

## **AZ AGRÁRNÉPESSÉG EGÉSZSÉGVÉDELME MINT BIZTOSÍTÁSI PROBLÉMA.**

Az agrárnépeesség egészségvédelme ma már sürgősen megoldandó nemzeti feladat. Ez több szempontból igen nehéz probléma és ezeket a szempontokat már eleve mérlegelni kell. Probléma elsősorban, hogy egy töretlen, primitív őstermelői népeességbe kell beleültetni egy oly modern szociálpolitikai intézményt, mint amilyen a biztosítási eszme megvalósítása. Probléma, hogy ezt egy oly hatalmas tömeggel kell megoldani, amekkorát eddig egyetlen biztosítás sem ölelt fel: kilencmilliós népünknek egyharmadával. De e szervezetiéknél nehezebb tárgyi és tartalmi probléma merül fel abban, hogy itt az egészség szerepel a biztosítás tartalma, célja és anyaga gyanánt. Tehát maga az eddig védetlen, nem értékelt élő és személyes emberi teljesítőképességek egésze, nem pedig ennek csupán munkában való megnyilvánulásai még kevésbé nem ezen utóbbiaknak teljesen személytelen és élettelen ingó és ingatlan nyomai, amelyek a meglévő biztosításokban élvezik a kellő védelmet, jól kifejezve azt az értékelési irányzatot, amely életszemléletünkre jellemző volt.

«Egészség»-en itt népegészségügyi haladást és fejlődést értünk: ez pedig természeténél fogva a többi biztosításokéhoz képest sokkal bensőbb és állandóbb egyéni felelősségvállalás feltétele mellett ad csak kedvező eredményt, ellenben csődöt mond, sőt visszafelé halad, mihelyt a köznek megterhelésével s a köz felelősségvállalásával igyekszik kiküszöbölni az egyéni felelőséget. (Gondoljunk csak a nemibeteg-problémára — városokban, amely prototípusa ennek a «visszafelé-haladás»-nak.) Probléma maga az elnevezés is: tekinthető-e «biztosításnak» az egészségvédelem?! A biztosításoknak ugyanis csak az utólagos kárpót-lásokig terjedhet az akciórádiusa és így is csak a materializmusnak, az anyagiasságnak és nem az emberi (pl. egészségi) értékek-

nek síkján való valorizálás értelmében és a prevenció szellemében. A biztosításnak nem célja, hogy önmagát feleslegessé tegye: az egészségvédelemnek azonban egyenesen ez adja meg a létjogosultságát. Végül probléma agrármépességünk egészségi biztosításánál az, hogy az elengedhetlenül megkövetelendő egyéni felelősségvállalásnak és a felelősségrevonás lehetőségének vagy erkölcsi, vagy anyagi, vagy pedig mindkét feltétele hiányzik a nagytestű és homogénnek látszó «föld-népéből», amelyet passzív tömegnek a cél érdekében nem szabad tekintenünk, viszont, amelytől aktivitást általános értelemben követelnünk nem lehet. Ugyanis a földművelésben személyesen dolgozó óriási agrártömeg a maga egyöntetűen primitív volta ellenére, valójában egy hosszú skálán ábrázolható, amely skálának egyik végpontjában egy heroikus aktivitásban küzdő, anyagilag magárahagyott, független kisbirtokos, törpebirtokos és a nincstelen napszámos-típus foglal helyet, viszont másik végpontján a teljes megélhetéssel dotált és a gazdájától minden tekintetben függő, neki kiszolgáltató, teljesen passzív, teljesen önállólan mezőgazdasági kommenciók cselédtípus van; ezért az egészségvédelemnek abban a kettős irányban kell hathatósan megnyilatkoznia, hogy az intézményesítés az aktív östermelőt támogatásokban részesítse és vele párhuzamosan a passzív cselédtípus részére egészségügyi aktivitást sürgessen. A problémásorozat a maga tarkaságában arra az egyértelmű konklúzióra vezet, hogy az egészségügyi haladásnak orvosiasan mérhető eredményeit nem szabad tisztán orvosi természetű munkálkodásoktól várni: az összbeavatkozásoknak nem orvosias elemeket is kell tartalmaznia.

Ennek a gyakorlati követelménynek elméleti aláalapozása az orvostudományoknak a társadalomtudományokkal való oly szerves együttthaladását, sőt egybekapcsolását és egybeolvadását követeli meg, amelynek egyfelől az orvostudománynak a társadalomtudományos vonatkozások felé való intenzív tájékozódásával, másfelől pedig a társadalomtudományoknak az egészségügyi szempontból elengedhetetlen biológiai szemlélete újjáélesztésével kell elkezdődnie.

Hogy az egészségvédelem előbb jelzett kétirányú nyilvánulása közül melyiknek az érvényre jutása a szükséges, illetőleg a kettőnek együttes alkalmazásakor milyen legyen az arány:

azt az adott helyzet mérlegelése szabja meg. Sablonizáló formalizmus — a biztosítások e főjellelvonása — itt feltétlenül hibáztatandó. Ha *Dékány* megállapította már, hogy a «falu egy különálló egység a maga természetfronton küzdő tömegei folytán, szemben a városok emberfronton küzdő tömegeivel», akkor csak a fokozatban megyünk tovább, ha hozzátesszük, hogy helyi konvencionális, tradíciói és életstandardja folytán minden falu, minden tanya sajátos egyéniségnek felel meg. Mind-egyiket csak a maga sajátos módján lehet kezelni, segíteni és fejleszteni. Ez is probléma és pedig kényessége folytán igen fontos és megszívlelendő. A helyi sajátosságok, különlegességek materialisztikusan vett értelemben, azaz pénzürtékre átszámítás útján nem hozhatók közös nevezőre: ezt az előbb már megállapítottuk azzal, hogy a biztosítás tárgya, célja stb. nem a munka, hanem az egészség, itt ezt más oldalról látjuk beigazoltnak, nevezetesen az egyes egyéniségek pénztől távoli és önmagában sajátos szempontjából. Az őstermelői jelleg semmi mesterkéeltséget nem tűr, nem fogad el, nem hasznosít és nem is tud ilyenbe beleilleszkedni. A racionalizmus nem őstermelői jellegének érdekes velejárója a ragaszkodás a mesterséges és másodlagos életformákkal együtt fejlődött, tehát az ipari, kereskedelmi és irodai munkásságnál alkalmazott materialisztikus «betegségi biztosításokéhoz, amelyeknek megisméltése az agrárnépesség-nél sem okszerű, sem célszerű nem volna, sőt káros volna, de megszervezhetetlen is, mert ez a heroikusan küzdő népesség nem tűri meg az előbbieket ritmikus életére hozzászabható sablonizálásokat. Az egészségvédelmi munkának is itt heroikusnak kell lennie és egyénítenie kell.

