

DR. SOMOGYI GYÖRGY  
és DR. ECSEDI ANDOR:

## EGÉSZSÉGÜGYÜNK HELYZETE 1950-BEN

### I.

A kapitalizmus megdöntésével, a kizsákmányolás felszámolásával, a munkanélküliség és az ezzel járó nyomor megszüntetésével, a termelő-eszközök társadalmiasításával lehetővé vált a dolgozók széles rétegeinek egészségvédelme. Népi demokráciánk élt ezzel a lehetőséggel és az elmúlt hat év alatt hatalmas szervező és építő munka folyt ezen a téren is. A felszabadulás utáni helyzetet romos kórházak, kiegészített gyógyszertárak és az egészségügyi személyzet hiánya jellemezte. Ma már nemcsak elértük, hanem minden téren túl is haladtuk a háborúelőtti színvonalat.

Népgazdaságunk rohamos fejlődése, a nemzeti jövedelem emelkedése lehetővé teszi, hogy mind nagyobb és nagyobb összeget fordítsunk egészségügyre.

Egészségügyi kiadások:

1938. ....	168 millió forint
1951. ....	kb. 1000 millió forint

Az 1951-es előirányzatban kizárólag egészségügyi kiadások szerepelnek, míg az 1938-asban szociális kiadások is (aggok otthona, népkonyhák, munkanélküli-segélyek, stb.). Ennek ellenére 1951-ben hatszor annyit fordítunk egészségügyre, mint amennyit a Horthy-éra költött 1938-ban. Egészségügyünk fejlesztésének ütemére jellemző, hogy 1950-ben csupán az egészségügyi beruházások összege is felülmulta az 1938. évi összes egészségügyi kiadásokat.

Nem véletlen, hogy évről évre többet fordítunk egészségügyre. A szocializmus fejlődésének törvénye a néptömegek anyagi és kulturális színvonalának és ezzel együtt egészségének állandó emelkedése. Az imperializmus törvénye a dolgozók anyagi helyzetének és egészségének szüntelen romlása. A Szovjetunió 1951-es költségvetésének 26,8%-át költi kulturális és egészségügyi célokra, az Orosz Szövetséges Szocialista Szovjet Köztársaság pedig 70%-át. Az imperialista államok ellenben, így elsősorban az Egyesült Államok fegyverkezési hajszájuk következtében állandóan szűkítik az egészségügyre fordított kiadásokat. Truman 1951. januárban a kongresszushoz intézett üzenetében a következőket mondta: „A közeljövőben nem tudjuk biztosítani bevételeink oly nagy részét egészségügyi szolgáltatásokra és intézményekre, mint azt normális békeidőben terveztük.“ Az Egyesült Államok egész költségvetésének csak 1%-át fordítja közegészségügyi célokra.

A Szovjetunióban 1950 végére, 1913-hoz viszonyítva, a kórházi ágyak száma megtízszereződött. Az Egyesült Államokban ugyanezen idő alatt

a kórházi ágyak száma alig valamivel több, mint kétszeresére növekedett. A Szovjetunió az első és második világháború, a fegyveres intervenciók ellenére ötször olyan gyors iramban fejlesztette egészségügyét, mint az Egyesült Államok. Ha pedig csak a sztálini ötéves tervek időszakát vesszük, 1928—1950-ig a Szovjetunió kórházi ágyainak száma hatszorosára növekedett, míg az Egyesült Államok kórházi ágyainak száma csak 50%-kal növekedett. A Szovjetunió fejlődésének üteme ezen idő alatt 12-szeresen multa felül az Egyesült Államok fejlődését.

Az imperializmus szeret kérkedni azzal, hogy mennyit tesz az elmaradt területek érdekében. Azonban ha megnézzük például 80 évi angol uralom után Nigéria egészségügyi ellátottságát, ennek az állításnak a valótlanására éles fény derül.

*Nigéria 1947-ben, 80 évi angol uralom után*

Egy orvosra jutó lakosok száma	Egy kórházi ágyra jutó lakosok száma
3700	135 000

Ez az eredménye az angol imperializmus gondoskodásának a gyarmati népekről.

A Szovjetunióban a szocializmus két évtizede a gazdasági, a kulturális és egészségügyi helyzet rohamos javulását eredményezte a hatalmas Szovjetunió területén élő valamennyi, a cári uralom alatt gyarmati sorban sanyalódó nemzetiség számára. Így például a Tadzsik köztársaság lakosságának egészségügyi helyzete a Szovjethatalom éveitől kezdve jelentősen változott meg:

	Egy orvosra jutó lakosok száma	Egy kórházi ágyra jutó lakosok száma
Tadzsik köztársaság 1914. ....	13 000	100 000
Tadzsik köztársaság 1939. ....	408	3 400
Tadzsik köztársaság 1950. ....	260	

II.

