

Az egészségügyi biztosítás megújuló koncepciójának alapelvei

Prof. Dr. Vámos László ny. orvosvezérőrnagy, DSc.

Kulcsszavak: egészségügyi biztosítás, összhaderőnemi és egészségügyi doktrína, szövetségi egészségügyi biztosítás princípiumai, gyógyító-kiürítő ellátás alapelvei, szervezeti-működési modell

A szerző az MH Orvosi Tudományos Tanács 1999. évi munka értekezletén megtartott előadása alapján a dolgozatban az egészségügyi biztosítást meghatározó külső és belső tényezők változásainak elemzésével, a XX. század második fele egyes helyi háborúi és fegyveres konfliktusai tapasztalatainak számbavételével következtetéseket von le az egészségügyi biztosítás új alapelveire, az erre alapozott ellátó rendszer céljaira, szervezeti-működési modelljére, az egyes ellátó tagozatok rendeltetésére, modul rendszerű felépítésük célszerűnek vélt változatára.

Orvostörténeti tény, hogy egészen a XVIII. század elejéig a harci sérültek sorsa legalább olyan mértékben múlt az egyéni szerencsén, mint a korabeli orvoslás lehetőségein. Ebben az időszakban még a nem súlyos sérülések is törvényszerűen együtt jártak a sebfertőzés, az empyema, a szepszis fellépésének veszélyével. A hadjáratokat szinte elkerülhetetlenül követték a súlyos epidémiák. A járványok gyakran nagyobb veszteségeket okoztak, mint a korabeli fegyverzet.

Az alapvető változást az orvostudomány XVIII. század végén meginduló, majd a XIX. században folytatódó nagyszerű fejlődése eredményezte, amikor az empirikus megfigyelésekre és a spekulatív elmé-

letekre alapozott orvostudományt felváltotta a kísérletes élettanra alapozott medicina. Az orvostudomány ekkor vált és válhatott a természettudományok részévé.

Ugyanezen időszakban a hadviselés lehetőségei alapvetően megváltoztak. Az ipari fejlődés lehetővé tette nem csak a nagytávolságú, a korábbiaknál lényegesen gyorsabb és nagyobb kapacitású vasúti és tengeri gőzhajózást, hanem újabb fegyvertípusok tömeges előállítását is. Mindezeknek betudhatóan változott a stratégiai koncepció, a fegyveres erők létszáma és haderőnemi felépítése, a hadászati-hadműveleti elvek, a hadviselés lehetséges tér és időbeni kiterjedése.

Mindezek természetes következményeként lényegesen módosult a várható egészségügyi veszteség nagysága, annak fegyvertípus, testtájék és súlyosság szerinti megoszlása, a fertőző megbetegedések fellépését befolyásoló közegészségügyi- járványügyi körülmények.

A XIX-XX. századforduló idején már rendelkezésre álltak az antiszepezsiz és aszepezsiz módszerei, az újabb és újabb, mind hatékonyabb fájdalomcsillapítók. A kórokozók jelentős részének felfedezése, majd az általuk termelt hatóanyagok megismerése eredményeként lehetővé vált egyes fertőző megbetegedések ellen tömeges védőoltás alkalmazása.

Ebben az időszakban vált egyik oldalról lehetővé, a másik oldalról pedig szükségessé a természettudományos ismeretekre alapozott medicina egyik új szakágzatának, a katonai orvostannak a kialakulása. Ettől az időszaktól kezdve a katonai medicina már nem korlátozódott csupán az orvostudomány eredményeinek alkalmazására a fegyveres erők állományában. Feladatává lett a fegyveres erők állományának egészségvédelme, a békében nem, vagy csak elvétve előforduló kórformák és sérülés típusok patológiájának, diagnosztikájának, terápiájának kutatása, a tömeges sérültellátás egészségügyi taktikájának kidolgozása és folyamatos fejlesztése.

Messzire vezetne a katonai orvostan és a fegyveres erők egészségügyi biztosítása fejlődésének elemzése. Annyiban azonban megállapítható, hogy ered-

ményességét vagy fiaskóit a stratégiai koncepció és az egészségügyi biztosítás alapelvei közötti összhang megteremtése, vagy annak elmulasztása lényegesen befolyásolták.

A jövő megalapozása érdekében a múlt tanulságainak számbavétele szükséges, de nem elégséges. Az egészségügyi biztosítás jelenlegi és belátható időn belüli feladatait befolyásoló tényezők alapvetően eltérnek még a legközelebbi múlt helyi háborúiban és fegyveres konfliktusaiiban észleltektől.

1. Az egészségügyi biztosítás fogalma, tartalma, rendeltetése

A katonai orvostan felgyorsult fejlődésének jelen szakaszát az újonnan átvett terminológiák sokasága és a korábbi terminológiák egymás melletti alkalmazása jellemzi. Aligha kétséges a hazai és a szövetségi rendszerben alkalmazott terminológiák egységes értelmezésének szükségessége és jelentősége. Ezen múlik például a segélynyújtás, vagy az összetett, a többszörös és a kombinált sérülések fogalmának azonos alkalmazása.

A különböző nyelvekben az azonos fogalmak kifejezésére alkalmazott szóhasználat azonos, vagy eltérő lehet. Így például az angolszász szakirodalomban az egészségügyi biztosítás fogalmának kifejezésére alkalmazott „support” szó szerinti fordításában támogatásnak felel meg. A magyar nyelvben a támogatás és a biztosítás nem azonos fogalmat takar, egymásnak nem szinonimái [11, 12]. Ismert az is, hogy egyes szavak alkal-

mazása a szaknyelvezetben, avagy a tájszólásokban eltérhet annak köznap alkalmazásától, vagyis idiomatikusak [13].