Az egészségvédelmi munkának az eddigi betegségi biztosításokban a megtámadott egészségnek visszaállítása iránti igyekezetével csak egy «status, quo ante» állapot létrehozását kellett csúcsteljesítményének tekintenie és ha teljesítményeit értékük szerint rangsorba állítjuk, bizonyos fejlődést is veszünk észre a «restitució», vagyis gyógyítási munka, a «reparáció», vagyis a kártérítési teljesítmények és végül a — de még csak az ipari balesetek tekintetében — «prevenció» műhelyi biztonság és higiénie között: a fejlődés azonban, bár a negatív végtelenből indul ki, azonban csak addig a nulla-pontig halad, amelyet a

balesetektől való védettséggel a munkás megvolt egészségének megőrzése jelent. E három biztosítási jellegzetesség, amely a népegészségügyi haladás mérföldköveit jelzi és a különböző korokban az egészségügyet a restitúció jelszavában kórházkérdésnek, a reparáció jelszavában merő pénzkérdésnek, végül pedig a kezdetleges ipari-prevenció hatására tisztán miliő-problémának tekintette: pozitív értékeket, az egészség-vágyon valóságos fokozását nem eredményezhette. Pedig a cél ez kell, hogy legyen. Emiatt is kell az eddig teljesen intakt, lelkileg nem fertőzött, sőt az ilyen fertőzhet ősegtől földrajzilag és életszemből teljesen elszigetelt agrártársadalom egészségi biztosításánál a népegészségügyi haladás vonalán a továbbhaladást megkísérelni, Elvégre fajunk törzséről van szó! Ez a továbbhaladás az egészség szabadságharcát az idejét múlt várháborúk és zsoldoshad-seregek pénzháborúi után az általános védkötelezettségen alapuló raj vonal-harcban vívhatja csak meg, amelyben az orvos nemcsak közlegényi minőségben (fegyveres védelem az egyének megtámadtatása esetén és guerilla-háborúk járványok esetén), hanem vezérkari, illetőleg összekötőtiszt minőségben is résztvesz . . .

Ehhez a továbbfejlődéshez tartozó elgondolás — mint jeleztük már — a biztosítási, helyesebben az egészségvédelmi tevékenységnek aktív és passzív jellegű megnyilvánulásokra való szétbontásában látja a gyakorlati megvalósulás nagy és kitöltendő kereteit.

Az egymást kiegészítő ezen kettős egészségvédelmi megnyilatkozás jellemzésére, egymáshoztartozására és annak illusztrálására, hogy bármilyen racionális az egyik, bármilyen tetszetős a másik, mégsem helyezkedhetünk egy «vagylagosság» álláspontjára: íme a következő — biológiai — analógia:

Ha pl. valaki egy, a kizárólagosan időbeli távolhatásokra való méretezés idealizmusában megcsontosodva és a tüneti kezelést és momentán segítséget amannak előtérbehelyezésével elutasítja és orvosi minőségében egy diphteriás croup-tól (torokgyiktől) fuldokló beteg halódó szervezetét védőanyagok termelésére akarja ingerelni az úgynevezett «activ-védoltással», amelynek a hatása csak hetek múlva kezdene kibontakozni: az nem orvos, hanem gyilkos, mert a beavatkozása nem egy életre szóló értékelkedést, hanem halált eredményezett. Az élet megbün-

teti a természet törvényeit nem ismerőt. De hibát követ el és helytelenül cselekszik az is, aki a gyorsan beálló hatások iránti elfogultságban, türelmetlenségében egy egészséges egyént úgy akar biztosítani esetleges későbbi diphtériás fertőzés következményei ellen, hogy már azonnal az alkalmazáskor maximális hatású, úgynevezett passzív védoltással kész diphteriaellenes szérumot alkalmaz, amelynek hatása azonban csak hetekig tart és megismételni még egyszer is veszélyes, nem, hogy egész életen át minden három hétben. A közvetlen életveszélynek és az egészségben maradásnak egészen különbözők tehát a preventív eszközei: ezt nemcsak az egyéni, hanem a társadalmi orvostudomány is igazolhatja. Falusi népünk közvetlen életveszélyben van: az ő aktivitása passzív támogatásokra szorul. Ezzel szemben a tanyai népesség a maga passzivitásával védtelen a betegségek ellen és ezért aktivitásra serkentendő. Az, hogy az aktivitás képezi a biztosítottság kiindulását, biológiailag azzal ábrázolható, hogy passzív védettséget adni képes szérum is erősen aktivált idegen élőlényből termelhető ki: ez a társadalomorvostudományt arra utalja, hogy az erősebben, sőt túlerősen aktivált társadalmi felépítményeknek (nagyőke, nagybirtok, nagyipar, trösztök) erőtartalékolási feleslegeit, valamint a fel nem használt erőkezleteket (aggregényadó, stb. útján) az életmentést szolgáló passzív segítségre felhasználni tanácsolja.

Az aktivitás-passzivitás kettősségének hiánya az a hiányosság, amelynek következményeire előző tanulmányunkban<sup>1</sup> a társadalmi biztosítást illetőleg reámutatni kívántunk, minélfogva a társadalom mennyiségi, majd minőségi pusztulásait jelző népbetegségi tünetek zömének egyik oki tényezőjeként éppen az «általános társadalombiztosítás hiányosságát lehetett feltüntetnünk a táblázatban.

A kettősség kifejezését és a folytonos aktivitás keltésére irányuló törekvésünk néhány szempontját a gyakorlat részére a következőkben fejezhetjük ki:

1. *A passzív segítés.* A független és magárahagyott agrárnép egészségi biztosításának alanyi kötelezettségekből és tárgyi jogsultságokból álló egésze a központi intézménnyel szembeni köl-

<sup>1</sup> Társadalomtudomány I—III. szám: «Társadalompusztító hatások a közvéleményben» 1936.

csönösségekkel<sup>1</sup> kapcsolható össze. Ez a kapcsolat hatósági felügyelet és ellenőrzés tárgyává teendő. (Mindezeknek hiányai a társadalombiztosítási rendszernek jelen formájában való kísérőkéségére további bizonyítékul tekinthetők.) A centripetális alanyi megnyilatkozások a kölcsönösség mérlegének ingadozásától függően a részvételi díj járulékoknak a nagyságára hatnak vissza és aktivitásra serkentenek. Teljes nincstelenség esetén ez a részvételi díj járulék csak jelképes: teljes ellátást adó ínségmunkák, nevelőhatású munkatáborok «tantusz»-szerű béreiből állana, amely azután már nem jelképesen a községi, állami közösségek hozzájárulásaiból volna pénzre beváltható az intézmény részéről. A «közgyógyyszerellátás» szegénygondozottjainak különösen az «ideiglenesen fizetéképtelenek B. csoportja» (lásd 400/1932. N. M. M. sz. rendelet) is ide beolvasható. A biztosítás, illetőleg egészségvédelem centrifugális tárgyi megnyilatkozása az így kötelezőleg biztosítottakkal szemben úgy teljesítené az említett kettősséget, hogy az a falu népénél elsősorban a passzív, ellátási jellegű legyen: orvosi, kórházi és házi gyógykezelés, élelemkiegészítés (cukorakciók, vitaminakciók, golyvás vidéken jódakciók, stb.), ínségakciók (iskolásebédeltetési, -tízóraiztatási akciók, stb.), anya- és csecsemő kölcsönkelengyék, háziápolási vándorládák, továbbá házassági, építési és tatarozási kölcsönök. A fő az, hogy a passzív támogatások hangsúlyozásában a «természetbeliség» és

<sup>1</sup> A kölcsönösség *Schmidt* szerint «oly jellegzetes ismérve a biztosításoknak, hogy csak ez különbözteti meg őket a karitástól».

A kölcsönösség jelentőségének hangsúlyozása az irodalomban általánosan igen nagyfokú, mutatva ez elvnek nagy jelentőségét. Éppen ezért sürgősnek kell tekintenünk, hogy az egészségi biztosításban is a megfelelő módon kifejezésre jusson. Íme néhány példa:

*Waldheim* (*Zeitgemäse Reformen der Socialversicherung*. Berlin. 1930.): «A társas együttesek biztosítása a kölcsönösségen, az egyedek biztosítása pedig az üzlet érdekében, v. i. a pénzgazdálkodáson alapszik».

