

*Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Honvéd-Katasztrófa-Rendvédelem-orvostani Tanszékcsoport*

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának története 1980–1989 (I. rész)

Prof. Dr. Svéd László ny. orvos altábornagy, PhD

Kulcsszavak: Magyar Néphadsereg, mozgó kórház, stacioner kórház, egészségügyi dandár, alaprendeltetési feladatok, ezred-dandársegélyhely, csapattagozat, intézeti tagozat

A Hadtörténeti Intézet felkérése alapján 2016 őszétől 2017 év végéig végeztem kutatásokat a levéltárban a Magyar Néphadsereg 1980-89 évek közötti történelmének objektív tényeken alapuló leírására. E hosszú munka eredménye az egészségügyi szolgálat további sorsának alakulása szempontjából igen csak jelentős esztendőök áttekintése, az utókor számára a tények megőrzése. A béke időszaki tevékenységek és feladatok jelentős része az alaprendeltetés érdekében kerültek végrehajtásra. Az első részben most a korabeli dokumentumok alapján ezt tekinthetjük át.

Az Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának helyzete és kondíciói az 1970-es évek végén, az 1980-as évek kezdetén

A Magyar Néphadsereg (MN) „szocialista rendszer alatti történetét áttekintve megállapítható, hogy a külső és belső nehézségek ellenére figyelemre méltó fejlődésen ment át, az 1956-ban történt lefegyverzéstől az 1980-as évek hadügyi forradalmához való igazodásig. A technikai fejlesztések eredményeként, a Ma-

gyar Néphadsereg a 80-as évekre jelentős tűzerőt képviselt, s viszonyítva a környékbeli államok haderejéhez, a 20. századi történelmében akkor volt a legkorszerűbb eszközökkel felszerelve” [1].

Ez a fajta fejlődés és korszerűsítés mind a személyi feltételrendszerben, mind az infrastruktúra és technika anyag- és eszközrendszerében a MN egészségügyi szolgálatánál is érzékelhető volt. A személyi feltételrendszer változását és kiteljesedését hosszú évtizedek kitartó és célirányosnak mondható munkája előzte meg.

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

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

Ez a hiteles története annak, hogy hazánkban elsőként a hadsereg szerződött készülő szakemberekkel, s adott ki „társadalmi ösztöndíjat” [2].

Mindezen pozitívumok mellett azonban *a hatvanas évek végére* ismételtlen megkezdődött a csapatorvosok alakulatától történő elvándorlása. A csapatorvosok relatíve alacsony száma, a kiképzési feladatok növekedése, az alárendeltségből gyakorta adódó sajátos intellektuális konfliktusok, az első ösztöndíjas szerződésben meghatározott szolgálati idő letelte – egy évről, két évre – *a hatvanas évek elejére* gyakorlatilag megfosztotta a csapatokat az orvosoktól.

1968-ban mindezek orvoslására a hazai ösztöndíjrendszerben változtatás történt, amelyben az egy évről két évre, egy évről egy évre változott, ami a kötelező egyetem utáni szolgálati időt jelentette, valamint az ösztöndíj mértékét 50%-kal növelték [3].

Ugyanakkor döntöttek arról is, hogy a leningrádi Kirov Katonaorvosi Akadémián beindítják a magyar katonaorvosok graduális képzését. Addig a Magyar Néphadsereg számára csak posztgraduális oktatást biztosított a világhírű intézet [2].

Itt az 1969–74 közötti beiskolázást követően 1976–1980 között 55 fő szerzett diplomát [3].

Az 1974. és 1975. években az előző intézkedések hatására, a csapattagozat – a híres és hírhedt helyőrségeket is beleértve (Rétság, Lenti, Nagyatád, Nagykanizsa, Zalaegerszeg, Miskolc, Verpelét, Kecskemét, Pápa, Tata) – a 30%-os feltöltöttségről gyakorlatilag 100%-osra telítődött fel fiatal és ambiciózus orvosokkal, akik az egyetem után a Közpon-ti Katonai Kórházban (MKKK) először fél-, majd ezt követően egyéves speciális katonaorvosi posztgraduális képzés – elméleti és gyakorlati – elvégzése után kerültek ki a csapatokhoz [2].

A graduális és posztgraduális képzések rendszerének változtatásán túl egy korszakalkotó és abban az időben igen-csak jelentősnek tűnő direktíva is megalkotásra került, nevezetesen a 0018/1974. Honvédelmi Miniszteri Direktíva. Ez gyakorlatilag óriási lehetőségeket biztosított a csapatorvosok részére mind a személyes, mind a katonai karrier és a szakmai fejlődés területén.

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

A rendfokozati előrelépések, az orvosok számára a soronkívüliség minden rendfokozatban és beosztásban korlátozatlanul biztosítottá váltak.

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

Azonban ezred szinttől felfelé a hadtáp-alárendeltség megmaradt, amely első sorban a hadosztály szinten dolgozó szervezőorvosok munkáját, illetve helyzetét tette igen sokszor kritikussá és nehézé.

Mindezen lehetőségek ellenére a kötelező szolgálati idő letöltése után az 1974–1975-ben végzett csapatorvosok közel 30-40%-a leszerelt és eltávozott a hadseregből.

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

A technikai fejlesztés ekkor érte el csúcspontját. A tábori egészségügyi eszközökhöz – kötézőgépkocsi, műtőkonténer, reanimációs egység készlet (REI-, REII, ARE), mozgó sterilizáló és desztilláló berendezés, fogászati gépkocsi, mozgó laboratórium, táskadiagnosztikai egység, oltópisztoly és egyszerűhasználatos invazív eszközök, valamint ekkor rendszeresítették a sebesültkihordó eszközöket. A 450 fő sérült hátraszállítására alkalmas sebesültszállító vonat és a sebe-

sültszállító autóbuszok is ekkor kerültek a rendszerbe. Az LO-Garant sebesültszállító autókat az UAZ-452-es sebesültszállító gépkocsik váltják fel [2, 3]. Új hadinorma állt rendszerbe és váltotta le a 60-as évek technikáját és anyagát [2, 3].

Az űrhajós kiválogatás 1977 és 1980 között történt az MN ROVKI-ban (Repülőorvosi archívum, Kecskemét 1977. 06. RAK)

Az űrhajós jelöltek kiválasztása három fokozatban került lebonyolításra. Az elsőben a jelöltek elsődleges orvosi alkalmassági vizsgálatát végezték el a rendelkezésre álló repülőorvosi dokumentáció alapján. A második fokozatban az elsődlegesen kiválasztott jelöltek terhelési és klinikai vizsgálatait végezték el a ROVKI-ban. A harmadikban pedig a végleges kliniko-fiziológiai vizsgálatokat, a moszkvai Repülő- és Űrorvosi Kutató Intézetben hajtották végre. A kiválogatás 1977-ben kezdődött és még abban az évben be is fejeződött [4].

Az infrastrukturális beruházások közül meg kell említeni az 1965-ben Kecskeméten megépített MN Repülőorvosi Vizsgáló és Kutató Intézetet (ROVKI), az 1974-ben a 4-es számú szanatóriumnak (Hévíz) átadott új épülettömböt, az 1977-ben felépített 5-ös számú honvéd szanatóriumot Balatonfüreden és az 1-es számú katonai (tishti) kórház(1.sz.KK) új szárny épületét [3]. 1979-ben kezdődött meg az 6-os számú győri honvédkórház együttműködésben történő építése is.

A fejlesztések közül kiemelkedik az MN Központi Katonai Kórház (MN KKK) laboratórium automatizálása és az endoszkópos labor kialakítása, valamint a 80-as évekre átnyúló új égési osztály és művese állomás kialakítása. A 70-es évek végére jelentős fejlesztések történnek a 2-es és 3-as számú (Kecskemét, Pécs) katonai kórházakban (KK). Kecskeméten

szakrendelő, gyógyszerár, diagnosztikai részleg, fizio- és balneoterápiás osztály, Pécssett égési, intenzív terápiás osztály és járóbeteg szakrendelés kerül átadásra [3].

Az egészségügyi szolgálat a 70-es éveket az Orion-79 egészségügyi rendszer gyakorlattal koronázza meg, ahol az állami- és a legmagasabb szakmai vezetésnek mutatják be az MN egészségügyi szolgálatát a prevenciótól a hátszagi kórházakig, a legújabbban rendszeresített és kifejlesztett technikai eszközökkel együtt. A szép bizonyítványt azonban nagyon csúnyán elrontotta az 1979. év végén felderített, az MN KKK neurológiai és reumatológiai osztályain a katonai szolgálatra való alkalmatlanság megállapításával kapcsolatos visszaélési és vesztegetési botrány, ami miatt neves, és híres katona-orvosok bebörtönzésére, valamint lefokozására, illetve a teljes felülvizsgálati rendszer átdolgozására került sor.