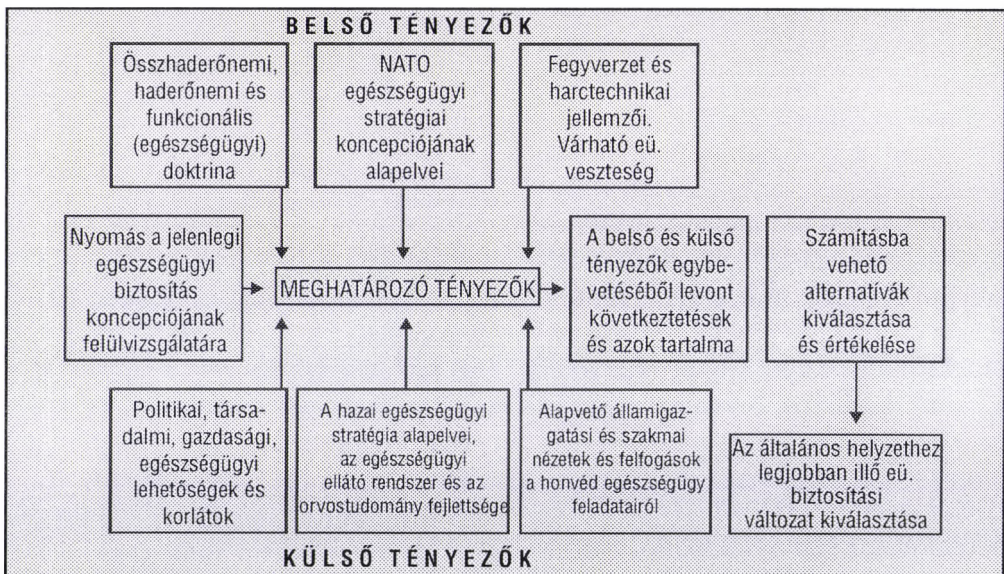
A lényeg azonban az adott fogalom identifikálása és annak azonos értelmezése. Az idiomák ismerete szükséges, azonban tükörfordítás szerinti átvétele nem szükséges. Az egészségügyi biztosítás hazai terminológiájának elvetése nem látszik megalapozottnak. Fogalmát az alábbiak szerint értelmezzük:

Az egészségügyi biztosítás a katonai egészségügyi doktrína alapelveinek megvalósítására hivatott, az egészségügyi ellátó rendszer egyes tagozatait rendeltetésének, szervezetének és működésének alapelveit meghatározó, az egészségvédelem a gyógyellátás és az egészségügyi logisztikai ellátás

egymásra épített feladatait tartalmazó elmélet és gyakorlatrendszer.

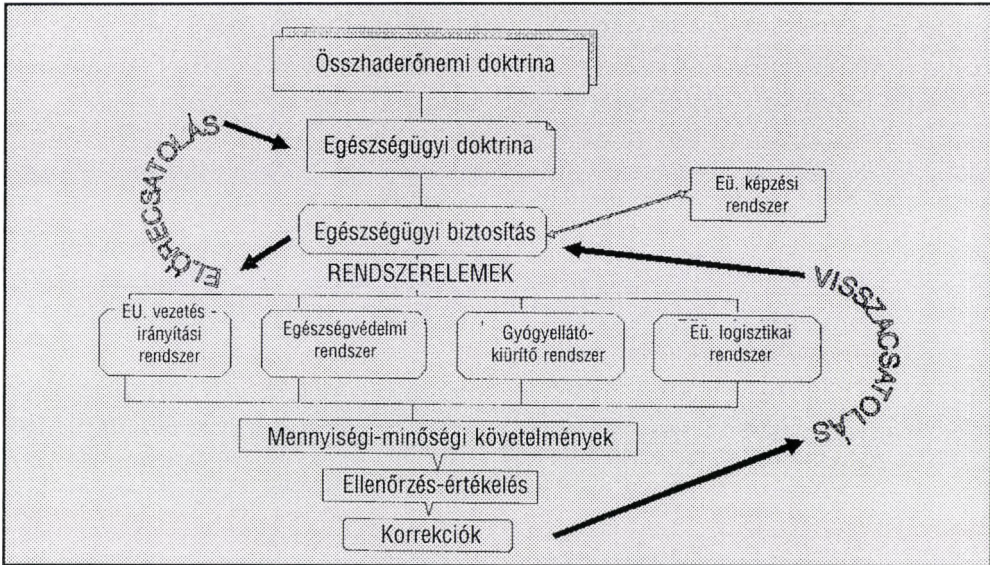
Az egészségügyi biztosítás a hosszabbtávú katonai egészségügyi doktrínában meghatározott célok elérésének eszköze.

A célok elérésének lehetőségét számos tényező befolyásolja. Így például az egészségügyi doktrínán túl a szövetségi rendszer egészségügyi stratégiai koncepciója, a fegyverzet és a harcitechnika jellemzői, a várható egészségügyi veszteség. Számításba kell venni továbbá a hazai gazdasági és egészségügyi lehetőségeket és azok korlátait, továbbá a hazai orvostudomány fejlettségét is. Ugyanakkor mérlegelni szükséges a meglehetősen eltérő szakmai nézeteket és felfogásokat a honvéd egészségügyi biztosítás feladatairól (1. ábra).



1. ábra:

Az egészségügyi biztosítás koncepciója kidolgozásának modelje



2. ábra:

Az egészségügyi biztosítás részelei

A jelzett külső és belső tényezők értékeléséből levont következtetések alapján válik lehetővé az egészségügyi biztosítás alapelveinek megközelítése, majd ennek alapján a legcélszerűbbnek ítélt modell kiválasztása.

Az egészségügyi biztosítás rendszer-elemeit a vezetés-irányítás, az egészségvédelem, a gyógyító-kiürítő ellátás és az egészségügyi logisztikai ellátás képezik. Ugyanakkor folyamatos kapcsolatban a felkészülés-képzési rendszerrel jelzi tapasztalatait és igényeit (2. ábra).

Az egészségügyi biztosítás rendszere távolról sem statikus. Az említett tényezők folyamatos értékelésével korrigálja a cél elérését akadályozó tényezőket (visszacsatolás), ugyanakkor jelzi a doktrína felé, a várható fej-

lődés fő irányait és tendenciáit (előre-csatolás).

2. Az egészségügyi biztosítás új alapelveiről

Az egészségügyi biztosítás új alapelveinek meghatározásában döntő fontosságú az összhaderőnemi és az egészségügyi doktrína alapelveinek számbavétele. Nem hanyagolható el azonban az egészségügyi biztosítás egyes rendszer-elemeiben (egészségügyi vezetés-irányítás, egészségvédelem, gyógyító-kiürítő ellátás, egészségügyi logisztika) lezajlott és prognosztizálható fejlődésük mérlegelése sem. Mindezeket összhangba hozni szükséges a szövetségi egészségügyi biztosítás koncepciójával. E feladat megoldásának első szakaszát végezte el az MH Orvosi Tudományos munkaértekezlete [8, 9, 15, 17, 18].