*Oswald Stein* (*Le Droit international des Assurances*. Paris. 1929. 18. old.): «L'assurance est mutualité, on elle n'est pas assurance».

*Eugen Schmidt* (*Socialversicherung und öffentliche Fürsorge*. Stuttgart. 1932. 6. old.): «Ohne Leistungen der Teilnehmer liegt keine Versicherung vor».

*Manes Alfréd* (*Versicherungswesen*. Berlin. 1930.): «Gegenseitige Deckung ist das spezifische und hauptsächlichste Charakteristikum der Versicherung».

ne a «pénzbeliség» jusson kifejezésre. Aktív jellegű tárgyi teljesítmények: az egyéni-, családi- és miliőhygienére irányuló preventív nevelés-gondozások és ennek hatósági ellenőrzése; büntető szankciók és az alanyi kötelmek emelésének terhe mellett.

17. *Aktív védelem.* Bonyolultabb, de jobban körvonalozható és magasabb fokra emelhető a kötelékbe tartozó mezőgazdasági alkalmazottak preventív biztosítása. A bonyolultságot a mezőgazdasági alkalmazottak sokfélesége, jogi különbözősége eredményezi, a jobb körvonalozhatóságot a kötöttség és függőség okozza, végre a magasabb fokra való emelhetőséget az teszi lehetővé, hogy e téren vannak már biztosítási kezdeményezések, amelyek csupán mennyiségileg és minőségileg fejlesztendők tovább. Itt az aktivitás helyezendő a biztosítás tengelyvonába, amely egyfelől a munkaadó, másfelől a munkavállaló részéről kíván teljesítményeket. Az előbbi csoporttól eltérően éppen ezért itt a biztosításnak nem alanyi és tárgyi, hanem *i. kiterjedési*, *2. működési* és *3. irányítottági* szempontból való fejlődését tartjuk szükségesnek. Nevezetesen:

1. A biztosítás a legáltalánosabb jellegű legyen. Juttassa kifejezésre, hogy az egyttlakók szorosan összefüggő, mondhatni biológiai egységet alkotnak, úgy hogy minden egészségügyi eseményük külön-külön és kölcsönösen a miliő-viszonyok által egybekapcsolt és bár tagolható, de el nem választható egységes élettani jelenség. A biztosítás tárgyában tehát az egységes nép-egységügyi komplexum gondolata jusson kifejezésre.

2. A biztosítás a maga működésében az állandó és folyamatos kölcsönösség jegyében álljon. Ezzel összefüggésben a biztosítás olcsóvá alakítandó.

3. A biztosítás iránya a népbetegségek megelőzését gyakorlatilag már eddig is bevált és így könnyen kellő mértékűvé fejleszthető, meglevő szervek és elgondolások segítségével igyekezzék megoldani. A biztosítás ezen iránya ne az egyén-, hanem a családvédelem jegyében álljon: a szervezés vezető gondolata a megelőzés elve legyen.

A mezőgazdasági alkalmazottak preventív-jellegű egészség-biztosítása a fenti elveket a jelenlegi valóságos állapotokból kiindulva a következőképen valósíthatná meg:

*Ad 1.* Az a népegységügyi komplexum, amely a biztosítás

tárgyául tekintendő, három dimenzióval fejezhető ki: vonalszerű hosszúságát a mezőgazdasági alkalmazottak képezik, horizontális síkjának mélységi kiterjedése ezeknek valamennyi családtagját, tehát a feleségen és gyermekeken kívül az összes együttlakókat tartalmazza, végre a vertikális irányban a biztosítás általi teljesítmények ábrázolhatók. Jelenleg e három irányú követelmény mindegyike nagy fokban hiányos ugyan, de határozottan észrevehető, hogy a gátló materialisztikus élet-szemléleti tényezők ellenére a prevenciós törekvések már mutatnak fejlődést a humanitárius vagyis «emberközpontú» orvosi-biológiai irányban. Azzal a célzattal és abban a reményben, hogy a ma még homályosan kifejeződő társadalmi és törvényhozási irányfolyamatot egy élesebb megvilágítással virulensebbé tesszük, a fenti három dimenziót közelebről is kifejtjük.

a) *A vonalszerű hosszúság*, amely az OTI munkaterületén már teljesen kibontakozott: kiegészítendő a mezőgazdasági alkalmazottaknál is. A harminc évvel ezelőtti, még patriarkális viszonyok között létrehozott 1907. évi XLV. t.-c. csak a természetbeni lakást élvező, évi szegődményes («kommenciós») cselédek ismerte el olyanoknak, akiknek betegápolásáról a munkaadó köteles gondoskodni. Ez a törvény, a virágzó tanyaromantika ezen szimbolikus kifejezője, az «uradalmi orvos» típusfogalmat termelte ki: az uradalmak évdíjas házi-orvosát, aki az évi díj ellenében a szülési és egyéb műtéti beavatkozásokon kívül ellátta a kommenciós cselédek orvosi szolgálatát, amit az idézett törvény a munkaadó köteletségévé tesz és, aminek elmulasztásáért a törvény szigorú büntetést is alkalmaz. Ezen évdíjas és így törvényes védelemben részesülő mezőgazdasági alkalmazottakon<sup>1</sup> kívül a gazdaságokban számottevő számban «társ-vállalkozók» is vannak, mint feles dohánykertész, feles dinnyekertész, feles konyhakertész, valamint egyéb részes jellegű vállalkozók, mint harmadosok, szakmányosok, továbbá ugyancsak

<sup>1</sup> Uradalmi tiszték, ispánok, írnokok, gazdák, vincellérek, továbbá kocsisok, béresek, csikósok, csordások, kondások, juhászok, tehenészek, bivalyosok, éjjeliőrök, kerülők, végül a gazdaságban állandóan alkalmazott és szintén helyben lakó évdíjas kovácsok, kerékgyártók, gépészek, asztalosok és egyéb iparosok, legvégül pedig a belső alkalmazottak, mint urasági inas, lovász, szakács, stb., valamint kertész, udvaros, stb., stb.



helyhez kötöttek és állandó jellegűek a taksások és vákáncsosok,<sup>1</sup> legvégül pedig napról-napra növekvő számban szerepelnek a helyhez nem kötött alkalmi hónaposok, a kubikos-, arató-, kapáló-, szőlőrigolízó-, szénacsinaló-, stb., stb. napszamosok, kik mindnyájan az egészségügyileg ellátatlanok és a törvénytől védtelenek mindinkább növekvő tömegét alkotják. Lehetetlen dolog tendenciát nem látni az ilyenek számának az idézett törvény életbelépte óta való növekedésében, különösen a «nem őstermelői eredetű» munkaadók gazdaságaiban, ahol az állandó és komenciós cselédek lassanként — sőt egyes gazdaságokban máris teljesen — az utóbb felsorolt «védtelenekkel» teszik mellözhetővé és nélkülözhetővé.