Ebben az időszakban az MN egészségügyi szolgálat főnöke (MN EÜSZF) a Prof. Dr. Farádi László orvos vezérőrnagyot 1967-ben váltó Prof. Dr. Vámos László orvos vezérőrnagy (1974-ig ezredes) egyetemi tanár (1926–2005) volt, aki 1981. év végéig töltötte be ezt a beosztást. A Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerezte diplomáját. 1949-ben honvéd kollégiumi pályázat keretében főhadnagyként került a légierőhöz csapat-, illetve beosztott orvosként Kiskunlacházára, majd Kunmadarasra. Innen vezényelték a Légierő Parancsnokság állományába, ahonnan 1954-ben nyelvi előkészítőre Leningrádba, majd a KIROV Katonaorvosi Akadémiára került. 1956-ban tért vissza belgyógyászként a Gyáli úti Repülő Kórház repülő-orvosi vizsgáló állomására, melynek része volt a Repülő Orvosi Bizottság (ROB). 1960-ban áthelyezték a HM Egészségügyi Csoportfőnökségére főorvos, mb. csoportfőnöki, csoportfőnökh.,

majd 1967-ben egészségügyi szolgálatfőnöki beosztásba. 1981 végén kerül az MN-ből nyugállományba, de ekkor rögtön átkerült az Orvostovábbképző Egyetemre, mint egyetemi tanár és 1992-ig vezette az intézmény egészségügyi főiskolai karát, valamint a Honvédelmi Egészségügyi Intézetet. 1967-ben kandidátusi fokozatot szerez az „*Atomcsapások egészségügyi következményei felszámolása*” című értekezésével. 1976-ban elnyerte „A tudományok doktora” címet „*A korabeli honvéd-egészségügy korszerűsítése*” című munkájával. Egészségügyi szervezéstan, repülőorvostan és honvéd- katasztrófaorvostani szakképesítéssel rendelkezett. Ő az alábbiakban foglalta össze a kor katona-egészségügyét: „A korombeli, úgynevezett egészségügyi rendszernek a felszereltségét, a színvonalát és képzettségét, azt sokra kell, hogy becsljük.” „Volt olyan időszak, amikor a magyar katona-egészségügyi szolgálat 12 fő egyetemi tanárral rendelkezett.” „Mi eljutottunk oda, hogy mindazok az eszközök, akármilyen drágába kerültek, amit az akkori orvosi technikai produkált, az megvolt” [5].

Az MN egészségügyi szolgálata az előzőekben vázolt és összegzett kondíciókkal kezdte meg az akkor még nem sejtett kihívásokkal és eredményekkel tűzdelt 1980-as éveket.

I. Az alaprendeltetésből adódó feladatok áttekintése 1980–1989. között, a Magyar Néphadsereg háborús egészségügyi biztosítása

A bevezetésben említett szegényfolt el-tüntetésére nagy hangsúlyt helyez a szolgálat vezetése. Az 1980. január végén megtartott éves értékelő és feladatszá-bó értekezleten a szolgálatfőnök hosz-szasan ecsetelte a kialakult helyzetet és a morális, etikai megtisztulás szükséges-

ségét. Ennek érdekében 1980. augusztus 06-án kiadta a 48. számú intézkedését [21], amely „az MN egészségügyi szolgálat etikai helyzetének megszilárdítására” vonatkozott. Megjegyzendő, hogy ezen intézkedést megelőzte az ügyben „az MN KKK állományából büntető eljárás alá került *Dr. Aszalós Zoltán orvos ezredes* és orvos társai évekig tartó korrupciós cselekményei” kivizsgálására felállított orvosszakértői bizottság minden egyes tagjának dicsérete, az „önzetlenül az ügy tisztázása, illetve lezárása érdekében végzett munkájáért” [6].

Az intézkedés többek között leírja, hogy az „MN Központi Katonai Kórházban feltárt egészségügyi dolgozók által elkövetett cselekmények következményei köteleznek bennünket az etikai helyzet fejlesztésére”. Egyértelműen fogalmazta meg az orvos és beteg kapcsolatának katonaeegészségügyi értelmezését, tartalmát, amely örök érvényűnek is tekinthető, ezért érdemes szó szerint idézni: „Az orvos és beteg kapcsolata a hadseregben szorosabb, mint a polgári életben, mert mind a beteg, mind orvosa a fegyveres erők tagja. Így a kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolatuk még a testületi együvé tartozással is erősödik. A csapatorvosok jól ismerik egységük tisztjeinek, tiszthelyetteseinek, a legénységi állományának szolgálati- és munkakörülményeit, de családi gondjaikat is. A kórházi orvosok, akik döntő többsége csapatgyakorlattel rendelkezik, ugyancsak ismerik a hadseregben szolgálatot teljesítők élet- és szolgálati körülményeit, leterheltségét, stb.”

Többszörösen hivatkozott a 23/1974. HM számú utasításra – amely gyakorlatilag az 1972. évi az egészségügyről szóló II. törvény, MN-en belüli végrehajtási utasítása –, valamint a 88/27/1978. MN EÜSZF-i intézkedésre, amely szabályozta és leírta „A hivatásos honvéd orvosi/

gyógyszerészeti beosztásokat betöltőkkel szembeni követelményrendszert”.

Kérte a honvédorvosokat a szorosabb szakmai együttműködésre. Elrendelte, hogy „az etikai magatartás vizsgálatára és értékelésére a kórházak, intézetek parancsnokai, magasabb egység és seregtest egészségügyi szolgálatai évenként szervezzenek orvostalálkozókat, ahol a gyógyító-megelőző ellátás, gondozás aktuális kérdéseit, az orvos-beteg kapcsolat problémáit beszéljék meg.” Ezen intézkedés kapcsán született meg a „Csapat-orvosi Fórum” intézmény rendszere, amely ténylegesen közelebb hozta a központi és csapattagozat orvosait. A személyi feltöltöttség javulása lehetővé tette a csapatoktól a kórházba kerülést, és egy jól átlátható karriermodell kezdetét. 1980-ban telt le az „egy évért egy évet” elv, hatéves periódusa az 1974-ben végzett jelentős számú és csapatorvosi beosztásba került fiatal és ambiciózus katonaeorvosok számára. Közülük ugyanannyian kerültek kórházi beosztásba – későbbiekben meghatározó személyekké, intézetvezetők, osztályvezető főorvosokká válva – mint amennyien leszereltek. 24 főből 9-en szereltek le, 9-en kerültek kórházi beosztásba, 5-en maradtak csapattagozatban, 1 fő pedig tragikus körülmények között elhunyt.

Visszatérve a csapatorvosi fórumokra: igen hasznos tere volt a csapatorvosok feltöltődési lehetőségének, ahol a szakmai problémákon túl a szolgálattal kapcsolatos konfliktushelyzetek megbeszélésére és megoldására is lehetőség nyílt. A fórum az évenkénti egy helyett negyedévente, esetenként havonta került megrendezésre, amelyekből azután a ténylegesen évenkénti egy alkalommal megtartott „Főszakorvosi összehívások” születtek meg.

Ahhoz, hogy a csapatorvosok a kor szellemiségét, a honvédség mindenna-

pi feladatait át tudják tekinteni – ahhoz számba kell venni az alaprendeltetéssel kapcsolatos, a szolgálatra és az egészségügyi biztosítás háborús feladataira vonatkozó összes feltételrendszert, mind a csapat, mind pedig a központi tagozat vonatkozásában, mert a mindennapok összes ténykedése és munkája ebben az időszakban erre összpontosult.

A szárazföldi haderő [3. hadtest(hdt) és 5. hadsereg(hds)] a 80-as évek elejére felnőtt férfikorba lépett. Az egészségügyi szolgálat igencsak alacsony békelétszámmal működött: a zászlóaljak 10-15% (békében 1 tiszthelyettes, 1 tisztes, 1 honvéd, mozgósításkor („M”-ben) 18-20 fő) [23], az ezredek/dandárok 20%, a hadosztály egészségügyi zászlóaljai 4-5%-os, a hadsereg egészségügyi alakulatai 1%-os békefeltöltöttséggel rendelkeztek. A központi tagozat tábori intézetei az ún. „keretátadásos rendszer” miatt 1 és 10% közötti aránnyal rendelkeztek. A csapatoknál ez a rendszer csak a hadsereg törzs főszakorvosai – belgyógyász és sebész –, valamint 1983-tól az egészségügyi ezred(eü.e), majd dandár(dd) esetében a parancsnok személyében, illetve beosztásban rendelkeztek ezzel a lehetőséggel. Az egészségügyi biztosítás így gyakorlatilag teljes mértékben a tartalékos állományra épült. Ennek fontosságára utal, hogy az MN EÜSZF kiadta a 009/1980. számú intézkedését (1980. szeptember 01.) ami „A tartalékos hadköteles kiképzésére, az intézetek és csapatok összekovácsolására és a háborús időszakban a harckiképzés megszervezésére és végrehajtására” vonatkozott. A tartalékos képzés és összekovácsolás formáit az alábbiakban határozta meg:

- „M” Pk-i foglalkozás.
- „M” Pk-i eligazítás, bemutató, módszertan.
- Tartalékos „M” összekovácsolás egységben és magasabb-egység kötelékben.

- Tartalékosok képzése „M” összekovácsolása intézet, alegység kötelékben.
- Tartalékos hadkötelesek kiképzése, tartalékos honvéd, tisztes képzés, átképzés.
- Tartalékos tisztek, zászlósok, tiszthelyettesek gyakorlati továbbképzése.
- Rövid képzéssel egybekötött „M” anyagkarbantartói, illetve a technikai ismeretek bővítését célzó foglalkozások.
- Biztonsági hányad kiképzése „M” összekovácsolási gyakorlat alkalmazásával.

Ezek naponta 10-12 órás kiképzést jelentettek [6].

Az egészségügyi biztosítás alapelve a „szakaszos gyógykezeléssel egybekötött rendeltetésszerű kiürítés” volt, amely a II. világháborúban kipróbált és ott működő rendszer volt, amely mindenképp egy kiürítéscentrikus ellátási rendszerként működött, hisz az ellátandó és keletkező sérült, illetve betegszám mindig meghaladta az ellátók lehetőségeit, abban, hogy a sérülteket és betegeket a békeellátáshoz hasonló eljárás keretében gyógykezeljék. Az osztályozás-kiürítés-ellátás (3 „T” szabály) rendszerében a sérültek mennyisége, a kiürítés irányába tolta a biztosítási feladatok tervezését és az ehhez szükséges feltételek megteremtését. Nem véletlen, hogy az MN EÜSZF 008/1981. számú intézkedése „Az MN egészségügyi szolgálat főbb irányairól és feladatairól az 1981–85 közötti időszakban” a háborús egészségügyi biztosítást érintően az alábbi célokat tűzte ki:

- „tovább kell folytatni a háborús sérültek ellátásához szükséges szervezeti, anyagi-technikai feltételek javítását, melynek fő céljai a hatékonyabb, rugalmasabb vezetési rendszerek kialakítása, a sérültek harcmezőn törté-

nő összegyűjtésének és kihordásának meggyorsítása, valamint a segélynyújtás szintjének emelése, különös tekintettel a hátországi egészségügyi ellátó tagozatra”.