A magyar nép egészségügyi helyzetének javulását elsősorban a népmozgalmi eredmények mutatják:

Év	1000 lélekre jutó házasságkötések	100 élveszületésre jutó csecsemőhalálozás
	száma	
1938. ....	8,2	13,1
1945. ....	8,1	16,9
1946. ....	10,9	11,7
1947. ....	10,8	10,7
1948. ....	10,7	9,4
1949. ....	11,7	9,1
1950. ....	11,4	8,4

A demográfiai adatokat vizsgálva, feltűnik a házasságkötések jelentős emelkedése. Különösen öröndetes, hogy a házasságkötők életkora jelentősen eltolódott a fiatalabb korosztályok felé. 1939-ben a vőlegényeknek 22,4%-a volt 25 éven aluli, 1949-ben pedig 36,4%-a.

Jelentősen növekedett a születések száma is. A szocializmust építő népi demokráciában a jövő biztonságának érzete tölti el a dolgozókat és jövőbe vetett optimizmust tükrözi a születések emelkedése. A felszabadulás óta állandóan magas szinten mozgó születések száma azt mutatja, hogy a születések számának emelkedése nem véletlen kiugró eredmény, hanem tartós folyamat.

Igen jelentősen csökkent a halálozás is.

A születési és halálozási arányszám javulásának következtében Magyarország lakossága évente mintegy 80 000 fővel szaporodik.

A csecsemőhalálozás országunk történetében először csökkent 10% alá. Ennek következtében 1950-ben 7100-zal kevesebb csecsemő halt meg, mint 1938-ban. A népmozgalmi adatok meggyőzően mutatják, hogy az élet valóban szebbé válik és miképpen valósul meg a gyakorlatban a sztálini jelszó: „Legfőbb érték az ember.”

Életünk nemcsak szebb, hanem hosszabb is lett. Így 1941-hez viszonyítva a fiúújszülöttek várható átlagos élettartama 4 évvel, a leányújszülötteké pedig 5,5 évvel növekedett.

É v	A fiú	A leány
	élveszülöttek várható átlagos élettartama születéskor	
1900/1901. évi átlag .....	37,4 év	38,1 év
1910/1911. " " .....	39,0 "	40,5 "
1920/1921. " " .....	41,0 "	43,1 "
1930/1931. " " .....	49,3 "	51,8 "
1941. évi adatok .....	54,9 "	58,2 "
1948/1949. évi átlag .....	58,8 "	63,8 "

### III.

A dolgozók és családtagjai egészségének védelmében igen jelentős tényező a társadalombiztosítás, amely a dolgozókat és családtagjaikat díjmentes orvosi ellátásban részesíti. A Szovjetunióban az általános népbiztosítási elv alapján az egész lakosság jogosult orvosi és kórházi ellátásra. Társadalombiztosításunk is fokozatosan halad ebben az irányban. A foglalkoztatottak arányában növekszik a biztosítottak száma.

#### A biztosítottak számának alakulása Magyarországon

É v	Biztosításba bevont tagok és családtagok száma milliókban	Biztosításba bevontak száma a lakosság %-ában
1938. ....	2,8	30,9
1947. ....	3,0	38,0
1948. ....	3,3	38,0
1949. ....	3,8	41,1
1950. ....	4,4	47,3
1954. (terv) .....	6,7	70,0

Az ötéves terv végére a biztosításba bevontak száma el fogja érni a lakosság 70%-át. Különösen jelentősen fog emelkedni a falusi lakosság bevonása a társadalombiztosításba a TSzCs-ok fejlődésével. Ma az összes biztosítottaknak a falusi lakosság csak 3%-át teszi, ez a szám 1954-re 37%-ra fog emelkedni.

A multban a biztosítóintézetek nem a dolgozók, hanem a tőkésék érdekeit szolgálták. Igyekeztek a dolgozók közé mesterséges válaszfalakat húzni, szétforgácsolni őket és egységes érdekeik kiharcolásában megakadályozni. Külön biztosítóintézethez tartoztak a fizikai dolgozók (zömük az OTI-hoz, de a bányászok a különböző bányatárspénztárakhoz, a dohánygyári munkások a DOBBI-hoz), külön biztosítóintézethez a magántisztviselők (MABI), a közalkalmazottak (OTBA), s a fővárosi alkalmazottak (SZASA), stb. 1938-ban 30 biztosítóintézet működött. A fenti állapot a felszabadulás után akadályozta a társadalombiztosítási ellátás színvonalának emelését, hiszen a sok szétaprózott biztosítóintézet nem tudott megfelelő ellátást nyújtani. Azonkívül jelentős költségöbbltet és felesleges utazásokat is jelentett a dolgozók számára. Például Ózdon Bányatárspénztári rendelőintézet működött, ugyanakkor az ott lévő OTI-, OTBA-biztosítottaknak Miskolcra, illetőleg Budapestre kellett jönniök szakrendelésre. 1950 végére a biztosítóintézetek egységesítésével felszámoltuk ezt a vizsaszás helyzetet és ma már csak két biztosítóintézet működik, az SZTK és a MÁV Egészségügyi Intézet.