Komklúzió: a mezőgazdasági alkalmazottak betegségi biztosítási vonala az évdíjas és komenciós lakású alkalmazottakon túl a csupán balesetbiztosításokra szervezett Országos Gazdasági Munkáspénztár által elkezdett vonalon továbbhaladva, egészen a napszamosokig kiegészítendő.

b) A biztosítás *mélységi kiterjedése* tartalmazza valamennyi együttlakónak korhatárra való tekintet nélküli biztosítását. A mezőgazdasági alkalmazottnak feleségén kívül a vele lakó szülők és gyermekek egyaránt biztosítás tárgyát kell, hogy képezzék nemcsak azért, mert az egész család egységes biológiai-kórtani egység (egyiknek az egészségi állapota kihat ugyanis a másikéra és okvetlenül kihat a családfő munkakészségére), hanem azért is mert e kiterjesztésnek népegészségügyi és nemzeti jelentősége nyilvánvaló. (A jelenlegi állapot alig terjed túl a családfő személyén.)

A mezőgazdasági alkalmazottnál a magas gyermekszámának nemcsak az a negatív oka van, hogy ez lelkileg nem fertőzött embertípus, hanem van pozitív oka is: a gyermek, ha felnő, a családnak ingyen napszamosa és az elöregedett szülőknek a nyugdíja. Szomorú szállóige, amelyet a tanya-világban oly gyakran lehet hallani: «Gyerekből és pohárból sok kell, mert törik». A mezőgazdasági alkalmazottnak, akinek pénzfizetése, nincs,

<sup>1</sup> A taksások és vákáncsosok a «gazdasági cseléd» és a «dohányos» torz hibridációjának tekintendők, kiknek némi jogok mellett a függetlenségük a fizetése. — Valóban «állati» sorban élnek, de olyan értelemben, hogy a tőlük követelt munkateljesítmény a háziállathoz, ellátásuk ellenben a sivár puszták vadállataihoz teszi őket hasonlóvá.

illetőleg csak igen minimális (20—40 P évenként), pénzjöveldelme a «jogaiból» ered: aprómarha-, sertés-, tehéntartási jog, amelyet annál jobban kihasználhat, minél nagyobb a családja. Ezért neki nem is terhes a minél nagyobb család. E jogokkal való minél nagyobb mértékű élni tudás nem lehet ellenszenves a munkaadónak, hiszen egyfelől a cseléd élelmességét, ügyességét méri (van gazdaság, amely fel sem fogadja, illetőleg bizonyos idő múlva el is bocsátja azt az alkalmazottját, aki legalább egy tehenet az aprómarha és sertéstartás jövedelméből a maga részére beszerezni nem képes), másfelől pedig mindez a család érdekében történik, amelynek munkájához a munkaadó könnyen, gyorsan és jutányosan hozzájuthat. Vannak ugyanis «szorgos munkaidők», amikor az egész család apraja, nagyja, öregje, fiatalja a gazdaságban munkában áll.

Konklúzió: a mezőgazdasági alkalmazottak családtagjaira vonatkozó jogosultsági korhatár (amelyet az 1907. évi XLV. t.-c. 28. §-a 12 éven alul állapít meg) megszüntetendő.

c) A biztosításnak ezen horizontális síkjára épített és vertikálisan ábrázolható *biztosítási teljesítmények* — mivel tehát itt nem az «emberfronton» (*Dékány*), hanem a «természetfronton» küzdő munkásságról van szó, amely eltérőleg az ipari, háztartási és irodai munkásságtól, egy vállalatnak nem «alkalmazottja», hanem egy gazdaságnak úgy a maga egészségében, mint betegségében, úgy saját személyében, mint családjával együtt és az általa lakott és használt «milióviszonyokkal» együtt egy szerves alkatrésze, továbbá, mivel itt a munka ellenértéke természetbeni dotáció és jogok, végül pedig, mert a munka nem ütemes, hanem periódusos — egészen más képleteket kell hogy mutassanak, mint például az OTI-nél. Tehát nem «összepszerúségeknek», hanem «természszerúségeknek» kell kifejezésre jutniok, illetőleg az ezen irányban meglevő képleteknek kell tovább fejlődniök. Nevezetesen:

1. A munkaképtelenségek esetére szóló táppénz — az OTI hatalmas adminisztrációs ballasztjának és deficites mérlegeinek ez a fő tényezője — teljesen tárgyaltan: hiszen a mezőgazdasági alkalmazott nemcsak egészségében, hanem a betegségében is valamilyen módon — direkte a kommenciójában, indirekté pedig a jószágértartási jogai útján — mindig a «gazdaság kenyereén él».

(A napszámos nem: ennek részére a «táppénz» a biztosítótól történő minimális térítmény ellenében a gazdaság által természetben, szemestermény, liszt, só, kiutalása útján lenne folyósítandó.)

2. A terhességi, szülési, gyermekágyi és szoptatási, valamint az özvegyeségi és árvasági segélyek szintén nélkülözik azt a talajt, amelyből pl. az OTI biztosítottjai részére kifejlődtek.

3. Az öregségi és rokkantsági segélyeknek pénzsegély alakjában való folyósítása szintén tárgytalan, hiszen egyfelől a gazdaság igazán mindenkit tud foglalkoztatni (ezért ilyen alig jöhet szóba), másfelől pedig gyakran tapasztaltuk, hogy a gazdaság azt, aki nála előregszik vagy megrokkán, morális és etikai okokból (a gazdaság többi munkásai hűségének és odaadásának biztosítása érdekében) többnyire magától, minden kényszerítés nélkül és külső biztosítások nélkül el szokta tartani.<sup>1</sup> A rokkantsági segélyek nyújtásában ott, ahol a megrokkánást baleset váltotta ki, a munkaadót az Országos Gazdasági Munkáspénztár is segíti, amely filléres alapokon működik és semmiesetre sem szüntetendő meg, hanem tovább erősítendő.

A többi biztosításokhoz képest könnyítéseknek mutatkozó ezen eddig felsoroltak után a következők mutatkoznak terhebbeknek a jelen állapotokhoz viszonyítva:

4. Az orvosi kezelésre, valamint a gyógyszerügyi anyagok igénybevételére szóló jogosultság kiterjesztendő a szüléskori és egyéb műtéti beavatkozásokra is.

5. A biztosításnak — mint ez az OTI-nél meg is van —, ki kell terjeszkednie a bábasesélyre is.

6. A kórházi ápolás az eddigi megszorítások nélkül és mindig a biztosítás terhére legyen igénybevehető. Eddig ugyanis a munkaadónak (30 napi gyógyítási kötelezettsége után, amelyet természetesen az évdíjas orvosa által végeztetett a munkaadó) be lehetett küldenie a beteg mezőgazdasági alkalmazottat községi szegénységi bizonyítvánnyal» (sic!) a kórházba a nyilvános betegápolási alap terhére. Ha tehát a derék cseléd valahol egy kis ingatlant tudott összespórolni, akkor mindig csak nagy után-

<sup>1</sup> A szerző itt feledni látszik, hogy az előregedett cselédek ú. n. patriarkális módon való eltartása igen szomorú megoldás. Minthogy a gazdasági cselédnek nincsen miből öregségi járadékot fizetni, itt más expediens volna keresendő. (A szerkesztő.)

járásokkal és hatóságilag lehetett megmenteni az illetőt a gyógyulás utáni teljes elszegényedéstől. A vagyontalan napszámos mindjárt a betegsége kezdetekor ingyen beutalható a kórházba, még a szükséges mentőautó ingyenessége is biztosítja az idejekorán való kórházi ápolást. Fertőzőbetegség miatt a gazdasági cseléd is rögtön beutalható a 6000/1931. M. E. és az 1300/1932. N. M. M. sz. rendeletek alapján «a lakáson való kellő elkülönítés végrehajthatatlanságára való tekintettel közegészségügyi érdekekből»: a beutalás és az ápolás a nyilvános betegápolási alap terhére történik. Szülészeti osztály igénybevétele szintén ingyenes. Baleseti sérült az Országos Gazdasági Munkáspénztár terhére azonnali kórházi ápolásba adható.

