemzeti Elgondolás program)

- NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ vezetése terén folyó együttműködés
- Franciaország
 - Hadszíntéri egészségügyi biztosítás terén való együttműködés.

A honvéd-egészségügy nemzetközi elismertsége.

Az előzőekben bemutatott tények, tapasztalatok és irányzatok felsorolása nem öncélú, hazai és nemzetközi műveletekből levont következtetések eredménye. A Magyar Honvédség már az 1990-es évek közepén felismerte ezeket az összefüggéseket. Az 1997-ben megalakult új szervezetű, a szövetségi normáknak megfelelő Honvéd Vezérkarban az egészségügy önálló csoportfőnökségként működött. A szövetségben mindig is példaként említették emiatt a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatát. Ennek egyik kézzelfogható elismerése volt több stratégiai NATO egészségügyi beosztás magyar szakemberekkel való betöltése. Így pl. a NATO Szövetséges Műveleti Parancsnokság (ACO SHAPE), vagy a NATO Nemzetközi Katonai Törzs (IMS) egészségügyi főtanácsadói beosztásait többször honvéd-egészségügyi szakemberek töltötték be, elismerést szerezve a szakmának, a Magyar Honvédségnek és Hazánknak egyaránt. A magyar szakemberek felkészültségének legnagyobb elismerését pedig az jelentette, amikor 2005-ben a NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsa (COMEDS) a magyar egészségügyi szolgálatfőnököt választotta meg elnökévé.

A honvéd-egészségügy regionális vezető szerepe.

A többnemzeti együttműködés immár nem egy lehetőség csupán, hanem elvárás (lásd például az okos védelem „Smart Defence” kezdeményezést) és szükségszerűség (a gazdasági és pénzügyi válság következtében), melynek alapja az interoperabilitás, ami pedig a szabványosítás folyamatára épül. Ezt a szükségszerűséget felismerve Hazánk állt az élére a NATO katona-egészségügyi közösségében is egyre erőteljesebben megfogalmazódó elvárásnak, s teremtette meg a lehetőségét a Szövetség és a szakma számára egy katona-egészségügyi kiválósági központ felállítására. A központ működését a magyar keretnemzeti kötelezettség-vállalás mellett a többnemzeti összefogás és finanszírozás garantálja, melyhez a tudományos, oktatási és képzési háttér az MH Egészségügyi Központ szervezeti elemei biztosítják, kiemelten a Honvédkórház.

Meggyőződésem, hogy a felvázolt életpálya-modell bevezetésével elérhetőek a kitűzött katona-politikai célkitűzések. Hatására lassul, illetve megállhat a szakemberek elvándorlása (elsősorban a csapattagozatból), erősödik a Magyar Honvédség megtartó ereje, megteremtődik a lehetőség szakemberek pályára irányítására és a honvédelmi tárca által finanszírozott egészségügyi beosztásokba helyezésére, mellyel hosszútávra biztosítható a Magyar Honvédség feladat-végrehajtásához szükséges egészségügyi szakállomány.

Elért eredményeink a honvéd-egészségügy megerősítésében

Az életpálya-modell elgondolásának legfőbb érdemét abban látom, hogy átütötte a döntéshozók ingerküszöbét. Megkezdődött egyes elemeinek bevezetése. Három területen történt érdemi előrelépés. A honvéd-egészségügyben szolgáló szakemberek megtartása, új szakemberek pályára irányítása, valamint a képességfejlesztések költségvetési háttérének biztosítása terén. Vágyaink valóságként történő feltüntetése lenne azt írni, hogy céljainkat elértük.

A 2016-ban bevezetett munkaerőpiaci pótléknak köszönhetően kiegyenlítődött a bérkülönbség az Országos Egészségbiztosító Pénztár és a Honvédelmi Minisztérium által finanszírozott beosztásokban szolgáló egészségügyi szakállomány között. A Magyar Honvédség által megkezdett és folytatódó központi bérfeljesztés pedig némi bérelőnyt is biztosít a védelem-egészségügy területén szolgálók számára. Azt az idő fogja megmutatni, hogy ez elegendő vonzerőt jelent-e új szakemberek honvéd-egészségügyi pályára irányításához.

A honvédelmi ösztöndíj rendszer megerősítésével többszörösére nőtt az ösztöndíjat igénylők száma. Ugyanakkor az ösztöndíjjal végző egyetemisták szinte mindegyikével csak a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház tud rezidensképzésre szóló szerződést kötni, mivel a csapattagozatban hiányoznak az akkreditált kiképző helyek. A kórházi tagozatot sikerül megerősíteni az új rezidensekkel, mely ott lehetőséget nyit a szakember utánpótlás megszilárdítására. A csapattagozatba azonban nem tudunk továbbra sem rezidenseket irányítani.

A honvédség által biztosított bérelőnnyel élve sem tudjuk a csapattagozatot (és a védelem-egészségügy központi tagozatát sem) megerősíteni szakemberekkel, mivel hiányoznak a feltölthető üres beosztások. Az elmúlt évek-évtizedek során azokat a

beosztásokat adták le, vagy szüntették meg az alakulatok elsősorban, melyeket huzamosabb ideje nem sikerült feltölteni, s erre belátható időn belül nem is volt esélyük. Így viszont tovább nő a rendszerbe maradó állomány le- és túlterheltsége.

A védelem-egészségügyi megemelt költségvetésnek köszönhetően komoly fejlesztési programok indultak el a telepíthető egészségügyi képességek (Role-1 és Role-2) és kapacitások megerősítésére. A rendelkezésre álló és folyamatosan bővülő források lehetővé teszik az infrastrukturális beruházásokat, ugyanakkor ezeket nem követi automatikusan a működtetésükhöz szükséges szakállomány biztosítása.

Összegezve tehát látszik, hogy a honvéd-egészségügyi életpályamodell rendszerszintű jóváhagyásának és bevezetésének hiánya korlátozza az egyes, különálló elemek bevezetésének hatását. Elfogadható ez az állapot? Amennyiben csak abból indulunk ki, hogy az elérhető források fokozatosan, a védelmi költségvetés központi emelése ütemének figyelembe vételével bővíthetnek, akkor rákényszerülhetünk ezen állapot elfogadására, s az életpályamodell helyett annak részelemeinek bevezetésére. Forrásbővülés esetén ugyanakkor, követő üzemmódban valószínűleg lehetőség lesz olyan elemek későbbi bevezetésére az életpályamodellből, melyek mérsékelhetik, s elfogadható szinten tarthatják a szakemberhiány mértékét (pl. a tartalékos rendszer megerősítése révén, mely nem igényel állománytábla-bővítést).

Meggyőződésem, hogy mégis tovább kell keresnünk a lehetőséget és érvelnünk kell az életpályamodell egységes jóváhagyása és bevezetése mellett. Ez ad fenntartható megoldásokat, ezzel garantálható a Magyar Honvédség feladatainak elvárt, magas szintű egészségügyi biztosítása, ezt az átfogó megközelítést javasolja számunkra a NATO (mind politikai, katonai, mind pedig szakmai szinteken), ezt várja az állomány, ez erősítheti meg honvéd-egészségügyi szakembereink elkötelezettségét, hitét és bizalmát, s ezt várja a Magyar Honvédségtől, mint munkáltatótól a társadalom (hogy kiszámítható, biztos jövőképet nyújtson munkavállalóinak). A honvéd-egészségügyi életpályamodell sikere alapot adhat más szolgálati ágak életpályamodelljének kialakításához.

Elgondolás Egészségügyi Csoportfőnökség felállítására

Azt látjuk, hogy a jelenlegi rendszer nem fenntartható. Hiányoznak az egészségügyi szakemberek a csapattagozatból, s ezt a hiányt hosszútávon nem tudjuk kiváltani azzal,

hogy a központi tagozatból (Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Védelem-egészségügyi Igazgatóság és Honvédkórház) vezénylünk magasan képzett kollégákat alapellátó feladatok végrehajtására. Az életpályamodell katonai és politikai szintű támogatásával ez a helyzet megváltoztatható. Kell-e, szabad-e, érdemes-e ugyanakkor a honvéd-egészségügy struktúrájához is hozzányúlni a hatékonyabb működés reményében és érdekében?

Stratégiai szintű, egységes szakmai vezetésre és irányításra van szükség a körülményektől és feltételrendszerrel függetlenül mindenkor, a Magyar Honvédség feladatrendszerének hatékony egészségügyi biztosítása és a polgári egészségügyi feladatok végrehajtása érdekében. A stratégiai szintű szakmai irányítás mellett a működési biztonságot fenntarthatóan és az elvárt minőségi szinten biztosítani képes finanszírozásra van szükség. Ezt a fajta irányítási rendszert az egészségügyi biztosítás rendeltetésén és a megosztott felelősségen alapuló, egységes elvek és prioritások mentén indokolt megvalósítani mind a Honvédegségügy csapat- és központi tagozata -ami a progresszivitás letéteményese-, mind pedig az MH Egészségügyi Központ Honvédkórház kiterjedt civil feladatrendszere vonatkozásában.

Az egészségügyi biztosítás rendeltetése a haderő alaprendeltetésével kapcsolatos feladatokban résztvevő személyi állomány egészségének megóvása sérülések, betegségek esetén annak mielőbbi helyreállítása, a Magyar Honvédség feladatrendszerének biztosítása érdekében, részvétel a polgári egészségügyi ellátás regionális és országos szintű feladatainak végrehajtásában.

Az egészségügyi biztosítás célja a Magyar Honvédség állományának (és az egyre szélesedő igényjogosulti kör) egészségének és hadrafoghatóságának védelme, fenntartása és helyreállítása.

Az egészségügyi biztosítás feladata a betegségek és sérülések gyors és hatékony kezelése, a betegek és sérültek szolgálatképességének helyreállítása, illetve amennyiben ez nem elérhető, úgy a lehető legteljesebb rehabilitáció és a visszamaradó egészségkárosodás minimalizálása, a hadrafoghatóság folyamatos fenntartása érdekében.

Javaslom:

1. A Honvéd Vezérkar főnökének közvetlen alárendeltségében felállítani a Honvéd-egészségügy stratégiai szintű szakmai vezető és irányító szervét, a Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökséget.

2. A Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség vezetője legyen egyszemélyben a Magyar Honvédség egészségügyi főnöke.
3. A Magyar Honvédség egészségügyi főnöke közvetlenül a Honvéd Vezérkar főnökének jelentsen, lássa el párhuzamosan a HM Közigazgatási Államtitkár egészségügyi tanácsadói feladatait, s gyakoroljon szakmai felügyeletet és irányítást a honvéd-egészségügy csapat- és központi tagozata felett, beleértve az MH Egészségügyi Központ Honvédkórház szakmai felügyeletét is.

Honvéd-egészségügyünk illetően átalakításának van-e veszélye? Egész értekezésem azt taglalja, milyen előnyöket hozott a haderő tevékenységének egészségügyi biztosításában az önállósodás és központosítás. Tűzzel játszunk, ha az önálló csoportfőnökség gondolatát megvitatjuk? Ha lángra kap, elemésztheti ez a tűz a Magyar Honvédség egyik országosan és nemzetközileg is elismert bástyáját, a Honvédkórházat?

A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, melynek egyik alapintézménye a Honvédkórház, hadrendi elem, annak minden kötelezettségével és lehetőségével. Az életpálya-modell hangsúlyozottan a kritikus szakember hiánnyal küzdő védelem-egészségügyre (s azon belül is elsősorban a csapattagozatra) összpontosít, ám az állomány szakmai fejlődésének biztosításához elengedhetetlen a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház bevonása. A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház hármastagozódású katonai feladatokat lát el.

- Először, a Magyar Honvédség feladatvégrehajtásának egészségügyi biztosítására kiképzti, készenlétkben tartja és megőrzi katonae-gészségügyi szakállományát.
- Másodsor, szakállományával többnemzeti telepíthető egészségügyi képességek működtetéséhez járul hozzá, illetve biztosítja a Magyar Honvédség egészségügyi szakember-hiánnyal küzdő alakulatainak tevékenységéhez az egészségügyi biztosítást.
- Harmadszor pedig, teljes stacioner képességével és kapacitásával a Haza védelmét szolgálja.

Ennek a patinás intézménynek a felügyeletét nem engedhetjük át a polgári hatóságok kezébe anélkül, hogy a Magyar Honvédség országvédelmi és szövetségi feladatainak egészségügyi biztosítását ne veszélyeztetnénk. Valós ez a veszély? A honvédkórház súlyponti kórház, regionális és országos ellátási kötelezettségekkel, ezért mindig lehet

olyan törekvés, hogy ezt a tevékenységet civil vezetés és irányítás alatt végezze. Honvédelmi feladatai kapcsán az egyik kérdés az, hogy azokat végre tudná-e hajtani polgári alárendeltségben. Nem. Egy hadrendi elem készenlétét és feladat-végrehajtását katonai vezetés-irányítással lehet garantálni. Az egyetlen fenyegetést az jelentheti számunkra, ha az intézmény katonai feladatai következtében jelentkező többlet-finanszírozási igényét a honvédelmi tárca nem tudná, vagy nem akarná fedezni. A Honvéd Vezérkar és a Honvédelmi Minisztérium jelenlegi vezetése mellett ennek nincs reális veszélye (melyhez nagyban hozzájárul a Kormány realista biztonságpolitikai felfogása is).

Meggyőződésem, hogy a Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség felállításáról felvázolt elgondolás a Magyar Honvédség érdekeit szolgálja. A Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökség kialakításával megvalósul az egységes, stratégiai szintű szakmai vezetés-irányítás és a Magyar Honvédség felsővezetői döntéseinek szakmai kiszolgálása, megteremtődik a lehetőség a honvéd-egészségügyi életpályamodell kereteinek a bevezetést követő hatékony kiaknázására, s ezáltal erősödik a Magyar Honvédség szakembereket toborzó és megtartó ereje.

A Magyar Honvédség feladatrendszerének fenntartható egészségügyi biztosítása érdekében, a rövid, közép és hosszú távú célokat messzemenően szem előtt tartva szükségesnek és időszerűnek tartom az elgondolás megvitatását. Hangsúlyozandó azonban, hogy a honvéd-egészségügyben javasolt változtatások végrehajtása nem öncélú feladat, hanem a Magyar Honvédség feladatrendszerének fenntartható egészségügyi biztosítása érdekében, s a Magyar Honvédség személyi állománya egészségének és hadrafoghatóságának védelmében kell, hogy megtörténjen.

