

A család egészségének védelme.

Bielek Tibor dr. előadása.

Az egyén és közvetve a társadalom egészségi állapotát általában két tényező befolyásolja: az öröklés és a környezet. Ez alkalommal az elsövel nem foglalkozom, az utóbbi tekintetében is csupán azokat az intézményeket és eljárásokat ismertetem, amelyek a megromlott egészség helyreállítására, illetöleg a betegségek megelőzésére szolgálnak.

Az Actio Catholica előadássorozatában a *család* szemszögéből kívánja a különböző kérdéseket megvilágítani. Ennek az eljárásnak a helyességét etnikai, szociológiai stb. szempontokon kívül biológiai szempont is igazolja. Csupán utalok arra a viszonyra, amely az anya és gyermek, szorosabban anya és csecsemő között fennáll és amelyet népszerűen úgy fogalmazhatunk meg, hogy a csecsemőnek joga van nemcsak az anya szívéhez, hanem az anya tejéhez is, minthogy a csecsemő számára ez a legmegfelelőbb táplálék.

Vázlatos ismertetésben tárgyilagosságra töreksem, hogy a kapott kép „kiértékelése” alapján rámutathassak a további fejlődés érdekében szükséges tennivalókra. További fejlődést említetem, feltételezem tehát, hogy ezen a téren fejlődés van. Valóban, hogy csak egy példát említsek,

azt látjuk, hogy az emberi élet és egészség biztonsága nem remélt mértékben javult akkor, amikor a középkor 30—40 éves átlagos élettartamával szemben ma 50—60 év körüli átlagos élettartammal számolhatunk.

Áttekinthetőség szempontjából az anyagot két főrésze bontom: I. curatióra és II. preventióra. Ezen két főcsoport keretében ismertetem a család egészségét érintő állami, közületi, társadalmi stb. intézményeket.

I. *Curatio* (betegellátás) szempontjából külön választom azokat, 1. akiknek betegellátása intézményes formában nyer megoldást; 2. azoktól, akik ebben a vonatkozásban önellátók. 1. Az intézményes ellátás keretébe tartoznak: *a)* a szegényjogon ellátottak; *b)* a gazdasági cselédek; *c)* a társadalombiztosító intézetek kötelékébe tartozók.

Ad *a)* Ezen csoportba tartozók ellenszolgáltatás nélkül vehetik igénybe a hatósági orvost (városi, községi, körorvost) és hatósági bábát. Az arra feljogosított orvosok által rendelt gyógyszereket ingyen kapják és kórházi ápolás szüksége esetén sem a szállításért, sem a kórházi ápolásért díjat nem térítenek. Kórházi ápolás esetén sem az ápolásban részesült, sem a fizetésre kötelezett hozzátartozó nem köteles fizetni a kórházi ápolási díjat akkor, ha igazolja, hogy legfeljebb 1000.— P becsértékű ingatlan tulajdonosa, jövedelme, vagy keresete nem haladja meg a lakóhelyén szokásos napszámot. Abban az esetben, ha a kórházi ápolási díj a fizetésre kötelezettet létfenntartásában veszélyezteti, az ápolási költségek-

nek részben, vagy teljes egészében, való elengedését kérheti.

A hatósági orvosok két csoportba sorozhatók: a tisztiorvosok gyógyítással nem foglalkoznak, a városi, községi orvosok feladata elsősorban a beteggyógyítás.

A falusi lakosság orvosi ellátásának javítása érdekében a közelmúltban az egészségügyi kormányzat a hatósági orvosok működési területét olyan mértékig kibővítette, ameddig az orvos megélhetésének veszélyeztetése nélkül kibővíthető volt. Ily módon számos új hatósági orvosi állás volt létesíthető, ugyanakkor pedig az orvosi körjáratok száma szaporítható. Az örvendetes országgyarapodás, az orvosok számának aránytalan, megoszlása a város és a falu között és egyéb okok ezt az örvendetes fejlődést nemcsak megakasztották, de sok helyen vissza is vetették.