A kórházi ápolás igénybevehetőségének ezek a korlátozottságai az uradalmi orvost a mindennapi gyakorlatban sokszor hozzák kényes helyzetbe. Ha pl. egy évdíjas cseléd heveny vakbélgyulladásos vagy középfülgyulladásos, illetve egyéb, sürgős műtétet igénylő hirtelen betegség miatt azonnali kórházi kezelésre szorul, vagy pedig egy hatalmas sérve miatt már a munkabálepéskor életveszélyes tüneteket mutat: akkor az uradalmi orvos súlyos dilemma elé kerül. Vagy hazudnia kell és a sürgős kórházi ápolás érdekében kiállít egy igazolványt, amelyben az ilyen betegségeket «jóhiszeműleg» «baleseti» eredetűnek minősíti (ÖGMP terhére), vagy pedig harminc napig otthonában «kezeli» a beteget, leszámolva a lelkiismeretével és kockáztatva a betege életét és csak akkor küldi be. (Esetleg mindjárt a betegség észlelésekor «igazolja», hogy előzőleg már harminc napon át kezelte.) «Tertium» vagyis, hogy a beteget mindjárt az észleléskor, a valószínű diagnózissal és egy valószínű helyzetjelentéssel, tehát a munkaadó terhére kórházba utalja, mivel ezzel a saját uradalmi-orvosi állása volna egyenesen kockáztatva: «non datur» — teljes tisztelet az igen kevés kivételnek a munkaadók közül.

7. A millió kérdésének a biztosítás tárgyai közé való felvételét «mutatis mutandis» ugyanazok az elvek és elgondolások, valamint mérlegelések követelik meg, amelyek az ipari balesetek elleni biztosítások szempontjából a munkahelynek balesetelhárításra való alkalmassá tételét az 1927. évi XXI. t.-c. 143—169. §-aiban az OTI biztosítottjai érdekében előírják.

Amint ugyanis ezen hivatkozott törvényes intézmény sem

annyira a balesetek *esetére*, hanem inkább a balesetek *ellen* igyekszik biztosítani elsősorban: úgy az orvosi prevenció elve a mezőgazdasági alkalmazottaknál sem elsősorban a betegségek esetére, hanem a betegségek elleni biztosítást kívánja szorgalmazni. Ami az ipari munkásra vonatkozólag a balesetek szempontjából a munkahely műszaki berendezése, ugyanaz a mezőgazdasági alkalmazottakra vonatkozólag a megbetegülések szempontjából a munkaadó tulajdonát képező és az alkalmazott által csak használatban levő lakás, vízellátás, udvar (hulladék és trágyaelhelyezések!), valamint a napszamosok részére szolgáló gyűlhelyek és éjszakai hálóhelyek hygienéje. Mindezekről az 1907. évi XLV. t.-c. csak hézagosan és nem is ebben a vonatkozásban intézkedik. Pedig, amint vannak balesetek, amelyek létrejöttéért nem a munkás, hanem maga az ipari munkahely a felelős, tehát a munkaadó: épen úgy vannak betegségek, amelyek kizárólag a milió hygienéjének függvényei. Tehát mindkét esetben a balesetet, illetőleg betegséget szenvedőnek csak «szenvedőleges» vagyis passzív a szerepe.

A nedves, penészes, patkányrágta falak, az alacsony, súlylyesztett belvilágú (falspórolás!) szoba, amely konyhával is szolgál, szimpla és nem légmentesen záró, de ugyanakkor «nyithatatlan» ablak, megvetemedett és megrepedezett, nem huzatmentesen záró ajtó, a padlásnak a helyiség kifűthetetlenségét okozó hiányos tapasztása, a füstöt visszavágó kémény, rossz kályha, stb., stb. okozta állandóan fűledt, penész-szagú és miazmás szobalevegő, amely a közeli trágyadombtól bűzös; az árnyékszék hiánya, illetőleg használhatatlansága, az ivóvíz szennyezettsége és még ezerféle, itt fel nem sorolható egyéb tényező a maga összességében a családfőnek korai rheumás megrokkulására, a gyermekágyas anyáknak és a serdülő gyermekeknek tuberkulózisára, fogszuvasodására, a kisdedeknek még az öreg napokra is kiható, sokszor pedig halálos végű angolkórjára, senyveségekre és mindenféle hurutos betegségekre való hajlamára vezet és — tehetetlenné teszi a gyógyító orvostudományt, amelynek sziszifusi küzdelme a gazdaság anyagi erőit is képes széjjelmorzsolni a készkiadások (gyógyszer) és az elveszett cselédi munkaerők és munkanapok folytán.

Az évszázadok nevelte, tehát őstermelői eredetű mezőgaz-

dasági munkaadók a milió-kérdés megoldásának a saját érdekükben álló voltát *néhol* már maguktól belátták; a nem östermelői eredetű munkaadók azonban rendszerint egyáltalában meg sem hallgatják. A materialisztikus szemlélet a röpke pénzhaszon irányában hajtja a gazdaságokat napjainkban és a mai nap haszna utáni uralkodó iram ily «nem produktív» befektetések iránt vakká teszi őket és ezért kell az egészség szabadságharcát vívó reformkorszakunknak a törvényhozás útján, biztosítás keretében, az anyagiasság jól érthető nyelvén kifejezésre juttatnia a mezőgazdasági alkalmazottak milió-kérdésének hatalmas jelentőségét. Klinikai tanulmányaink azt tanították, hogy a gyakorlat nem «betegéseket», hanem «betegeket» állít az orvos elé: a gazdasági orvos azonban nem beteget, hanem betegségeket, a miliónek nem individualizálható, hanem sablonos és univerzális értékű betegségeit találja, amelynek individuálisan különbözők csupán a tünetei, az egyes betegeknél. A mezőgazdasági alkalmazott állandósult miliójével együtt valóban egy egységes kórtani komplexum, egy szétválaszthatatlan népegészségügyi egység, amelyet *csupán egyik* alkatrészében, a bekövetkezett betegségben szenvedő munkásban adni orvosi kezelésbe — eleve elhibázott gondolat.

A mezőgazdasági alkalmazott a rossz milióban époly «idült mérgezés» állapotában van, amilyent az iparban «büntetendő balesetnek» szoktak minősíteni: a munkaadóval szemben. A gazdasági életre oly áldástalan és a népegészségügyre is káros gyakori cselédváltozásoknak itt található meg egyik nyomós oka.<sup>1</sup>

8. Az orvosi prevenció követelményei az előbbi pontban az expozíció kérdését («külső, betegségi diszponáltságok» megszüntetését) vetették fel. A belső betegségi diszponáltságok ellen az egyes fertőzőbetegségekre való fogékonyság csökkentését célzó védőoltások (himlő, hasihagymáz, diphteria, stb.) bevezetése

<sup>1</sup> A mezőgazdasági alkalmazottak «vándorlási éhségeinek» merőben «ösztönös» voltát hosszú tapasztalataink és — tán bárkiénél is közvetlenebb, de egyúttal állandóan áttekintő — megfigyeléseink alapján tagadnunk kell. Az okok csaknem teljesen kívülállanak a mezőgazdasági alkalmazottakon. Viszont maga a vándorlás — ki a tanyából, egy másik tanyába, majd be a városba, vissza egy falura vagy vissza egy tanyára — káros a mezőgazdasági munkaadón kívül a mezőgazdasági alkalmazottra is, kinek a családját ez a vándorlás a szó szoros értelmében «szétrázza» elemeire (elatomizálja!). De káros ez a szociális

kívánczik még a biztosítás tárgyának vertikális irányban való betetőzésére.