Az összhaderőnemi és egészségügyi doktrínából levonható alapelvek

2.1. Kiindulva az MH haderőnemi felépítéséből, azok fegyvernemeiből és szakcsapataiból, továbbá mérlegelve feladataikat, alkalmazási elveiket, áttekintve azok egészségügyi biztosításának általános és speciális követelményeit, mindezek a sajátosságokat figyelembe vevő, de egységes elvek alapján működő összhaderőnemi egészségügyi biztosítási rendszer alkalmazásának célszerűségét igazolják.

Alapelv: egységes összhaderőnemi egészségügyi rendszer alkalmazása.

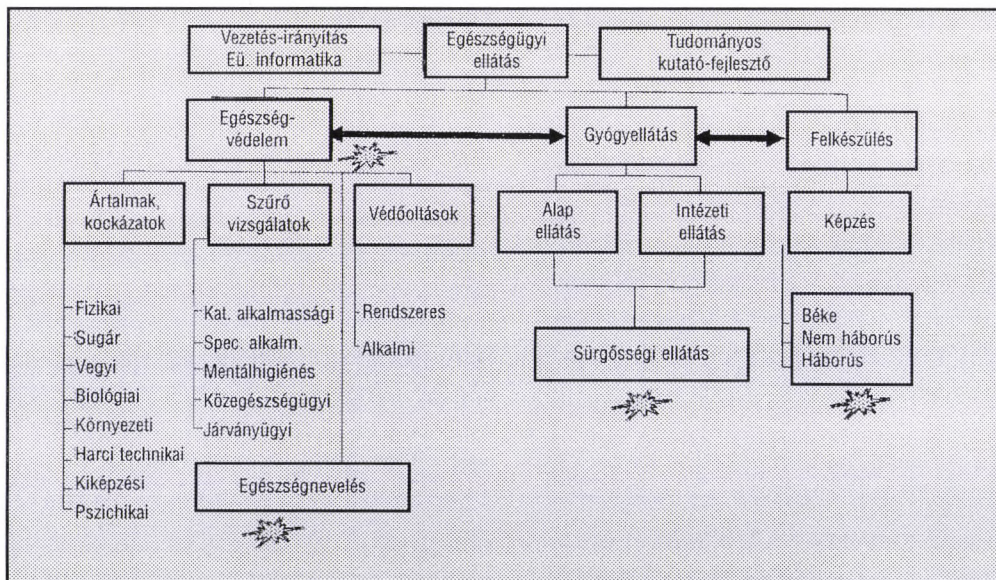
2.2. Figyelembe véve a csapatok reagáló és fővéderők szerinti kategorizálását, kiemelt prioritással szükséges kezelni az azonnali és a gyors reagálású csapatok egészségügyi biztosításának rövidtávú fejlesztését.

Alapelv: az azonnali és gyors reagálású csapatok kiemelt prioritása az egészségügyi biztosítás rendszerén belül.

2.3. Az MH megváltozott feladatrendszeréből származóan az egészségügyi szolgálat feladatai a korábbiakhoz képest részben módosulnak, részben új feladatokkal egészülnek ki.

Az egészségügyi biztosítás új dimenziójú feladata a preventív medicina elvének és gyakorlatának érvényesítése, amely nem korlátozódik csupán a sérültek és betegek gyógyellátására, hanem kiterjed az egészségmegőrzésre, az egészségi és mentális állapot helyreállítására, a teljes egészségügyi rehabilitációra.

A preventív medicina keretében az egészségvédelem fogalma és tartalma lényegesen módosul. Tartalmazza



3. ábra:
MH egészségügyi ellátás funkcionális feladatai

az emberre, mint bioszociális lényre háruló ártalmak és kockázatok teljes körének felmérését és megelőzését, a sugár-, vegyi- és biológiai ártalmak prevencióját, a többirányú és rendeltetésű alkalmassági és szűrővizsgálatok rendszerét és az egészségnevelés oly annyira fontos feladatait is [4].

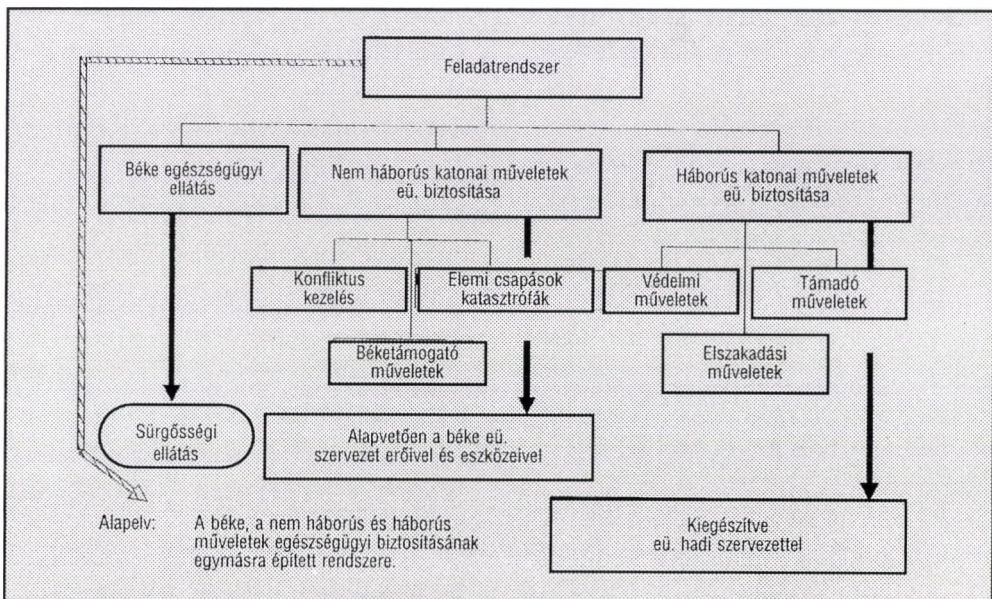
A gyógyító- kiürítő ellátórendszer szervezetét, működését számottevően módosító új tétel a vezető megbetegedési és sérülési fajták letalitásának csökkentésére, a szövődmények megelőzésére hivatott sürgősségi ellátás bevezetése [1, 6, 9, 6].