A családvédelem szempontjából fontos intézkedés az, amely a 18 éven aluli gyermek gyógykezelésének a kötelezettségét írja elő, és pedig olyan formában, hogy a szülő köteles a 18 évnél fiatalabb kiskorút megbetegedés esetén haladéktalanul orvosi segítségben részesíttetni és gyógykezeltetni. Hét évnél fiatalabb gyermek gyógykezeléséért a felszámítható orvosi díjnak csak a fele követelhető.

Orvosképzésünk kiválósága biztosítéka annak, hogy a családok gyógykezelése kifogástalan, a tisztiorvosi kar magas színvonalú képzettsége, a magán gyakorlattól mentesítésük és a megfelelő kiválasztás azok a tényezők, amelyek az ország közegészségügyi szervezetét nemzetközi viszonylatban is kedvező beállításba helyezik. Hogy a

fejlődés ütemét sikerül-e továbbra is megtartani, attól függ, hogy az orvosi utánpótlás milyen mértékben biztosítható.

A szegényjogon ellátottak számáról nem készül statisztikai felvétel. Becslés alapján számuk az össznéesség 10—20%-ára tehető, mely az évszakok és a munkapiac hullámzása szerint változik. Kétségtelen, hogy ezen a másfél és hárommillió között váltakozó létszámú népesség-csoport számára a szegényjogon nyújtott gyógykezelés alkalmas a család egészségügyi biztonságának megóvására, kérdéses azonban, hogy ézszerűnek tekinthető-e egy olyan eljárás, amely igen sokszor az okozat megszüntetésére törekszik, ahelyett, hogy az okot szüntetné meg. Hogy egy szélsőséges példát említsek, igen sokszor a csecsemő azért betegszik meg tüdőgyulladásban, mert a család az elégtelen kereseti lehetőség miatt nem gondoskodhatik a lakás fűtéséről. A fenti csoportba tartozók ellátásával kapcsolatos költségek évente mintegy 18 millió pengőnyi összeget tesznek ki. Ebben az összegben nincs felértékelve a hatósági orvosok munkája. Távol áll tőlem a szándék, hogy a szegény-betegekről való gondoskodás szükségét és jogosságát kétségbe vonjam, rá kell azonban mutatnom arra, hogy a szegény-betegekről való gondoskodás azért fejlődött ki nálunk olyan nagy mértékben, mert mezőgazdasági népességünk jelentékeny része önhibáján kívül nem jut állandó keresethez és a társadalombiztosítás köréből is ki van zárva. (— A mai rendkívüli viszonyokat, amikor a kereseti lehetőség a munkáshiány miatt igen kedvező, nem tekinthetjük állandóan. —) Ezért vagyunk kénytelenek igen

sokszor az okozatot megszüntetni az ok helyett. A szegény ember szükségszerűleg gyakrabban betegszik meg, mint a rendezett, vagyoni helyzetben élő. Ha tehát gondoskodunk ezen csoport létfenntartási helyzetének javításáról, sok bajnak és családi katasztrófának vehetjük elejét.

Ad *b*) A mezőgazdasági cselédek betegellátása az 1907. XLV. te. alapján történik. A lényeg az, hogy a cseléd, vele élő felesége és 12 éven aluli gyermeke betegség esetén 45 napig a gazda költségén gyógykezelendő. Dr. Kerbolt „A beteg falu” c. könyvében ezeket mondja: „Hogy a mezőgazdasági cselédség és munkásság betegellátása, amit a 25 év előtti törvény szabályozott, ma már nem kielégítő, azt láthatja mindenki, kinek alkalmá van a dolgokat közvetlen közelről szemlélni. Látja és érzi ezt a cseléd, de látja ezt a humanusan gondolkozó gazda is.

Ha megbetegszik a cseléd és a törvényben megszabott 45 nap lejár, mi vár rá és családjára? Ha emberséges gazdája van, az tartja az év végéig és megkapja tőle a teljes járandóságát vagy annak bizonyos részét. Ha azonban szűkkeblű gazdához vitte balsorsa, akkor elmehet a jelzett idő leteltével, legfeljebb megkapja a negyedév (a fertály) végéig a konvencióját, azután ő is és családja is a nyomornak, a nélkülözésnek van kitéve. Kétségtelen tehát, hogy a mezőgazdasági cselédség és munkásság betegellátása is javításra és módosításra szorul és neki is, — amint a mezőgazdaság helyzete lehetővé teszi —, meg kell kapnia mindazt, amit ezirányú törvényeink az ipari munkásnak biztosítanak.”