- „a csapattagozatban »Fő célunk a sérültek összegyűjtése és kihordása gépesítése első ütemének végrehajtása sebesültkihordó járművek rendszerezésével.« A segélynyújtás színvonalának emelésére a tervidőszak végére valamennyi állománytáblában szereplő kötőzőgépkocsit biztosítjuk” [7].

A sebesültkihordó gépkocsik beszerzése 1982-ben megtörtént, amelyek tárolását 1982. december 09-én az MN EÜSZF és MN Pc. Gépjármű-technikai szolgálat főnöke a 08/1982-es számú intézkedése szabályozta, miszerint a „beszerzett eszközöket (LUAZ-967) a rendszeresítésig „Harckészültség” („HKSZ”) esetén hátrahagyott eszközként kell kezelni” [8].

A központi tagozat kiürítő kapacitása növelése céljából sebesültszállító vonatokat rendszeresítenek és az autóbuszok sebesültszállításra történő átalakításához szükséges eszközök beszerzését tervezik, melyekkel az átalakított „hordágy függesztő szereléssel ellátott (HFSZ) tehergépkocsikhoz képest, 50%-kal tervezik növelni a sebesültkiürítő kapacitást és a sérültek szállításának minőségi tényezőit fokozni [7].

A szárazföldi csapatok ellátási, illetve biztosítási rendszere

A képességek, feltételek lehetőségek és a követelmények tükrében a peremvonalától a hátországi intézményekig a szakaszos ellátás és rendeltetésszerű kiürítés elvének való megfelelés figyelembevételével az alábbiakban foglalható össze:

A peremvonalától az első egészségügyi szaksegélyig az ön- és bajtársi segély az ellátási gyakorlat, amit békeidőszak-

ban az arra kiválogatott katonák az ún. „nem szervezetszerű egészségügyi katonák” kiképzésének keretében sajátították el. A kiképzés célja az volt, hogy a képzés után mind az állandó harckészültség időszakában, mind háborús körülmények között ezek a személyek képesek legyenek kijelölt elsősegélynyújtóként tevékenykedni. Feladatuk volt az ön- és kölcsönös segélynyújtás gyors és szakszerű végrehajtásának, a sérültek kihordási és szállítási módjainak elsajátítása, a közegészségügyi-járványügyi munka alapvető feladatainak végrehajtása [22 (E/483., 484. pont)].

Az egészségügyi katonák kiképzése során sajátították el az ön- és kölcsönös segélynyújtás gyors és szakszerű végrehajtását, az alapvető közegészségügyi-járványügyi rendszabályokat. Megtanulták a fekvő betegek ápolásának alapismereteit, és képessé váltak a segélyhelyek, funkcionális részlegek normaidőn belüli telepítésére. Mindezen túl megtanulták a sebesültek harci körülmények közötti kihordásának és szállításának módjait [22 (E/489. pont)].

Az egészségügyi katonák képzéséhez kéthónapos időtartamban honvédkórházi gyakorlat is tartozott, amelynek során egyrészt enyhítették a kórházak ápoló személyzet gondjait, de a csapatoknál, főleg a rengeteg kiképzési feladat egészségügyi biztosítása miatt, hiányoztak az általában civil foglalkozásaikban is egészségügyben dolgozó (mentőápoló, beteghordó, műtős) katonák. A rendszer nagy hibája volt, hogy ezek a katonák leszerelésük után gyakorlatilag eltűntek a behívható kategóriából és, ha tartalékos állományt hívtak be, akkor az ún. „rokkonszaktmákból” – pl. bikaszelídítő, tehenész, növényápoló – vonultak be az egészségügyi szolgálat legénységi állományú beosztásaiba.

Mindezek ellenére az egészségügyi katonák beosztás kiváló propagandája volt az évente megrendezett „Egészségügyi katonák vetélkedője” verseny, melyek évről évre emelkedő színvonalon kerültek végrehajtásra. A verseny győztesei közül sokak sikeresen felvételiztek az orvostudományi egyetemekre.

A zászlóalj szintű egészségügyi biztosítási elem a zászlóalj segélyhely volt, amely békeidőszakban egy fő zászlóalj-segélyhely parancsnok tiszthelyettesből és egy egészségügyi katonából állt, aki kettős beosztásban a sebesültszállító gépkocsi-vezetői feladatokat is ellátta. Esetenként egy-egy tiszt is található volt néhány állománytáblában. Az egészségügyi tiszthelyettesek feladataiknak – azok nagyságrendje, felelősségük súlya, felkészültségük, jog- és hatáskörük alapján – gyakorlatilag képtelenek voltak megfelelni. Az örökös gyakorlótéri biztosítások mellett, a segélyhely anyagi készleteinek tárolására és frissítésére, az állományuk körében elrendelt egészségügyi kiképzési, közegészségügyi és egészségnevelési feladatok elvégzésére nem maradt kapacitásuk. Emiatt közülük nagyon sokan elhagyták a Magyar Néphadsereget. A helyükre egyre több egészségügyi végzettségű, a polgári foglalkozásukat katonaférjük áthelyezése miatt befejezni kényszerülő, továbbszolgáló állományba felvett hölgy került, akik szakmai felkészültségük alapján megfeleltek, de a családi problémák és egyéb okok – gyereknevelés, férj távolléte – miatt a HKSZ feladatokba egyáltalán, a gyakorlatok egészségügyi biztosításába pedig csak esetenként voltak bevonhatók. Mindazonáltal a zászlóalj segélyhelyek a háborús alkalmazásban kulcsfontosságú szerepet tölthettek be, hisz a keletkező sérültek és betegek itt találkoznak először egészségügyi ellátóval, igaz csak a szaksegély szintjén, ellentétben az ellenséges NATO-

csapatok ezen a szinten nyújtott első orvosi segélyétől.

A kiürítés szempontjából is sorsdöntő szakasz, hisz a peremvonalról kell a sérülteket kihordani. A háborús feltöltöttségben 18-20 fős segélyhelyek zömét a „kiürítő raj” adta. Technikai eszközeivel 15 fő, majd a LUAZ-967-esek rendszerbe állásával 17 fő fekvő sérültet tudott egy fordulóban kiüríteni. Az első szaksegély keretében az eszköznélküli légút-, illetve vérzéscsillapítás, állapot stabilizálás (stabil oldalfekvés) és bizonyos élettani paraméterek mérése (vérnyomás, pulzus, valamint légzésszám), kiürítési osztályozás szerepelt az ellátási repertoárban. Az akkor érvényben lévő egészségügyi veszteségi számvetés szerint esetenként kétszeresen-háromszorosan túllépték a segélyhely kapacitásait.

A zászlóalj segélyhely – az alkalmazott harceljárásoktól függően – általában 2-8 km távolságra települt a peremvonalról. Az összekovácsolási gyakorlatok során a legfőbb figyelem a gyakorlatilag teljesen szakképzetlen tartalékos állomány egészségügyi felkészítésére összpontosult (az első szaksegély és kihordás feladatai gyakorlásának terhére vagy inkább kárára).

Az első orvosi ellátás az ezred, majd 1986-tól azonos feltételekkel a dandár segélyhelyeken történt [23]. A békeidőszaki 8 fős segélyhelyek (3 orvostiszt, 2 eü. tiszthelyettes, 3 fő sorállományú) háborús időszakban 40-42 főre nőttek [23].

Szerencsésebb esetekben a segélyhelyre előzőleg a sorkatonai szolgálatukat ott töltő orvosok, illetve sorállományúak kerültek lebiztosításra. Így a telepítésekkel-áttelepítésekkel, eszköz és technikai ismeretekkel kevesebbet kellett foglalkozni, hiszen ezeket a tényleges szolgálatuk alatt elsajátították. Az egészségügyi szolgálatfőnök háborús feladatoknál („M” esetén) a hadtápszolgálat

alárendeltségébe került, ami 1-2 alkalom kivételével konfliktus nélkül oldódott meg, hisz a hadosztály/hadtest, illetve hadsereg egészségügyi szolgálatfőnökök folyamatos hadtáp alárendeltségben dolgoztak és sokat tettek a konfliktusok, ütközések elkerüléséért.

Az ezred/dandár, hadosztály segélyhelyek a 70-es évek második felétől jelentős korszerűsítésen estek át. A sebesültkiürítő eszközök cseréje, az ESA(ezred segélyhely) és HOSA [hadosztály segélyhely (egészségügyi osztag és zászlóalj)] sátrak kivonása és új, könnyebben telepíthető, variálható sátrakra váltása, a kötöző, valamint néhány kiemeltebb alakulatnál fogászati gépjármű rendszeresítése a RE-I és RE-II készletekkel, oltópisztollyal való ellátás mind-mind ezen kiürítési szakasz ellátási minősége javulásának lehetőségét kínálta [3, 7].