*Ad II.* Az egészségvédelmi biztosításoknál nem csupán az egyszerű biztosítási kétoldalúságról van szó (biztosított-biztosító), hanem egy nagyon komplikált rendszerről, amelynek láncszerűen egybefonódó tagjai vannak (munkaadó-orvos-ápolás-egészségháborítás stb.), amelyeket egymással egy, a biztosításban egyáltalán kifejezésre nem jutott és már materialisztikusan nem megfogható tény: a gyógyulás folyamata kapcsol össze. Érthető tehát, hogy mivel az eddigi rendszerek a láncolat egyes tagjait nem kapcsolták össze a kölcsönösség kötelékeivel, ezek a maguk laza mozaikszerűségében az egész biztosítás életképességét pillanatról-pillanatra egyensúlyában zavarták és felborulással fenyegették. De érthető az is, hogy az orvosi-biológiai szemlélet a maga prevencióit ebben a tekintetben is kifejezni kívánja, mint olyan, amely az eddig nem is méltányolt rész-kölcsönösségeket materialisztikusan is ki képes fejezni ezen — az eddigiek mértékét messze meghaladó koncepciójú és kiterjedésű — újszerűsége kényszerített biztosításban. Ez «*conditio, sine qua non*» nemcsak a «biztosítás»-nak, mint vállalkozásnak sikere, hanem az orvos személyének reputációja érdekében is, amelyet az orvosnak a biztosítások keretében való alkalmaztatása és «az orvosi munka eszközképp való olcsó kisajátítása», «egy szabad pályára jogosító oklevelet méltóságában megsértő, szocializáló irányzat» folyamatában máris erősen megtépázott a mai súlyos gazdasági helyzet. Mert nehéz a pénztári orvos sorsa is, aki hullámtörő gát a «táppénz-éhségben» tomboló proletariátus hullámveréseinek lecsillapításában, de még nehezebb (különösen egyes helyeken) az «uradalmi orvos» helyzete, akinek a biztosító intézete: a kenyéradó gazdája: ugyanaz, aki a cselédjeit is «kommenciós évidíjban» fizeti. Az emberi megértés érzetével, a gyógyítás nemes szándé-

politikára is, mert a városi proletariátust és a pauperizmust növeli. Végül pedig káros a népegészségügyre, mert az elatomizálódás az egyke-morálra, nemi betegségekre és prostitúcióra vezet: a visszavándorlások pedig ezeket a népbetegségeket, — amelyek az «elvárosiasodások» salaktünetényei, tipikus szüleményei — betelepítik a faluba-tanyákra, ahol megoldhatatlan problémákká válnak. A tanyavilág millióproblémájának megoldását — azt hisszük — e sötét, de reális végiggondolást tartalmazó perspektíva is sürgetni fogja.

kával, alapos tudású felkészültségével közeledik az orvos a tanyák primitív emberéhez, aki pedig — sokszor erősen érezhető módon — az uraságtól hozzáküldött kémet fogad benne, mert nincs semmivel sem kifejezve az orvosi vizsgálatokhoz elengedhetetlen, egészséges interpszichikai viszony: az orvos részéről a tudat, hogy valaki reá bízta magát, a beteg részéről pedig az a garancia, hogy az orvos az ő, és pedig alanyi jólétének érdekéért és semmi másért jött hozzá. Abban a kölcsönösségben, amelyet a törvény kifejez (a munkaadónak kötelességévé téve alkalmazottja gyógykezelését, ellenkező esetben az alkalmazott feljelentéssel élhet), *csak passzív* szerepet játszik az alkalmazott, az orvossal szemben való kölcsönösségnek, — amire pedig a legnagyobb szükség éppen a gyógyítás érdekében volna — teljes hiányával. Az orvosi prevenció elve az egész vonalon *az aktív jellegű* kölcsönösségek láncolatát követeli meg, ami összhangban kikötött elveinkkel, ismét nem újítást, hanem csak valamilyen meglévő magnak a kiteljesedését kívánja. A kölcsönösség aktív kifejezésére ugyanis az 1907. évi XLV. t.-c. is tartalmaz már némi utasításokat, amennyiben feljogosítja az évi 200 koronán aluli adót fizető munkaadót, hogy cselédjeitől az orvosi-gyógy-szertári költségek felét, az évi 200 koronán felüli adót fizetőket pedig, hogy ezen költségek egyötödét az évi díjból levonhassa. Hasonlót fejez ki az OTI, amely a a gyógyszervényenként 30 fillér megtérítését követeli. Azonban mindezek a kölcsönösségek nem állanak a kívánt cél érdekében (előbbit nem is gyakorolják), mert úgy *a munkaadó és alkalmazottja*, mint *az alkalmazott munkavállaló és a biztosító intézmény* közötti közvetlen és materialisztikus jellegű kölcsönösség etikai és morális okokból helytelen. (Ezen két kölcsönösség, csak úgy nyilvánulhat meg egészségesen, hogyha a munkaadó és az alkalmazott együttesen fizetik a biztosítási díjat: természetesen az alkalmazottnak évi fizetése ehhez alkalmazandó.)

A biztosítási folyamat további elemei között azonban a kölcsönösség elve közvetlenül és materialisztikus értelemben is megnyilvánulhat, sőt a megnyilvánulások minden egyes fázisa értékes hatású az egész biztosításra is.

*Az orvos és betege közötti kölcsönösséget* materialisztikusan és közvetlenül a «honorárium» képezi, amelyet a biztosítások kere-



tében valamilyen jelképes módon bár, de feltétlenül szerepeltetni kell. A beteg részéről erre az elmondottak miatt van szükség, az orvos részéről pedig ugyanezekon kívül azért, mert az orvosi munka minden kezéhez került betegben egy egyéni művészetet és lelki odaadást is igénylő önálló problémát kell, hogy megoldjon: az ilyen «heroikus» jellegű munka pedig «évi átalányösszegben és előre» meg nem vásárolható, ki nem bérelhető. A primitívlelkű tanyai nép is érzi ezt: évtizedes gyakorlatunk emlékei között élénken él, hogy a súlyos betegségből sok fáradozásaink árán gyógyított tanyai betegeink mindegyike az ő erőihez mért módon de mindig magától, valamilyen és sokszor naiv «honoráriummal» kedveskedve, — mint ő maga mondta — «könnyített a saját lelkiismeretén». Nem okoztak ezek az apróságok részére megrövidüléseket. Egy-két pár rántani való csirke, néhány tojás, vagy pedig a kiskertjének egy-egy remeke csak azt az igen értékes morális kapcsolatot fejezte ki, amit nagy kár lett volna elszakítani és amit a biztosításunkban legálisan is kifejezni kívánatos. Az orvos a buzgó munkára a honoráriumnak éppen ez a morális komponense buzdítja: ennek ott, ahol a honorárium anyagi komponensének helye nincs, fokozottan kell kifejezésre jutnia, mert kifejezésre juttatta maga az élet is, amely «ingyen orvosi munkát» nem ismer. Nem ingyenes a «szegényrendelés» sem, amely nemcsak lelki megnyugvást okoz az orvosnak, hanem még a reklám jellegével is bír, ha szépen végzi az orvos. Ezért fogadja szívesen a magánorvos is, kit ezért — a hatósági (községi- és kör-) orvosokkal ellentétben — senki nem fizet. Nem ingyenes a kórházi gyakorlat orvosi tevékenysége sem, mert «működési bizonyítvány» nyerhető el általa, amelyből egy kenyérkereső állás születhetik. Nem ingyenes végül a munkatársakkal szemben végzett orvosi munka sem, mert itt az eddigi tényezők együttese az, ami inspirál. (Azonban a káros ingyenesség ismérvei vannak jelen és nem a kívánatos «házi orvosi jelleg»: a biztosításoknál, ahol nem az fizeti az orvost, aki igénybeveszi a segítségét.) A honorárium a mezőgazdasági alkalmazottak részére szolgáló biztosításnál tehát jelképesen bevezetendő volna. A biztosítóintézet évente kibocsátandó bélyegekkal (tantusz-szerű zsetonokkal) látná el a munkaadókat, akik ezeket az alkalmazottaik között családtagjaik számarányában egy évre előre kiosztanák. Ilyennel