Ad *c*) Az 1927. XXI. te. alapján a betegségi és

baleseti kötelező biztosítás keretében a biztosítottak betegség esetében orvosi gyógykezelés, gyógyszerek, gyógyfürdők, gyógyászati segéd-eszközök stb., keresetképtelenség esetén táppénz jár, szülés esetében szülészeti segédkezés és gyógykezelés, a terhesség utolsó hat hetére terhességi segély, ugyancsak hat hétre gyermekágyi segély, ennek megszűntétől tizenkét héten át a szoptatási segély jár. Bizonyos korlátozással ugyanezt kapja a biztosított felesége is. 1940. év végén az OTI és az önálló biztosító intézetek kötelékébe tartozó tagok lélekszáma 1,300.000 volt, a családtagokkal együtt mintegy két millió. 1939-ben a betegségi ágazat költségei kereken 64 millió P-t tettek ki, melyből kereken 18.5 millió P fordítottott táppénzre, 16 millió kórházi költségekre, 10 millió gyógyászati ellátásra, 11 millió orvosi költségekre, a terhességi, gyermekágyi, szoptatási segélyek, tehát az anyasággal kapcsolatos segélyek együtt 3.6 millió P-t tettek ki.

2. Egészségügyi szempontból az önellátók csoportjába tartoznak mindazok, akik az előbbi csoportok egyikébe sem sorolhatók, tehát az östermelők, önálló iparosok, kereskedők, szabad értelmiségi pályán levők stb. Becslés alapján a lakosságnak mintegy kétharmada (10 millió lélek) sorolható az önellátók csoportjába. Abban az esetben, ha a lakosságnak ez a része képes is gondoskodni önmagáról, azt kell mondanunk, hogy ellátásuk kérdése rendezett. Ha azonban közelebbről vizsgáljuk meg ezt a kérdést, azt látjuk, hogy az önellátásra szoruló mintegy 10 millió főnyi lakos közül legalább 2.5 millió saját erejéből nem képes egészségügyi ellátásáról gondoskodni. Első-

sorban azokra a mezőgazdasági tömegekre kell itt gondolnunk, akiknek helyzetét Szekfű Gyula „Három nemzedék és ami utána következik” című munkájában a következő módon világítja meg: „Pártpolitikai agitáció három, négy, sőt ötmillióra is teszi azok számát, akiknek a magyar faluban nincs biztos megélhetésük, de a demagógiát elutasítva is, lehetetlen az agrárproletáriátusnak megnövekedett nagy tömegei előtt fel nem vetni a magyar faj létének vagy nemlétének problémáját.

Annyi bizonyos, hogy a három holdon aluli törpebirtokosok — majdnem egy millió ember —, az 1,300.000-et kitevő szorosan vett agrármunkás, az évek óta munkanélküli kubikusok, a földreform és agrárkrízis következtében elbocsátott mezőgazdasági cselédség két és fél millió embert legalább is kitesz, s ez a sok-sok ember országunk lakosságának majdnem egyharmada biztos munka és jövedelem nélkül, alkalmi jótékonyági akcióknak kitéve tengeti éhező és fázó, tápláló ételmet, melegséget és minden kultúr szükségletet nélkülöző életét.”

Kétségtelen, hogy a könyv megjelenése óta a helyzet lényegesen javult. Az ország megnagyobodása, a nagyarányú közmunkák, az Országos Nép- és Családvédelmi Alapnak a sokgyermekes családok érdekében kifejtett tevékenysége, stb. nagymértékben enyhíti a fenti kép sötét tónusát.