Végezetül még egy bizonyíték arra, hogy a haderő számára az egészségügyi biztosítás sikere kiemelt jelentőséggel bír. A Magyar Honvédség minden katonája büszkén és fennhangon hirdeti elkötelezettségét és felkészültségét, s ezzel együtt az előbbi alapvetést, amikor feletteseinek és katona társainak „Erőt, egészséget!” kíván.

A fejezet összefoglalása

Kutatási hipotézisemet elemezve bizonyítottam, hogy az egészségügyi szolgálatok szakállományában végbement létszámváltozások tendenciájukban tarthatatlan folyamatok. Bemutattam, hogy van lehetőség beavatkozni a feltárt negatív folyamatokba, s léteznek

olyan eszközök, s nem kizárólag pénzügyiek, melyekkel a honvéd-egészségügyben tapasztalható feszültségek is csökkenthetőek, az idült kóros folyamatok orvosolhatóak (megállíthatóak és visszafordíthatóak, a jövőre nézve pedig kiküszöbölhetőek).

A honvéd-egészségügy stratégiai szintű, egységes szakmai vezetése és irányítása érdekében javaslatot fogalmaztam meg értekezésemben és érveltem a Honvéd Vezérkar szervezetében (újfent) felállítandó Egészségügyi Csoportfőnökség szükségességére és ésszerűségére mellett.

"Kevés, hogy önmagában csak álmaink legyenek, ha nincs jövőképünk, ha nem tűzünk ki konkrét köztes állomásokat, és ha nem tervezzük meg az odavezető utat, akkor csak nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem jutunk el a célig. Tervezés nélkül nem jutnánk el sehova."

*Kemény Dénes
vízilabdázó és edző*

KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

Az egészségügyi biztosítás fejlődését a globális kihívások kezelésének és az ezzel szorosan összefüggő biztonsági felfogás változásának a haderő feladatrendszerére és feladatvégrehajtására gyakorolt hatásán keresztül, történelmi események és műveletek, illetve saját tapasztalataim alapján elemeztem. Bizonyítottam, hogy az elmúlt évtizedek során megváltozott biztonsági környezet és az annak percepciójában bekövetkezett elmozdulás kényszerítette ki a haderő alkalmazásában megfigyelhető gyökeres változásokat, s ez vezetett az egészségügyi biztosítás átalakításához, az abban megfigyelhető szemléletváltáshoz. Rendszerezett tényadatok idézésével mutattam be, hogy a második világháború tömegtermelése a tömeghadseregek kiszolgálása érdekében történt, mely a logisztikát uralkodó szemléletté tette a haderő szervezése és működtetése során. Az egészségügyi biztosítás és az egészségügyi szolgálatok természetes módon váltak a második világháború során, s maradtak azt követően a logisztikának alárendelt feladatrendszerre, illetve logisztikai szolgálati ággá. Bemutattam értekezésemben, hogy a biztonsági környezet változásával megváltozott a haderőkkel szemben támasztott követelményrendszer, s hogy a logisztikai szemlélet keretein belül az egészségügyi biztosítás nem volt és nem lehetett a haderő biztosításának hatékony eszköze. Érzékeltettem, hogy a biztonsági környezetben, a társadalomban, a haderőben és az egészségügyi szolgálatokban végbement változások és következmények egymással összefüggenek.

Bemutattam, hogy a hidegháborút követő időszak biztonsági kihívásai határozták meg a nemzeti haderők, illetve a NATO, s ezeken belül az egészségügyi szolgálatok reformtörekvéseit és képességfejlesztési irányait. Rávilágítottam, hogy a politikai irányelvekben és NATO stratégiai koncepciókban lefektetett elvárások és követelmények nyomán meghatározott feladatok végrehajtásához szükséges katonai, s azon belül katona-

egészségügyi képességek fejlesztési ütemtervét sokkal inkább a rendelkezésre álló erőforrásokhoz, semmint a katonai igényekhez igazították a nemzetek.

Alapvetés, s ennek megfelelően mutattam be, hogy a katona-egészségügyi szolgálatok és szakemberek elé állított küldetés és elvárás egységes és változatlan maradt az idők során. Ma is alapvetésként jelenik meg a katona-egészségügyi szolgálatok számára, hogy nemzeti és szövetségi szinteken is biztosítani kell a haderő feladatvégrehajtását. Ezért vagyunk. Ezért tartja fenn minden haderő saját egészségügyi szolgálatát. Azt is érzékeltettem, hogy a Magyar Honvédségnek, az Alaptörvényben meghatározott feladatai végrehajtásához szüksége van egészségügyi biztosításra, melynek legfontosabb eleme az egységes szakmai irányítás alatt egészségügyi szolgálatba szervezett szakember állomány.

A működési környezet változását elemezve bemutattam, hogy:

- a biztonsági környezet változása az aszimmetrikus hadviselés térnyerését és a haderő globális alkalmazhatóságának igényét hozta;

- a haderő alkalmazására az országhatárokon túl, akár több ezer kilométeres távolságban kerülhet sor;

- a tömeges sérült- és betegellátás kényszerét és gyakorlatát felváltotta az egyénre szabott egészségügyi biztosítás igénye hadműveleti területen;

- az egyénre szabott ellátást a békefenntartás során tapasztalt alacsony sérült- és betegszámok tették lehetővé;

- az alacsony sérült- és betegszámok a biztonsági környezet változásának következményei;

- a hadszíntéri minőségi egészségügyi ellátás rendszere egyre kiterjedtebb lett és mind költségesebbé vált.

A változásokat elősegítő tényezők kapcsán bemutattam, hogy:

- a növekvő költségek és szakember-hiány miatt a nemzetek közösen működtetett egészségügyi biztosítási rendszerek felállításának irányába mozdultak el;

- a műveletek során logisztikai alárendeltségben végzett egészségügyi szaktevékenység kezdte megmutatni hiányosságait, s az egészségügyi biztosítás logisztikai funkció jellege végképp háttérbe szorult;

- a tömegtájékoztatási eszközök kiemelten foglalkoznak a feladatvégrehajtás közben megsérült, megbetegedett, vagy elesett katonákkal.

Az egészségügyi biztosítás szerepkörének átalakulását gyengítő tényezők kapcsán bemutattam, hogy:

- a haderők küldetése a nemzeti határokon túl végrehajtandó, sokszor be nem tervezett (pl. válságkezelési) feladatok irányába tolódott el, mely feladatokat az előre meghatározott védelmi költségvetésből kell megoldani (vagyis a költségvetés határozza meg a műveletekre fordítható forrásokat, s így alapjában véve nem a műveleti szükségletek alapján történik a források hozzárendelése a feladatokhoz);

- a második világháborút követően a nemzetgazdaság erőforrásait már elsősorban nem a védelemre összpontosítják az országok.

A szövetségi tagság és a nemzetközi együttműködés kapcsán bemutattam, hogy:

- a biztonság nem értelmezhető földrajzi határokhoz kötötten, s a területvédelmi célokat szolgáló, nagyméretű hagyományos haderő fenntartása nem célszerű korábbi formájában;

- a nemzeti haderőket, s azokon belül az egészségügyi szolgálatokat is a földrészeken átívelő beavatkozásra kellett képessé tenni, s ezt az úgynevezett expedíciós, vagyis a saját országhatáron túl bevethető képességek kialakításával és fenntartásával lehet biztosítani;

- a válságövezetek stabilizálásához szükséges államigazgatási, újjáépítési és fejlesztési feladatok összehangolt és időbeni végrehajtása érdekében kellett bevezetni a válságkezelésbe az átfogó megközelítés és a partneri kapcsolatok kiterjesztésének elvét és gyakorlatát, melyekben a katona-egészségügy kiválóan teljesít, s más szolgálati ágak sikeres bekapcsolódását is elősegíti.

Az erőforrásokhoz való hozzáférés témakörben kifejtettem a katona-egészségügyi terület NATO védelmi tervezési folyamatban kapott új feladatát és ennek a lehetőségnek a jelentőségét.

A Magyar Honvédség feladatainak egészségügyi biztosítása kapcsán kiemelttem a szakember-elvándorlás, mint hátráltató tényező jelentőségét, s bemutattam az ennek kezelésére kidolgozott honvéd-egészségügyi életpálya-modell elemeit és fontosabb megállapításait.

A honvéd-egészségügy fejlesztésének irányelvei kapcsán, a stratégiai szintű, egységes szakmai vezetés és irányítás megvalósítása érdekében javaslatot fogalmaztam meg és érveltem a Honvéd Vezérkar szervezetében, önálló egészségügyi csoportfőnökség felállításáért.

Ajánlás és irányelvek

Értekezésem összeállítása során arra törekedtem, s ezt ajánlom irányelvként követni kutatótársaim figyelmébe is, hogy:

1. Legyen igaz, amit leírnak!
2. Javasataikat mindig jobbító szándékkal tegyék meg!
3. Legyen szükség, legyen meg az igény az általuk javasolt változtatásokra!
4. Tegyék átláthatóbbá, ellenőrizhetőbbé és irányíthatóbbá azt a rendszert, melyet górcső alá vesznek!
5. Eredmény-központú hozzáállást tanúsítsanak!

Az eredmények megvalósulását azzal lehet előmozdítani, ha partnereikkel megállapodás elérésére törekszenek. Próbálják meg elérni, hogy mások egyetértsenek az ő álláspontjukkal, de legalábbis úgy cselekedjenek a megszólított partnerek, mintha egyetértenének velünk! Ehhez meg kell találni a közös alapértékeket! Ilyen érték lehet a közös erkölcsi értékrend például a civil-katonai együttműködés terén, mely mentén meg lehet találni, egyeztetni és fenntartani a kölcsönös érdekeket, s ennek eredőjeként az együttműködést. Látnunk kell azt, hogy a másik fél kész-e megváltoztatni véleményét a közös érdek érvényesítéséhez! Arra is készen kell állnunk ugyanakkor, hogy saját véleményünket igazítsuk a másik féléhez, szükség esetén. Leginkább viszont akkor számíthatunk sikerre, ha a kölcsönösség jegyében mindkét fél kész figyelembe venni a másik alapelveit és cselekvésének mozgatórugóit.

A kutatás folytatásának lehetséges irányai

Versenyfutás az idővel

Az, hogy a NATO-, ENSZ-, vagy Európai Unió vezette, illetve koalíciós műveletek során hogyan fog az egészségügyi biztosítás feladatköre és szerepe változni a jövőben, nem az elméleti szakemberek által lefektetett irányelvektől, s nem is az értekezésemben felsorakoztatott érvek hitelességétől, vagy logikájától függ. Az idő fogja megmutatni és kikényszeríteni, milyen egészségügyi szolgálatra és egészségügyi biztosításra van szüksége (és lehetősége a rendelkezésre álló erőforrások figyelembe vételével) a haderőnek.

Azt meggyőződéssel állítom, hogy a honvéd-egészségügy vissza fogja kapni helyét a csoportfőnökségek között a Honvéd Vezérkar szervezetében. Mikor? Nem tudom. Azt viszont tudom, hogy mi befolyásolja ennek a döntésnek a megszületését. A parancsnokoknak kell magukévá tenni az elgondolást, a gyakorlatban érezni annak szükségességét és időszerűségét. Nem a honvéd-egészségügyi szakembereknek kell elsősorban érvelni az elgondolás mellett, de készen kell állniuk a logikus, szabatos és meggyőző érvek felsorakoztatására, s ezzel a parancsnoki döntés támogatására. Ezért született ez az értekezés.

Kutatásra, továbbgondolásra és elemzésre alkalmasnak tartom a katonaegészségügy szerepét és lehetőségeit a NATO védelmi tervezési folyamatban, a regionális együttműködés területén (a Visegrádi Együttműködés kapcsán), illetve az életpálya-modell bevezetésével kapcsolatban a szakemberek kiválogatásának módszertanát, hogy a honvéd-egészségügyi pályán ne csupán az alkalmasság-vizsgálatokon megfelelt, s szakmailag alkalmas, de arra méltó és elkötelezett kollégák képviseljék tovább elődeink elhivatottságát, s vigyék tovább erőfeszítéseinket a haderő egészségügyi biztosításának hatékonyabbá tételére.

Az új tudományos eredmények bemutatása

1. A NATO egészségügyi biztosítási alap- és irányelvek elemzésén keresztül elsőként mutattam be azt az útkeresést, mely a nemzeti haderőkön, így a Magyar Honvédségen belül is az egészségügyi biztosítás rendszerének átalakítását jellemzi, fontosságát és időszerűségét érzékelteti.
2. Elsőként összegeztem az egészségügyi szolgálatok logisztikától való függetlenedésének okait, azok következményeit és tapasztalatait a biztonsági környezet változásainak függvényében.
3. Elsőként vázoltam fel az összefüggést az egészségügyi képességhiányok és szakember-elvándorlás, s a többnemzeti együttműködés kényszere, illetve lehetősége, valamint a NATO kollektív védelme által nyújtott biztonság és a gazdasági válság okozta megszorítások, illetve a védelmi költségvetések megnyirbálása között.
4. Bizonyítottam az egészségügyi szakemberek elvándorlásában megfigyelhető tendenciák tarthatatlanságát, s elsőként mutattam rá a folyamatokba való lehetséges beavatkozási pontokra, illetve a beavatkozás már nemzetközi gyakorlatban hatékonyan bizonyult eszközeinek alkalmazhatóságára a Magyar Honvédség vonatkozásában.

Elméleti és gyakorlati felhasználhatóság

A honvéd-egészségügy kitörési pontjának az életpályamodell megvalósítását tartom. Egységes szerkezetben, lépésről lépésre, ahogyan azt az erőforrások lehetővé teszik. Az életpályamodell bevezetése és az általa elérni kívánt változások nem egyik pillanatról a másikra fognak bekövetkezni. Ezenközben is erősíteni szükséges az állomány hitét és kitartását, mert a rendszert csak velük és általuk lehet működtetni, s a Magyar Honvédség feladatait csak így tudjuk biztosítani.

Az életpályamodellben komoly háttérelmézést adtunk kollégáimmal a honvéd-egészségügy helyzetéről. Értekezésemben pedig bemutattam a honvéd-egészségügyet érő fontosabb hatásokat, s felvázoltam azt is, milyen irányban akarjuk tovább alakítani

anyaszervezetünket a Magyar Honvédség feladatrendszerének hatékonyabb kiszolgálása érdekében, s ehhez milyen eszközökre van szükségünk. Ennek tükrében egyértelműnek, logikusnak és természetesnek tartom, hogy a honvéd-egészségügy értékeinek megőrzéséhez és a rendszer további fejlesztéséhez (így például az egészségfejlesztés, egészségnevelés, alkalmasságvizsgálatok, csapat-pszichológia, kiképzések, egészségügyi anyagellátás, tudományos kutatások, doktrínafejlesztés, Role-2 fejlesztéshez kapcsolódó feladatok terén) lehet a gyakorlatban is felhasználni az értekezésemben foglaltakat.