Mindezekhez társul a felkészülés, amelynek részét képezi a honvéd egészségügyi képzés-, továbbképzés teljes vertikumára kiterjedő, az önálló feladat végzésre felkészítő, szakmacsoportonként differenciált tar-

talmú, Euro- és NATO kompatibilis szakképzés bevezetése az egészségügyi tiszthelyettesek, a hivatásos és tartalékos honvédorvosok részére [5] (3. ábra).

Alapelv: az egészségügyi biztosítás rendszerében a preventív medicina követelményeinek érvényesítése, a képzési rendszerben Euro- és NATO kompatibilis követelmények alkalmazása.

2.4. A honvéd egészségügy feladatrendszerében új elem a nem háborús műveletekben – a konfliktus kezelés, béketeremtő és fenntartó, elemicsapás, katasztrófa – az egészségügy exponált szerepe. Ezen feladatok megoldására alapvetően a béke egészségügyi szervezet erői és eszközei vehetők figyelembe.



4. ábra:

Az MH egészségügyi szolgálat feladatrendszere

Mindezek megoldása a béke, a nem háborús egészségügyi biztosítás rendszerének egymásra építésével, ezen belül pedig a béke sürgősségi ellátásra és a nem háborús műveletek (beleértve a katasztrófát is) ellátására egyaránt képes szervezetek révén nyílik lehetőség (4 ábra).

Alapelv: A béke, a nem háborús és a háborús műveletek egészségügyi biztosítási rendszerének egymásra építése.

2.5. Tévedés lenne azonban a nem háborús műveletek egészségügyi biztosítása feladatrendszerének leegyszerűsítése, sablonok alkalmazása. Az egyes műveletek céljai és feladatai kvantitativ eltérnek egymástól. Ezen műveletek helyszínei, azok távolsága az országtól, a klimatogeográfiai, közegészségügyi- járványügyi viszonyok éppúgy eltérnek egymástól, mint az adott térség társadalmi-, politikai szituációja, vagy vallási és morális adottságai.

Következésképpen ezen feladatok valamelyikére igénybevett alegység (egység) egészségügyi biztosítása egy típus egészségügyi szakasszal, vagy századdal aligha teljesíthető. A megoldást a konkrét feladat mérlegelése alapján a rendelkezésre álló egészségügyi modulokból összeállított, a feladatnak megfelelő szervezet képezheti.

Figyelembevéve a reális lehetőségeinket, a gazdaságosságot, a felkészítettség szempontjait ezen feladatok ellátására szervezetileg és techni-

kailag kiegészített és felkészített központi tagozat egészségügyi intézetei vehetők számításba.

Alapelv: a központi egészségügyi tagozat intézeteinek alkalmassá tétele, felkészítése, folyamatos készenléte, a nem háborús műveletek egészségügyi biztosítási feladatainak ellátására.

3. A szövetségi katonaegészségügyi tézisekből származó alapelvek

A szövetségi rendszerben egyeztetett egységes katonaegészségügyi tézisek érvényesülnek. Beépítésük és alkalmazásuk egészségügyi biztosításunk alapelvei közé az együttműködésnek, a kölcsönös alkalmazhatóságnak és működtetésnek nélkülözhetetlen alapfeltétele [14].

Ezek közé soroljuk az alábbi principiumokat:

- Minden beteg és sérült diszkrimináció mentes segélyben részesítésének, állapotuk súlyosságának megfelelő gyógykezelése, a rendelkezésre álló erők és eszközök függvényében.
- A szövetségi rendszer egészségügyi ellátó tagozataiban a segélynyújtás azonos szintje és terjedelme, amely összességében a kialakult helyzet függvényében a lehető legjobb mértékben közelítse meg a béke ellátás szintjét.
- Az egészségügyi biztosítás rendszerében a preventív medicina elvének és gyakorlatának érvényesítése.

- Az egészségügyi ellátás sprektuma kiterjed a nem harci sérültek és betegek ellátására, a harci stressz állapotok gyógykezelésére, különös figyelmet fordítva az első sürgősségi és szakorvosi ellátáson belül a vitális funkciók stabilizációjára, a posztoperatív ellátására.
- A sérültek sürgősségi sebészeti ellátása optimális esetben egy órán, de legalább a sérüléstől számított hat órán belüli elvégzése.
- Az osztályozás, a segélynyújtás és a kiürítés folyamatossága, következetes egymásra építése.
- A betegek jogainak és az orvosi titoktartás szabályainak betartása és érvényesítése.

4. Egészségügyi vezetés-irányítás, az egészségügyi biztosítás tervezése

Az egészségügyi vezetés- irányítás, az egészségügyi biztosítás szerves alkotóeleme. Működése elősegítheti, vagy hátráltathatja feladatainak végrehajtását, annak színvonalát.

Az egészségügyi vezetés-, irányítás számos modellváltozata ismeretes. Van ahol az egészségügy a haderőnemi vezetési rendszerbe beillesztve, minden tekintetben önállóan vezet, irányítja az egészségügyi biztosítást békében, nem háborús és háborús műveletekben egyaránt.