Az ezred/dandár segélyhelyekkel szemben jelentős és a sérültek esélyei szempontjából igencsak meghatározó elvárások voltak. Így az első orvosi segélyen túl a speciális elsősegély, az újbóli osztályozás, az eszközös légzésbiztosítás és az újraélesztés gyakorlati végrehajtása, továbbá az állapotstabilizálás szerepelt az ellátási feladatok sorában. Ez a konkrét gyógyító- és osztályozási feladatokon túl a folyamatos járóbeteg ellátást – amely főleg a gyakorlatok időszakában csúcsozódott ki és vált nyilvánvalóvá, az „M” állománnyal végrehajtott felkészülési időszakban – a magasabb kiürítési szakaszokra történő hátraszállítási feladatokra való felkészítés és előkészítés, a zászlóalj segélyhelyekről történő kiürítés szervezése és végrehajtása, valamint egy 10-20 fős fektető kapacitás működtetését jelentette. Mindezt tetézte a napenkénti 2-3 alkalommal tervezett – főleg a támadó harctevékenység gyakorlása időszakában – előretelepítések végrehajtása. A 80-as évek

elején a különböző új harc eljárások – légi desszant, hadműveleti manővercsoport, védelmi harc, erődök, támpontok elleni harc, városi harc, stb. – a konkrét szakmai ellátásban nem, de a várható egészségügyi veszteség számvetésben a segélyhelyek manővereiben, a megerősítések megjelenésében, a kiürítési feladatok módosulásában egyértelműen változásokat okoztak. Mindezek tovább növelték azt a diszkrepanciát – amely elsősorban a tömegpusztító fegyverek (TÖPFE) alkalmazási viszonyai között végrehajtott harc egészségügyi biztosításának csaknem teljesíthetetlenségét okozta, főleg – ami az ellátás és az ellátásra szoruló sérültek, betegek száma között feszült.

A hadsereg tagozatban (5 hds. és 3. hdt.) az alapvető gyógyító alegységek, az egészségügyi osztagok [eü.o.(12 db)] és az egészségügyi zászlóaljak [eü.z. (6 db)] voltak. (9) Az egészségügyi osztagok béke időszakban: 2 fő; 1 tiszt, 1 kipa., háborúban :112 fő; 16 tiszt, 31 tts., 65 sor- a zászlóaljak békében; 9-17 fő; 3 tiszt, 4-7 tts., 2-7 sorállományú, háborúban: 197-200 fő; 32 tiszt, 38 tts., 127-130 sorállományú katonával rendelkeztek [9]. Alapvető ellátási feladataik az első szakorvosi segély biztosítása, életmentő műtétek elvégzése, a kiürítés tervezése és végrehajtása, a hadsereg sávjában, mentesítési és elkülönítési, járványügyi feladatok ellátása voltak. Osztagonként és zászlóaljanként mintegy 60 fő részére fektető kapacitás biztosítása, az egészségügyi zászlóaljak részéről pedig az alárendelt ezredek/dandárok egészségügyi anyagi ellátása, technikai eszközei javításának szervezése, valamint a sérültek és betegek hátraszállításának szervezése, végrehajtása és bizonyos tekintetben a biológiai felderítésben és mintavételezésben, elemzéshez kapcsolódó feladatok elvégzése tartozott. Ennek érdekében 1981-től a rendszerből kivonták a PDP-II-t, a rop-

pant nehézkes, gyakran balesetveszélyes fürdető-fertőtlenítő készülékeket és helyettük a korszerű és mobilis „DDA-66” fürdető-fertőtlenítő gépkocsikat rendszeresítették. Ugyanekkor kezdődött meg a csapatok műtőkonténerrel és tábori röntgen készülékekkel való ellátása [9].

A gyógyító alegységek feladatait és a hadsereg egészségügyi biztosítását teljessé a 212. ö. szakegészségügyi zászlóalj [ö.szak.eü.z. (békében; 2 fő, 2 fő tiszt, 1 fő sz.pa., háborúban; 73 tiszt, 102 tts., 388 sorállományú, mindösszesen 563 fő)] és a 89. ö. állategészségügyi osztag [ö.áeü.o. (békében a 212. ö. szak.eü.z. béke állománya látta el, háborúban; 7 fő tiszt, 5 fő tts., 21 sorállományú, összesen 33 fő)] [9] tette.

Az ö.szak.eü.z. speciális szakorvosi csoportokat (sebész, belgyógyász, szemész, radiológus, toxikológus) járványügyi-egészségügyi alegységet, vér-ellátó állomást, fürdető-fertőtlenítő alegységet és egy sebesültszállító századot foglalt magában. Ezen alegységek egy részét megerősítésként a hadosztályokhoz, másrészt hadsereg érdekű feladatokra – járvány-egészségügy, illetve vérellátás – alkalmazták. Az ö.áeü.o. feladatai között az étellemezés-egészségügyi feladatok segítése és ellenőrzése, valamint az antropozoonizósok (állatról emberre terjedő betegségek) felderítése és megelőzése szerepelt. *Az egészségügyi szakcsapatok a hds.-nél ebben a szervezési formában 1983-ig működtek.*

1982 májusában egy egészségügyi szakharcászati gyakorlat került végrehajtásra Kapoly helyőrségben, ahol a hadsereg közvetlen szakcsapatok nagy része „csak” tartalékos parancsnoki állománnyal vett részt, két eü.o. kivételével, amelyek teljes „M” állománnyal szerepeltek. Ugyancsak részt vett a gyakorlaton egy egészségügyi zászlóalj béke állománya is.

A szakharcászati gyakorlat az egyik legkiemeltebb jelentőségű feladata volt a 80-as évek csapategészségügyének. Jelentőségét, de inkább csak nagyságrendűségét az 1985-ben végrehajtott ORION-85 gyakorlat haladta meg. A gyakorlat célja a 009/1980. számú MN EÜSZF-i intézkedés gyakorlatban történő végrehajtása volt [6]. Ugyancsak a gyakorlat céljai között szerepelt az 1981 szeptemberében teljesen kicserélődött 5. hds. törzs egészségügyi szolgálat állománya felkészültségének, gyakorlati és vezetőkészségének felmérése, gyakoroltatása és hadsereg hadtáp, illetve egyéb érintett szolgálatokkal való együttműködési készségének kialakítása, megismertetése és nem utolsósorban a már többször idézett 008/81. MN EÜSZF-i intézkedés [7] csapattagozatra vonatkozó feladatszabása, miszerint „A vezetésirányítás javítása érdekében javasoljuk a hadseregnél egészségügyi ezred kialakítását”. Ezen feladatszabás gyakorlati kipróbálására is ekkor került sor. A gyakorlat eredményeit és a csapattagozat háborús feladatait, gondjait az akkor megjelenő „Hadtápbiztosítás” folyóirat az alábbiakban foglalta össze:

„A HDS. Eü. SZF-ség a hadművelleti harcászati feladat és a Hadsereg Parancsnok Hadtáphelyettes (HDS. PK. HTPH.) elhatározása alapján a parancsnoki foglalkozáson begyakorolt munkarendben kellő jártassággal és hozzáértéssel dolgozta ki a HDS egészségügyi biztosításának tervét. Időben kidolgozták és lejuttatták az egészségügyi ezred(eü.e.) és ellátó dandár(elló.dd) részére a szakmai intézkedéseket.

Az eü.e. és az eü. osztagok törzsei a szakmai intézkedések alapján a tervező munkát vontatottan kezdték. Az alkalmazási és biztosítási tervek jelentős időtúllépéssel és hiányossággal kerültek kidolgozásra. A mellékleteket a törzsek egy

része nem volt képes elkészíteni.

Az egészségügyi ezred törzse nem alakította ki teljes részletességgel a tartalékban levő és alkalmazott egészségügyi erők, valamint a veszteségek pontos nyilvántartását. A megerősítésül kiadott erők és eszközök újraátvételének helyesebb visszavételének feladatait nem dolgozták fel.

Az alájátszó csoporttól kapott információkat nem tudták teljes értékűen hasznosítani a szakfeladatok vezetése során.

Az egészségügyi osztagok törzseinél az őrzésvédelmi tervek, szakmai helyzetjelentések nem kerültek kidolgozásra, nem értelmezték kellő mélységben a valóságos helyzetbeállítás és a tervezett feladat végrehajtásának kérdéseit. Az anyagi-technikai biztosítás és vezetés kérdései nem kerültek aprólékos, átgondolt kimunkálásra. Az alájátszóktól kapott információk nem minden esetben segítették a feladatok jobb megértését és végrehajtását.

Az előzőekben felsorolt hiányosságok nagy része a tapasztalatlanság és gyakorlatlanság következménye volt. A gyakorlatvezetőség aktív segítő munkájával a nehézségeken átsegítette a végrehajtókat és összességében a mozzanat a kitűzött célját elérte, az állomány nagy igyekezettel hajtott végre a megszabott feladatokat.

A támadó hadművelet egészségügyi biztosítási feladatainak megtervezése, megszervezése, a hadművelet első napjára az alkalmazási és biztosítási tervek kidolgozása.

Ebben a mozzanatban jórészt egyidejűleg, párhuzamosan kellett végrehajtani az új feladat kidolgozását, az alájátszók közléseinek folyamatos regisztrálását, elemzését és az intézkedések kiadását.

A kezdeti bizonytalanság után az eü. e. kísérleti törzse nagybani munkarendje és az ezzel szorosan összefüggő munkagrafikonja a gyakorlatvezetői segítségnyújtás és a ráhatás után kialakult.

A belső munka során a szakalegységek a vártnál nehezebben illeszkedtek be az ezredbe.

Az általános rendeltetésű tehergépkocsikon a sebesültek hátraszállítása nem volt kellően tisztázott, elsősorban a szervező munka oldaláról.

Következett ez abból is, hogy a Hadsereg egészségügyi szolgálatfőnökség (HDS EüSZF-ség) nem rendelkezett kellő információval a szállító csapatok helyzetéről. Itt nagyon szoros és konkrét együttműködést kellett szervezni a HDS EüSZF-ségnek a HDS Közlekedési és szállító szolgálatfőnökséggel (KSZSZF-séggel), az eü.e. parancsnokságnak az ellő. dd. parancsnoksággal.

A dinamika vezetésének további kedvezőtlen tapasztalata, hogy a törzsek idegenkedtek a rendelkezésre álló rádiók használatától. A hadosztályokhoz az egészségügyi osztagokon túl megerősítésre adott kiürítő erők, eszközök alkalmazásának és felhasználásának rendszere nehezen alakult ki. A rendkívül összetett mozzanat elérte célját, a több területen tapasztalt hiányosságok mellett a törzsek javuló színvonalon, növekvő önbizalommal oldották meg feladatukat.