Jelentős lépést jelentett a társadalombiztosítás munkájának megjavításában a táppénzkifizetés decentralizálása és társadalmi ellenőrzésének bevezetése. A biztosítóintézetek egyesítésének és a táppénzkifizetés decentralizálásának következtében lehetővé vált az adminisztrációs költségek csökkentése. Míg 1938-ban az összes járulékok 14,6%-át fordították adminisztrációs költségek fedezésére, addig 1950-ben csak 4,8%-át. Az adminisztrációs költségek ilyen arányú csökkentése csupán 1950-ben 162 millió forint megtakarítást jelentett.

1938-hoz viszonyítva jelentősen megnőtt a különböző juttatások összege is. Az összes kiadásokból egy biztosítotttra jutott:

1938-ban .....	344 Ft
1950-ben .....	949 Ft

De a pusztán számszerű összehasonlítás nem mutatja világosan, hogy a dolgozóknak ma mennyivel többet nyújt a társadalombiztosítás. Hiszen 1938-ban a dolgozók fizették a járulékok  $\frac{2}{3}$ -át, míg ma csaknem teljes egészében a munkaadó (állam) fizeti.

Jelentősen nőtt az egy biztosítotttra jutó táppénz, kórházi költség és gyógyászati költség:

*Egy biztosítotttra jutó kiadások összege*

Év	Készpénz- segély	Kórházi költség	Gyógyászati költség
	forintban		
1938. ....	77	64	87
1950. ....	181	107	110

Fokozottabban jobb ellátást biztosítunk dolgozóinknak, amit bizonyít többek között a gyógyászati költségeknek háromszorosára való növekedése. Kiterjesztettük a társadalombiztosítást a diákokra és az egyetemi hallgatókra. Felemeltük a biztosítottak, a nyugdíjasok kórházi ápolásának idejét. A dolgozók az első három napra is kapnak táppénzt. Csupán ez az intézkedés évi 30 millió forint többletkiadást jelent.

Ugyanakkor azonban, amikor népi demokráciánk jelentősen növeli a dolgozók társadalombiztosítására fordított összegeket, a dolgozóknak egy kis, kevésbé öntudatos része, jogtalanul veszi azt igénybe. Ebben szerepet játszik, hogy orvosaink egy része kellő indok nélkül, felületes vizsgálat alapján is hajlamos „a beteget“ táppénzes állományba venni. Az ötéves terv végrehajtásáért folytatott harc egyik fontos előfeltétele a munkafegyelem megszilárdítása. Orvosaink jelentős szerepet tudnak játszani ebben a táppénzsalók leleplezésével és az ezen a téren mutatkozó lazaság felszámolásával.

## IV.

A lakosság egészségügyi ellátásának egyik fokmérője az orvosi személyzet száma. Az alábbi tábla mutatja az orvosok számának változását:

Év	Orvosok száma	100 000 lakosra jutó orvosok száma
1945. ....	7 240	80
1950. ....	9 629	103

Orvossal való ellátottságunk kedvezőnek mondható, országos átlagban egy orvosra 970 lakos jut, azonban területi megoszlásuk egyenlőtlen.

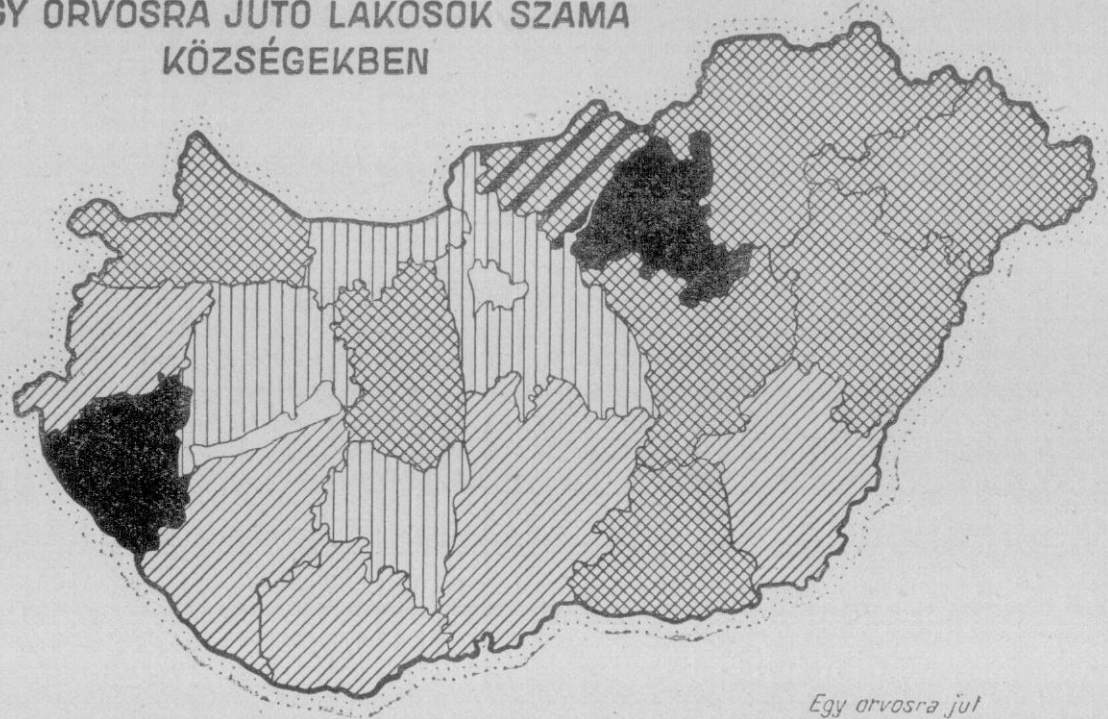
	Egy orvosra jutó lakosok száma
Budapesten .....	380
Vidéki városokban .....	622
Községekben .....	2400