Ha azonban összehasonlítjuk ezen értékes népességcsoport szegényjogon történő betegellátását, illetőleg az ellátás mértékét azzal a mértékkel, amelyet a főleg ipari jellegű munkásság számára a társadalombiztosító intézetek nyújtanak,

azt kell mondanunk, hogy ez a mérték nagyon különböző. Ennek következménye azután az, hogy a családfő olyan időszakban történő megbetegedése, amely időszakban való kereseti lehetőség egész évi megélhetését biztosítaná, az egész családot nyomorba dönti. Ebben a vonatkozásban főleg az időszaki mezőgazdasági munkásság körében a hastífusz eredményezett sok családi katasztrófát. Az Országos Közegészségügyi Intézet útján szorgalmazott védőoltások jelentős mértékben járultak hozzá a helyzet enyhüléséhez. Ez azonban csak részletkérdés. A kérdés megoldása nem szorosan vett egészségpolitikai feladat, hanem inkább gazdasági feladat. Az iparban évi átlagban 1 munkás 286 napot dolgozik, ezzel szemben a mezőgazdasági munkás évi foglalkoztatási lehetősége 162 nap. A megélhetés nehézségei arra kényszerítik ezt az értékes népességcsoportot, hogy elhagyja a falut és városokban keressen boldogulást. Következmény: a falvak fokozatos elnéptelenedése és a városok mesterséges megduzzadása. A család szempontjából ez a folyamat számos veszélyt rejt magában. A családfő a városban rendszerint nem helyezkedhetik el azonnal, sokszor apa és anya két különböző helyen keres megélhetést, a család egysége megbomlik, a nemi promiscuitás lehetősége és ennek következményeként a fertőzés lehetősége is fokozódik. Hogy a mezőgazdasági munkásság családi életének ezt a krónikás válságát megoldhassuk, a gazdasági vonatkozásoktól függetlenül minél előbb ki kell terjesztenünk a társadalombiztosítást a mezőgazdasági munkavállalókra is. Amint ez pl. a mezőgazdasági cselédek tekintetében a vissza-

csatolt Felvidéken máris megtörtént. A kérdés megoldása kétségtelenül nem könnyű, mert az alapvető probléma: a 286 nap és 162 nap közötti eltérés csökkentése. Ha azonnal nem is találnánk lehetőséget arra, hogy a társadalombiztosító által nyújtott összes szolgáltatások teljes egészükben kiterjesztessenek a mezőgazdasági népeségre, legalább a betegségi biztosítást kell mielőbb erre a népességsoporra kiterjeszteni.

Az *iparban* foglalkoztatott nők és fiatalkorúak munkavédelmére van törvény (1928. évi V. te. 150.443/1930 K. M. sz. r.), ennek lényege a terhesség és gyermekágy alatti foglalkoztatás bizonyos korlátozása az anya érdekében. Nincs tudomásom arról, hogy a mezőgazdasági női munkavállalók legalább ehhez hasonló védelemben részesüljenek. Ilyen intézkedés hiányában a mezőgazdasági munkásnő az anyasággal kapcsolatban lényegesen rosszabb helyzetbe kerül, mert ha nem dolgozik, nem keres, ha pedig munkát vállal olyankor, amikor kimélnie kellene magát, saját és megszületendő gyermeke egészségét kockáztatja. *A legkevesebb tehát, amit ebben a vonatkozásban tennünk kell, hogy a kereső nő ne jusson rosszabb helyzetbe azért, mert anyai hivatását teljesíti.*

II. *Megelőzés*, A korszerű egészségvédelem alapja a megelőzés, illetőleg az a felismerés, hogy ésszerűbb és gazdaságosabb a betegségek megelőzése, mint a már kifejlődött betegség gyógyítása. A megelőzés elvén alapuló egészségvédelem intézményesítése általában a háború után vett nagyobb lendületet. Elsősorban a háborús embervesztés ellensúlyozása érdekében kezdenek fog-