Az értekezésemben megjelenő alapfogalmak meghatározását a Hadtudományi Lexikonban való megjelölésre megfontolandónak tartom. Értekezésemet elsősorban a honvéd-egészségügy szervezési kérdéseivel foglalkozó szakemberek és a katonai tanintézetekben tanulmányokat folytató, a jövő parancsnoki beosztásaira felkészülő állomány figyelmébe ajánlom.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom, s képletesen is fejet hajtok itthon és szerte a nagyvilágban tanítóimnak, beosztottaimnak, munkatársaimnak, előjáróimnak, s nem utolsó sorban családomnak a segítségükért, türelmükért és bátorításukért! Az ő támogatásuk nélkül ez az értekezés nem jött volna létre.

MELLÉKLETEK

„A” Melléklet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

„B” Melléklet: az értekezésben előforduló rövidítések jegyzéke

„A” Melléklet: az értekezésben előforduló alapfogalmak meghatározása

Alacsony intenzitású (katonai) konfliktus[252]: korlátozottan folytatott, politikai-katonai jellegű küzdelem politikai, társadalmi, gazdasági, vagy pszichológiai célok elérése érdekében. Gyakran elhúzódó jellegű, s magába foglalja a diplomáciai, gazdasági vagy pszichoszociális nyomásgyakorlástól a terrorizmuson át a felkeléseket is. Az alacsony intenzitású konfliktus általában egy adott földrajzi területre korlátozódik és gyakran megszorítások jellemzik a fegyverek, harcászati eljárások és az erőszak szintjének alkalmazását tekintve.

Alkalmasság-vizsgálat[253]: a katonai tanintézeti felvételre (hivatásos, illetőleg szerződéses katonai pályára) jelentkezők felvételi vizsgája keretében végzett vizsgálat az egyén általános képességeinek és különleges adottságainak megállapítására, illetőleg az adott személy által megpályázott szakra (szakterületre) való alkalmasságának vagy alkalmatlanságának elbírálása céljából.

Aszimmetrikus hadviselés[254]: hadviselés olyan szembenálló erők között, melyek katonai ereje nagyban eltér egymástól, s amely rendhagyó fegyverek és harcászati eljárások alkalmazásával jár (mint például a gerillaharc és terrortámadások).

Befogadó nemzeti egészségügyi támogatás (host nation medical support)[255]: polgári, vagy katonai egészségügyi segítségnyújtás, melyet egy nemzet a területén lévő külföldi erők részére nyújt a nemzetek közötti, vagy egy NATO Parancsnokság és a nemzet által elfogadott kölcsönös egyezmény alapján.

Magyarázat:

A támogatás a más egységek, vagy szervezetek részére adott segítségnyújtást, míg a biztosítás a saját erők ellátását jelenti.

Betegáthelyezés (patient transfer)[256]: a sérültek, vagy betegek egyik egészségügyi ellátó helyről a másikra, egészségügyi felügyelet mellett történő kiürítése, szakosított egészségügyi kiürítő eszközökkel.

Kapcsolódó szakkifejezés: egészségügyi kiürítés

A betegek hadszíntéren tartásának irányelve (holding policy)[257]: a tervezhetőség érdekében hozott parancsnoki döntés, mely megszabja azt a maximális időtartamot (napokban számolva), ameddig a betegek/sérültek a gyógykezelés, lábadozás, vagy szolgálatba történő visszahelyezés érdekében a hadszíntéren tarthatóak.

Magyarázat:

Amennyiben a felépülés várhatóan tovább tart, mint a beteg/sérült hadszíntéren tartásának irányelve által megszabott időtartam, akkor őt a hadszíntérről ki kell üríteni, amint szállíthatónak nyilvánítható.

Az egészség az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1948 óta változatlan meghatározása[258] szerint a teljes testi, szellemi és szociális jól-lét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.

Egészségfejlesztés: célja az egyének, csoportok, közösségek egészségének, életminőségének fejlesztése. Olyan folyamat, amelyek révén az emberek képesek javítani a saját egészségüket, növelve az a feletti kontrolljukat. Azt lehet vele elérni, hogy az emberek maguk legyenek képesek gondoskodni egészségükről.[259]

Egészségnevelés: célja információ közvetítéssel felvilágosítani az embereket egyes betegségek kockázati tényezőiről, azok lehetséges megelőzési módjairól, valamint az életmód változtatás módjáról, kivitelezéséről.[260]

Egészségügyi alapellátás[261]: a gyógyító – megelőző ellátás alapja, közvetlenül az ellátandók körében, a csapatsegélyhelyen történik. Feladata háziorvosi szinten nyújtani az alakulat személyi állománya részére a gyógyító – megelőző és a közegészségügyi – járványügyi ellátást, megteremteni, ill. ellátni a kiképzési feladatok egészségügyi biztosítását, a különféle szakképzést a szakszolgálat körében, valamint az alakulat állományának egészségügyi kiképzését, egészségvédelmét.

Egészségügyi anyagellátás/logisztika (medical logistics)[262]: az egészségügyi anyagok, beleértve a vért és vérkészítményeket, valamint az orvosi gázokat, beszerzésének, tárolásának, szállításának, elosztásának, karbantartásának és csoportosításának folyamata a hatékony egészségügyi biztosítás alátámasztása érdekében. Ennek a folyamatnak az alkalmazása a tervezés és végrehajtás során.

Egészségügyi biztosítás (medical support)[263]: az egészségügyi tervezésnek, valamint az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának teljes körét felölelő működési terület a hadrafoghatóság fenntartása érdekében, mely a betegségek megelőzésén, a kiürítésen, a sérültek, sebesültek és betegek gyors gyógyításán, harcképességük helyreállításán, valamint szolgálatba történő visszahelyezésükön keresztül valósul meg.

Magyarázat:

A támogatás a más egységek, vagy szervezetek részére adott segítségnyújtást, míg a biztosítás a saját erők ellátását jelenti.

Az egészségügyi ellátás folyamatos javítása a műveletek során (continuous improvement in healthcare support on operations)[264]: rendszer, melyen keresztül az egészségügyi szervezetek felelősséggel tartoznak az általuk nyújtott szolgáltatások minőségének folyamatos javításáért és az ellátás magas színvonalának biztosításáért, egy olyan környezet megteremtésén keresztül, melyben virágzik a minőségi gyógyítás iránti igény. Ennek négy alapeleme a gyógyítás hatékonyságának javítását célzó következetes szemlélet, a minőségbiztosítás folyamatos alkalmazása, a szakmai fejlődés állandósága, hatékony folyamatok meghonosítása a kockázatok azonosítására és kezelésére, valamint a gyenge teljesítmények kiküszöbölésére.

Egészségügyi felderítés (medical reconnaissance)[265]: az egészségügyi felderítés olyan felderítési adat, melyet egészségügyi, bio-tudományos, járványügyi, környezeti és más egyéb, az emberi, vagy állati egészséggel kapcsolatos információból nyernek.

Megjegyzés:

Ez a fajta felderítés, sajátos technikai jellegéből adódóan, egészségügyi szakértelmet igényel irányítása és feldolgozása során mindvégig, a felderítési körfolyamaton belül.

Egészségügyi helyzetértékelés (medical estimate)[266]: az adott helyzet lényegi elemeit vizsgáló mérlegelés eredménye, melynek célja bárminemű hiányosság feltárása, s ezáltal, az egészségügyi cselekvési lehetőségek kidolgozásának előfeltételeként, a szükséges egészségügyi képességek meghatározása.

Egészségügyi igazgató (medical director)[267]: egy harccsoport, vagy a műveleti hadszíntér egészségügyi szolgálatainak szakmai irányítója.

Megjegyzés:

Az egészségügyi igazgató továbbá betöltheti egy magasabb parancsnokhoz rendelt egészségügyi tanácsadói feladatkört is.

Kapcsolódó szakkifejezés: egészségügyi tanácsadó

Egészségügyi kiképzés[268]: a harckiképzés egyik ága. Célja, hogy a személyi állomány alapvető ismereteket szerezzen a betegségek megelőzésében, valamint az ön- és kölcsönös segélynyújtás elengedhetetlenül fontos fogásainak elsajátításában.

Egészségügyi kiürítés (medical evacuation - MEDEVAC)[269]: a sérültek és/vagy betegek egészségügyi felügyelet mellett, egészségügyi intézményekbe történő eljuttatását, illetve ezen intézmények közötti mozgatását jelenti, az ellátás folytonosságának elválaszthatatlan részeként.

Kapcsolódó szakkifejezés: beteg/sérült áthelyezése

Egészségügyi szabályozás (medical regulating)[270]: a betegeknek/sérülteknek a sérülés, vagy a betegség kezdetének helyétől az egymást követő egészségügyi intézményekbe történő áttelepítésével kapcsolatos irányítási, ellenőrzési és egyeztetési folyamat, melynek célja az egészségügyi ellátó és kiürítő erőforrások lehető leghatékonyabb alkalmazásának elősegítése, valamint biztosítani, hogy a beteg/sérült megfelelő és időben történő ellátásban részesüljön.

Egészségügyi szolgálat (medical service)[271]: egy katonai, vagy polgári szervezetnek azon szakága, mely az egészségügyi irányelvek és tervek kialakításáért, valamint az egészségügyi biztosítás nyújtásáért felel.

Egészségügyi szolgáltatások és szolgálatok (medical services)[272]: tevékenységek, melyek az orvos, vagy egy másik egészségügyi szakember irányítása mellett, az orvosok és/vagy más egészségügyi ellátó személyek mindenfajta feladat végrehajtásának szakmaiságával, technikai, és ezekkel összefüggő jellegével állnak kapcsolatban. A katonaságnak azon szervezeti ágai, melyek a katona-egészségügyi szakemberek által végrehajtják ezeket a szakmai, technikai, és ezekkel összefüggő feladatokat.

Egészségügyi szűrővizsgálat[273]: meghatározott területre, meghatározott embercsoportra (sorállomány, hivatásos állomány, közalkalmazotti állomány) vagy különleges körülmények és feltételek között szolgálatot (munkát) teljesítők minden tagjára kiterjedő,

az egyén és a honvédség érdekét szolgáló rendszeres és szervezett vizsgálat. Célja a meghatározott betegségek korai felderítése és kezelésbe vétele, még mielőtt a kifejlődő tünetek a beteget az orvoshoz vinnék.

Egészségügyi tanácsadó (medical advisor)[274]: rangidős egészségügyi tiszt (orvos) egy adott alakulat parancsnokságán, aki annak biztosításáért felel, hogy a parancsnok és törzse helyénvalóan tudatában legyenek tevékenységük egészségügyi következményeivel, valamint tisztában legyenek minden olyan kérdéssel, mely a műveleteket érintően hatással van a csapatok egészségi állapotára.

Megjegyzések:

1. Az egészségügyi tanácsadó betöltheti egyúttal a haderő, vagy hadszíntér egészségügyi igazgatói beosztást is.
2. Ezen meghatározás alapján módosítani szükséges a NATO AD 85-8-as számú utasítását (Allied Command Europe Directive, Number 85-8, ACE Medical Support Principles, Policies and Planning Parameters, October 26, 1993).

Kapcsolódó szakkifejezés: egészségügyi igazgató

Egészségügyi tervezés (medical planning)[275]: az egészségügyi képességek megtervezésének, megigénylésének és beszerzésének folyamata, egyensúlyban a küldetéssel, a haderő felépítésével és kockázatnak való kitettségével, a politikai-katonai követelményekkel összhangban.

Az ellátandók köre (population at risk)[276]: személyek olyan csoportja, mely ki van téve sérülést, vagy betegséget kiváltani képes körülményeknek.

Az ellátás folytonossága (continuity of care)[277]: az egészségügyi biztosítás egyik alapelve, mely kimondja, hogy a szállítás alatt lévő és az egészségügyi ellátó rendszer különféle tagozatain áthaladó beteg olyan ellátást kell kapjon, tekintet nélkül az erőforrásokat biztosító szervezetre, mely állapotának lényegi javítására irányul, folyamatos és haladó jellegű.

Elsődleges egészségügyi ellátás (primary health care)[278]: átfogó jellegű első kapcsolatfelvétellel és az azt követő folyamatos ellátásra kiképzett szakállomány által nyújtott egységes és hozzáférhető egészségügyi ellátási szolgáltatások olyan személyek

részére, akik betegség jeleit és tüneteit tapasztalják magukon, vagy egészségügyi gondjuk van.

Magyarázat:

Az elsődleges egészségügyi ellátás magába foglalja az egészséges életmódra nevelést (egészségnevelés), betegség megelőzést, a betegek oktatását és a részükre nyújtott tanácsadást, valamint a heveny és idült megbetegedések kórisméjét és gyógyítását.

Elsődleges sebészet (primary surgery)[279]: azon sebészeti eljárások, amelyek a sebesülés következtében létrejött helyi sérülések ellátására irányulnak, semmint az általános hatások kiigazítására, melyet rendszerint Role-3 szintű ellátó létesítményben végeznek.

Megjegyzés:

Az elsődleges sebészeti ellátás elhalasztása további általános hatások kialakulását eredményezheti, melyek a halálozási és megbetegedési arány, valamint a maradandó károsodások számának növekedéséhez vezethetnek.

Élet-, végtag- és funkciómentő sebészet (damage control surgery):

- a sérültek állapotának stabilizálása érdekében végzett élet-, végtag- és funkciómentő sürgősségi sebészeti beavatkozások és kezelések, beleértve a vérzések és fertőzések gyors kezdeti megfékezését, a sebek időleges zárását és az újraélesztést.[280]
- a sajátos és egyéni követelmények függvényében az a cél, hogy ez az ellátás a sérülést követő egy, de nem később, mint két órán belül elérhető legyen.[281]

A haderő egészségének védelme (force health protection)[282]: a környezeti hatások, foglalkozás-egészségügyi kockázatok és betegségek ellen, megelőző és reagáló intézkedések alkalmazásával folytatott tevékenységek.

Haderővédelem (force protection)[283]: az állomány, épületek, felszerelés és műveletek bármely fenyegetéssel szembeni és bármely helyzetre vonatkoztatott sérülékenységét csökkentő mindenfajta intézkedés és eszköz, mely a haderő cselekvési szabadságának és műveleti hatékonyságának megőrzését szolgálja.