Az ellenség által tömegpusztító fegyverekkel mért csapások egészségügyi következményei felszámolásának megtervezése, megszervezése, az alkalmazási tervek kidolgozása.

A törzsek az előzőeknél nagyobb hozzáértéssel reagáltak a közlésekre, dinamikusabb volt a helyzetjelentések megtétele. Az Eü. SZF-ség és az egészségügyi csapatok törzsei növekvő készséggel dolgozták ki az alkalmazási terveket.

Az eü.e. PK. és eü.o. parancsnokok elhatározásai megalapozottak voltak, de nem vették figyelembe az elméleti előadások során elhangzott prognosztizált egészségügyi veszteség betegség, illetve

sérülés típusai szerinti megoszlási lehetőségeit.

Az eü. osztagokat a gyakoroltatás érdekében három jól elhatárolt feladatkörben „alkalmaztuk”. Egy részük a klasszikus értelemben vett hadosztály alárendelt szerepkörben tevékenykedett, másik részük a hadosztály sávjában működő HDS mentőosztagként (MOG), harmadik részük pedig TÖPFE helyzetbeállítással az ellátás szervezési készségének felmérésével volt elfoglalva.

A feladat kidolgozása során bebizonyosodott, hogy okmányrendszereink pontosításra szorulnak és ki kell dolgozni az egészségügyi csapatok mintakomomány kollekcióját a szakfeladataik és várható alkalmazásuknak megfelelően.

Ezenkívül az értékeléshez szükséges utasításokkal, szabályzatokkal és praktikus segédeszközökkel is el kellett látni az egészségügyi csapatokat.

A törzsek nagy figyelmet fordítottak a pártpolitikai munka, a minden oldalú biztosítás, az emberekről való gondoskodás megszervezésére. A mozzanat feladatait a törzsek eredményesen, a követelmények szintjén végrehajtották.

Végkövetkeztetésként megállapítható volt, hogy az ilyen formában előkészített és levezetett hadijáték jól szolgálta elsősorban az M. törzsek rendeltetés szerinti feladataikra történő felkészítését, mindemellett jól hasznosítható tapasztalatokat szereztünk az egészségügyi biztosítás feladatainak egységes értelmezése, az eü.e. és elló. dd. összehangolt alkalmazása, az egészségügyi csapatok, hadtáp és technikai biztosításának megtervezése, a politikai munka szervezése, a szakfeladatok vezetése tekintetében [10].

A gyakorlat a későbbiek folyamán is mintaként szolgált a szakcsapatok felkészítésére alkalmazott módszerekhez. Semmi oka nem volt a változtatásoknak,

hisz a különböző „Duna”, „Bazalt”, „Kunság” fedőnevű értékelő, gyakran miniszteri szemlék zárásául szolgáló gyakorlatokon szereplő egészségügyi szakcsapatok – gyakorlatonként 1 vagy 2 – az alábbi minősítéseket kapták: „...az imitált sérült ellátásával és kiürítésével jó szinten begyakorolták a sérültek ellátását. Eredményes volt a gyógyító, közegészségügyi és járványügyi munka. ... az osztag tevékenységét „jó”-ra értékelem” [11].

A 80-as évek elején a harcoló szárazföldi csapatok létszáma 187 252 fő körül, az egészségügyi szakcsapatoké a szakorvosi (hds) szinten 3400 fő körül mozgott [9]. Ez a teljes harcoló állomány 2%-át jelentette, amely a számvetett egy hadműveletre jutó veszteségekhez – a szárazföldi csapatoknál a készenlétig naponta 1%, majd a hadművelet alatt naponta hagyományos fegyverektől 0,8-1%, TÖPFE esetén 1,5-2%-os, összességében 4-12%-os, naponta 600-1500 fős nagyságrendű sérült és beteg keletkezését jelentette [10]. „A hátszágai szervezetek várható egészségügyi vesztesége a harctevékenység első 10 napjára elérheti a 12-20%-ot. A seregtestek között is jelentős eltérések lehetnek, aminek jelentőségük, mint ellenséges célpont, és védettségük, valamint diszlokációjuk az alapvető oka. A honi légvédelmi csapatok például – mint elsődleges célpontok – a legkezdetibb időszakban is jelentős nagyságrendű veszteségeket szenvednek. Veszteségeik ezért várhatóan a legmagasabbak lesznek, elérhetik a 22-28%-ot, a csapatrepülőké a 14-18%-ot, a többi hátszágai szervezeté a 10-12%-ot” – [14]. Ezek ellátásához roppant kevés volt az ellátó kapacitás, ami indokolta a folyamatos 200%-os terhelést, valamint a kompromisszumos medicina már többször említett elveinek folyamatos alkalmazását. Ez jelentette a sérültek és betegek szakaszos célirányos kiürítését, az egységes következetes és fo-

lyamatos gyógyító kiürítő tevékenységet. Ennek a feladatnak fő eleme volt a sérültek időbeni kimentése a harcterről. A sérültek ellátását a kizárólag halaszthatatlan beavatkozásokra kellett korlátozni, melynek célja a további kiürítésükre történő előkészítés volt.

1983-ban jelent meg – a már említett kapolyi sikeres próba után – az MN hadrendjében a 75. eü.e., amely teljes részletességgel az HM MN Vezérkar Szervezési Főcsoportfőnökség 0052/I/1984. számú kimutatásában fedezhető fel. Ez az előzőekben már ismertetett, hadsereg egészségügyi ellátását biztosító csapatok nagyságrendjéhez képest nem jelentett változást a szakmai ellátók számában. A 75. eü.e. parancsnokság Marcaliban a 20. tüzérezred bázisán alakult meg. Béke időszakban 11 tisztt, 2 tiszthelyettes, 6 sorállományú és 10 fő polgári alkalmazottból, összesen 29 főből állt. Háborús időszakban 30 tisztt, 5 tiszthelyettes és 8 sorállományú, összesen 43 fő vezette a szakmai alegységeket, amely „M” esetén az alábbi speciális szakmai alegységekből állt:

- 59. kiszolgáló és ellátó század, (kiszolgáló.szd) 8 tisztt, 19 tiszthelyettes, 106 sorállományú, összesen 133 fő;
- 29. vérellátó állomás, (VEÁ) 9 tisztt, 12 tiszthelyettes, 29 sorállományú, összesen 50 fő;
- 90, 91, 117, 118, 119, 194, 195, 197, 198, 199, 315, 316. eü. osztagok osztagonként 24 tisztt, 38 tiszthelyettes, 70 sorállományú, összesen 132 fő;
- 89. á.eü. o., 7 tisztt, 8 tiszthelyettes, 20 sorállományú, összesen 35 fő;
- 70. egészségügyi járványvédelmi osztag (EJO), 19 tisztt, 19 tiszthelyettes, 56 sorállományú, összesen 94 fő;
- 77. szakorvosi megerősítő osztag (SZMO), 20 tisztt, 26 tiszthelyettes, 18 sorállományú, összesen 64 fő;

- 81. sebesültszállító gépkocsi század (s.száll.gk.szd.), 5 tisztt, 10 tiszthelyettes, 129 sorállományú, összesen 144 fő;
 - 61. fürdető-fertőtlenítő század (ff.szd.), 1 tisztt, 13 tiszthelyettes, 44 sorállományú, összesen 58 fő;
- mindösszesen 386 tisztt, 567 tiszthelyettes, 1244 honvéd, 2201 fő [9].

Ez a nagyságrend azután az évtized során semmit nem változott. Az 1986 szeptemberében történt szervezeti változásokkor a megnevezése dandárra módosult [12, 13].

A 00225/1986. MN VK Szervezési Főcsoportfőnökségi számon jóváhagyott „Rubin” feladat MN alakulatai „Bakony-II” hadiszervezetének megalakítási feladatai – amely 1987. január 01-től lépett életbe – diszlokációs és megnevezési változásokat, a 000117/1987. számon 1987. június 10-én jóváhagyott HVK Szervezési Főcsoportfőnökség számon kiadott intézkedés pedig, az alakulatok készenléti idejében hozott változást. Az ezred, hadosztály struktúráról dandár, hadtest struktúrára való áttérés nem okozott változást a szárazföldi csapatok háborús egészségügyi biztosításában. A dandárok zászlóaljai, illetve osztályai számának növekedése növelte a zászlóalj/osztály segélyhelyek számát. A dandársegélyhelyek ugyanazzal a kapacitással és szervezettel működtek, mint a korábbi ezredsegélyhelyek, de nyilvánvaló vált, hogy az első orvosi segélyre szorulóknak száma a létszámnövekedés miatt szintén emelkedett. A 6 hadosztály egészségügyi zászlóaljai a hadtestekhez kerültek – hadtestenként 2 – így a szakorvosi ellátó kapacitás változatlan maradt. A 75. eü.e. megnevezés is dandárra változott (75. eü. dd.), a belső szervezeti struktúra, megnevezés és kapacitás változása nélkül, viszont jelentős diszlokációs eltérésekkel. A 75. eü. dd. parancsnokság Nagykan-

zsán, a 18. légvédelmi rakéta ezred bázisán alakult meg. Alárendeltjei az alábbi helyőrségekbe diszlokáltak:

- 59. kiszolg. és elló.sz.d., Nagykanizsa
- 90. eü. osztag, Szigetvár
- 91., 117, 199. eü. osztag, Nagykanizsa
- 118, 199. eü. osztag, Nagyatád
- 194. eü. osztag, Kiskunfélegyháza
- 195. eü. osztag, Vác
- 197. eü. osztag, Gyöngyös
- 198. eü. osztag, Debrecen
- 315. eü. osztag, Nyíregyháza
- 316. eü. osztag, Győrszemere

A többi speciális alegység Keszthe-lyen maradt. Érdekes módon az 1989-ben jóváhagyott „Bakony-III” szervezési feladat változatlan struktúrával az egészségügyi dandár megnevezést újra ezredre változtatja 1990. január 1-től.