lalkozni a bajmegelőzés intézményesítésével. Mind a társadalom, mind a hatóság érdeklődése természetesen elsősorban azon terület felé irányul, ahol az emberveszteség a legszembeszökőbb, — ez pedig rendszerint a gümőkór és a csecsemőhalandóság. Nálunk is már a század elején megindult ebben a vonatkozásban a védelemre irányuló munka. Mindkét vonatkozásban egyelőre társadalmi vonalon. Az 1926. év forduló-pontot jelent a hazai egészségvédelem történetében: ekkor kezdi meg működését az Országos Közegészségügyi Intézet, amely a fertőző betegségek elleni védekezés és a falu assanálásának sokrétű teendőin kívül, megindítja a megelőzés elvén alapuló korszerű *egészségügyi családvédelmet*. Ezt megelőzőleg az Országos Stefánia Szövetség már 1916-ban felveszi a küzdelmet a csecsemőhalandóság ellen és védőintézeteinek hálózatát fokozatosan fejleszti. 1941-ig a két intézmény párhuzamosan fejlődik. A Zöldkereszt elsősorban az egészségügyi szempontból a városnál sokkal kedvezőtlenebb helyzetben levő falut tekinteti munkaterületének, a Stefánia Szövetség inkább a városi lakosság anya- és csecsemővédelmét szervezi meg. Az 1940. évi VI. törvénycikk és ennek végrehajtása tárgyában kelt miniszteri rendeletek egységesítik a két szervezetet. Ezen időtől kezdődőleg a két szervezet a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat néven folytatja tevékenységét.

A zöldkereszt ma mintegy 7 millió lakosú területen gondoskodik a megelőzés jegyében folyó egészségügyi családvédelemről. Ehhez hozzá kell számítani a fővárost, amely autonóm intézmény

keretében látja el ezt a feladatkört. Az ország kerekén 15 millió lakosa közül tehát mintegy 8 millió lakosra terjed ki ez a gondoskodás. A m. kir. Országos Közegészségügyi intézet irányítása alatt működő zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatok intézményei: egészségvédelmi tanácsadók, tüdőbeteggondozó intézetek, nemibeteggondozó intézetek. Tevékenységi köre kiterjed az egyes veszélyeztetett korcsoportokra, illetőleg az egész népesség szélesebb köreit veszélyeztető betegségek megelőzésére és leküzdésére. A niunka egyes ágai a következők: házasság előtti tanácsadás,- pályaválasztás előtti tanácsadás; anyavédelem; csecsemővédelem; kisgyermekvédelem; iskolásgyermekvédelem; — iskola fogászat, gümőkór, nemibetegségek; egészségügyi ismeretek terjesztése (egyéni és csoportos oktatás).

1941-ben mintegy 770 tanácsadó, 153 tüdőbeteggondozó- és 61 nemibeteggondozó intézet működött és 1149 orvos és 1044 védőnő állott a szervezet szolgálatában. 115.746 orvosi tanácsadás keretében *több mint 2 millió esetben történt tanácsadás és vizsgálat*, nagyobb részben terhesanya, csecsemő, 1—6 éves korú kisgyermek és iskola köteles gyermek, kisebb részben gümőkóros- és nemibeteg részére.

A tanácsadóorvos a nála jelentkezőket legjobb tudása és lelkiismerete és az orvosi tudomány állása szerint megvizsgálni és őket orvosi tanácsal ellátni köteles. A védelemre tehát éppenúgy jogosult gazdag, mint szegény. Az egészségi állapot károsításában nemcsak a szegénység, de a tudatlanság is szerepet játszik, mely a gazdagnál éppenúgy előfordulhat, mint szegénynél.

1941-ben a zöldkeresztes védőnők 400.000 családot gondoztak és két milliónál több családlátogatást végeztek. Ezen családlátogatás során 150 ezer terhes, 150.000 gyermekágyas, 1,050.000 csecsemő, 1,200.000 kisgyermek, 75.000 iskolásgyermek, 57.000 gümőkóros, 13.000 fertőző beteg és 13.000 nemibeteglátogatást végeztek. A fentiekén kívül szociális látogatás 70.000 esetben történt, ennek jelentős része az O. N. Cs. A. megbízása alapján. A vonatkozó jogszabályok értelmében ugyanis a falusi lakosság körében ezzel a feladattal külön megbízott zöldkeresztes védőnők végzik az O. N. Cs. A. részére szolgáló adatfelvétel és szociális gondozás munkáját is.

Ha felvetjük a kérdést hogy ennek a hatalmas arányú munkának az eredménye miben nyilvánul meg, akkor erre azt válaszolhatjuk, hogy az eredmények egyrésze statisztikai módszerekkel is regisztrálható, mint pl. a népbetegségek, elsősorban a csecsemő- és gümőkórhalandóság csökkenése. Vannak azonban statisztikailag ki nem mutatható eredmények, aminő pl. a családok egészségügyi kultúrájának javulása és mindaz a szociális vonatkozású tevékenység, amely végső elemzésben hozzájárul ahhoz, hogy a mai különösen nehéz időkben a család egészségügyi és közvetve gazdasági, jóléti, kulturális és erkölcsi egyensúlya biztosítható legyen.