Honvéd-egészségügy: értekezésemben ez az alapfogalom a Magyar Honvédség egészségügyi biztosítását végrehajtó szervezeteket és azok szakmai állományát jelöli. A

Magyar Honvédség szervezeti szinten jelenleg nem létező egészségügyi szolgálatának azonos jelentésű, hazafias töltetű megnevezése.

Katona-egészségügy: értekezésemben ez az alapfogalom általánosságban véve bármely haderő, de különösen a NATO és az Európai Unió tagállamai fegyveres erőinek egészségügyi biztosítását végrehajtó nemzeti és szövetségi szervezeteket és azok szakmai állományát jelöli.

Készenlét (readiness)[284]: az angol nyelvben a „készenlét” egy általános fogalom, s a „készenléti állapot” és a „készenléti idő” kifejezésére szolgál.

Készenléti állapot (readiness state)[285]: a haderő képességének az a foka, hogy egy adott időpontban a számára meghatározott küldetést teljesíteni tudja.

Készenléti idő (readiness time)[286]: az az idő, melyen belül egy egység készenlétbe hozható arra, hogy feladatait, melyekre felállították, felszerelték és kiképezték, végre tudja hajtani. Ez az idő az egység adott személyi állománnyal való feltöltöttségi, anyag ellátottsági és kiképzettségi állapotának mutatóival javítható, illetve mérhető. Az áttelepülési idő nem tartozik bele.

Kiképzés (training)[287]: egy készség, vagy viselkedési forma tanulási folyamata rendszeres gyakorláson és utasításokon keresztül.

Másodlagos egészségügyi ellátás (secondary health care)[288]: kórházi elhelyezés és szakosított gyógyellátás nyújtása, mely az elsődleges egészségügyi ellátás szokványos kiképztségét és felszereltségét meghaladó szintet követel meg.

Magyarázat:

Az ezekhez a szolgáltatásokhoz való rutin hozzáférés rendszerint az elsődleges egészségügyi ellátás szintjéről történő beutalással valósul meg. A sürgősségi hozzáférés rendszerint a sürgősségi betegellátó osztályon keresztül történik. Ez a képesség, különböző mértékben, megtalálható a Role 2-től 4-es szintig terjedő egészségügyi ellátó intézményekben.

Megelőző egészségügyi tevékenység (preventive medicine)[289]: azon szolgálatok tevékenysége, melyek heveny és idült fertőző és nem fertőző betegségek azonosításával, megelőzésével és ellenőrzés alatt tartásával, az élelmiszerek és a környezet higiénijával, valamint a bacilusgazda szervezetek (vektorok) ellenőrzésével foglalkoznak.

Mozgékonyosság (mobility)[290]: a haderők azon képessége, vagy jellemzője, mely lehetővé teszi számukra az egyik helyről a másikra való mozgást, miközben megtartják elsődleges küldetésük végrehajtásának képességét.

Műveleti készenlét (operational readiness)[291]: Egy egység/alakulat, hajó, fegyverrendszer, vagy berendezés azon képessége, hogy küldetését, vagy feladatát, melyre felállították és megtervezték végre tudja hajtani. Használható általános értelemben, vagy a készségi szint kifejezésére.

Műveleti kiképzés (operational training)[292]: A kiképzésnek az a fajtája, mely az egyének, vagy egységek műveleti készenlétét kialakítja, fenntartja, vagy javítja.

Paradigma (paradigm): Egy tudományterület általánosan elfogadott nézetei (fogalmai, szakkifejezései) egy adott korszakban, időpontban. Egy adott időszakban az adott tudomány művelői között kialakult és intézményesült közmegegyezés arról, hogy mi az adott tudomány tárgya, feladata, hol húzódnak a tudományosan érvényes, illetve érvénytelen kérdésseltevések közötti határok, illetve mely feltételek mellett lehet valamely álláspontot egyáltalán tudományon belülinek elfogadni.¹³⁷[293]

Paradigmaváltás (paradigm shift): A paradigmaváltás akkor következik be, amikor a tudósok többsége elfogadja az új paradigmát a további tudományos tevékenység alapjaként - vagyis ha az új tudásrend képes intézményesülni, létrehozza saját tudományos intézeteit, tanszékeit, lapjait ill. átveszi a korábbiak feletti ellenőrzést.¹³⁸ [294]

Sérülés első egészségügyi ellátása a hadszíntéren (Damage Control Resuscitation)[295]: sürgősségi egészségügyi állomány által a sérülést követő egy órán belül alkalmazott beavatkozások a hadszíntéren.

Sérülések adatrögzítő rendszere (trauma registry)[296]: A sérültek kórlapjaiból, elektronikusan, szabványosított formában, kiválasztott szempontok szerint összegyűjtött

¹³⁷ „These (»paradigms«) I take to be universally recognized scientific achievements that for a time provide model problems and solutions to a community of practitioners.”

¹³⁸ „The areas investigated by normal science are, of course, minuscule; the enterprise now under discussion has drastically restricted vision. But those restrictions, born from confidence in a paradigm, turn out to be essential to the development of science. By focusing attention upon a small range of relatively esoteric problems, the paradigm forces scientists to investigate some part of nature in a detail and depth that would otherwise be unimaginable. And normal science possesses a built-in mechanism that ensures the relaxation of the restrictions that bound research whenever the paradigm from which they derive ceases to function effectively. At that point scientists begin to behave differently, and the nature of their research problems changes.”

gyógyítási és egyéb adatok, melyeket statisztikailag elemezni lehet a gyógyító tevékenység teljesítményének javítása érdekében.

Sérülések magasabb szintű ellátása (Advanced Trauma Care)[297]: A műveletek során súlyos sérülést szenvedő állomány nagy százalékának nagyobb esélye lesz a túlélésre, ha megfelelő és azonnali ellátásban részesülnek. A NATO-műveletek számára irányadó elv az, hogy a sérülések magasabb szintű ellátásának a sérülést követő egy órán belül rendelkezésre kell állnia.

Tényeken alapuló ellátás (evidence based medicine)[298]: Az egészségügyi ellátásnak-az a fajta megközelítése, mely elősegíti a hiteles, fontos és alkalmazható, a betegek által jelzett és használható, klinikai megfigyeléseken alapuló és kutatási eredményekből leszűrt tények összegyűjtését, értelmezését, s azok beillesztését a gyógyítás gyakorlatába. A rendelkezésre álló lehető legpontosabb tényeken alapuló megközelítés alkalmazása, figyelembe véve a beteg szükségleteit és az ő körülményeit is, a gyógyítással kapcsolatos döntések minőségi javítását szolgálja.

Védelem-egészségügy: a honvéd-egészségügy része, s értekezésemben ez az alapfogalom a honvéd-egészségügy csapat- és központi tagozati részét jelöli a (Magyar Honvédség Egészségügyi Központ) Honvédkórház nélkül.

„B” Melléklet: az értekezésben előforduló rövidítések jegyzéke

ABV	Vegyí, biológiai, radiológiai, nukleáris	Chemical, biological, radiological, nuclear
CBRN	Chemical, biological, radiological, nuclear	Vegyí, biológiai, radiológiai, nukleáris
CFE	Treaty on Conventional Armed Forces in Europe	Hagyományos Fegyveres Erőkről szóló Európai Szerződés
COMEDS	Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO	NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsa
EBESZ	Európai Biztonsági és Együttműködő Szervezet	Organization for Security and Co-operation in Europe
ENSZ	Egyesült Nemzetek Szervezete	United Nations (UN)
HK	Honvédelmi Közlöny	Defense Bulletin
ISAF	International Security Assistance Force	Nemzetközi Biztonsági Közreműködő Erők
JFC	Összhaderőnemi Haderő Parancsnokság	Joint Force Command
K+F	Kutatás és Fejlesztés	Research and Development
KIA	Killed In Action	Elesettek (harci cselekmények közepette)
KFOR	NATO Kosovo Force	NATO Koszovói Haderő
MC	Military Committee	Katonai Bizottság
MFO	Multinational Force and Observers	Többnemzeti Erők és Megfigyelők
MH EK	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ	Medical Centre Hungarian Defence Forces
NAC	North Atlantic Council	Észak-atlanti Tanács
NATO	North Atlantic Treaty Organisation	Észak-atlanti Szerződés Szervezete
SHAPE	Szövetséges Erők Európai Legfelsőbb Parancsnoksága	Supreme Headquarters Allied Powers Europe
UNFICYP	United Nations Forces in Cyprus	Az Egyesült Nemzetek Szervezetének Cipruson állomásozó Békefenntartó Erői
USNS	United States Naval Ship	Az Egyesült Államok Hadihajója
WIA	Wounded In Action	Sérültek (harci cselekmények közepette)

HIVATKOZÁSOK ÉS FELHASZNÁLT IRODALOM JEGYZÉKE

- [1] Magyar Tudományos Akadémia, Tudományos osztályok
Forrás: <http://mta.hu/cikkek/tudomanyos-osztalyok-102911>
Letöltés ideje: 2014. október 22
- [2] Magyar Tudományos Akadémia, IX. Gazdaság- és Jogtudományok Osztálya
Forrás: http://mta.hu/cikkek/ix-gazdasag-es-jogtudomanyok-osztalya_7981
Letöltés ideje: 2014. október 22
- [3] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff, p. 4.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2014. december 31
- [4] Ács Tibor: Jubilál a Magyar Tudományos Akadémia Hadtudományi Bizottsága. Közölve a Hadtudomány folyóirat 2004. évi 3-4. számában
Forrás: http://www.zmne.hu/kulso/mhtt/hadtudomany/2004/3_4/2004_3_4_5.html
Letöltés ideje: 2014. október 22
- [5] Csiki Tamás: A gazdasági válság hatása Magyarország és egyes szövetséges államok védelmi reformjaira és stratégiai tervezésére I. Nemzeti Közszolgálati Egyetem Stratégiai Védelmi Kutatóközpont Elemzések – 2013/9.
Forrás: http://hvk.uni-nke.hu/downloads/kozpontok/svkk/Elemzesek/2013/SVKK_Elemzesek_2013_9.pdf
Letöltés ideje: 2014. október 25
- [6] Az Amerikai Egyesült Államok védelmi költségének alakulása az elmúlt öt évben - milliárd USA dollár: 2010 – 712; 2011 – 658; 2012 – 634; 2013 – 635; 2014 – 644.
Forrás: <http://web.archive.org/web/20100410144624/http://www.whitehouse.gov/omb/budget/fy2010/assets/hist03z2.xls>
Letöltés ideje: 2014. október 27
- [7] Approaches to Reducing Federal Spending on Military Health Care.
(Forrás: <http://www.cbo.gov/publication/44993>)
Letöltés ideje: 2014. október 27)
- [8] Forrás: <http://web.archive.org/web/20100410144624/http://www.whitehouse.gov/omb/budget/fy2010/assets/hist03z2.xls>
Lásd a táblázat első oszlopának számozása szerinti kilencedik sor adatait (National Defense: Research, Development, Test, and Evaluation)!
Letöltés ideje: 2014. október 27
- [9] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff, pp. 3, 12.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2014. december 31

- [10] The National Security Strategy of the United States of America, September 2002, pp. 2, 30.
Forrás: <http://www.state.gov/documents/organization/63562.pdf>
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [11] Forrás:
<http://web.archive.org/web/20100410144624/http://www.whitehouse.gov/omb/budget/fy2010/assets/hist03z2.xls>
Letöltés ideje: 2014. október 27
- [12] Stockholm International Peace Research Institute, Military Expenditure Database 1988-2013.
Forrás: <http://milexdata.sipri.org/files/?file=SIPRI+milex+data+1988-2011.xls>
Letöltés ideje: 2014. október 27
- [13] Department of Defense Medical Centers of Excellence. Hearing before the Military Personnel Subcommittee of the Committee on Armed Forces House of Representatives. One Hundred Eleventh Congress, Second Session. Hearing held on April 13, 2010.
Forrás: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-111hrg57401/pdf/CHRG-111hrg57401.pdf>
Letöltés ideje: 2014. november 5
- [14] In: Mary Ellen Condon-Roll, PhD, Attack on the Pentagon, The Medical Response to 9/11, p. vii.
Forrás: https://ke.army.mil/bordeninstitute/other_pub/pentagon/PentagonFM.pdf
Letöltés ideje: 2014. november 4
- [15] Defence Expenditures of NATO Countries (2008-2015), Press Release, Communique PR/CP(2016)011, NATO Public Diplomacy Division, 28 January 2016. Graph 1: Defence expenditures
Forrás:
http://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_2016_01/20160129_160128-pr-2016-11-eng.pdf#page=2, Letöltés ideje: 2017. március 22
- [16] Warsaw Summit Communiqué, Issued by the Heads of State and Government participating in the meeting of the North Atlantic Council in Warsaw 8-9 July 2016.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_133169.htm, Letöltés ideje: 2017. március 22
- [17] European Defense Trends 2012, a Report of the Center for Strategic & International Studies, Chart 2, Total European Spending by Defense Spending Categories (2001-2011), p. 4.
Forrás:
http://csis.org/files/publication/121212_Berteau_EuroDefenseTrends2012_Web.pdf
Letöltés ideje: 2014. október 27
- [18] Ranking The Top 10 Best Online Colleges for Current and Former Military. Forrás: <http://www.onlinemilitaryeducation.org/best/online-colleges-for-military-gi-bill/>
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [19] Együttműködési Megállapodás a Magyar Tudományos Akadémia és a Magyar Köztársaság Honvédelmi Minisztériuma között, 2007 május 16. II fejezet, 10. pont.
Forrás: <http://www.mtahtb.zmne.hu/> Archív anyagok 2007.
Letöltés ideje: 2014. november 8