fizetné ki az alkalmazott a gyógyítást teljesítő orvost, aki ezeket a gazdaság pecsétjével ellátva névsor kíséretében az év végén beküldené az Intézethez, amely közhírré nem teendő összegben beváltaná ezeket tőle. A fel nem használt «bélyegek» az év végén megsemmisülnek. Ily rendszer mellett a szabad orvosválasztás is bevezethető, bár ennek faluhelyen — minden gazdaság inkább faluhoz, mint városokhoz van közel — alig volna gyakorlati jelentősége.

*Az orvos és a munkaadó közötti kölcsönösség* a hézagmentesség érdekében szükséges, de vonalvezetése csak a betegek érdekein keresztül engedhető meg. Az orvos és a munkaadó között minden «közvetlen» anyagi kapcsolat — mint a gyakorlatunk tanúságai igazolták — immorális és káros. Az orvost a munkaadóval csak egy évente előre lefolytatandó fuvarmegbeszélésről szóló és a biztosítóintézethez felterjesztendő írásos egyezség kapcsolhatja össze. Ennek az egyezésnek a bábának és egyéb egészségügyi személyeknek a fuvarkérdésére is ki kell terjeszkednie. Szabad orvosválasztás esetén ezt az egyezséget a járási főszolgabíróval köti meg a munkaadó a főszolgabíróhoz beosztott tisztiorvos véleményének meghallgatása után.

*Az orvos és a biztosító intézet közötti kölcsönösség* az orvos részére nyugdíjjogosultsággal (szabadorvosválasztás esetében kötelező nyugdíjbiztosítással) járó évdíjnak a megállapítását tartalmazza egyfelől, másfelől pedig az orvost a gazdaság egészségügyéért felelőssé teszi. Így az orvosi munka nemcsak a betegek gyógyításának kötelezettségéből fog állani, hanem mindenféle higiénikus prevenciók végzéséből is, mint védőoltások végzése és évenkénti (félévenkénti) jelentéstétel és előterjesztések a gazdaság közegészségügyi hiányairól. Ezen jelentéses előterjesztéseket az illetékes m. kir. tisztiorvos, — aki gyakorlatot most már nem folytat — felülvizsgálja, észrevételezi, aláírja és hivatalosan terjeszti fel. Ily jelentést szabadorvosválasztás mellett az illető gazdaságból honoráriumbélyeget beküldő minden egyes orvosnak tennie kell.

*Az állami biztosítás és a munkaadó közötti kölcsönösség* abban nyilvánul meg, hogy a biztosító a gazdaság részére a tanya lélekszámának, higiénés viszonyainak (veszélyességi táblázat!) és a nem állandó alkalmazottak átlagszámának tekintetbevételével

a közzadókkal együtt beszedendő biztosítási díjat állapít meg és ennek ellenében a gazdaság részére az «Ad I.» alatt felsorolt mindennemű egészségügyi ellátást biztosít a munkavállalók és a családjaik részére, sőt ezenkívül — a lehetőség határain belül — hosszúlejárátú kölcsönt nyújt a tanya hygienikus viszonyait javítani hivatott és nagyobb költségekkel járó építkezésekre, illetőleg javításokra.

Az aktív kölcsönösségeknek ez a morális jelleget adó anyagi láncolata a biztosítási kockázatot a legminimálisabbra lesz képes leszorítani, ami automaticæ kihatva a díj járulékokra is, a helyesen szervezett biztosítást olcsóvá is fogja tenni.

*Ad III.* A «biztosítás» orvosias jellegét vennők el és az előbbiekben vázolt «aktív kölcsönösségi láncolatot» hagynók csonkán, az «egészségvédelmet» pedig kifejezetlenül, ha már a megszervezésben is az eddigiekben felsorolt kívánatos posztulátumokat itt is nem egészítenők ki oly tényezővel, amely lehetővé teszi a mezőgazdasági alkalmazott részére egyfelől az ő egészséges állapotában gyakorolandó aktív prevenciákat, másfelől pedig megadja a lehetőséget arra, hogy betegségében a szükséges orvosi segélyhez valóban «idejekorán» forduljon. A biztosításnak ezt az «időbeli támogatást is» biztosítania kell az előbbi térbelieken kívül. Amilyen lényeges ugyanis a megbetegülések számbeli apasztása és a kezelések lehetővé tétele szempontjából a «népegészségügyi komplexum»-fogalmának (I. Ad I.) és a «kölcsönösségek» (Ad II.) kifejezésre juttatásának egyszersmindkorra szóló intézményes megszervezése a prevenciós elvek értelmében: ugyanezek értelmében époly fontos a meggyógyulások érdekének szempontjából az állandó gondozásos-neveléses «időbeli prevenció». A betegségek súlyosságát és kimenetelét sohasem egy bizonyos «terminális tényező» (pl. baktériumok, illetőleg egyéb egyéni kórokozók és egészségháborító tényezőknek együttese) egymagában szabja meg, hanem az a bizonyos «roncsolási fok», amelyet a kérdéses és legtöbbször megfoghatatlan és elkerülhetetlen «ubiquitaer» terminális ártalom előidézett. Ez pedig az idő függvénye.

A munkaadóktól megkövetelt és így «adottságnak» tekintendő térbeli okokon és bizonyos «spontán» időbeli tényezők (jóhiszemű késéseken) kívül számításba kell vennünk igen

súlyosbító és nem adottsági alapú, hanem akaratlagos térbeli okokat (mint sepremlenség, szellőzetlenség, általános piszok, stb.), valamint szintén akaratlagos és az időben ható tényezőket (kuruzslások, babonázások), amelyek a gyakorlat sok tapasztalatai alapján a neveléses-gondozásnak a biztosítással való szoros kapcsolatba hozását elengedhetetlennek tüntetik fel.

E tevékenység végzése nem lehet az orvos feladata. Az állandó szemmel tartás, az egészségvédelemre való állandó nevelés, az otthonnak egészség-gondozásra való alkalmassá tételében közreműködés, a banális jellegű betegségforrások iránti kutatásoknak, nyomozásoknak felderítő «recherche»-tevékenysége, a védekezésekre való irányítások és állandó tanítások: e feladatkör inadaequat jellegű a heroikusan maximális, rekordszerű teljesítményekre beállított orvos részére. Nem is felel meg az orvos erre a feladatra az ő aggresszív vérmérsékleti adottságánál fogva sem.