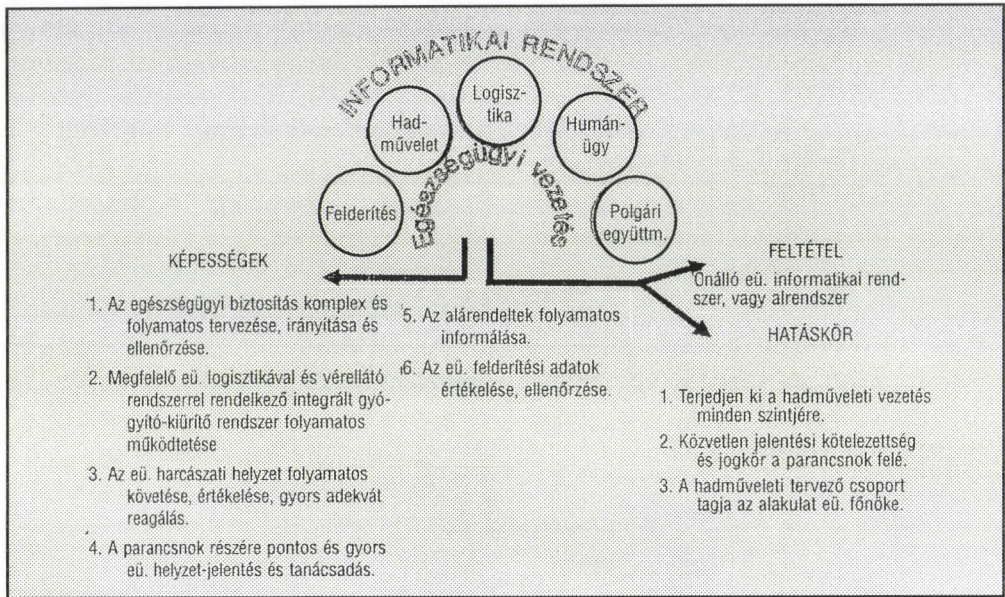
Ismeretes az egészségügynek a parancsnoki vezetés, – irányítás rendszerbe beillesztő modellje. Ezen ve-

zetési- irányítási struktúra az egészségügyi vezetést- irányítást minden más harcbiztosítási vezetési struktúrával egyenértékűnek minősíti.

A NATO szövetségi rendszer az egészségügyi vezetést- irányítást a logisztikai vezetés rendszerébe sorolja. Ugyanakkor a modern orvostudomány eredményeinek, a korszerű egészségügyi informatika vívmányainak, továbbá a hadműveleti tapasztalatoknak figyelembevételével nélkülözhetetlennek tekinti az egészségügy vezetés-, irányítás önálló, vagy alrendszerének létrehozását. Feladatát a megfelelő egészségügyi logisztikával és vérellátással rendelkező integrált egészségügyi biztosítási rendszer hatékony és gazdaságos tervező, vezető, irányító képességében jelöli meg [14].

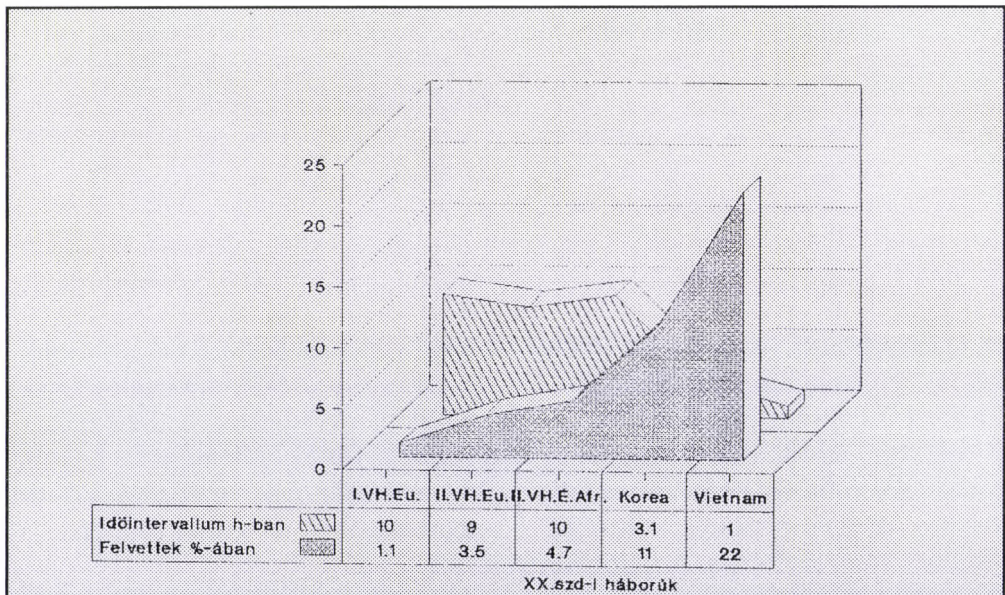
Az egészségügyi biztosítás tervezésének (legalábbis számunkra)- új dimenzióját tükrözik az alábbi alapelvek:

- Az egészségügyi biztosítás tervezése a hadműveleti tervezés része.
- A szövetséges haderő parancsnoka a közreműködő nemzetek bevonásával, mérlegelve a haderő egészségügyi főnök véleményét, felelős az egészségügyi biztosítás követelményeinek meghatározásáért.
- Az egészségügyi ellátó kapacitás feleljen meg a műveletekben alkalmazott erők kockázatainak, vagyis a várható harci és nem harci egészségügyi veszteségeknek, melynek



5. ábra:

Az egészségügyi vezetés-irányítás képességei, hatáskörei, feltételei



6. ábra:

Penetráló hasi sérülések gyakorisága a sérülés és az ellátás közötti időtartam függvényében (USA hadsereg)

becslése a hadműveleti törzs felelőssége.

- Az egészségügyi egységek készenléte és alkalmazhatósága – személyi és technikai ellátottsága – egyezzen meg az általuk biztosított csapatokéval.

Az egészségügyi vezetési – irányítási információs rendszer rendeltetését és annak irányait az 5. ábra mutatja be.

Alapelv: az egészségügyi biztosítás szerves részét képező vezetési – irányítási rendszer, a kompatibilis egészségügyi tervezés és a funkcionális együttműködés nélkülözhetetlen előfeltétele. Az egészségügyi vezetéssel-irányítással és tervezéssel szemben támasztott követelményeket és képességeket a szövetségi rendszerben