Kiegészítésképpen meg kell még említenem azt, hogy a szorosán vett egészségvédelmi tevékenységen kívül nagyarányú közjóléti tevékenységet is végez a szervezet. A zöldkeresztes gyermekjóléti akció néven ismert közjóléti tevékenységnek a lebonyolítása nagy részben a zöldkeresztre

hárul. A belügyi kormányzat, méltányolva a »yermegvilág különleges szempontjait, a zöldkeresztes tej-, cukor- és gyermekétkeztetési akció néven ismert közjóléti tevékenységnek olyan keretek közötti megszervezését tette lehetővé, amely a táplálkozás-élettani követelmények szemelött tartásával a leggazdaságosabb módon nyújt nagy gyermektömegek számára támogatást.

Az Országos Nép- és Családvédelmi Alap útján mintegy 5 millió pengőnyi összeg fordítottik évről-évre ezen akcióknak a megszervezésére. Ezek keretében 1940-ben mintegy 20.000 terhes és szoptató nő, 200.000 0—15 éves korú gyermek részesült tejsegélyben. A terhes és szoptató nők, valamint a 3 éven aluliak napi V2 litert, az idősebbek 74 liter színtejet kaptak ingyen. Körülbelül ugyanennyi gyermek részesült a zöldkeresztes cukorakcióban. A télvégi és a koratavaszi hónapokban átlagosan száz napon át, mintegy 5000 főnyi gyermek részesült étkeztetésben, elsősorban azokon a területeken, ahol az elemi csapás, vagy más oknál fogva a tej- és cukorakciónak étkeztetési akcióval való kibővítése szükségesnek látszott.

Jóllehet a vonatkozó jogszabály az egészségvédelmet állami feladatnak minősíti, ennek a feladatnak végrehajtása során hibás eljárás lenne, ha a társadalom közreműködését figyelmen kívül hagynánk. Akár egészségvédelemről, akár szociális védelemről van szó, a gondozottak magatartása szempontjából és a gondozás eredményessége szempontjából sem közömbös, hogy a gondozottak csupán alanyai-e ennek a gondozásnak, vagy pedig ők maguk is aktív közreműködők. Ebben a szellemben egészíti ki a zöldkereszt hivatalos mű-

ködését annak társadalmi szervezete az Országos Egészségvédelmi Szövetség, amely a volt Stefánia Szövetség folytatása. A Szövetségnek ma mintegy 400 helyi fiókszövetsége működik, mindazon a helyeken, ahol zöldkereszt is dolgozik. Feladata elsősorban az egészségvédelem jelentőségének köztudatba átvitele, illetőleg a társadalomnak ezen irányban való aktív bekapcsolása. 1941-ben az országos szervezet társadalmi adakozásból mintegy fél millió pengőt fordított az egészségvédelemmel kapcsolatos közjóléti célokra, amelyek sorában legkiemelkedőbb az arra ráutalt családok szülészeti vándorzsákkal és kelengyével való ellátása. Mind a cukorakció, mind pedig a kelengye-akció lebonyolítását nagy mértékben támogatja a Hangya. A cukorakció a Hangya fiókjai útján bonyolódik le, a csecsemőkelengye akciót pedig 100.000 P értékű anyaggal egészítette ki, mely az Asszonybizottságok útján került forgalomba. A Szövetség tevékenysége során arra törekszik, hogy a helyileg jelentkező közjóléti feladatok gyorsan és racionálisan, lehetőleg a helybeli társadalom erkölcsi és anyagi erőinek igénybevétele útján nyerjenek megoldást.

Ma már úgyszólván alig van város, amelyben Zöldkereszt ne működne, a beszervezett községek száma pedig 1850. A beszervezett területen élő lakosság 56%-a falun, 44%-a a városban él. A zöldkereszt munkájának egészségügyi, szociális és népesedéspolitikai jelentősége ma már közismert. Büszkéek lehetünk erre az európai viszonylatban is kiemelkedő intézményre, amely *racionálisan* és *gazdaságosan* állítja a *család* egészségvédelmének szolgálatába azt az orvosi és védő-

női gárdát, amely igen magasfokú szaktudást és hivatástudatot képvisel.