- [20] Increase in Number of International Students.
Forrás: <http://www.topuniversities.com/university-rankings-articles/world-university-rankings/increase-number-international-students>
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [21] Eduline. Felsőoktatás. Rangsor az akadémiai címmel rendelkező oktatók száma alapján
Forrás: http://eduline.hu/felsooktatas/2012/11/17/Akademiai_doktor_szama_felsooktatasi_rangso_FBKU35
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [22] Fergéné Kecskeméti Zsuzsa, a Magyar Tudományos Akadémia rendes tagja: Ellenálló egyenlőtlenségek (A mai egyenlőtlenségek természetrajzához), Székfoglaló előadás, 2005. április 21.
Forrás: <http://mta.hu/fileadmin/szekfoglalok/000198.pdf>
Letöltés ideje: 2014. november 6
- [23] Eduline. Felsőoktatás. Galéria: ilyenek a világ legjobb egyetemei.
Forrás: http://eduline.hu/felsooktatas/2014/10/24/Galeria_ilyenek_a_vilag_legjobb_egyetei_B7XD5Q
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [24] Eduline. Felsőoktatás. Rangsor az akadémiai címmel rendelkező oktatók száma alapján (a Nemzeti Közszolgálati Egyetem a 15. helyen)
Forrás: http://eduline.hu/felsooktatas/2012/11/17/Akademiai_doktor_szama_felsooktatasi_rangso_FBKU35
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [25] Forrás: http://www.felvi.hu/felveteli/palyaorientacio/palyak_foglalkozasok_kepzesek/tudatos_palyavalasztok_katonai_vezeto_szak
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [26] Eduline. Felsőoktatás. Erre a friss felsőoktatási rangsorra három magyar egyetem is felkerült.
Forrás: http://eduline.hu/felsooktatas/2014/10/6/THE_rangsor_20142015_feltorekvo_orzagok_F97V48
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [27] Bali József: Nemzeti Katonai Stratégia 2012 – új jövőkép kérdőjelekkel.
Hadtudomány 2013. 3-4. szám.
Forrás: http://mhtt.eu/hadtudomany/2013/3_4/Hadtudomany_2013_3-4_2.pdf
Letöltés ideje: 2014. október 24
- [28] 2144/2002 (V.6.) kormányhatározat a Magyar Köztársaság Nemzeti Biztonsági Stratégiájáról
- [29] 2073/2004 (III. 31.) kormányhatározat a Magyar Köztársaság Nemzeti Biztonsági Stratégiájáról

- [30] A szakértői csoportban az alábbi szaktekintélyek dolgoztak: Aczél Endre, Deák Péter, Gyarmati István (elnök), Lengyel László, Szenes Zoltán, Valki László, Vértés András és Tóth Péter.
Az első katonai stratégia kidolgozásának folyamatát, módszertani kérdéseit lásd Deák Péter: Helyzetelemzéstől a jövőképig. Gondolatok a Nemzeti Katonai Stratégiáról. Hadtudomány 2009/1-2. szám, pp. 26-27.
- [31] 1009/2009 (I. 30.) kormányhatározat a Magyar Köztársaság Nemzeti Katonai Stratégiájáról
- [32] Kiss Petra (2012): A magyar stratégiai gondolkodás változása a nemzeti biztonsági stratégiák tükrében. In: Hadtudomány. 2012/3–4. p. 79.
Forrás: http://www.matarka.hu/cikk_list.php?fusz=110580
Letöltés ideje: 2017. március 12
- [33] Beszámoló a Magyar Országgyűlés számára a Magyar Tudományos Akadémia munkájáról, és a magyar tudomány általános helyzetéről 2011-2012, p. 10.
Forrás: http://mta.hu/data/cikk/13/34/81/cikk_133481/ogy_beszamolo_2011-2012/book.swf
Letöltés ideje: 2014. október 20
- [34] Magyar Tudományos Akadémia Hadtudományi Bizottság, tagok névsora elérhető: http://mta.hu/ix_osztaly_cikkek/hadtudomanyi-bizottsag-114641 Letöltés ideje: 2014. november 5
- [35] Az MTA IX. Osztály Hadtudományi Bizottságának tevékenysége a 2009-es évben.
Forrás: http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2009/2009_4/2009_4_alt_gocze_istvan_115_118.pdf
Letöltés ideje: 2014. november 5
- [36] Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Védelem-egészségügyi Igazgatóság, a Speciális Katonaorvosi és ABV Védelmi Intézet rendeltetése, feladata.
Forrás: <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/494>
Letöltés ideje: 2014. november 4
- [37] Forrás: <http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/560>
Letöltés ideje: 2014. november 8
- [38] Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakítására, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és -támogató tevékenységre, Ph. D. értekezés, Budapest 2003, p. 5.
Forrás: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2003/sved_laszlo.pdf
Letöltés ideje: 2014. november 3
- [39] Együttműködési Megállapodás a Magyar Tudományos Akadémia és a Magyar Köztársaság Honvédelmi Minisztériuma között, 2007 május 16.
Forrás: <http://www.mtahtb.zmne.hu>, Archív anyagok 2007.
Letöltés ideje: 2014. november 8

- [40] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), Edition B Version 1, May 2015, Preface, Paragraph 3, p. 13. Meeting the Security Challenge.
Forrás: http://www.coemed.org/images/Courses_pdf/stanags/mmsop/2228_AJP-4.10%20EDB%20V1%20E.pdf
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [41] A NATO 1991-es Stratégiai Konceptiója, I. fejezet, 8. pont.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_23847.htm/
Letöltés ideje: 2010. október 30
- [42] Szabó András: Az információs hadviselés és a hadtudomány. – In: Hadtudomány. A Magyar Hadtudományi Társaság folyóirata, 1998. december, VIII. évfolyam 4. szám (elektronikus), p. 9.
Forrás: <http://www.zmne.hu/kulso/mhtt/hadtudomany/1998/ht-1998-4-5.html>
Letöltés ideje: 2010. november 24
- [43] A NATO 2010-es Stratégiai Konceptiója, p. 6.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_68580.htm
Letöltés ideje: 2011. december 17
- [44] A NATO 2010-es Stratégiai Konceptiója, 4. c bekezdés, p. 7.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_68580.htm
Letöltés ideje: 2011. december 17
- [45] ISAF's mission in Afghanistan (2001-2014) (Archived)
http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_69366.htm
Letöltés ideje: 2017. március 13
- [46] Magyar Hadtudományi Társaság: Hadtudományi Lexikon I. Kötet, p. 144, Szabó József (főszerk.) – Budapest, 1995. – ISBN 963 04 5227 8
- [47] Washingtoni szerződés
Forrás:
http://www.mfa.gov.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Biztonsagpolitika/NATO_dokumentumok/
Letöltés ideje: 2010. október 30
- [48] A NATO 1991-es Stratégiai Konceptiója, II. fejezet, 19-22. pont.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_23847.htm/ Letöltés ideje: 2010. október 30
- [49] Lásd ugyanott, III. fejezet, 6-10. pont.
- [50] MH Katona Konferencia 2011, Székesfehérvár, 2011. december 13.
Forrás: <http://www.honvedelem.hu/cikk/29401/csokkeno-burokracia%2c-erosodo-kommunikacio/>
Letöltés ideje: 2011. december 19
- [51] A NATO 2010-es Stratégiai Konceptiója, 4. c pont, p. 7.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_68580.htm
Letöltés ideje: 2011. december 17

- [52] Christian Walter, Professor of Law at Ludwig Maximillians University Munich, explores the limits of state sovereignty. Do the provisions of international law provide a basis for the legitimate removal of despots like Bashar al-Assad?
Forrás: http://www.en.uni-muenchen.de/functions/search/index.html?cref=http%3A%2F%2Fwww.en.uni-muenchen.de%2Ffunctions%2Fsearch%2Fcse_config.xml&cof=FORID%3A11&q=military&siteurl=www.en.uni-muenchen.de%2Findex.html&ref=www.google.hu%2Furl%3Furl%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.en.uni-muenchen.de%2F%26rct%3Dj%26frm%3D1%26q%3D%26esrc%3Ds%26sa%3DU%26ei%3DXuNMVOLpN4bfapv6gSA%26ved%3D0CCIQjBAwAQ%26usg%3DAFQjCNENZsCqum5WohrnvGTd_Cxm2jVXXQ&ss=9111j9393925j22
Letöltés ideje: 2014. október 26
- [53] A NATO 1991-es Stratégiai Koncepciója, I. fejezet, 9. pont.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_23847.htm
Letöltés ideje: 2010. október 30
- [54] Lásd ugyanott, IV. fejezet, 34-38. pont.
- [55] Washingtoni Szerződés
Forrás: http://www.mfa.gov.hu/kum/hu/bal/Kulpolitikank/Biztonsagpolitika/NATO_dokumentumok/
Letöltés ideje: 2010. október 30
- [56] Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/news_121898.htm
Letöltés ideje: 2016. január 14
- [57] Statement by the North Atlantic Council following meeting under Article 4 of the Washington Treaty, 28 July 2015
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_121926.htm
Letöltés ideje: 2016. január 14
- [58] Gazdag Ferenc: A biztonsági szektor reformja és a nemzetközi szervezetek. In: Nemzet és biztonság, Biztonságpolitikai szemle, 2008. december, I. évfolyam 11. szám, p. 36. – HU ISSN 1789-5286
- [59] President Obama`s Plan to Fight Climate Change
Forrás: <http://www.whitehouse.gov/climate-change>
Letöltés ideje: 2015. január 22
- [60] Második Nemzeti Éghajlatváltozási Stratégia 2014-2025, Kitekintéssel 2050-re, 2013 szeptember 30, p. 144.
Forrás: http://nak.mfgi.hu/sites/default/files/files/NES_final_131016_kikuld_kozig_egyeztetes.pdf
Letöltés ideje: 2015. január 22
- [61] Implementation of the Comprehensive Approach Action Plan and the Lisbon Summit Decisions on the Comprehensive Approach
PO(2011)0529-REV1, 19 December 2011, NATO Unclassified
- [62] Lásd ugyanott, a dokumentum mellékletének I.3. pontja alatt!

- [63] UNSCR 1325, 2000. október 31
Forrás: http://www.un.org/events/res_1325e.pdf
Letöltés ideje: 2011. december 19
- [64] Anders Fogh Rasmussen NATO főtitkár nyilatkozata a Szövetség átalakításával kapcsolatban, 2011. szeptember 30
Forrás: <http://natolibguides.info/transformation>
Letöltés ideje: 2012. március 13
- [65] Washingtoni Szerződés
Forrás: <http://www.origo.hu/itthon/19990209azeszakatlanti.html>
Letöltés ideje: 2016. január 17
- [66] Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/news_80052.htm
Letöltés ideje: 2017. március 13
- [67] Forrás: <http://www.nato.int/terrorism/five.htm>
Letöltés ideje: 2014. november 9
- [68] Vekerdi Zoltán: A biztonság értelmezésének változása.
Hadtudomány, XXII. évf. 2012, 1-2. sz. p. 68.
- [69] A NATO 2010-es Stratégiai Koncepciója, 33. pont, p. 29.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_68580.htm
Letöltés ideje: 2011. december 17
- [70] Paul J. Saunders: Seven Ways a New Cold War with Russia Will Be Different. The National Interest, May 11, 2014.
Forrás: <http://nationalinterest.org/feature/seven-ways-new-cold-war-russia-will-be-different-10439>
Letöltés ideje: 2014. november 9
- [71] Forrás: <http://www.secondworldwarhistory.com/world-war-2-statistics.asp>
Letöltés ideje: 2014. december 26
- [72] A táblázatot szerkesztette: Vekerdi Zoltán
Forrás: <http://www.nationalww2museum.org/learn/education/for-students/ww2-history/ww2-by-the-numbers/wartime-production.html>
Letöltés ideje: 2014. december 22
- [73] A táblázatot szerkesztette: Vekerdi Zoltán
Forrás: <http://www.nationalww2museum.org/learn/education/for-students/ww2-history/ww2-by-the-numbers/wartime-production.html>
Letöltés ideje: 2014. december 22
- [74] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff Forrás:
http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2014. december 31
- [75] Chapter 4. Influence of Logistics on Strategy, pp. 32-54.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2014. december 31

- [76] Wirtschaft und Statistik November 1949 pp 226-29, journal published by Statistisches Bundesamt Deutschland. (German Federal Statistical Office)
American War and Military Operations Casualties: Lists and Statistics, p. 2
Forrás: <https://fas.org/sgp/crs/natsec/RL32492.pdf>
Letöltés ideje: 2017. március 13
- Ellis, John. World War II – A statistical survey Facts on File 1993. ISBN 0-8160-2971-7. p. 254
- Commonwealth War Graves Commission, Annual Report 2014-2015, p. 38
Forrás: https://issuu.com/wargravescommission/docs/ar_2014-2015?e=4065448/31764375
Letöltés ideje: 2017. március 13
- [77] Forrás: <http://www.world-war-2.info/casualties/>
Letöltés ideje: 2015. január 1
- [78] Forrás: MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter One – Introduction, Paragraph 1.1 The Role of Military Medical Support in a changing environment.
- [79] Krivoseev – 126-os táblázat, a több alkalommal sérülést szenvedett katonák számadatai.
Forrás: <http://lib.ru/MEMUARY/1939-1945/KRIWOSHEEW/poteri.txt#w02.htm-186>
Letöltés ideje: 2015. január 3
- [80] Az egészségügyi szolgálat tevékenysége a háború éveiben, p. 12.
Forrás: http://www.historymed.ru/img_content/train/referat_medvoyna.pdf Letöltés ideje: 2015. január 3
- [81] Krivoseev – 127-es táblázat, egészségügyi veszteségek az ellátás fajtáját és kimenetelét tekintve 1941 és 1945 között, a japánokkal vívott háború adatainak figyelembe vételével.
Forrás: <http://lib.ru/MEMUARY/1939-1945/KRIWOSHEEW/poteri.txt#w02.htm-186>
Letöltés ideje: 2015. január 3
- [82] Krivoseev – 122-es táblázat, a szovjet-német frontvonalakon a Vörös Hadsereg és a Haditengerészet halottainak száma (1941 június 22 és 1945 december 31 között), illetve a japánokkal vívott háborúban elesettek számadatai (1945 augusztus 9 és szeptember 2 között).
Forrás: <http://lib.ru/MEMUARY/1939-1945/KRIWOSHEEW/poteri.txt#w02.htm-186>
Letöltés ideje: 2015. január 3
- [83] Az egészségügyi szolgálat tevékenysége a háború éveiben.
Forrás: http://www.historymed.ru/img_content/train/referat_medvoyna.pdf Letöltés ideje: 2015. január 3
- [84] Krivoseev – 129-es táblázat, a sérültek és betegek egészségügyi intézményekben tartózkodásának átlagos időtartama.
Forrás: <http://lib.ru/MEMUARY/1939-1945/KRIWOSHEEW/poteri.txt#w02.htm-186>
Letöltés ideje: 2015. január 5

- [85] Közegészségügy, higiénia és járványügy a Nagy Honvédő Háború időszakában. (Elérhető az Orosz Föderáció Közegészségügyi-járványügyi szolgálatának honlapján)
Forrás: <http://rosoblises.ru/sanitarno-epidemiologicheskie-sluzhby/gigiena/sanitariya-gigiena-i-epidemiologiya-v-periodvelikoi-otechestvennoi-voiny-1941%E2%80%931945-gg.html>
Letöltés ideje: 2015. január 5
- [86] Az egészségügyi szolgálat tevékenysége a háború éveiben, p. 7.
Forrás: http://www.historymed.ru/img_content/train/referat_medvoyna.pdf Letöltés ideje: 2015. január 12
- [87] Lásd ugyanott, p. 2.
- [88] Lásd ugyanott, p. 9.
- [89] Lásd ugyanott, p. 9.
- [90] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff, p. 124.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2015. január 18
- [91] Az egészségügyi szolgálat tevékenysége a háború éveiben, p. 3
Forrás: http://www.historymed.ru/img_content/train/referat_medvoyna.pdf Letöltés ideje: 2015. január 8
- [92] Gates Seeks to Improve Battlefield Trauma Care in Afghanistan, The New York Times, January 27, 2009
Forrás: http://www.nytimes.com/2009/01/28/washington/28military.html?_r=0
Letöltés ideje: 2015. január 19
- [93] Samuel M. Galvagno Jr et al., Association Between Helicopter vs Ground Emergency Medical Services and Survival for Adults With Major Trauma. The Journal of the American Medical Association, April 18, 2012, Vol 307, No. 15
Forrás: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1148152#qundefined>
Letöltés ideje: 2015. január 9
- [94] NATO in Afghanistan – Medical Emergency Response Team, British military doctors in Helmand, May 18, 2009.
Forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=hLVLynrZqgs>
Letöltés ideje: 2015. január 9
- [95] Irak, 2006, USA 10. számú Harctámogató Kórházban tett látogatásom során kapott szóbeli közlés, és Afganisztán, 2003, kabuli német tábori kórházban szerzett tapasztalataim nyomán.
- [96] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff, pp. 30-31.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2015. január 17
- [97] Lásd ugyanott, p. 25.
- [98] Lásd ugyanott, p. 125.