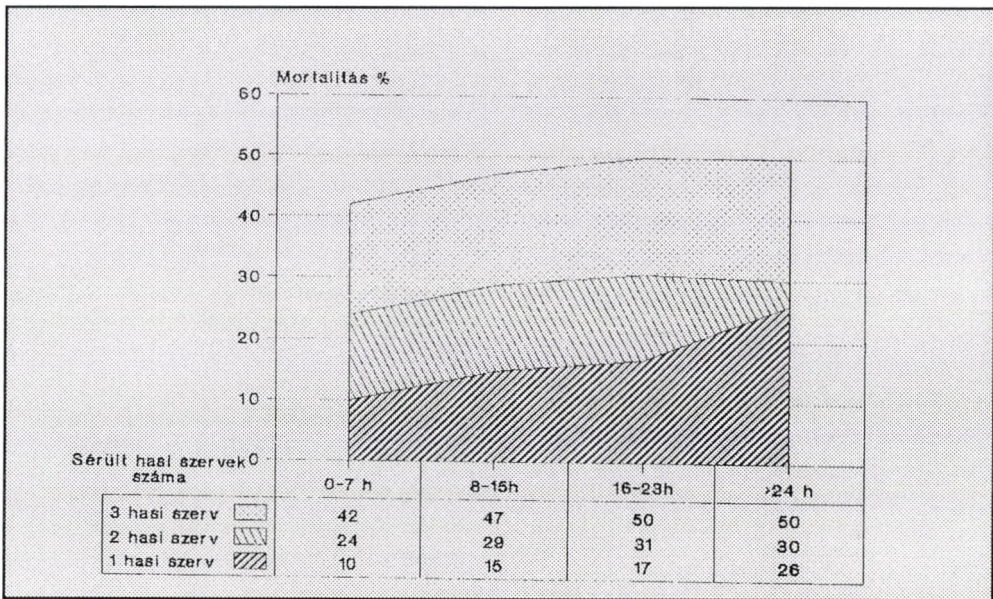
alkalmazott alapelvekhez szükséges közelíteni.

5. A gyógyító-kiürítő ellátás alapelve

A háborús sérültellátás eredményességének, illetve defektusainak alapvető mérési módszere a sérültek (betegek) harcmezei, illetve egészségügyi intézeti letalitásának, harc- és munkaképességük helyreállításának mérése.

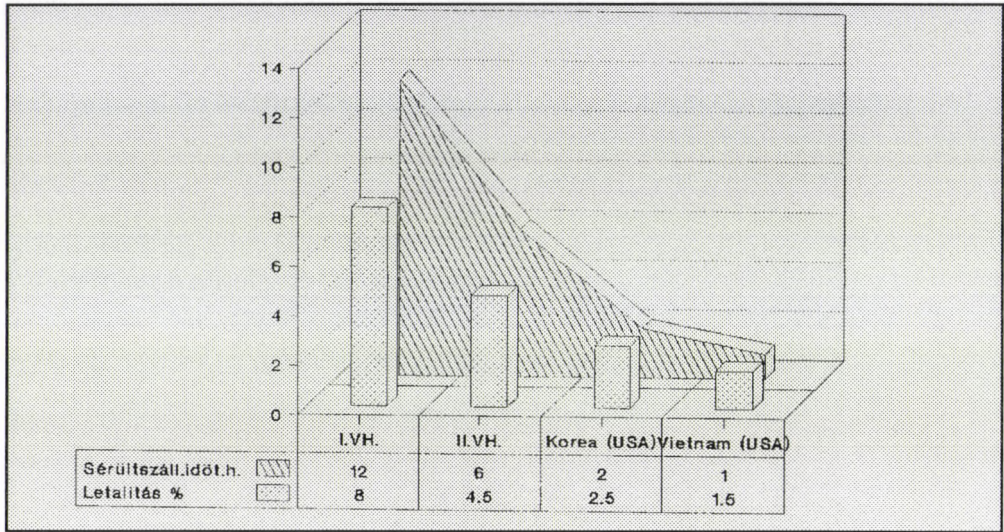
Közismert tény a letalitás arányának összefüggése a sérülés és az ellátás közötti időtartammal, az egyes tagozatok személyi és technikai felkészültségével, az egészségügyi vezetés-irányítás hatékonyságával.

A háborús sérültellátásban az időtényező szerepével foglalkozó szakirodalmi adatok szerint a sérülés és a



7. ábra:

Hasi lőtt sérülések prognózisa a sérülés és a műtét közötti időtartam függvényében (Wolf, 1955 alapján)



8. ábra:

Sérültek légiszállításának időtartama kórházakba és a letalitás változása (Enderlein D.(1984) alapján)

segélynyújtás közötti időtartam csökkenésével egyenes arányban nő a segélyhelyekre felvett súlyos sérültek aránya. Amíg az I. világháborúban ezen időintervallum 10 óra körül mozgott, addig ez Vietnámban az USA fegyveres erőknél 1 órára csökkent. Ennek betudhatóan segélyhelyekre felvett súlyos hasi sérültek aránya 1,1 %-ról 22%-ra növekedett [7, 19] (6. ábra).

Ismeretes a lőtt hastájéki sérülések mortalitásának összefüggése a sérülés és a műtéti ellátás közötti időtartammal és a sérült hastájéki szervek számával [20] (7. ábra).

A XX. századi háborúkban a harci sérülések letalitásának csökkenésében alapvető szerepet játszott a kiürítés technikai eszközrendszerének, külön-

nösen pedig a légi kiürítő kapacitás növekedésének, illetve a segélyhelyek és kórházak személyi és egészségügyi technikai ellátásának bővülése [3].

Ennek betudhatóan a kórházi letalitás aránya az amerikai fegyveres erőknél az I. világháborús 8%-ról Vietnámban 1,5%-ra csökkent (8. ábra).

A XX. századi gyógyító kiürítő ellátás tapasztalatait összegezve megállapítható:

- Minél gyorsabb a sérültek összegyűjtése és kiszállítása, annál alacsonyabb a harcmezői letalitás, illetve annál magasabb a segélyhelyeken a súlyos sérültek aránya.
- Minél magasabb szintű a segélynyújtás, annál alacsonyabb a szekunder mortalitás, illetve annál ma-

Ellátó tagozat	Eü.sz.	Eü.sz.d.	Eü.z.
Kiürítés táv. (km)	1–5 km	2–20 km	30–40 km
Időtartam (h)	4 h	6 h	8–10 h
Segélynyújtás szintje	Orvos előtti és első orvosi sürgősségi segély	Általános szakorvosi segély	Differenciált szakorvosi segély
Sürgősségi sebészeti ellátás időtartam (h)		1 h –	6 h
Eü. anyag tart. (nap)	1	3	5

9. ábra:

A gyógyító-kiürítő ellátás tervezésének alapvető mutatói

gasabb a túlélők hányada.