Az aránytalan elosztásnak oka részben az egészségügyi intézmények városokba való elhelyezésének, részben pedig a kapitalista magánpraxis következménye, hiszen a kapitalizmusban az orvosi ellátást csak a tehetősebb városi polgárság tudta megfizetni. Az aránytalan elosztásban kétségtelenül szerepet játszik a falu kulturális elmaradottsága is. Fiatal orvosaink egyik döntő feladata résztvenni a falu egészségügyi, kulturális elmaradottságának a felszámolásában. Egészségügyi szervezésünk fontos feladata orvosaink tervszerű területi elhelyezése, a fenti hiányosságok kiküszöbölése. A 422. oldalon közölt kartogramm mutatja az egy orvosra jutó lakosok számát községekben (városok nélkül).

Igen jelentősen növekszik az orvosképzés. Míg az 1937—38. tanévben 370-en kaptak oklevelet, addig 1949—50-ben ennek több mint kétszerese, 788.

Az orvosellátottság mennyiségi oldala mellett igen döntő tényező orvosaink szakmai színvonalának az emelése, a szakorvosképzés.

	Szakorvosok száma
1936. ....	3929
1950. ....	5418

EGY ORVOSRA JUTÓ LAKOSOK SZÁMA  
KÖZSÉGEKBEN

Egy orvosra jut

-2000 2000-2500 2500-3000 3000-3500 3500 -  
l a k o s

Igen öröndetes, hogy a magyar orvosok közel  $\frac{2}{3}$ -a rendelkezik szakorvosi képesítéssel.

Sajnos, szakorvosaink területi megoszlása szintén igen aránytalan. Budapesten működik az összes szakorvosok 57%-a. A felszabadulás után 1300 új szakorvosi képesítést adtak ki, ez az összes szakorvosi képesítések 20%-a. Ez idő alatt szerezték meg orvosaink a szakorvosilag elmaradt szakmákban a képesítések jelentős részét, egyes szakok szerint a következő megoszlásban:

Gümőkór .....	42%
Orthopaedia .....	58%
Laboratórium .....	69%
Röntgen .....	44%

Egyes vidékek szakorvosi ellátottsága igen változó, így Zalában 5000 lakosra jut 1 szakorvos, Szabolcsban, Szatmárban 6300-ra, míg megyei viszonylatban átlagban 3300. Legjobb az ellátottság Baranya és Csongrád megyékben, ami az ottlévő klinikáknak köszönhető.

## V.

Egészségügyi intézményeink közül legjelentősebb a kórház. Jelentősége a jövőben fokozódni fog. Kórházaink nyílt intézményekké fejlődnek és a megyei kórház a területén lévő egészségügyi intézmények szakmai irányítójává válik. Kórházaink igen számottevő fejlődésen mentek keresztül.

	Kórházi ágyak száma
1938. december 31.....	44 000
1945. május 31.....	28 000
1947. december 31.....	43 800
1951. március 31.....	53 200

A második világháború következtében kórházi ágyaink több mint 40%-a elpusztult. 1947 végére elértük az 1938-as állapotot és a mai napig jelentősen több, mint 20%-kal felül is múltuk. Hasonló a helyzet a többi népi demokratikus országban is.

A rendelkezésre álló kórházi ágyak száma azonban nem adja meg valójában a lakosság egészségügyi ellátottságát, mert az attól is függ, hogy a lakosság a meglévő ágyakat mennyire képes igénybevenni. Ezt az ágykihasználási arányszám fejezi ki, mely nálunk következőképpen alakult (a felvétel és elbocsátás napja egy napnak véve):

	Ágykihasználás % -ban
1938. ....	71,5
1947. ....	73,4
1950. ....	85,1

Az ágykihasználás a Horthy-korszakhoz viszonyítva jelentősen javult. A kapitalista országokra jellemző az ágykihasználás alacsony százaléka. Így például az Egyesült Államokban a magánkórházak 50%-a üresen áll, hasonló a helyzet Svédországban is, ahol a jól felszerelt kórházak drága ápolási díjait a betegek nem tudják megfizetni. Míg nálunk a kórházi ápolási költségek jelentős részét a társadalombiztosítás fedezi, addig az Egyesült Államokban a kórházi költségek 80%-át a betegek fedezik. Ennek

következménye, hogy ott az átlagos ápolási idő magánkórházakban 8,8 nap, ami azt jelenti, hogy a betegek jelentős része teljes gyógyulásuk előtt anyagi okokból kénytelen elhagyni a kórházakat. Az amerikai életformára és annak következményeire jellemző, hogy az USA-ban a kórházi ágyak fele elmeágy.