- [99] Lásd ugyanott, p. 124.
- [100] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter Two – Principles, Paragraph 2.6 Best medical practice.
- [101] Magyar Honvédség Egészségügyi Doktrína, 2. kiadás (2013), 10.3 fejezet, A katona-egészségügy minőségbiztosítása.
- [102] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff, p. 121.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2015. január 18
- [103] NATO Trauma Registry Task Force, NATO Centre of Excellence for Military Medicine
Forrás: <http://www.coemed.hu/coemed/news-a-events/133-nato-trauma-registry-task-force>
Letöltés ideje: 2015. január 22
- [104] Logistics in World War II, Final Report of the Army Service Forces, A Report to the Under Secretary of War and the Chief of Staff by the Director of Service, Supply, and Procurement Division, War Department General Staff, p. 125.
Forrás: http://www.history.army.mil/html/books/070/70-29/CMH_Pub_70-29.pdf
Letöltés ideje: 2015. január 24
- [105] Forrás: <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/wwi/fieldoperations/ch5fig32.jpg>
Letöltés ideje: 2015. január 25
- [106] Kriegssanitätsvorschrift (heer), I. Teil, Berlin 1938. 50-53-as pontok, p. 21.
- [107] Ekkhart Guth et al. Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, Verlag E. S. Mittler & Sohn GmbH, Herford, Bonn, 1990
- [108] Heiz Goerke, Die Möglichkeiten und Methoden der Verwundetenversorgung im Frontbereich, p. 35.
- [109] Dr. Frank Richárd: Honvédségünk háborús szolgálata. Honvédorvos, XII. évfolyam 11-12. szám, pp. 126-130.
- [110] In: Don-kanyar 1942-1943: A Magyar Királyi 2. Honvéd Hadsereg képes krónikája = An illustrated chronicle of the Royal Hungarian 2nd Honvéd Army. Szabó Péter. Budapest: Zrínyi Kiadó, 2013; HM Hadtörténeti Intézet és Múzeum, p. 153.
- [111] Frontnaplók a Don-kanyarból, 1942-1943. Az Oroszországban hősi halált halt és hadifogságban elpusztult zalai honvédek emlékére. Zala Megyei Levéltár, Zalaegerszeg, 1992. pp. 20, 37, 38, 67, 84, 87, 93, 110, 117, 122.
Forrás: <http://www.zml.hu/letoltes/frontnaplok.pdf>
Letöltés időpontja: 2015 február 9
- [112] In: Don-kanyar 1942-1943: A Magyar Királyi 2. Honvéd Hadsereg képes krónikája = An illustrated chronicle of the Royal Hungarian 2nd Honvéd Army. Szabó Péter. Budapest: Zrínyi Kiadó, 2013; HM Hadtörténeti Intézet és Múzeum, p. 186.
- [113] Medical Advances, Pentagon Panel Project: Navy Medicine in the Korean War.
Forrás: <http://www.koreanwar60.com/medical-advances>
Letöltés időpontja: 2015 február 18

- [114] Michael E. DeBakey
Forrás: <https://www.houston.va.gov/debakey.asp>
Letöltés időpontja: 2017 március 13
- [115] Forrás: <http://www.koreanwar60.com/medical-advances>
Letöltés időpontja: 2015 február 19
- [116] Forrás: http://www.qmmuseum.lee.army.mil/korea/lightweight_body_armor.htm
Letöltés időpontja: 2015 február 19
- [117] Wiesner, Jerome B. "The Cold War is Dead, but the Arms Race Rumbles On," *The Bulletin of the Atomic Scientists*. 23 June 1967, p. 3.
- [118] Annual Report of the Surgeon General United States Army, Fiscal Year 1958, Combat Development and Organization of Forces.
Forrás: <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/AnnualRpt1958/combatdevelopmentandorganization.htm>
Letöltés időpontja: 2015. február 12
- [119] Nuclear Files.org
Forrás: <http://www.nuclearfiles.org/menu/key-issues/nuclear-weapons/basics/neutron-bomb.htm>
Letöltés időpontja: 2017. március 13
- [120] A NATO 2010-es Stratégiai Konceptiója, Bevezető rész
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_68580.htm
letöltés ideje: 2015. február 15
- [121] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Paragraph 3.10, p. 10.
- [122] Annual Report of the Surgeon General United States Army, Fiscal Year 1959, Combat Development.
Forrás: <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/AnnualRpt1959/combatdevelopment.htm>
Letöltés időpontja: 2015. február 15
- [123] Annual Report of the Surgeon General United States Army, Fiscal Year 1960, Preparedness.
Forrás: <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/AnnualRpt1960/preparedness.htm>
Letöltés időpontja: 2015. február 15
- [124] Vietnam Studies, Medical Support of the U.S. Army in Vietnam 1965-1970, XIV, Hospitalization, pp. 172-173, 176.
Forrás: <http://www.history.army.mil/books/Vietnam/MedSpt/chpt3.htm> Letöltés időpontja: 2015. február 25
- [125] Professzor Dr. Vámos László: „Javaslat a Védelem egészségügyi stratégiára” címmel tartott előadásának 16. diája.
Forrás: <http://docslide.net/documents/javaslat-a-vedelem-egeszseguegyi-strategiara.html>
Letöltés időpontja: 2016. augusztus 14

- [126] Vietnam Studies, Medical Support of the U.S. Army in Vietnam 1965-1970, Chapter I, The Medical Command Structure, p. 23.
Forrás: <http://www.history.army.mil/books/Vietnam/MedSpt/chpt1.htm> Letöltés időpontja: 2015. február 25
- [127] Lásd ugyanott, Chapter XIV, Summary and Conclusions, p. 169.
- [128] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter Four – Command Control and Communication, Paragraph 4.3 Treatment capabilities, p. 11.
- [129] The Hard Truth about Fragging by Peter Brush.
Forrás: <http://www.historynet.com/the-hard-truth-about-fragging.htm>
Letöltés időpontja: 2015. február 27
- [130] Fragging: Why U.S. Soldiers Assaulted Their Officers in Vietnam by George Lepre (könyvismertető).
Forrás: <https://www.amazon.com/Fragging-Soldiers-Assaulted-Officers-Southeast/dp/0896727157>
Letöltés időpontja: 2015. február 27
- [131] Vietnam War: After Action Reports by BACM research (könyvismertető, p. 191).
Forrás: https://books.google.hu/books?id=Dch3m7u2K5YC&pg=RA1-PA440&lpg=RA1-PA440&dq=bamboo+stretchers+in+vietnam+war&source=bl&ots=-NMzO5tmyg&sig=5DCi0XdKQANdvFQ1MT_LAIVEUDE&hl=hu&sa=X&ei=TGPzVMm7LtKXauavgfAI&ved=0CCIQ6AEwAw#v=onepage&q=bamboo%20stretchers%20in%20vietnam%20war&f=false
Letöltés időpontja: 2015. március 1
- [132] Egy katonaorvos a vietnami háborúban.
Forrás: <http://www.bocskai-konyvtar.hu/web/bocskai-dandar/katonaorvos-vietnami-haboruban>
Letöltés időpontja: 2015. március 1
- [133] Vietnamization
Forrás: <https://www.britannica.com/topic/Vietnamization>
Letöltés időpontja: 2017. március 13
- [134] Harcban a halállal: az Öböl-háború (Papp Dezső honlapja).
Forrás: <http://www.papp.gportal.hu/gindex.php?pg=33486698&nid=5753835>
időpontja: 2015. március 7
- [135] Részlet a Honvéd Vezérkar főnöke részére, 374-2/2012 nyilvántartási számon, a Magyar Honvédség Honvédkórház parancsnoka (MH egészségügyi szolgálatfőnök) által 2012. június 6-án, a magyar-amerikai katona-egészségügyi együttműködés tárgyban felterjesztett összefoglaló jelentésből. Ügyintéző: Cserenyecz Béla közalkalmazott.
- [136] Svéd László – Válságkezelés egészségügyi biztosítása. Magyar orvos-csoport az öbölháborúban. I. rész. Katonai Logisztika, 2. évfolyam, 1994. 4. szám, pp. 137-169.

- [137] Szökőár után gyógyított. Szumátra legészakibb részére vezetett egészségügyi és mentőcsoportot dr. Skalicky Zoltán.
Forrás: http://www.kisalfold.hu/velemenyszokoar_utan_gyogyitott_/1124058/
Letöltés időpontja: 2015. március 7
- [138] KFOR
Forrás: <http://jfcnaples.nato.int/kfor>
Letöltés időpontja: 2016. június 18
- [139] ISAF
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_69366.htm
Letöltés időpontja: 2016. június 18
- [140] NATO Comprehensive Approach
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_51633.htm
Letöltés időpontja: 2016. június 18
- [141] Részletek a témában Mr. Sandoval-al 2009-2010-ben folytatott elektronikus levélváltásaimból.
- [142] Forrás: http://www.nato.int/cps/eu/natohq/topics_111767.htm#c111
Letöltés időpontja: 2015. március 9
- [143] Founding Act on Mutual Relations, Cooperation and Security between NATO and the Russian Federation signed in Paris, France, part I. Principles.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_25468.htm
Letöltés időpontja: 2015. március 10
- [144] EBESZ
Forrás: http://www.mfa.gov.hu/kulkepviselet/AT_EBESZ/hu/EBESZ/EBESZ.htm
Letöltés időpontja: 2016. június 18
- [145] CFE
Forrás: <http://www.osce.org/library/14087>
Letöltés időpontja: 2016. június 18
- [146] Founding Act on Mutual Relations, Cooperation and Security between NATO and the Russian Federation signed in Paris, France, part IV. Political-Military Matters.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_25468.htm
Letöltés időpontja: 2015. március 10
- [147] MFO Origins
Forrás: <http://mfo.org/info/47>
Letöltés időpontja: 2015. március 11
- [148] 1995. évi LXVII. törvény az Észak-atlanti Szerződés Szervezetével aláírt „Békepartnerség” program Keretdokumentumának törvénybe iktatásáról, és annak a Magyar Köztársaság által történő végrehajtásáról.
Forrás: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99500067.TV#ljl1param
Letöltés időpontja: 2015. március 12
- [149] Lásd ugyanott, 3. e) pont.
- [150] MC 335 Establishment of the Committee of the Chiefs of *Military* Medical Services in NATO (COMEDS), 1993. okt. 22.

- [151] Dr. Kopcsó István orvos ezredes: A katona-egészségügyi szolgálat XXI. századi kihívásai, különös tekintettel a NATO egészségügyi transzformációs folyamatának támogatására, PhD értekezés, II.2, A COMEDS története és felépítése, p. 50.
Forrás: http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2010/kopcs_istvan.pdf
Letöltés időpontja: 2015. március 12
- [152] General considerations of forward surgery. In: Bowen T E, Bellamy R F, eds. Emergency war surgery. Second United States revision of the Emergency War Surgery NATO Handbook, United States Department of Defence. Washington, D.C.: United States Government Printing Office, 1988, pp. 1-13.
- [153] Saric et al.: NATO War Medicine Doctrine Revisited in Bosnia and Herzegovina, Journal of the Royal Army Medical Corps 1994; 140, pp. 132-134.
Forrás: http://jramc.bmj.com/content/140/3/132.full.pdf+html?ijkey=cb7f30e1e557fcb862b093e6cc862d7bb684e428&keytype2=tf_ipsecsha
Letöltés időpontja: 2016. július 1
- [154] Tálás Péter – Csiki Tamás: Irak – mérleg a kivonulás után, p. 1. NKE HHK Stratégiai Védelmi Kutatóközpont, Nézőpontok – 2012/1
Forrás: http://www.grotius.hu/doc/pub/SNQDTJ/2012_18_irak_merleg_a_kivonulas_utan.pdf
Letöltés időpontja: 2016. július 3
- [155] A Képviselőház által 2013. március 18-án kiadott jelentés 821 milliárd dolláros költséget közöl az Irakban folytatott hadműveletek kapcsán. H.R.1238 — 113th Congress (2013-2014) - True Cost of War Act of 2013. Sec. 2. Report on long-term costs of Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom.
Forrás: <https://www.congress.gov/bill/113th-congress/house-bill/1238/text>.
Letöltés időpontja: 2017. március 19
- [156] Lásd ugyanott.
- [157] Lásd ugyanott, p. 5.
- [158] Forrás: <http://www.iraqinquiry.org.uk/the-report>
Letöltés időpontja: 2016. július 6
- [159] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter One – Introduction, Paragraph 1.1.a. Changes in Society, p. 3.
- [160] Tálás Péter – Csiki Tamás: Irak – mérleg a kivonulás után, p. 1. NKE HHK Stratégiai Védelmi Kutatóközpont, Nézőpontok – 2012/1
Forrás: http://www.grotius.hu/doc/pub/SNQDTJ/2012_18_irak_merleg_a_kivonulas_utan.pdf
Letöltés időpontja: 2016. július 3
- [161] Landmark NATO Summit to begin in Warsaw
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/news_133170.htm
Letöltés időpontja: 2016. július 7