- A súlyos sérültek (betegek) életben tartásának, az életveszélyes szövődmények megelőzésének, a marandó egészségkárosodások visszaszorításának sikerét vagy sikertelenségét alapvetően meghatározza az előlfekvő egészségügyi tagozatokban végzett segélynyújtás szintje.

Ezen tapasztalatok érvényesülnek a NATO egészségügyi biztosítás koncepciójában. E szerint a kiürítő kapacitás tegye lehetővé valamennyi sérült kiszállítását az 1. tagozatra 4 órán, a 2. tagozatra 6 órán, a 3. tagozatra pedig 8-10 órán belül. Ugyanakkor a segélynyújtás szintje tegye lehetővé az 1. tagozatban az orvos előtti (első orvosi) sürgősségi, a 2. tagozatban az általános szakorvosi, a 3. tagozatban pedig a differenciált szakorvosi segélynyújtást (14.) (9. ábra).

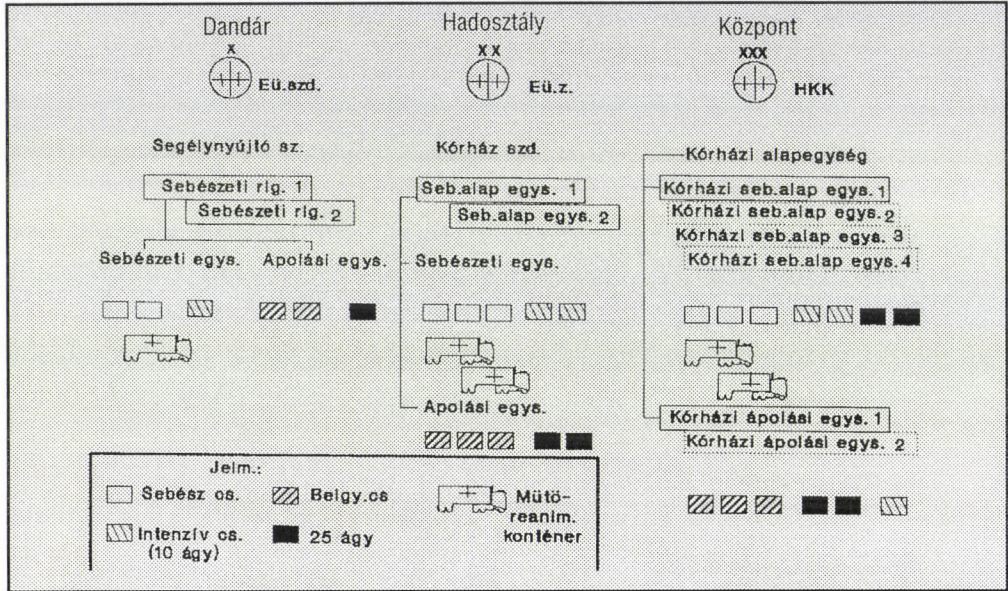
Az összegzett cél, hogy az egészségügyi ellátás színvonala az adott har-

cászati helyzettől függően, de minél jobban közelítse meg a béke sürgősségi ellátás szintjét, vagyis az ellátás alapvetően a sürgősségi medicina „lege artis” szabályai szerint történjen.

Alapelv: a gyógyító kiürítő ellátás alapelvét a kompromisszumos medicina szabályait csak kényszerítő körülmények közt és átmenetileg alkalmazó, a béke sürgősségi ellátást legjobban megközelítő ellátás képezi. Az alapelv megvalósítása, az osztályozás, a segélynyújtás és a kiürítés egymásra épített folyamatos alkalmazását igényli.

6. Az egészségügyi biztosítás új alapelvei megvalósításának céljai, fő irányai

Az új alapelvek megvalósítása az egészségügyi biztosítás teljes rendszerének, ezen belül az egyes ellátó tagozatok rendeltetésének, céljainak, feladatainak lényeges módosítását igényli. Ezek közé sorolhatók:



10. ábra:

A segélynyújtás-ápolás modulrendszerű felépítésének elvi vázlata

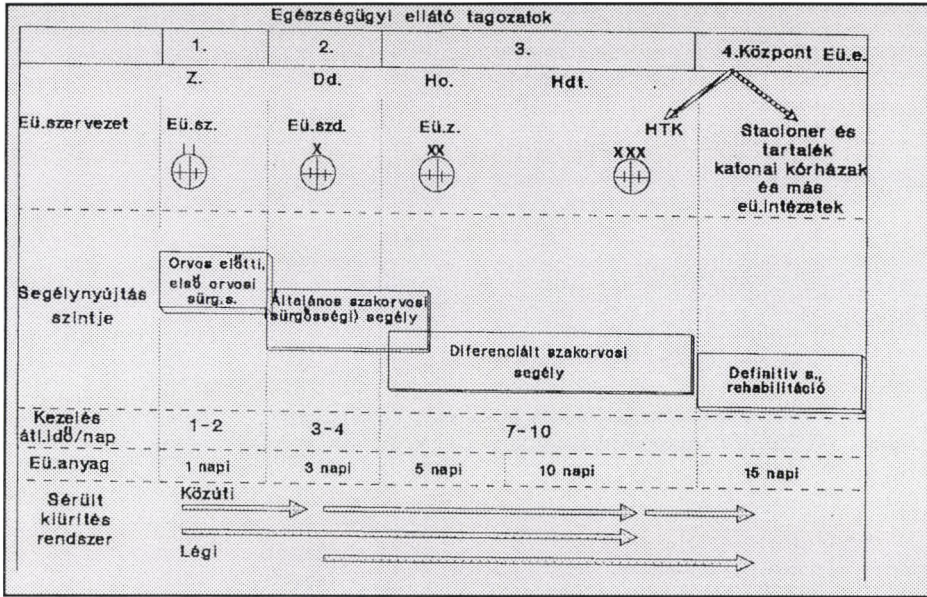
- A segélynyújtó tagozatok számának csökkentése.
- Az egyes tagozatokban a segélynyújtás szintjének egy nagyságrenddel való bővítése.
- A segélyhely és intézet típusok számának csökkentése.
- Az egyes tagozatok alapvető funkcionális egységeinek tipizálása, azok modul rendszerű felépítése.