A repülő-egészségügy harcászati és hátországi egészségügyi biztosításának kérdéseit, valamint alapelveit az 1980-as években fogalmazták meg.

„A honi légvédelmi repülő csapatok egészségügyi szolgálatainak a szárazföldi csapatokkal összehasonlítva egy sor speciális feladata volt. Állandó harcászati-egészségben éltek, mivel a honi légvédelem békében is állandó harcászati-egészség adott.” Ennek megfelelően a béke (15 fő) és a háborús létszám (21 fő) között gyakorlatilag 2 felcser tiszthelyettes és 4 gépjárművezető honvéd miatt volt eltérés [23]. „Az elhelyezésük kiterjedt az ország egész területére. A rádiótechnikai, a légvédelmi rakéta-, és a légvédelmi tüzer alegységek egymástól 40-50 km távolságban, a lokátor állomások 100-150 km távolságban helyezkedtek el. Mindez nehezítette az egészségügyi szolgálat vezetését, a betegek és sérültek kiürítését. Az ezredsegélyhelyek gyakran 50-100 vagy még ennél is több km-re voltak az alegységektől. Az elhelyezés viszonylag stabil volt, ami már

békében is lehetővé tette az ellátás megszervezését a segélyhelyek kiválasztását és felszerelését, a kiürítési útvonalak megtervezését, továbbá a sérültek és betegek védelmének megtervezését.

A repülő egészségügyi szolgálatok speciális feladatai közül a legfontosabb a hajózásiállomány egészségi állapotának folyamatos ellenőrzése volt a repülés előtt, közben és után, valamint az időszakos repülőorvosi bizottsági vizsgálatok alkalmával. A repülőorvos feladata volt a hajózásiállomány pihenésének, táplálkozásának, repülési megterhelésének és kiképzésének egészségügyi ellenőrzése. Ugyancsak feladatai közé tartozott a repülő események egészségügyi okainak és előidéző tényezőjének felderítése, tanulmányozása, valamint a megelőzésre szolgáló rendszabályok ellenőrzése. A három honi vadásziprepülő ezrednél 5 fő orvosi beosztás volt (ezred egészségügyi szolgálatfőnök, segélyhelyparancsnok, repülőbiztosító orvos, általános orvos és fogorvos). A légvédelmi dandárnál, a légvédelmi ezrednél, valamint a légvédelmi tüzezezrednél egészségügyi szolgálatfőnök, segélyhelyparancsnok és fogorvos teljesített szolgálatot. A rádiótechnikai dandár egy orvossal, a rendszeti ezredek és zászlóaljok egészségügyi szolgálat főnökökkel, segélyhelyparancsnokokkal, általános orvosokkal és fogorvosokkal rendelkeztek. A légvédelmi kiképző központ állományában is négyféle orvos volt (egészségügyi szolgálatfőnök, segélyhelyparancsnok, általános orvos, fogorvos), a műszaki zászlóaljnál pedig egy orvos teljesített szolgálatot [4].

A csapatrepülő parancsnokságon 1 főorvos dolgozott, a harci helikopter dandárnál és a vegyes szállító ezrednél 5 fő orvosi beosztás volt, ugyanúgy, mint a vadásziprepülő ezrednél. A vegyes futár helikopter ezrednél 4 fő (itt nem volt

általános orvos), a repülő századnál 1 orvos, a felderítő századnál 2 orvos (egészségügyi szolgálatfőnök, repülés biztosító orvos), a műszaki zászlóaljnál pedig 1 orvos teljesített szolgálatot. A Repülő Orvosi Bizottságok a tábori repülő kórházakban (TRK) működtek, amelyekből egészségügyi dandároknál egyet állítottak fel. A Központi Repülőorvosi Bizottság (ROB) a ROVKI települési helyén működött. A már ismert egészségügyi veszteségek kapcsán úgy számoltak, hogy a könnyű és súlyos betegek aránya 70:30%, és a sérültek és betegek 20%-a halaszthatatlan orvosi segílyre szorul, kiüríteni pedig 80%-át fogják. A számítások szerint a légvédelmi hadművelet során 4800–5600 sérült kiürítésére kellett a szállító kapacitást megszervezni, 1500 belgyógyászati, 3000 sebészeti és 400 könnyű sebesült ágyat biztosítani.

A légierő egészségügyi szolgálatfőnökeinek elhatározásuk meghozatalakor figyelembe kellett venniük a működési sávjukban elhelyezkedő szárazföldi csapatok segílyhelyeinek települését, továbbá az együttműködés megszervezésének kérdéseit is.

A *csapatrepülők* háborús egészségügyi biztosítása a későbbiekben ismertendő hátszói egészségügyi biztosítási rendszerben valósult meg. Az egészségügyi ellátásuk egylépcsős volt, az első ellátás után a sérültek és betegek 85-90%-át saját erővel ürítették ki az utaltsági rendszerben kijelölt katonai vagy polgári kórházba, ahol a szakorvosi, illetőleg szakosított szakorvosi ellátást megkaphatták.

A *központi tagozat és a hátszói* egészségügyi biztosítás szervezése és végrehajtása folyamatosan szembesült a kompromisszumos medicinát kiváltó okokkal. A változtatási igények itt is megjelentek, és 1982 tavaszán egy törzsgyakorlás kapcsán meg is fogalmazták azokat.

„Az egyes mozzanatokban feldolgozott kérdések és az egészségügyi biztosítási terv realizálása során a törzsgyakorlaton az alábbi tapasztalatokat szereztük:

Pozitív tapasztalatok

Az egészségügyi szolgálat háborús vezetési rendjében feltétlenül helyet kell kapnia a tervezett Egészségügyi Minisztériumi operatív csoportnak. Kialakult e csoport tevékenységének rendje, feladatainak körvonala. Ennek értelmében világossá vált, hogy e csoport tevékenysége nagyban segíti a katonai egészségügyi szolgálat vezetés-irányítását, főleg a hátszói ellátás koordinálása területén.

E kérdésen belül tanulmányoztuk a megyei egészségügyi szakigazgatási szerv mellett működő összekötő csoportok helyét, szerepét. Beigazolódtak, hogy szükségesek ezek a csoportok, mert segítségükkel irányíthatók a katonai kiürítő és szükségkórházak, valamint gyorsabbá és pontosabbá válik az információs rendszer.

A legnagyobb érdeklődést és vitát az „*ikerkórházak*” helyett tervezett 7-10. katonai kórházakkal kapcsolatos kérdések váltották ki.

A nézetek ütközése hasznosnak bizonyult és kikristályosodott a báziskórházak szükségessége és – mondhatjuk úgy is – néha nélkülözhetetlensége. Kialakult az a vezetési séma, amely alapján egységes rendszerbe foglalható a háborús irányítás, mind a hátszói, mind a hadműveleti területen.

Negatív tapasztalatok

1. Nem tisztázott a Polgári Védelem Országos Parancsnokság (PVOP) egészségügyi szolgálat helye, szerepe a békés és háborús egészségügyi ellátás területén.
2. Nincs pontosan körülhatárolva a Hátszói Védelmi Parancsnokság

- (HAVP) egészségügyi szolgálat helye az MN egységes gyógyító-kiürítő rendszerében.
3. A Háterszági Egészségügyi Alakulatok Parancsnokság (HEAP) felkészítése háborús feladataira további erőfeszítéseket igényel.
 4. A katonai kórházak háborús felkészültsége hiányos.
 5. A „Számítási Év” tervében ellentmondások mutatkoztak.

Összességében

„A törzsgyakorlás igen hasznos volt. Igazolta a vezetés várakozását, felvetette azokat a problémákat, amelyek akadályozzák, illetve nehézkessé teszik az MN egészségügyi szolgálat háborús tevékenységét” [15].

De min és hogyan is kell változtatni? Milyen lehetőségek vannak? Maga a biztosítási rendszer jól ki van dolgozva? Hogyan is nézett ki a 80-as évek elején és mit gondoltak az előrelépés lehetőségeiről?

„A háborús egészségügyi biztosítás alapvető ellátó tagozatai a következők

1. csapat-,
2. tábori kórházi és
3. háterszági tagozat.

A két utóbbi ellátó tagozatban az egészségügyi biztosítást a központ hadtáp kötelékébe tartozó egészségügyi erők és eszközök hajtják végre”.

A következőkben idézett cikkben a *háterszág egészségügyi ellátó tagozat működési és irányítási rendjével* foglalkoztak.

„Háborús körülmények között a katonai egészségügyi szolgálat háterszági ellátási rendszerére kettős feladat hárul. Az első feladatrendszer abban foglalható össze, hogy minden lehetséges eszközzel és módon tehermentesíteni, segíteni kell az elvonulók érdekében – a hadművelet

területén – működő egészségügyi erőket és eszközöket. A másik feladat a háterszági diszlokáló vagy az ország területén átcsoportosításra kerülő csapatok állományában keletkező katonasérültek teljes terjedelmű ellátása.

Mielőtt ezeket a feladatokat részleteznénk, célszerűnek látszik számba venni azokat az erőket és eszközöket, amelyek a háterszági ellátó tagozatban az egészségügyi szolgálat rendelkezésére álltak.

Igen jelentős az igénybe vehető kórházi ágy kapacitás, amelynek legfontosabb elemét az állandó katonakórházak és szanatóriumok képezték, amelyek a »veszélyeztetett« városokból történő részleges kitelepítését követően kiegészültek az úgynevezett »ikerkórházak«-kal (báziskórházakkal). Emellett nagyszámú szükséggyógyító intézeti ágyat biztosított a hadsereg részére az állami egészségügyi szolgálat.