Bár nálunk jelentős javulás tapasztalható az ágykihasználást illetőleg, a Szovjetunió normáját még nem értük el. Ez városi kórházakra szülészeti és fertőzőosztály nélkül 93,7%, szülészeten 87,9%. (A Szovjetunióban a felvétel és elbocsátás napja nem számít külön napnak, hanem egy nap.) A kórházi ágykihasználás fokozásával még több dolgozó számára tehetjük lehetővé a gyógyulást.

Jelentékenyen megnőtt az ápolott betegek száma is:

1938-ban .....	542 000 beteg
1950-ben .....	883 000 beteg

Téves volna azonban ebből azt a következtetést levonni, hogy nőtt a megbetegedések száma. Az egészségügyi kultúrának, az életszínvonal emelkedésének következtében mind többen és többen veszik igénybe a kórházakat.

Kórházaink működése is eredményesebb volt. Míg 1938-ban 100 beteg közül 3,7 halt meg, addig 1950-ben csak 2,4. Ez a csökkenés nem annak a következménye, hogy a súlyosabb betegek elmaradnak a kórházból, hanem annak, hogy a könnyebb betegek is nagyobb számban keresik fel kórházainkat. Ezt többek között az bizonyítja, hogy amíg 1938-ban 20 318, addig 1950-ben 20 898 beteg halt meg kórházban, 1941-ben 100 elhalt betegből 18,8 halt meg kórházban, 1950-ben pedig 21,8.

Rendkívül egyenlőtlen a kórházban elhaltak aránya az összes halottak százalékában a település jellege szerint. 100 halálozás közül gyógyintézetben történt (1950-ben) Budapesten 51,6, vidéki városban 29,0, községben 12,2, Magyarországon összesen 21,8. (Az adatok az elhalt állandó lakhelye és nem a halál bekövetkezésének helye szerint lettek összeállítva.) A megyék közül is kitűnik rossz arányával Szabolcs (10,1) és Somogy (11,7). A különbséget részben a társadalombiztosításba bevont személyek száma, részben az egészségügyi kultúra terén mutatkozó eltérések okozzák.

A „Gyógyíts jobban“ mozgalom következtében jelentősen csökkent az ápolás átlagos tartama:

1938-ban .....	22	napot tett ki
1947-ben .....	18,6	„ „ „
1948-ban .....	19	„ „ „
1949-ben .....	18,5	„ „ „
1950-ben .....	17,9	„ „ „

Még pontosabb képet kapunk, ha egyes osztályok működését hasonlítjuk össze. (Lásd a 425. oldalon lévő táblázatot.)

Az ápolás átlagos tartamának igen fontos népgazdasági jelentősége van, hiszen gyógyintézeteink feladata a dolgozók egészségének minél rövidebb idő alatt való teljes helyreállítása. Természetesen legfőbb cél a dolgozók egészségének teljes helyreállítása és helytelen csak azért, hogy jobb statisztikát kapjunk, a dolgozót teljes meggyógyulása előtt a kórház-



ből elbocsátani. Alant közöljük a Szovjetunió és a mi kórházaink ápolási átlagait.

*Ápolás átlagos tartama napokban, 1947—1950*

Megnevezés	1947	1948	1949	1950
Belgyógyászat .....	18,2	17,4	17,1	16,3
Sebészet .....	13,0	12,6	11,3	11,5
Csecsemő és gyermekgyógyászat .....	14,2	13,7	14,1	14,7
Szüléset és nőgyógyászat .....	9,5	9,8	9,4	9,3
Bőrgyógyászat .....	21,8	21,0	21,6	21,3
Fül-orr-gégészlet .....	9,9	8,8	7,4	6,8
Szemészet .....	16,0	16,0	15,0	13,9
Fertőző .....	22,0	24,7	22,8	16,7
Egyéb .....	16,0	15,1	18,4	17,4
<b>Összesen .....</b>	<b>14,3</b>	<b>14,0</b>	<b>13,6</b>	<b>13,0</b>
Elme- és ideggyógyászat .....	101,9	88,9	87,7	79,4
Tüdőosztály .....	73,6	77,8	79,8	91,6
Szülőotthonok .....	5,5	8,4	8,2	7,4
Gyermekvédő Int. ....	24,7	33,6	26,3	21,7
<b>Együtt .....</b>	<b>18,6</b>	<b>19,0</b>	<b>18,5</b>	<b>17,9</b>