- [162] Schandl László, Vekerdi Zoltán, Szabó Sándor, Svéd László:
A Magyar katonai Egészségügyi Kontingens afganisztáni missziója. katonai-egészségügyi tapasztalatok,
 Honvéderős, LVII. évf. 2005., 1-2. sz. pp. 5-23
 Forrás: <http://mob.gyemszi.hu/details.jsp?ITEMID=1032461>
 Letöltés időpontja: 2016. július 7
- [163] Schandl László, Vekerdi Zoltán, Svéd László:
A békefenntartó hadműveletek egészségügyi biztosítása Afganisztánban,
 Béketeremtés, békefenntartás.
 Kodolányi János Főiskola Tanulmánykötet, ISBN: 963 9558 36 2
 Forrás:
http://hadtori.hunteska.ikron.hu:8080/monguz2/index.jsp;jsessionid=3A3D202AF0E00380DE15C671A36C16CB?from_page=details&page=details&dbname=database&biblid=4&bib1field=0&term=73353&monguz_handicap_gui=true
 Letöltés időpontja: 2016. július 7
- [164] Z. Vekerdi
“Reconstruction and Development efforts in Crises Response Operations”
 Medical Corps International Forum, 1./4 – 2010, pp. 63-65
 Forrás: <http://www.mci-forum.com/media/epaper/26/flash.html>
 Letöltés időpontja: 2016. július 7
- [165] NATO Comprehensive Approach Action Plan, C-M(2008)0029-COR1, 02 April 2008 (NR); Updated by PO(2011)0045, 01 March 2011 (NU), releasable to EU
- [166] Allied Command Transformation Study on Nations` Approaches to Comprehensive Approach, 08 Apr 2011
- [167] EUMC document ST 9830-10 - Towards a CA - The Operating Implications - Dated 17 May 2010
- [168] The Golden Hour – Documentary on Combat Medicine in Afghanistan – Full.
 Forrás: <https://www.youtube.com/watch?v=MapJydwY1sA>
 Letöltés időpontja: 2016. július 8
- [169] NATO Riga Summit Declaration, 29 November 2006, paragraph 10.
 Forrás: <http://www.nato.int/docu/pr/2006/p06-150e.htm>
 Letöltés időpontja: 2016. július 8
- [170] NATO Bucharest Summit Declaration, 3 April 2008, paragraph 11.
 Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_8443.htm
 Letöltés időpontja: 2016. július 8
- [171] NATO Strategic Concept 2010, paragraph 21.
 Forrás: <http://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf>
 Letöltés időpontja: 2016. július 9
- [172] SHAPE Allied Command Operations, Comprehensive Operations Planning Directive, 17 December 2010.
 Forrás: <https://info.publicintelligence.net/NATO-COPD.pdf>
 Letöltés időpontja: 2016. július 17
- [173] Vekerdi Zoltán: *“Reconstruction and Development efforts in Crises Response Operations”*. Medical Corps International Forum, 1/4 – 2010, pp. 63-65.

- [174] Medical Assistance and Collaboration Tool.
Forrás: <http://www.act.nato.int/acts-medactool-excels-in-international-conference-test>
Letöltés időpontja: 2016. július 15
- [175] Forrás: Valerie Denux ezredes (NATO Szövetséges Átalakítási Főparancsnokság, Egészségügyi Osztály) tájékoztatójából (2011), az eszköz rendeltetéséről és várható előnyeiről.
- [176] JM Fletcher, Medical Contribution to the Comprehensive Approach, Journal of the Royal Army Med Corps 2011;157:392-395 doi:10.1136/jramc-157-04-09
Forrás: <http://jramc.bmj.com/content/157/4/392.full.pdf+html>
Letöltés időpontja: 2016. július 19
- [177] Afghan flight medic spurs evolution in medevac training.
Forrás:
https://www.army.mil/article/97230/Afghan_flight_medic_spurs_evolution_in_medevac_training
Letöltés időpontja: 2016. július 17
- [178] Medical Support Precepts and Guidance for NATO, MC 326 (Final), 20 January 1993.
- [179] Lásd ugyanott, p. 2.
- [180] Military Committee Directive for NATO Medical Support Principles and Policies, MC 326/1 (Final), 14 June 1999
- [181] NATO Principles and Policies for Logistics, Military Committee 319/1, 30 June 1997
- [182] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), Edition B Version 1, May 2015, Preface, Paragraph 6, p. IV. Target Audience.
Forrás: http://www.coemed.org/images/Courses_pdf/stanags/mmsop/2228_AJP-4.10%20EDB%20V1%20E.pdf
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [183] Military Committee Directive for NATO Medical Support Principles and Policies, MC 326/1 (Final), 14 June 1999, Annex A – Explanation of Terms, p. 1-A-3. Role of Medical Support.
- [184] NATO Principles and Policies of Operational Medical Support, MC 0326/2 (Final), 7 April 2004
- [185] The Alliance`s Strategic Concept, 24 April 1999.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/official_texts_27433.htm
Letöltés időpontja: 2016. július 24
- [186] Az ábra a 2007. április 18-i előadásomból való. A magas intenzitású (a NATO Alapító Okirat 5. cikkelye szerinti) műveletek sérültszámítása az azóta már hatályát veszített, 1993. évi tervezési utasítás alapján (*Allied Command Europe Directive 85-8, Allied Command Europe Medical Support Principles, Policies and Planning Parameters*) készült. A KFOR erők létszáma 2007-ben megközelítette az 50ezer főt, míg napi (jellemzően nem harci eredetű) sérültszáma a tapasztalatok alapján nem érte el az ötvenet.

- [187] Vekerdi Z., Svéd L., Grósz A., Bazsó P., Szugyiczki-Győri K.: Hungarian Experience in Integrating Military and Civilian Medical Capabilities. Medical Corps International Forum, 4/2013-as szám.
Forrás: <http://www.mci-forum.com/hungarian-experience-in-integrating-military-and-civilian-medical-capabilities>
Letöltés ideje 2016. július 25
- [188] NATO School Oberammergau, Academics, Courses (a keresőbe be kell írni a kulcsszót: *medical*).
Forrás: <https://www.natoschool.nato.int/Academics/Resident-Courses/Course-Catalogue?keyword=medical&code=&startdate=&enddate=&exactdatematch=False&durationfrom=1&durationto=3084&residentcourse=True&onlinecourse=True&allmodules=False&department=#81aid-aid>
Letöltés ideje 2016. július 25
- [189] Szintén a 2007 április 18-i előadásom egyik ábrája.
- [190] Lásd ugyanott.
- [191] Lásd ugyanott.
- [192] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, 27 September, 2011
- [193] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), Edition B Version 1, May 2015, Preface, Paragraph 1.1.6, Clinical Timelines, Sub-paragraph 2.b-c, pp. 1-6.
Forrás: http://www.coemed.org/images/Courses_pdf/stanags/mmsop/2228_AJP-4.10%20EDB%20V1%20E.pdf
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [194] Vekerdi Zoltán: A NATO Katona-egészségügyi jövőképe és célkitűzései a 2007-2016-os időszakra – Ismertető (a NATO MC 0572 számú dokumentuma alapján), Honvédorvos, LXI. évf. 2009. 3-4. sz. pp. 193-198.
- [195] North Atlantic Council
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_49763.htm
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [196] Nuclear Planning Group
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_50069.htm
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [197] Defence Policy and Planning Committee
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_69128.htm
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [198] Allied Command Transformation
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_52092.htm
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [199] Allied Command Operations
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_52091.htm
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [200] A 2012. március 24-én tartott előadásom egyik (lefordított) ábrája.

- [201] Comprehensive Political Guidance, Part 2 – Implications for the Alliance, Paragraph 4.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natolive/topics_49176.htm
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [202] Warsaw Summit Communiqué, Issued by the Heads of State and Government participating in the meeting of the North Atlantic Council in Warsaw 8-9 July 2016, Paragraph 139.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/official_texts_133169.htm
Letöltés ideje: 2016. augusztus 4
- [203] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter One – Introduction, Paragraphs 1.6-1.7, pp. 5-6.
- [204] Fact Sheet: U.S. Contributions to NATO Capabilities, The White House, Office of the Press Secretary, Released on July 8, 2016.
Forrás: <https://www.whitehouse.gov/the-press-office/2016/07/08/fact-sheet-us-contributions-nato-capabilities>
Letöltés ideje: 2016. július 31
- [205] NATO Joint Medical Support – Reality and Vision, Introduction, p.1.
Forrás: [https://www.sto.nato.int/publications/.../MP-HFM-109-\\$KN2.pdf](https://www.sto.nato.int/publications/.../MP-HFM-109-$KN2.pdf) Letöltés ideje: 2016. július 31
- [206] Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_49202.htm
Letöltés ideje: 2016. augusztus 2
- [207] A 2012. március 24-én tartott előadásom egyik (lefordított) ábrája. Az eredeti ábrát a COMEDS akkori összekötő tisztje, Dr. Dirk Stölten ezredes bocsátotta rendelkezésemre.
- [208] Lásd ugyanott.
- [209] Lásd ugyanott.
- [210] Lásd ugyanott.
- [211] NATO Partnerships and Cooperative Security Committee.
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_79430.htm?selectedLocale=en
Letöltés ideje: 2016. augusztus 4
- [212] North Atlantic Treaty Organization, Medical Support, Evolution (as of 13 Oct. 2015 15:49).
Forrás: http://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_49168.htm
Letöltés ideje: 2016. augusztus 5
- [213] Forrás: <https://www.flickr.com/photos/eeas-csdp/16016029826/in/album-72157649806938895>
Letöltés ideje: 2016. augusztus 6
- [214] Forrás: <https://www.flickr.com/photos/eeas-csdp/15854528560/in/album-72157649806938895>
Letöltés ideje: 2016. augusztus 6

- [215] Lásd az ENSZ Biztonsági Tanácsának 2088-as (2013) és 2121-es (2013) határozatait, valamint a témában kiadott sajtóközleményeit (2012 december 19 és december 27, valamint 2013 január 4 és 11, március 20, 22, 25, április 29 és augusztus 14). A hivatkozott dokumentumok megtekinthetők az ENSZ honlapján. A 2013 augusztus 14-i sajtóközlemény például itt érhető el:
<http://www.un.org/press/en/2013/sc11093.doc.htm>
Letöltés ideje: 2016. március 27
- [216] Az ENSZ Biztonsági Tanácsának 2127-es számú határozata (2013. december 5).
Forrás: [http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2127\(2013\)](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2127(2013))
Letöltés ideje: 2016. március 27
- [217] Az ENSZ Biztonsági Tanácsának 2134-es számú határozata (2014. január 28).
Forrás: <http://unscr.com/en/resolutions/doc/2134>
Letöltés ideje: 2016. március 27
- [218] Az ENSZ főtitkárának a Biztonsági Tanács részére küldött tájékoztatójának melléklete (2014. február 26).
Forrás: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/2014/45 Letöltés ideje: 2016. március 27
- [219] Az ENSZ Biztonsági Tanácsa 2134-es számú határozatának 43. paragrafusosa (2014. január 28).
Forrás: <http://unscr.com/en/resolutions/doc/2134>
Letöltés ideje: 2016. március 27
- [220] EUFOR RCA
Forrás: <http://eeas.europa.eu/archives/csdp/missions-and-operations/eufor-rca/>
Letöltés ideje: 2016. március 19
- [221] Az EUFOR RCA műveleti körzete Bangui-ban: a Nemzetközi repülőtér, a 3. és 5. kerület.
Forrás: EUFOR RCA
- [222] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), Edition B Version 1, May 2015, Preface, Paragraph 1.1.1, Purpose of Medical Support, p. 1-1.
Forrás: http://www.coemed.org/images/Courses_pdf/stanags/mmsop/2228_AJP-4.10%20EDB%20V1%20E.pdf
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [223] Stellungnahme des Bundesministeriums der Verteidigung zum Jahresbericht 2014 des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages, Para 6.5.2 Camp UCATEX, Zentralafrikanische Republik, p. 63.
Forrás: <http://goo.gl/G4Ujq3>
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [224] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), Para 2.3.2. A műveleti tervezési folyamathoz történő egészségügyi hozzájárulás, Subpara 2.
Forrás: http://www.coemed.org/images/Courses_pdf/stanags/mmsop/2228_AJP-4.10%20EDB%20V1%20E.pdf
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [225] Csapadékvíz az EUFOR RCA táborában.
Forrás: a szerző felvétele.