Ezek egyrészt meghatározott profillal és ágyszámmal, előre meghatározott helyeken települő és közvetlen katonai vezetés alatt álló katonai kiürítő kórházak, másrészt a Egészségügyi Minisztérium irányításával felállításra kerülő háborús szükségkórházi rendszer intézeteiben biztosított ágyak.

A stacioner-jellegű háterszági kórházak mellett a HEAP-nak – a katonai egészségügyi szolgálat háterszági közép-irányító szervének – az alárendeltségébe tartozó szakorvosi segélynyújtó erők (önálló egészségügyi osztagok), sérültkiürítő-szállító erők és eszközök (sebesültszállító gépkocsi századok és sebesültszállító vonatok), valamint közegészségügyi-járványügyi, vérellátó és egészségügyi anyagi-technikai alegységek, (raktárak, javító-műhelyek) tartoztak.

Az MN Eü.SzF-ség központi tartalékát képező erők és eszközök, amelyek közül legjelentősebb a tábori mozgó kórházcsoport, valamint az önálló egészség-

ügyi osztagok, mind a hadműveleti területen, mind a háterszági alkalmazásra kerülhetnek.

A háterszági ellátó tagozat az elvonuló csapatok érdekében működő egészségügyi erők és eszközök tehermentesítésének a hadművelet folyamán a következőképpen tesz eleget: a hadművelet első napjaiban az országhatár közelében folyó harcokban megsérült katonákat első orvosi (esetleg életmentő szakorvosi) segélynyújtást követően hátraszállítják a háterszág területén kialakított ún. vegyes kórházbázisokba kórházi ellátásra. A vegyes kórházbázisok polgári kórházakból, továbbá néhány tábori kórházból kerültek létrehozásra, a katonai egészségügyi szolgálat irányítása alatt állnak, s jelentős számú sérültet vehetnek fel a hadműveleti területéről.

A hadművelet előrehaladtával eü. dd. (tábori kórházbázis) részlegeket telepítenek a hadműveleti területen, s ezek veszik át az egészségügyi zászlóaljaktól és az önálló egészségügyi osztagoktól a friss sérülteket szakosított szakorvosi (kórházi) ellátásra. A továbbiakban a háterszági ellátó tagozat a hadműveleti területen telepített és sérültekkel leterhelt tábori kórházak felhasználásával tehermentesítheti a tábori kórházi tagozatot. E célból a háterszági sebesültszállító erők és eszközök előrevonásra kerülnek a letelepített egészségügyi dandárok körletébe, ahonnan a huzamosabb gyógykezelést igénylő sérülteket – általában a sérültek mintegy egyharmadát – szállíthatóvá válásuk után hátraszállítják a hadsereg rendelkezésére álló háterszági kórházakba végleges gyógykezelésre.

A háterszágba hátraszállított katonasérültek a vegyes kórházbázisok osztályozó, elosztó intézetein keresztül kerülnek a háterszági ellátási tagozatba, s ezekben az intézetekben történik elosztásuk, csoportosításuk a háterszági katonai gyógyító intézetek felé.

Teljes egészében a háterszági ellátó tagozatra hárul az ország területén keletkező katonasérültek egészségügyi ellátása. A sérültek túlnyomó többsége az egység szintű csapatsegélyhelyeken (ezredsegélyhelyeken) végrehajtott első orvosi segélynyújtás után a csapatok saját szállító eszközeivel kerül kiürítésre – közvetlenül – a háterszági katonai kórházakba szakorvosi és szakosított szakorvosi ellátásra és végleges kórházi gyógykezelésre.

A háterszági ellátó tagozat sérültszállítási feladatainak végrehajtására a közúti sebesültszállító eszközök (nagyreszt sebesültszállításra átalakított autóbuszok), valamint az egyenként 450-500 sérültet befogadó sebesültszállító-vonatok hivatottak. Ezek kerülnek felhasználásra mind a hadműveleti területéről történő sérültszállításra, mind az országon belüli (a vegyes kórházbázisból a mélyebb háterszágban levő gyógyító intézetekbe irányuló) sebesültszállításra.

A háborús háterszági egészségügyi biztosítás rendszerében a leglényegesebb változások a vezetés-irányítás rendjében jelentkeztek.

Az MN hadtáp háborús vezetés-irányításának korszerűsítése kapcsán kialakításra került az MN egészségügyi szolgálatának új irányítási rendje is.

Az új rendszer szervesen illeszkedik az MN hadtáp vezetési rendjéhez és biztosítja a hatékony kapcsolatot az elvonuló szárazföldi csapatok biztosítására rendelt Központ Hadtáp Előretolt Lépő (KHEL) egészségügyi erőkkel, a háterszági egészségügyi intézetekkel, valamint a polgári egészségügyi bázisokkal.

Az MN Egészségügyi Szolgálat Főnökség – az MNHF-ség irányításával – vezetési tevékenységét két fő irányban végzi. Egyrészt az elvonuló szárazföldi csapatok egészségügyi biztosítására hivatott KHEL-ben levő egészségügyi erők felé, másrészt

a hátdországi tagozat egészségügyi biztosítását irányító HEAP irányában.

A KHEL-ben levő egészségügyi erőket az MN Előretolt Hadtáp Vezetési Pont (EHVP) egészségügyi szolgálata vezeti, az MNHF-ség (MN EÜSZF-ség) irányításával. Ebben a tagozatban a változást az jelentette, hogy a Tábori Hadtáp megszűnésével az EHVP egészségügyi szolgálatát az MN EÜSZF h. vezeti, s így közvetlenül érvényesíthető a központi elképzelés.

A hátdországi tagozatban az irányítás terén gyökeres változást terveztünk.

Alapvetően abból indultunk ki, hogy a vezetés-irányítás csak akkor lehet hatékony és célrátörő, ha kellő időben megfelelő mennyiségű és minőségű információ áll a vezetés rendelkezésére.

Tekintve, hogy a hátdorszag egészségügyi biztosítás rendszerében kell végezni a hadműveleti területről hátraszállított sérültek kórházi gyógykezelését, a honi területen levő katonai szervezetek egészségügyi ellátását és az egészségügyi anyagokkal és eszközökkel történő utánpótlást, szoros, közvetlen kapcsolat kialakítása szükséges az Egészségügyi Minisztériummal és a megyei (fővárosi) tanácsok egészségügyi szakigazgatási szerveivel. Ennek szükségességét az »ORION-79« egészségügyi rendszergyakorlat és több más gyakorlat is bebizonyította.

„A gyors, pontos információáramlás és a hatékony intézkedés lejjuttatása érdekében terveztük – az Egészségügyi Minisztérium vezetési pontján települő – Katonaegészségügyi Operatív Csoport, valamint a megyei (fővárosi) tanácsok egészségügyi osztályain működő Katonaegészségügyi Képviselő Csoportok létrehozását.

Az Egészségügyi Minisztérium vezetési pontján települő Operatív Csoport az MN EÜSZF-ség alárendeltségében dolgozik» [16].

Ezeket a sorokat 1982-ben írták le, és a megvalósulására nem kellett sokáig várni. 1983. augusztus 1-től az MN Egészségügyi Szolgálatfőnök 0017/1983. számú intézkedésében [17] szabályozta a MN hadrendjébe lépett MN HEAP jog- és hatáskörét. Ezzel az intézkedéssel gyakorlatilag az egészségügyi szolgálat HKSZ és mozgósítási feladata az anyagellátás és annak ellenőrzése, az MN HEAP jogköre lett. Parancsnokának Dr. Törő István o. alezredest nevezte ki a Honvédelmi Minisztérium Államtitkára (HMÁT) 1983. szeptember 1-jével [17].

Ezt követően a »Rubin«, illetve a »Bakony-II« feladatban történő megnevezési és diszlokálási, valamint a készenléti időkben bekövetkezett néhány módosuláson kívül jelentős változás az évtized végéig nem történt [12, 13].

A Magyar Néphadsereg egészségügyi biztosításának lényegét az 1986-ban készült »Jelentés az MN hadtáp helyzetéről« lakonikus egyszerűséggel és tömörséggel foglalja össze [18]. A vizsgált időszakban 1981 és 1985 között az MN hadtáp személyi állományának 80%-a vett részt összekovácsolási és rendszer gyakorlaton. Az eszközellátottság 98-100%-os, de ettől eltérően alacsony az egészségügyi labor biztosítottsága.

A törzsvezetési és rendszergyakorlatok, elméleti normák adatai alapján az első hadsereg támadó hadművelet folyamán az elvonuló szárazföldi csapatoknál 30, az 1. Honi Légvédelmi Hadtestnél (hlé.hdt). és a Csapat Repülőknél (CSRE)18, egyéb hátdországi szervezeteknél 12%-os egészségügyi veszteséggel számolhatunk, amely az MN-ben a 75 000 főt meghaladja. Ebből kiindulva az össz egészségügyi veszteségből az elvonuló szárazföldi csapatok várható vesztesége megközelítheti az 55 000 főt (kritikus napon a 14-15 ezer főt). A hát-

országban az első támadó hadművelet időszakára 21-22 ezer fő egészségügyi veszteséggel számolhattunk.

Védelmi hadművelet időszakában az elvonuló szárazföldi csapatoknál 25, az 1. hlé.hdt. és CSRE-nél 14, egyéb hátrországi szervezeteknél 12%-os egészségügyi veszteséggel számolhatunk, amely a Magyar Néphadseregben mintegy 65 000 fő lehet. Az össz egészségügyi veszteségből az elvonuló szárazföldi csapatok várható vesztesége mintegy 45 000 fő (kritikus napon 13-14 ezer fő). A hátrországban a védelmi hadművelet időszakában 20 000 fő egészségügyi veszteséggel számolhattunk.