*Az ápolás átlagos tartama napokban a Szovjetunióban és Magyarországon*

Megnevezés	Szovjet (1946)	Magyar (1950)
	ápolási átlag napokban	
Belgyógyászat .....	15,5	16,3
Sebészet .....	17,6	11,5
Szüléset és nőgyógyászat .....	8,9	9,3
Gyermekgyógyászat .....	16,0	14,7

Az ápolás átlagos tartamának lecsökkentésével megközelítettük a Szovjetunió átlagait, sőt nálunk az sebészetben lényegesen rövidebb. Ha figyelembe vesszük, hogy a Szovjetunióban a kivizsgálás az esetek jelentős részében a rendelőintézetekben történik — nálunk kórházakban — és ez általában megközelítőleg három napot vesz igénybe, akkor a gyermekosztályon is rövidebb az ápolás átlagos tartama, mint a Szovjetunióban.

Igen jelentős fejlődés mutatkozik kórházaink egészségügyi személyzettel való ellátottsága terén.

*100 ágyra eső személyzet*

Időpont	Orvos	Ápoló	Egyéb	Összesen
1934. ....	5,4	13,0	14,2	32,6
1949. V. ....	5,8	15,4	20,1	41,3
1950. XII. ....	5,8	17,6	21,9	45,3

Különösen javult a vidéki kórházak ellátottsága, bár az al- és segédorvosi állások jelentős része még nincs betöltve. Legjobb személyzeti ellátást a klinikák és a volt OTI-kórházak nyújtják, jelentősen felülmúlják a volt magánkórházak személyzeti ellátottságát is.

Míg nálunk rohamosan emelkedik a kórházi ágyak száma, addig az imperialista országokban mind nehezebb és nehezebb a betegek kórházi ellátása. Így az Egyesült Államokban a kórházi ágyak száma 1945 óta állandó csökkenést mutat. Angliában pedig — mint ahogy a Daily Mail írja 1951. március 3-i számában — többen meghaltak, mivel számukra a kórházi ellátást nem tudták időben biztosítani. Hogyan kívánnak ezen a helyzeten az imperialisták segíteni? Talán a fegyverkezési költségek csökkentésével, a kórházi ágyak szaporításával? Az imperialista megoldás: az egészségügy visszafejlesztése. A Londoni Orvosi Kamara határozati javaslatot nyújtott be az egészségügyi miniszternek, amelyben kéri, hogy tiltsák meg a normális szülési esetek felvételét kórházban és a nem sürgős sebészeti esetek megoperálását halasszák el. Még meg kell jegyezni, hogy Londonban a születéseknek csak 75%-a történik intézetben, míg nálunk Budapest mai területén a szülések 90%-a (Budapest régi területén 96%-a). A kórházi ágyak elégtelensége miatt a londoni kórházak a sürgős esetek  $\frac{2}{3}$ -át kénytelenek a felvételtől elutasítani.

1950-ben jelentősen bővítettük rendelőintézeti hálózatunkat. Újonnan építettünk három rendelőintézetet és lényegesen kibővítettünk hármat. Ennek következtében nagymértékben megnövekedett a rendelőintézeti orvosi munkaórák száma.

#### 100 biztosítottra eső évi rendelőórák száma

1939-ben 100 biztosítottra évi	64,2	rendelőóra jutott
1947-ben 100 „ „	87,4	„ „
1948-ban 100 „ „	97,6	„ „
1949-ben 100 „ „	100,8	„ „
1950-ben 100 „ „	98,6	„ „

Az egy biztosítottra jutó rendelőórák száma 50%-kal emelkedett 1938-hoz viszonyítva. Az 1949. évhez viszonyítva 1950-ben csökkent a 100 biztosítottra jutó rendelőórák száma. Ennek oka, hogy a biztosítottak számának rohamos növekedésével rendelőintézeteink bővítése nem tudott lépést tartani. Növekedett a rendelőintézetek igénybevétele is. 1938-ban egy biztosítottra évi 6,6 szakrendelés jutott, míg 1950-ben 10,3. A fokozottabb igénybevétel következtében rendelőink zsúfoltsága nem szűnt meg. A fokozottabb igénybevételnél figyelembe kell venni, hogy a körzeti orvosok egyrésze feleslegesen küldi a betegeket a szakrendelésre, azonkívül a rendelőintézeti orvosok is túl gyakran küldik egyik osztályról a másikra a betegeket.