Amint a kórházi-orvosi gyakorlat a gyógyítás terén régen igazolta, hogy mily szerves kiegészítői az orvosi, férfias találékonyságnak és a nagy látókörű tudásnak, erupciószerű készségeknek a türelem, a megértés és a gyengédség lelkiségében nevelődött női ápolók: épúgy a preventív egészségügy terén még fokozottabban igazolódott be, hogy a népegészségügyi munkának hasonlóan «bisexualissá», azaz kétneművé válására szükség van, talán még nagyobb fokban.

Itt nemcsak azokra a súlyos kimenetelű megbetegedésekre gondolok, ahol a sikertelenségnek az oka az volt, hogy teljesen laikus, sokszor analfabéta és még hozzá megértésekre és figyelésre az ijedtség folytán képtelenné vált hozzátartozóból nem lehetett egy orvosi vizsgálat és tanácsadás keretében higgadt és szakszerű ápolót produkálni, hanem azokra a betegségekre is, amelyeket egyenesen a naiv tudatlanság, a nemtörődömség, a szófogadatlanlanság, a gondatlanság, valamint a panaszmentesség és a tünetmentesség tettek súlyos, sőt halálos kimenetelűvé a mezőgazdasági alkalmazottak között. Ezeket a védőnők által való neveléses-gondozással megelőzni remélhetjük.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Itt meg kell jegyeznünk, hogy fogalmi különbség van a «gondozás» magyar értelmezése és gyakorlata és a németeké (Schmidt, Weddingen, Weber és mások szerint) között, akik a gondozásban «allgemeine und gehobene Fürsorge und Wohlfahrtspflege» címen csupán a charitatív politika megnyilatkozását fogják fel. Tehát szerintük vagy

A jól bevált kísérlet minden bizonyító-erejét e gondolat az általános megvalósulásnak már úttörő prófétai elődjében, a «Stefánia»-intézményben is bemutatta az anya- és csecsemővédelem eredményes két évtizede óta. Az általános egészségvédelem «Zöld Kereszt» intézménye pedig már teljesen a szóbanlevő biztosítás mentalitásában működve bebizonyította egy évtized alatt, hogy az egészségügyi biztosítás eszméje, amelynek oly súlyos múltja van, hogy gyakorlati megnyilatkozásai a passzivitás folytán az elagglulás jeleit mutatják már, benne találhatja meg az új intézmények létesítéskor a jövőjét és újjászülését. A Zöld Kereszttel, — amely célkitűzéseiben és koncepciójában nem: csupán némileg a mai eszközeiben tekinthető charitatív intézmények összefogójának — kooperáló népbiztosításnak itt vázolt gyakorlati elgondolásai egyfelől a gyökereket és a talaj ismertetését kívánták adni a korporáló kodifikálásnak a mezőgazdasági alkalmazottak egészségi biztosítása részére, de egyúttal érvényesíthetők lesznek az ipari lakótelepek, a leendő települések és a kiscgazdatársadalom népegészségügyi problémáinak megoldásakor is.

Az itt elmondott gyakorlati elgondolások, habár egy általános elv állandó buzdításának hatása alatt jöttek létre<sup>1</sup>, mindennütt a hazai viszonyokat tekintették kiindulási alapjuk gyanánt: éppen a megvalósíthatóságok érdekében. A végső konklúzióra is a hazai viszonyok utasítottak, amelyek között a Zöld Kereszt annak az Országos Közegészségügyi Intézetnek életnyilvánulásképpen működik, amelyet létrehozójuk, Johan Béla a «magyar falu és a magyar tanya közegészségügyi intézetének» jelölt meg.

Ezen intézményre visszavezetve a biztosítást, önként követ-

«biztosítva» lehet valaki vagy pedig «gondozva»: a kettő átmehet egymásba az időszakos munkanélküliségek alkalmával, de egyidejűleg nem lehet a kettőhöz tartoznia senkinek. A németek «gondozása» egy szociális kanalizáció, a mienk ellenben a népegészségügy fejlesztésének eszköze, amelyből biztosítást fejleszteni, különösen a tanyavilág egészségi biztosítására oly kézenfekvően könnyű, hogy *a mi gondozásunké a maga «filléres egészségvédelmével egyenesen embryális stádiumban levő biztosításnak» tekinthető.*

<sup>1</sup> Scholtz: «Az egészségvédelemnek — egészségügyi prophylaxisnak — a biztosítási intézmények hatáskörébe kapcsolása az intézmények fejlődésének egy magasabb fokát, a biztosítás értékének hatalmas emelkedését jelenti». Népegészségügy, 1928. 4—5. sz.

kezik, hogy az agrárnépeesség egészségügyi problémájának megoldása, tehát az inaugurálandó törvény végrehajtása nem lehet a földművelésügyi, hanem az egészségügyi Kormányzatnak feladatköre: ennek belátása pedig arra is utal, hogy a mezőgazdasági alkalmazottak baleseti biztosítása — éppen a hatásköri bizonytalanságok elkerülése okából és az egységesség érdekében — a jövőben szintén beleolvadjanak ebbe a belügyi feladatágazatba, kifejezésre juttatva ezzel azt is, hogy — mint itt orvosilag reámutatni igyekeztünk — a mezőgazdasági alkalmazott «betegségei» sok tekintetben a «balesetek» ismérveit is mutatják és mindkét egészségháborítás elsősorban nem «gazdaságpolitikai», hanem «egészségpolitikai» értelmű tájékozódásra kívánja irányítani a «szociális politikai» életszemléleteket.<sup>1</sup>

A közegészségügyi és rendészeti eszközökkel a népegészségügyi érdekek előbbrevitelére szolgáló szemléletünk csak a belügyminisztériumi ügykörben képes kifejezni azt, hogy a népi biztosításban állami és nemzeti érdekeket kell szem előtt tartani, nem pedig magánérdekeket. Távolsági kihatásban, mint a kibontakozások részjelensége, hozzájárulni remél a tanya világának felemelése és vonzóvá tétele által a városi munkanélkülieknek levezetésére is, de egyúttal termékeny alkalmazási lehetőséget nyújt orvoselhelyezésekre is és az «általános gyakorló orvos» már-már elfeledett, de igen kívánatos típusának a preventív orvosban való feltámasztását kívánja elősegíteni.

A tanyavilág népegészségügyének problémája: kultúrprobléma és nem az élet jobb kiélését célzó civilizációs-materialisztikus törekvések divatból már talán kifelé tartó megnyilatkozása. A népegészségügy haladásának szolgálatában pedig e biztosítás igazi kulturális célt kíván elérni: megteremtteni segítve a Jövőnek a mainál jobb, tökéletesebb és viharállóbb embertípusát egy valóban időálló, mert elasztikus és nem merev intézmény keretében.

*Kalló Sándor.*

<sup>1</sup> Az Országos Gazdasági Munkáspénztárt létesítő törvények ugyanis — 1900: XVI., 1902: XIV., 1912: VIII., 1913: XX., 1921: VIII. és 1922: II. — valamennyien a földművelésügyi minisztérium által hajtattak végre: 6501/1902. F. M., 1500/1912. F. M., 6900/1913. F. M. 39.555/1924. F. M., 17.940/1926. F. M. és 113.148/1927. F. M. számú rendeletekben.