Az egészségügyi kormányzat az intézmény jelentőségének tudatában állította fel a fejlesztés jövőbeni fontos programját. Sajnos, annak a kívánt célnak az elérése, hogy belátható időn belül az országban ne legyen egyetlen község, sem tanya, mely ezt a védelmet nélkülözhetné, egyre nehezebbé válik. Ennek oka egyedül és kizárólag a védőnői és újabban az orvosi utánpótlás hiánya. Főleg azonban a védőnői utánpótlás kérdése okoz nagy nehézségeket. Ennek a kérdésnek a megoldása, ha a helyzet önmagától nem javulna, csak pénzügyi alapon képzelhető el, és pedig olyan formában, hogy a védőnők a pálya különleges voltára tekintettel megkülönböztetett elbánásban részesüljenek.

A megelőzés szempontjából messzirelátóan bölcs intézkedése törvényhozásunknak az 1941. évi XV. t.-c, mely a házasság előtti orvosi vizsgálatot a gümőkór és a nemibetegség szempontjából tette kötelezővé. A törvény ez év februárjában lépett életbe, tehát viszonylag rövid idő áll rendelkezésre annak megítéléséhez, hogy miképpen vált be az eljárás a gyakorlatban. Az eddigiekből azonban kétségtelenül megállapítható, hogy a kezdeti zökkenőktől eltekintve, a végrehajtás simán bonyolítható le, a lakosság megértéssel fogadta az intézkedést, mely nagymértékben járult hozzá ahhoz, hogy a lakosság körében a saját személyével, élettársával, illetőleg leendő utódaival szemben a felelősségtudatot fokozza. Ehelyütt egy félreértés eloszlását szeretném elősegíteni és pedig a díjazás kérdését. A törvény

végrehajtása tárgyában kelt 1111/1941. B. M. sz. rendelet szerint 10.000-nél kisebb lélekszámú községekben és városban a fizetőképes egyének a vizsgálatért 4 P díjat tartoznak fizetni, ennél nagyobb lélekszámúakban 8 P-t. *Igazolt szegények részére az eljárás teljesen díjtalan.* El kell osztassam tehát azt az aggodalmat, hogy a szegény házasulókat a vizsgálat költségei a házasságkötéstől elriasztanák.

Bizonyos mértékig az egészségügyi és szociális bajmegelőzés keretébe sorolható az 1936. évi XXIII. t.-c. azon intézkedése, mely a kiseddóvókat — a nevelésügyi feladatkörnek változatlanul a kultusztárca keretében meghagyása mellett — igazgatásilag a belügyi tárcának adta át. Ilymódon lehetőségessé vált, hogy a kiseddóvók az 1891. évi XXI. t.-c.-ben megszabott gyermekjóléti feladatkört a napközi megóvás formájában megvalósíthassák és ezúton szoros kapcsolatba jussanak az egészségvédelemmel. Ennek különösen napjainkban van egyre fokozódó jelentősége, mikor a családok nagyobb részében a gyermekek megfelelő felügyelet nélkül vannak. A belügyi kormányzat a rendelkezésre álló eléggé szűk költségvetési keret lehetőségeihez képest állandóan fokozza azon kiseddóvók számát, amelyek a gyermekek napközi megóvását és részleges ellátását vállalhatják.

Ugyanezen okból, de a fiatalabb kor miatt fennálló fokozottabb veszélyek miatt még nagyobb jelentősége van a bölcsődéknek, melyek a kellő felügyeletben nem részesülő 3 éven aluli gyermekek napközi megóvására hivatottak. Itt rá kell mutatnom arra, hogy ezidőszerint nincs olyan