Alant közöljük a Szovjetunió rendelési normáit és a mi rendelőintézeteink átlagait:

Megnevezés	Orvosi rendelés normái a Szovjetunióban	Rendelőintézeteink átlaga
	Egy betegre jutó rendelési idő	
Belgyógyászat .....	10 perc	7 perc
Sebészet .....	6 „	4,7 „
Nőgyógyászat .....	10 „	6 „
Gyermekgyógyászat .....	10 „	5,6 „

## VI.

Népi demokráciánk alkotmánya a következőket mondja: A nők egyenjogúságát szolgálják: munkafeltételeiknek a férfiakéval azonos módon való biztosítása, a terhesség esetére a nőknek járó fizetett szabadság, az anyaság és a gyermek fokozott törvényes védelme, továbbá az anya- és gyermekvédelmi intézmények rendszere.

Ezen a téren is a Szovjetunió gyakorlata szolgál példaképül. Ott a terhesség kötelező bejelentése után a gondozó állandó felügyeletet és tanácsadást gyakorol és gondoskodik a szülés várható idejére az intézetbe szállításról. A szülőknek legalább nyolc napot kell intézetben tölteni. Az újszülött gyermekorvos felügyelete alá kerül.

Anya- és csecsemővédelem e hármastagoltságát igyekszik megvalósítani egészségpolitikánk. A terhesek évről évre nagyobb számban jelennek meg a gondozókban. Míg 1938-ban az összes terhesek 5,3%-a jelent meg tanácsadáson, 1950-ben már 47,0%-a. A csecsemővédelem hasonlóan nagy lépésekkel halad előre. 1938-ban vidéken a csecsemők 16,5%-a lett bemutatva, 1950-ben 72,8%-a. Budapesten 78% a bemutatási arány, de ehhez még hozzá kell venni a más intézményeknél bemutatott csecsemőket is. A falusi anya- és csecsemővédelem megjavítására mozgó járási egészségvédelmi szolgálatot szerveztünk 48 járási székhelyen. Az állomás székhelyéről egy-egy nőgyógyász és gyermekorvos gépkocsin bejárja a járás községeit és a lakosságot szakorvosi ellátásban részesíti.

A szülőnő védelmének legjelentősebb szektorát a szülések szakszerűbb levezetése képezi. Szülők rendelkezésére álló ágyak száma 1938 óta 30%-kal emelkedett. Míg 1938-ban 4084 ágy volt, 1951 márciusában 4989-re emeltük fel számukat. Az életszínvonal és egészségügyi kultúra emelkedését jelenti, hogy évről évre emelkedik az intézeti szülések száma.

## Szülések megoszlása segédlet szerint

É v	Kórházban, szülőotthonban stb.	Orvos	Csak bába	Segédlet nélkül	Szülések összesen
		segédlettel			
		szülések az összes szülések %-ában			
1941 .....	27,2	8,7	62,8	1,3	100,0
1946 .....	22,1	9,9	66,3	1,7	100,0
1947 .....	26,0	11,4	61,2	1,4	100,0
1948 .....	27,5	12,7	58,8	1,0	100,0
1949 .....	30,4	13,0	55,8	0,8	100,0
1950 .....	33,3	13,3	52,6	0,8	100,0

Az Egészségügyi Minisztérium által a közelmúltban kiadott a szülőotthonok átszervezéséről szóló rendelet jelentősen javítani fogja a szülők egészségügyi ellátottságát. 1951-re az intézeti szüléseket a terv 40%-ban irányozta elő.

Eredményeink mellett hiányosságainkra is rá kell mutatni. Egy terhes átlagban csak háromszor jelent meg tanácsadáson, a minimálisan megkívánhat helyett. Csecsemőink bemutatása a kívánatos bemutatási szám alatt maradt. 1950-ben átlagban nyolcszor mutattak be egy csecsemőt, de ha figyelembe vesszük, hogy csecsemőink jelentékeny része az első év

folyamán megbetegszik, így a kívánt bemutatások száma legalább 16–20 lenne. E kívánatos értéknek csak felét értük el.

A csecsemővédelem terén új intézmény az 1949-ben létesített koraszülött-otthon. Hasonló intézet, Anglia kivételével, az imperialista államokban egyáltalán nem létezik. Budapesti intézetünk 60 ágygal rendelkezik. Ebből 24 ágy temperált levegőjű kamrában áll. A felvettek átlag három hónapot töltenek az intézetben. Az intézet sikeres működéséről elért eredményei tanúskodnak. Fennállásától 1950 decemberéig közel 400 koraszülöttet vettek fel.

Felvételtörli testsúly	Felvett koraszülöttek abszolút számban	Életbenmaradtok	
		absz. szám	%-ban
1000 g-ig .....	52	0	17,3
1000—1250 g-ig .....	54	34	63,0
1250—1500 „ .....	105	77	73,3
1500—2000 „ .....	184	164	89,1
2000—2500 „ .....	3	3	100,0
Összesen .....	398	287	72,1

Az intézet rövid működése alatt is közel 300 csecsemő életét mentette meg.

## VII.

A magyar dolgozók kizsákmányolt helyzetét a tbc-s halálozások ijesztő száma kísérte. A tbc-ről külföldön, mint morbus hungaricusról emlékeztek meg és ezt joggal is tették, mert 1920-ban 10 000 lélekre évente 32 gümőkóros haláleset jutott, ami Európában a legmagasabbak közé tartozott (1950-ben 7,9).