Az ellátó tagozatok modul rendszerű felépítésének célja a különböző tagozatokban azonos feladatokat ellátó szervezeti egységek kölcsönös alkalmazhatósága, szabványosított egység felszereléseinek és készleteinek felhasználhatósága bármelyik tagozatban, a kölcsönös helyettesíthetőség, a kiesettek fennakadás nélküli pótlása.

Az egyes ellátó tagozatokban végzett segélynyújtás szintje közötti különbséget alapvetően az alkalmazott modulok száma, a szakorvosi csoportok összetétele és azok szakfelszerelése képezi [18] (10. ábra).

Ehelyütt csupán utalunk a technikai eszközrendszerrel, az egészségügyi egységkészletekkel, a vér és vérszítványokkal szemben támasztott követelmények és szabványok Euro-komfortjának és NATO kompatibilitásának fontosságára.

Az egészségügyi biztosítás új modelljé kettős követelménynek kell hogy elegendet tegyen. Feleljen meg a szövetségi védelmi rendszer egészségpolitikai elveinek, illeszkedjék annak struktúrájához, az ellátó tagozatok kapacitása lehető legjobban közelítse meg az azonos rendeltetésű más nem-



11. ábra:
MH egészségügyi biztosítás rendszer
(Modell tervezet)

zeti ellátó tagozatok szintjét. Ugyanakkor vegye figyelembe az MH és az országos egészségügy jelen helyzetét, továbbá várható fejlődésének fő tendenciáit.

Az új egészségügyi biztosítás alapelvei részben a közeljövő, részben a távlati célok elérésének irányait kell, hogy tartalmazza. Megvalósítása és annak ütemezése a haderő fejlesztés programjába beillesztve lehetséges. A koncepció célja az ad hoc fejlesztés elkerülése, a tudatos rendszer szemléletű fejlesztés elősegítése.

A teljes megvalósítás feltételei számosak és szerteágazóak. Közéjük sorolható:

- Az 1., 2., 3. Egészségügyi ellátó tagozatok teljes mobilitása.

- Az egészségügyi ellátó tagozatok feladatrendszerének összhangja az egészségügyi technikai és képzési követelményrendszerrel.

- Az ellátó tagozatokban végzett segélynyújtás minőségét garantáló, azok teljesítésének ellenőrzését lehetővé tévő, ugyanakkor egyszerű világos és jól kezelhető protokollok és standardok alkalmazása.

Ugyanazon cél elérésének több alternatív változata lehetséges. A 11. ábra a lehetséges modellek egy változatát mutatja be.

A dolgozat második része a várható egészségügyi veszteség elemzését és az abból származó feladatok ellátására hivatott egyes tagozatok modelljét ismerteti.

IRODALOM

- [1.] *Aracsi L.*: A sürgősségi ellátás alapelvei. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 59-69.
- [2.] *Atzr, C. P., Bronwell, A. V., Sako Y.*: Experiences in the management of abdominal and the racoabdominal injuries in Korea. In: Ganzoni N., Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern. 1975, 230.
- [3.] *Enderlin, D.*: Besonderheiten der Organisation der medizinischen Sicherstellung der Luftkretikrafte/ Luftverteidigung. In: *Letzel, Ch.*, Organisation und Taktik des medizinischen Dienstens. Militarverlag. Berlin. 1984, 144.
- [4.] *Faludi G.*: Az MH egészségvédelmi tevékenysége. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 41-57.
- [5.] *Fűrész J.*: Az oktatás és a képzés helye, szerepe a MH egészségügyi stratégiai koncepciójában. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 73-82.
- [6.] *Karl J., Gilbody, R. N.*: Prehospital care. In: Kravis Th., Co., *Werner, C. G.*: Emergency Medicine. Aspen Public. Rockville. 1987, 7-11.
- [7.] *Kovarc, J. J., Hamit, H. F., Hardaway, R. M.*: Vietnam casualty statistics. In: *Gansoni, N.*: Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern. 1975, 230
- [8.] *Kovács G.*: Pszichiátriai ellátás szervezése alkalmazások során In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 107-108.
- [9.] *László I.*: Az intézeti sürgősségi betegellátás alapjai. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 70-72.
- [10.] *Liptay L.*: A tábori belgyógyászati ellátás új jellemzői. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 101-106.
- [11.] Magyar Értelmező kéziszótár. Akadémiai kiadó. Budapest. 1975.
- [12.] Magyar Szinonima Szótár. Akadémiai kiadó. Budapest. 1978.
- [13.] Idegen szavak és kifejezések szótára. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1973.
- [14.] A NATO egészségügyi biztosítás politikája, irányelvei, (MC 326, 326/1.)
- [15.] *Orgován Gy.*: A tábori sebészeti ellátás új jellemzői. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 88-100.
- [16.] *Richard, H., Cales, M. D.*: Systems Approach. In: *Kravis Th. C., Werner, C. G.*: Emergency Medicine. Aspen Public. Rockville. 1987, 3-5.
- [17.] *Svéd L.*: Az MH egészségügyi biztosítási rendszer koncepciója. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999, 1-10.
- [18.] *Vámos L.*: Az MH egészségügyi biztosítási rendszer koncepciója. In: MH OTT. Előadásgyűjtemény. Budapest. 1999. 11-24.
- [19.] *Welch, C. E.*: War wounds to the abdomen. In: *Ganzoni, N.*: Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern. 1975: 230.
- [20.] *Wolff, L. H., Giddings, W. P., Childs, S. B., Brott, C. R.*: Timelag and the multiplicity factor in abdominal injuries. In: Ganzoni N., Die Schussverletzung im Krieg. Hans Huber Verl. Bern, 1975, 231.

**Prof. L. Vámos M.D., DSc., (ret.)
maj.gen.**

Basic conception for the renewed conception of medical support

The author – on the basic of his lecture delivered on the workshop of the Medical Council of the Hungarian Defence Forces in 1999 – analyses the change in internal and external determination of medical support.

Considering experiences of some local war and armed conflicts, he draws a conclusion for the new basic principles of the medical support, for the purpose of this system, for its organisational and functional model, for the function of supplying departments as well as for the variation of its module-like construction regarding as appropriate.

*Dr. Vámos László ny. o.őrgy.
1553 Budapest, Pf. 1.*