tételes jogszabály, mely azon munkaadókat, akik gyermekes anyákat nagyobb számban foglalkoztatnak, bölcsődék létesítésére köteleznék. Napjainkban, amikor a gyermekes anyák foglalkoztatása az iparban egyre nagyobb arányokat ölt és egyre több gyermek marad otthon kellő felügyelet nélkül, ennek következtében több csecsemő betegszik és hal meg —, e felett nem térhetünk napirendre. Kívánatos lenne tehát, hogy azok az ipari vállalatok, amelyek nagyobb számban foglalkoztatnak gyermekes anyákat, kormányhatóságilag köteleztessenek bölcsődék felállítására. Ezzel a kérdéssel áll kapcsolatban az iparban foglalkoztatott nők és fiatalkorúak munkavédelmére irányuló intézkedéseknek fokozottabb ellenőrzése, illetőleg végrehajtása, amely kívánatossá tenné, hogy az iparügyi tárca keretében az iparfelügyelők státusába orvosi képesítésű egyén is alkalmazást nyerjen, hogy az egyre inkább nagyobb számban foglalkoztatott nők és fiatalkorúak egészségének védelmére hivatott testületben megfelelő szakember is képviselőhöz jusson.

A szorosan vett bajmegelőző eljárások sorába tartoznak az egyes fertőző betegségek elleni kötelező védoltások is. Legrégibb ezek közül a himlő elleni védoltás (1887: XXII. t.-c.), újabb keletű a diphteria ellen kötelező védoltás (1938). Mindkettő országos érvényű. A hastyphus elleni védoltás csupán lokálisan nyer alkalmazást.

A teljesség kedvéért meg kell említenem az Országos Közegészségügyi Intézet által a közel múltban az angolkór megelőzésére irányuló tevékenységet, amelynek általános kiterjesztését a

háborús ellátási nehézségek teszik sürgősen indokolttá.

Ismertetésem végére értem. A megszabott keretben nem meríthettem ki teljesen a tárgyat, s ezért beszámolóm távolról sem tekinthető teljesnek. Többek között nem szóltam a kórházi, az ápolónői kérdéstről, a tüdőbeteg és nemibeteg törvény számos preventív intézkedéséről, az O. K. J.-nek a falusi lakosság ivóvíz ellátása, a malária leküzdése érdekében folytatott tevékenységéről és számos más, a falu assanálása érdekében kifejtett tevékenységéről, amelyek végső elemzésben a lakosság munkaképességének, a családok egészségének és jólétének megóvására, illetőleg előmozdítására hivatottak.

Ennek a szerteágazó egészségügyi munkának megvannak a kézzelfogható eredményei, amelyek elsősorban az összhalandóság, a különböző népbetegségek okozta halandóság és a csecsemőhalandóság számszerű csökkenésében nyilvánulnak meg. Ha ezen a téren még távol vagyunk az optimumtól, annak oka javarészből annak tulajdonítható, hogy egészségügyi intézményeink korszerűsítésével nem egyidejűleg indult meg a fokozottabb szociálpolitikai tevékenység. Meggyőződésem, hogy a további embervesztés megszüntetése érdekében közegészségügyi intézményeink mai színvonalának megóvása és a szervezet fejlesztése mellett elsősorban szociálpolitikai téren kell a mulasztásokat mielőbb pótolni. E tekintetben teljes bizalommal tekinthetünk a jövő elé, mert korszerű magyar szociálpolitika végrehajtására hivatott Országos Népi és Családvédelmi Alap olyan anyagi megalapozottsággal

rendelkezik, hogy ezt a nehéz feladatot sikerrel oldhatja meg.

Közegészségügyi vonatkozásban elsősorban az alábbi kívánalmakat állíthatjuk fel: 1. a mezőgazdasági munkavállalók a társadalombiztosítás szempontjából ugyanazon ellátásban részesüljenek, mint az ipari munkavállalók. Ha ennek nincs meg a lehetősége, akkor legalább a betegség esetén kellene biztosítanunk számukra ugyanazokat a szolgáltatásokat, amelyeket az ipari munkavállalók e címen megkapnak. 2. Azoknak az akadályoknak elhárítása, amelyek a zöldkereszt fejlesztését hátráltatják. 3. A gyermekes anyákat nagyobb számban foglalkoztató iparvállalatok kötelezése anya-, illetőleg gyermekvédelmi intézmények, elsősorban bölcsődék létesítésére. 4. A mezőgazdasági munkavállalók fokozottabb védelme az anyai hivatás teljesítésével kapcsolatban (munkavédelem).