Népi demokráciánk a tbc. elleni küzdelem terén eredményes munkát végzett. A tbc-ben elhaltak száma évről évre csökken.

Év	Tbc-ben elhaltak száma
1938 .....	12 846
1949 .....	8 887
1950 .....	7 234

1950-ben 5600-zal kevesebben haltak meg ebben a rettegett betegségben, mint 1938-ban. Eredményeinket az életszínvonal emelésével, tüdőbetegségek számának szaporításával és az intenzív gondozói munkával értük el. 1938-ban 5011 tüdőágyunk volt, 1951. március 31-én 8721-re emeltük számát. Tüdőágyaink nemcsak számszerűleg szaporodtak, hanem minőségileg is változáson mentek keresztül. A korszerű aktív gyógymódok biztosítására tüdősebészeti ágyak számát évről évre növeljük: 1947-ben 30 tüdősebészeti ágy volt, 1951 I. negyedévében 482. A csonttuberkulózis gyógyítására 1947-ben 41 ágy állt rendelkezésre, 1951. I. negyedévre 324. Gyermekek tbc.-ágyaink száma 1947 óta több mint háromszorosára emelkedett, számuk 370.

A tbc. elleni küzdelem kórházi vonalon történő fejlődését a gondozó-intézeti munka fejlesztése teszi teljessé.

Tüdőgondozóintézeteink számát és azok tevékenységét az alábbi tábla mutatja:

É v	Intézetek száma	Vizsgálatok száma
1938. ....	87	106 000
1947. ....	145	421 000
1950. ....	136	1 075 000

A megelőző orvoslás lehetőségeit kihasználva, 1950-ben 300 000 tüdővizsgálatot végeztek röntgenernyőképsorozat felvevőgéppel. A szűrő- és kötelező vizsgálatok eredményesek voltak, míg 1947-ben a megvizsgáltak 3,8%-át találták betegnek, addig az 1950-ben végzett szűrések alkalmával a megvizsgáltaknak már csak 1,1%-a volt tbc-s. Megelőző orvoslásunk akkor lesz eredményes, ha az egész lakosságot sikerül szűrővizsgálatoknak alávetni és így a lappangó betegségi eseteket felkutatva, a továbbfertőzést meggátoljuk. Felkutatott betegeink könnyen juthatnak kórházi ágyhoz, szemben az imperialista országokkal. Angliában jelenleg 5000-rel kevesebb a tbc.-ágyak száma, mint a háború előtt. Ennek következtében a tüdőbetegek 12 hónapot várnak kórházi beutalásra. Thoracoplasticát igénylőknél pedig 18—24 hónap is eltelik, míg kórházi ágyhoz juthatnak. Mindez azt eredményezte, hogy ma Angliában 137 000 tbc-s beteget otthon ápolnak. Természetesen csak a dolgozók egészségügyi ellátása ilyen rossz.

### VIII.

Az orvostudomány nagy eredménye a vérátömlesztés therápiás alkalmazásának kiterjesztése. Ez tette szükségessé, a Szovjetunió tapasztalatait felhasználva, az Országos Vérellátó Központ megszervezését. Nálunk hatalmas társadalmi mozgalom indult meg, melynek eredményeképpen állandóan növekszik a véradók száma. 1950-ben begyűjtött vér segítségével a betegek ezreit sikerült megmenteni. Míg nálunk a véradómozgalom egyre növekszik, addig Angliában dr. J. D. James, az északlondoni Véradó Központ vezetője szerint a nyilvántartott véradók száma harmadára csökkent, mert a véradók rosszul vannak táplálva és nem képesek vért adni. Ennek következtében: „Sürgős operációkat elhalasztanak, mivel a betegeknek nem tudnak vért adni.”<sup>1</sup>

Vázoltuk egészségügyünk néhány döntő területén mutatkozó fejlődést. Felszabadulásunk óta jelentős eredményeket értünk el a nemibeteggondozás, rákszűrés, bölcsődei hálózat növelése, stb. terén is. Egészségügyi szervezésünk területén, a Szovjetunió tapasztalataira támaszkodva, megtettük az első lépéseket a területi elven alapuló szervezés, továbbá a rendelőintézetek és kórházaink egységesítése felé.

Új, feszített ötéves tervünk megteremti a dolgozók egészségügyének egyre bővülő anyagi alapjait. Emellett népünk egészségének megjavításában jelentős szerepet játszik az utóbbi években kibontakozó kultúrmozgalom, amely hivatott az egészségügyi kultúra területén mutatkozó hiányosságok felszámolására is. Egészségügyi dolgozóink feladata a rendelkezésre álló lehetőségek teljes kihasználásával tovább javítani a magyar nép egészségügyi helyzetét.

<sup>1</sup> Newyork Herald Tribune, 1951. január 9.