A sebesültek ellátására rendelkezésre áll a KHEL állományában három egészségügyi dandár 19 200, a Központ Hadtáp Mozgó Kórház Csoportban(MKCS) 2000, a béke katonai kórházak és szanatóriumok kitelepülése után 1916, az Eü. Minisztérium által létesített katonai kiürítő és szükségkórházak 34 000, összesen 57 356 kórházi ágy. Ez *dandáronként* (1, 2, 3. eü.dd.) összesen:

- 30 db tábori többprofilú tábori sebészeti kórházat (TTSK) 9000 ággyal,
- 9 db könnyű sérült kórházat(KSK) 4500 ággyal,
- 15 db tábori többprofilú belgyógyászati (TTBK) kórházat,
- 6 db tábori fertőző kórházat (TFK) 1200 ággyal jelent, mindösszesen 19 200 ágy.

A *mozgó kórház csoportban*:

- 4 db TTSK 200 ággyal,
- 2 db TTBK 600 ággyal,
- 1 db TFK 200 ággyal, mindösszesen 2000 ágy.

A *stacioner kórházak* (központi hadtápból és Eü. Minisztériumból lebiztosított) 1985-ben:

- állandó kórház 5 db, 1730 ággyal,
- szanatórium 2 db, 426 ággyal,

- katonai kiürítő kórház 23 db, 10 100 ággyal,
- szükség kórház 23 900 ággyal, összesen 30 kórház 36 156 ággyal. Ez mindösszesen 36 156 ágy [18].

Az 1988-ban elkészült hasonló című és tartalmú jelentés „*Jelentés az MN hadtáp helyzetéről 1988*” (nyt. sz.: 00216/1988.) gyakorlatilag minimális eltérésről számolt be.

11 db állandó kórház, 3 db szanatórium, 19 katonai kiürítő kórház, amely összesen 33 kórházat és azokban 37 910 ágyat jelentett. Így 1985-ben 57 356, 1988-ban pedig 59 380 ággyal rendelkezett az MN egészségügyi szolgálat harcászaltság és „M” esetén [19].

„*Sérültek és betegek hátraszállításának rendje*: A hadosztályoktól az egészségügyi dandárokhoz és a Vegyes Kórház Bázisokra (VKB) a sérültek kiürítése alapvetően a KHEL (3 db, sgk.sz.d.) részben a HDS (1 db sgk.sz.d.) sebesültszállító eszközeivel történik, kapacitásuk – egyenként 1000 – összesen 4000 fő/forduló. Napi egy, illetve másfél fordulóval a kiürítés biztosított. Az egészségügyi dandároktól a kiürítés differenciáltan, a hadművelet 8-10 napjától kezdődhet meg. Ez a sebesültek 30-35%-át, mintegy 16 000 fő kiürítését jelenti. E feladat végrehajtására rendelkezésre áll 18 sebesültszállító vonat (sv.) 7200 fő/fordulóval és 2 db sgk.sz.d. 2000 fő/fordulóval. A hátrországi tagozatban keletkezett sérültek szállítását a csapatsegélyhelyről a gyógyintézetekbe a csapatok saját sebesültszállító eszközeikkel végzik” [18].

Az előzőek alapján az egyik legfontosabb tervezési kiindulási alapelv – a várható egészségügyi veszteség – a különböző haderőnemeknél és harcéljárás formáknál a következőkben összegezhető (I. táblázat).

A rendelkezésre álló kiürítő kapacitás az alábbiak szerint alakult:

- Eü.z. és eü. osztagoknál 1700 fő/forduló,
 - Hadsereg eü. dd. 1000 fő/forduló,
 - KHEL eü.dd-ok 3000 fő/forduló,
 - MKCS és MN HEAP 2000 fő/forduló,
 - Eü.dd.-ok 18 db sv. 7200 fő/forduló,
 - Sebesültszállító repülő század 70 fő/forduló,
 - Vegyes szállításra alkalmas repülő eszköz 4400 fő/forduló,
- mindösszesen 19 370 fő/forduló.

Irodalom

- [1] 1848–2004. *A hazáért. A Magyar Honvédség múltja és jelene.* (Szaktudás Kiadó Ház Zrt. Budapest, 2006. ISBN 9639553956) 398. old.

- [2] Svéd L.: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének 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. PhD értekezés, Budapest, 2003.

- [3] Az MN katona-egészségügyi szolgálata történetének összefoglaló adatai 1956–1980. között. Nytsz: 0649/20/1984. KGY.MN. Története 11/b. 25b

- [4] Remes P., Grósz A., Szabó J.: *A magyar repülő- és úrorvostan története.* 2013, Zrínyi Kiadó, ISBN: 9789633275863)

- [5] MN történeti interjúk:
Téma: Katona-egészségügy, katonai orvoslás 2003.05.19., 06.05. műv.n.sz. 21/2015.
Dr. Hideg János, Dr. Manninger Jenő, Dr. Vámos László, Dr. Farkas József orvos vezérőrnagyok.

I. táblázat. A várható egészségügyi veszteség irányszámait a különböző műveletek egészségügyi biztosítása tervezéséhez az 1980-as években

[Szerkesztette a szerző a "Hadtáp helyzetjelentés 1986"[18] alapján]

Fsz.	Művelet	Csapat	%	Fő (ezer)
1.	Védelmi hadművelet hagyományos fegyverekkel	szárazföld	14	27
		1. honi és lé.hdt.	5	2
		hátország	4	7
		Összesen		36
2.	Védelmi hadművelet TÖPFE esetén	szárazföld	18	35
		1. honi és lé.hdt.	11	5
		hátország	12	20
		Összesen		60
3.	Támadó hadművelet hagyományos fegyverekkel	szárazföld	13	22,5
		1. honi és lé.hdt.	4	1
		hátország	3	5
		Összesen		28,5
4.	Támadó hadművelet TÖPFE esetén	szárazföld	28	54
		1. honi és lé.hdt.	14	5,8
		hátország	5	8,2
		Összesen		68

- [6] MN EÜSZF 0091/1980. számú intézkedése (1980. szeptember 1.), a tartalékos hadkötelesek kiképzésére, az intézetek és csapatok összekovácsolására és háborús időszakban a harckiképzés megszervezésére és végrehajtására. Hadtörténelmi Levéltár (HL) 1107. doboz (d)/1690 őrzési egység (őe).
- [7] MN Hadtáp Főnökség 1981. évi titkos sorozatos rendelkezései HL 1109 d./1696 őe.
- [8] MN Hadtáp Főnökség 1982. évi titkos sorozatú rendelkezései HL 1111 d./1701 őe.
- [9] 00198/1982. az MN hadrendjének rendszerezített állománya, 1982. augusztus 01., MN VK Szervezési Csoportfőnökség, HL 194/0816 HL Az MN rendszerezített és meglévő személyi állomány 1981-1982-1984-1986-ig HL 472 d./729 őe
- [10] Pálkök K., Svéd L., Illik F.: Az egészségügyi hadijáték tapasztalatai. *Hadtápbiztosítás*, 1983, 16 (3) szám, KLSZ: 204.02.03. 38-47. old.
- [11] MN VK Hadművelési Főcsoportfőnökség miniszteri szemle anyaga, 1984. és a „Kunság-83”, „Bazalt-83” hadgyakorlatok anyagai, MN V. Hadsereg 002061/1983. sz. gyakorlat értékelés, 31. és 54. old. HL 364 d./588 őe.
- [12] MN VK Szervezési Csoportfőnök intézkedések 1986., 1987. „RUBIN fea., MN alakulatai Bakony II. hadiszervezeteinek megalakítási feladatai. HL 625 d./913 őe.
- [13] MN VK Szervezési Csoportfőnökség szervezési intézkedése a Bakony III., Gerecse I. 1989. feladataira. HL 624 d./912 őe.
- [14] Báthly S.: MN Hátországi Szervezetei háborús hadtápbiztosításának néhány kérdése. *Hadtápbiztosítás*, 1982, 4: 69-81.
- [15] Birkás J., Törő I.: MN Egészségügyi Szolgálat által vezetett törzsgyakorló foglalkozás tapasztalatai. *Hadtápbiztosítás*, 1982., I: 39-44.
- [16] Horváth I., Törő I.: A háborús hátországi egészségügyi biztosítás rendszere. *Hadtápbiztosítás*, 1982, 4: 82-87.
- [17] MN Hadtáp Főnökség (eü.szolg.) titkos sorozatú rendelkezések, 1983. HL 1114 d./1707 őe.
- [18] Bakony I.: MN Hadtáp Főnökség, Munkaterv 1986. *Hadtápbiztosítás*, Hadtáp helyzetjelentés 1986. HL 1131 d./1733 őe.
- [19] Jelentés az MN hadtáp helyzetéről 1988. HL 1133 d./1741 őe.
- [20] MN HF nyílt sorszámos rendelkezések 1980. HL 1108 d./1692 őe.
- [21] MN HF, MN EÜSZF-ség 1980. évi nyílt sorszámos rendelkezések. HL 1108 d./1693 őe.
- [22] Htp/16. Csapathadtáp Szakutasítás az állandó harckészültség időszakára. IV. rész. A személyi állomány egészségügyi ellátása.
- [23] 026/65/1980. 213/K áll.tbl. (B) MN VK Szervezési Főcsoportfőnökség. HL 400 d./645 őe. 1980.

Lt.General (ret.) Prof. L. Svéd MD

History of the Medical Service of the Hungarian People's Armed Forces, 1980–1989 (Part I.)

As per request of the Institute of Military History, I conducted research in the archives from the fall of 2016 to the end of 2017, in order to give an objective description to the history of the Hungarian People's Armed Forces in the period of 1980-1989. The result of this extensive work is a review of those years quite important for the future of the military medical service and to preserve facts for the generations to come. A significant part of peace-time activities and tasks have been implemented in order to guarantee the mission objectives are met. In the first part we can witness this process based on contemporary documents.

Key words: *Hungarian People's Armed Forces, mobile hospital, stationary hospital, medical brigade, mission objectives, regiment and brigade level aid station, troop level, institutional level*

Prof. Dr. Svéd László ny. o.altbgy.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.