- [226] A konténerek alatti pangóvizek vegyszeres kezelése.
Forrás: a szerző felvétele.
- [227] Vekerdi Zoltán: Ebola járványra történő felkészülés kihívásai és tapasztalatai hadműveleti területen. Honvédelem 2015. (67) 1-2. pp. 5-16 alapján, rövidítve.
- [228] WHO: Ebola Response Roadmap Situation Report 1, 29 August 2014, Footnote 1.
Forrás:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131974/1/roadmapsitrepl_eng.pdf?ua=1
Letöltés ideje: 2015. május 25
- [229] Ref. Ares(2014)3442859 - 17/10/2014
Framework Agreement between the United States Department of State, of the One Side, and the European Commission and the European External Action Service, on behalf of the European Union, of the Other Side, on the provision of assistance in respect of medical evacuation of Ebola Virus Disease-infected patients
- [230] Zoltan Vekerdi: Post Cold War transformation of the medical function in support of the deployed soldier. Journal of the Royal Army Medical Corps 2013; 159:4 pp. 259-264. Published Online First: 27 March 2013. Az absztrakt elérhető a Világhálón.
Forrás: <http://jramc.bmj.com/content/159/4/259.full.pdf+html>
Letöltés ideje: 2016. augusztus 9
- [231] „On Saturday evening, after a day of tense discussions within the "ExComm" or Executive Committee of senior advisers, President Kennedy decided on a dual strategy—a formal letter to Khrushchev accepting the implicit terms of his October 26 letter (a U.S. non-invasion pledge in exchange for the verifiable departure of Soviet nuclear missiles), coupled with private assurances to Khrushchev that the United States would speedily take out its missiles from Turkey, but only on the basis of a secret understanding, not as an open agreement that would appear to the public, and to NATO allies, as a concession to blackmail. The U.S. president elected to transmit this sensitive message through his brother, Attorney General Robert F. Kennedy, who met in his office at the Justice Department with Soviet ambassador Anatoly Dobrynin.” The Cuban Missile Crisis, 1962: The 40th Anniversary. The National Security Archive, The George Washington University.
Forrás: http://nsarchive.gwu.edu/nsa/cuba_mis_cri/moment.htm
Letöltés ideje: 2016. augusztus 8
- [232] Strategic Concept for the Defence and Security of the Members of the North Atlantic Treaty Organization, 2010. The Security Environment, Paragraph 6-7.
Forrás: <http://www.nato.int/lisbon2010/strategic-concept-2010-eng.pdf> Letöltés ideje: 2012. július 22
- [233] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter Three – General Policies, Paragraph 3.2 - The Responsibilities of Commanders.
- [234] NATO MC 0319/3, NATO Principles and Policies for Logistics, 09 July 2014, Footnote 6 to Paragraph 14. e. Definition of Logistics.
Forrás:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/458596/20150721-DCDC_JDP_4_00_Ed_4_Logistics_Secured.pdf
Lásd a 260 oldalas dokumentum 14. oldal lap alján a 6-os lábjegyzetet! Letöltés ideje: 2016. augusztus 10

- [235] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Chapter Three – General Policies, Paragraph 4.3 – Command, Control and Communication.
- [236] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), pp. 1-8, Paragraph 1.2.1, Sub-paragraph 2 – Medical Command and Control Responsibilities, point a, Medical Advisor.
Forrás: http://www.coemed.org/images/Courses_pdf/stanags/mmsop/2228_AJP-4.10%20EDB%20V1%20E.pdf
Letöltés ideje: 2016. március 28
- [237] Lásd ugyanott, Chapter 1 – Foundations of Medical Support, Paragraph 1.1.1 – Purpose of Medical Support, Sub-paragraph 2.
- [238] A NATO Kiképző Misszió-Irak (NTM-I) egészségügyi tanácsadójaként a NATO Műveletek Egészségügyi Konferenciáján (Lisszabon, Portugália, 2006 október 6) tartott előadásom anyagából.
- [239] COMEDS Statement on Military Medical Shortfall, 11 April 2016, COMEDS(Chair)L(2016)0004
- [240] MC 0326/3 dated 27 September 2011, NATO Principles and Policies of Medical Support, Page 3, Chapter One - Introduction, Paragraph 1.1 – The Role of Military Medical Support in a Changing Environment, Sub-paragraph c. – Changes in the Military
- [241] Lásd ugyanott, Page 7, Operational Principles, Paragraph 2.8 – Timeliness of Treatment
- [242] Lásd ugyanott, Page 8, Responsibility for the Health of NATO Forces, Paragraph 3.2 – The Responsibilities of Commanders
- [243] Lásd ugyanott, Page 3, Chapter One - Introduction, Paragraph 1.1 – The Role of Military Medical Support in a Changing Environment, Sub-paragraph a. – Changes in Society
- [244] A NATO Katona-egészségügyi Szolgálatfőnökök Tanácsa (COMEDS) elnöke által a NATO Nemzetközi Katonai Törzs (IMS) igazgatójának 2007 november 26-án, COMEDS(Chair)L(2007) 00014 nyilvántartási számon írt felterjesztése „Az egészségügyi állomány és elemek helyéről a NATO Főparancsnokságokon: stratégiai és műveleti szintű szervezeti besorolásuk” címmel, második bekezdés.
- [245] North Atlantic Treaty Organization Logistics Handbook, October 1997, Chapter 7, NATO Principles and Policies for Logistics, Logistic Policies, Paragraph 704. k. Medical.
Forrás: <http://www.nato.int/docu/logi-en/1997/lo-704.htm>
Letöltés ideje: 2016. augusztus 10
- [246] NATO Logistics Handbook, November 2012, Chapter 4, Introduction, p. 47.
Forrás:
http://www.nato.int/nato_static_fl2014/assets/pdf/pdf_2016_03/20160303_2012-logistics_hndbk-en.pdf
Letöltés ideje: 2016. augusztus 11
- [247] MC 0319/3, NATO Principles and Policies for Logistics, 09 July 2014, Paragraph 14. e, p. 4.

- [248] A Honvéd Vezérkar Logisztikai Csoportfőnökség Egészségügyi Osztályának helye és szerepe a Magyar Honvédség egészségügyi szolgálatának feladatrendszerében - az MH Honvédkórház 69/2012/PKH nyilvántartási számon a Honvéd Vezérkar főnöke részére 2012 februárjában felterjesztett elgondolás alapján.
- [249] Az MH Honvédkórház 69-1/2012/PKH nyilvántartási számon a Honvédelmi Minisztérium Tervezési és Koordinációs Főosztály, főosztályvezetője részére 2012 februárjában felterjesztett javaslat alapján.
- [250] Az MH Honvédkórház 69-1/2012/PKH nyilvántartási számon a Honvédelmi Minisztérium Tervezési és Koordinációs Főosztály, főosztályvezetője részére 2012 februárjában felterjesztett javaslat alapján.
- [251] Grósz A., Svéd L., Schandl L. - Napjaink és a jövő katonatorvosi modellje a Magyar Honvédségben, Honvédorvos, 2010/3-4. szám, p. 189.
- [252] Low Intensity Conflict, Overview, Definitions, and Policy Concerns. Army -Air Force Center for Low Intensity Conflict, Langley Air Force Base, Virginia, p. 19.
Forrás: <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a209046.pdf>
Letöltés időpontja: 2016. július 4
- [253] Katonai Kislexikon 4000, 2008. p. 16.
- [254] Merriam-Webster: „Definition of Asymmetric Warfare”
Forrás: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/asymmetric%20warfare>
Letöltés időpontja: 2016. július 3
- [255] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-2.
- [256] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [257] Lásd ugyanott, p. A-2.
- [258] Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
WHO, Frequently asked questions. What is WHO's definition of health?
Forrás: http://www.who.int/kobe_centre/about/faq/en
Letöltés időpontja: 2016. július 3
- [259] SÓTÉR Andrea: Az egészségfejlesztési irányok meghatározása a Magyar Honvédség személyi állományában az időszakos szűrővizsgálati eredmények tükrében. PhD értekezés, p. 24.
Forrás: http://uni-nke.hu/downloads/konyvtar/digitgy/phd/2014/soter_andrea.pdf
Letöltés időpontja: 2016. július 3
- [260] Lásd ugyanott, p. 24.
- [261] SZABÓ József (szerk.): Hadtudományi Lexikon A-L. Magyar Hadtudományi Társaság, Budapest, 1995. p. 228.
- [262] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-3.
- [263] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [264] Lásd ugyanott, p. A-1.

- [265] Lásd ugyanott, p. A-3.
- [266] Lásd ugyanott, p. A-2.
- [267] Lásd ugyanott, p. A-2.
- [268] SZABÓ József (szerk.): *Hadtudományi Lexikon A-L*. Magyar Hadtudományi Társaság, Budapest, 1995. p. 230.
- [269] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-3.
- [270] Lásd ugyanott, p. A-3.
- [271] Lásd ugyanott, p. A-3.
- [272] Lásd ugyanott, p. A-3.
- [273] SZABÓ József (szerk.): *Hadtudományi Lexikon A-L*. Magyar Hadtudományi Társaság, Budapest, 1995. p. 231.
- [274] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-2.
- [275] Lásd ugyanott, p. A-3.
- [276] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [277] Lásd ugyanott, p. A-1.
- [278] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [279] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [280] Lásd ugyanott, p. A-1.
- [281] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), pp. 1-6. Paragraph 1.1.6, Clinical Timelines, Sub-paragraph 2.c.
- [282] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-1.
- [283] Lásd ugyanott, p. A-2.
- [284] Lásd ugyanott, p. A-5.
- [285] Lásd ugyanott, p. A-5.
- [286] Lásd ugyanott, p. A-5.
- [287] Lásd ugyanott, p. A-6.
- [288] Lásd ugyanott, p. A-5.
- [289] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [290] Lásd ugyanott, p. A-4.
- [291] Lásd ugyanott, p. A-5.
- [292] Lásd ugyanott, p. A-6.
- [293] Kuhn, S. Thomas: *The Structure of Scientific Revolutions*, p. viii (Preface). In: *International Encyclopedia of Unified Science*, volume II, number 2, Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- [294] Lásd ugyanott, p. 24.

- [295] NATO Allied Joint Doctrine for Medical Support, AJP-4.10(B), pp. 1-6. Paragraph 1.1.6, Clinical Timelines, Sub-paragraph 2.b.
- [296] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-6.
- [297] MC 0326/2, NATO Principles and Policies of Operational Medical Support, April 7, 2004, paragraph 3.12. a.
- [298] MC 0326/3, NATO Principles and Policies of Medical Support, September 27, 2011, Annex A, p. A-1.

PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

Svéd L., Nagy Gy., **Vekerdi Z.**:

A Magyar Honvédség Egészségügyi Parancsnokság megalakulása.

Katona Logisztika 2005., 3. Szám, pp. 97-114

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szaccikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

http://www.hm.gov.hu/hirek/kiadvanyok/katonai_logisztika_20053

2005

Dr. Svéd László, Nagy Gyula, **Dr. Vekerdi Zoltán:**

Új szervezet a honvéd-egészségügy élén.

Honvédorvos, LVII. évf. 2005., 3-4. sz. pp. 181-196

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szaccikk

független idéző közlemények száma: 2

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

[http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2005_3_4.](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2005_3_4.pdf)

pdf

2005

Németh András, **Vekerdi Zoltán:**

Alacsony intenzitású fegyveres konfliktusok egészségügyi biztosításának egyes szervezési kérdései

Honvédorvos, LVII. évf. 2005., 3-4. sz. p. 222

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szaccikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

[http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2005_3_4.](http://193.224.76.4/download/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2005_3_4.pdf)

pdf

2005

Schandl László, **Vekerdi zoltán**, Szabó Sándor, Svéd László:

A Magyar katonai Egészségügyi Kontingens afganisztáni missziója. katonai-egészségügyi tapasztalatok,

Honvédorvos, LVII. évf. 2005., 1-2. sz. pp. 5-23

dokumentum típusa: Folyóiratcikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

<http://mob.gyemszi.hu/details.jsp?ITEMID=1032461>

2005

Schandl László, **Vekkerdi Zoltán**, Svéd László:

A békefenntartó hadműveletek egészségügyi biztosítása Afganisztánban, Béketeremtés, békefenntartás.

Kodolányi János Főiskola Tanulmánykötet, ISBN: 963 9558 36 2

dokumentum típusa: Könyvfejezet

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

http://hadtori.hunteka.ikron.hu:8080/monguz2/index.jsp;jsessionid=3A3D202AF0E00380DE15C671A36C16CB?from_page=details&page=details&dbname=database&biblid=4&bib1field=0&term=73353&monguz_handicap_gui=true

2005

Dr. Svéd László, **Dr. Vekkerdi Zoltán**:

A honvédségi katasztrófa egészségügy szerepének átértékelése a struktúraváltással összefüggésben, Algoritmusok a katasztrófa helyzetek egészségügyi biztosításához.

Honvéder orvos, LIX. évf. 2007., 3-4. sz. pp. 169, 175

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szaccikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

www.honvedkorhaz.hu/container/files/attachments/1071/honvedorvos-2014-3-4.pdf

2007

Z. Vekkerdi

“Reconstruction and Development efforts in Crises Response Operations”

Medical Corps International Forum, 1./4 – 2010, pp. 63-65

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szaccikk

nyelv: angol

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

<http://www.mci-forum.com/media/epaper/26/flash.html>

2010

Vekkerdi Zoltán

Ismertető – A NATO katona-egészségügyi jövőképe és célkitűzései a 2007-2016-os időszakra

Honvéder orvos, LXI. évf. 2009., 3-4. sz. pp. 193-198

dokumentum típusa: szakfordítás angol nyelvről, a NATO MC 0572 számú dokumentuma alapján

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

http://193.224.76.2/downloads/konyvtar/digitgy/tartalomjegyz/honvedorvos_2009_3_4.pdf

2010

Vekkerdi Zoltán

„A biztonság értelmezésének változása”

Hadtudomány (a Magyar Hadtudományi Társaság folyóirata)

XXII. évf. 2012, 1-2. sz. pp. 60-70

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szakcikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

http://www.mhht.eu/hadtudomany/2012/1_2/HT_2012_1-2_6.pdf

2012

Zoltan Vekerdí

“ Post Cold War transformation of the medical function in support of the deployed soldier ”

Journal of the Royal Army Medical Corps

J R Army Med Corps 2013;159:259-264 doi:10.1136/jramc-2013-000054

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szakcikk

nyelv: angol

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

<http://jramc.bmj.com/cgi/content/abstract/jramc-2013-000054?ikey=7ZhYOWIsuuz4E3H&keytype=ref>

2013

Zoltan Vekerdí

“ Hungarian experience in integrating military and civilian medical capabilities ”

Medical Corps International Forum, 4/2013

MCIF 4/2013;159:259-264

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szakcikk

nyelv: angol

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

[http://www.mci-forum.com/category/challenges/527-](http://www.mci-forum.com/category/challenges/527-hungarian_experience_in_integrating_military_and_civilian_medical_capabilities.htm)

[hungarian_experience_in_integrating_military_and_civilian_medical_capabilities.htm](http://www.mci-forum.com/category/challenges/527-hungarian_experience_in_integrating_military_and_civilian_medical_capabilities.htm)

1

2014

Vekerdí Zoltán

Ebola járványra történő felkészülés kihívásai és tapasztalatai hadműveleti területen

Honvédorvos, 2015 (67) 1-2. pp. 5-16.

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szakcikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

<http://www.honvedkorhaz.hu/cikk/1246>

2015

SVÉD László, SÓTÉR Andrea, VEKERDI Zoltán

Diseases and Non-Battle Injuries (DNBI) in HUN Missions Based on EPIHUN Reports

AARMS Vol. 14, No. 1 (2015), pp. 23-35

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szakcikk

nyelv: angol

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

http://uni-nke.hu/uploads/media_items/aarms-vol14-issue-1_-2015.original.pdf

2015

Svéd László, **Vekerti Zoltán**, Sótér Andrea

Quo Vadis Honvédorvostan?

Hadtudományi Szemle 8: (1) pp. 359-380.

dokumentum típusa: Folyóiratcikk/Szakcikk

nyelv: magyar

Elérhetőség/hivatkozás a világhálón:

<http://uni->

[nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_sved.pdf](http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_sved.pdf)

[_1_alt_sved.pdf](http://uni-nke.hu/downloads/kutatas/folyoiratok/hadtudomanyi_szemle/szamok/2014/2015_1/15_1_alt_sved.pdf)

2015