

X 362-73

a Méhes könyv

A GYERMEKGYÓGYÁSZATI REFORMTÖREKVÉSEKRŐL

Belemény.

A MAI GENETIKAI, SZÜLÉSZETI ÉS GYERMEKGYÓGYÁSZATI lehetőségek ismeretében mindenki előtt nyilvánvaló, hogy az ivarsejtekben, a magzati életben, valamint a csecsemő- és gyermekkorban lezajló normális és kóros folyamatok döntő mértékben befolyásolják az egyén felnőtt-, sőt időskori testi és lelki állapotát, egészségi jellemzőit.

Nem véletlen, hogy ezt felismerve, a legtöbb fejlett ország egészségügyében és szociális gondoskodásában különösen fontos feladat az anya- és gyermekvédelem. Így volt ez korábban Magyarországon is, ahol minisztériumi szinten is külön főosztály foglalkozott a kérdéssel, de a területi közigazgatásban is jelentős szava volt a szülészeti és gyermekgyógyászati, illetve védőnői fórumoknak. E szolgálatok komoly sikereket értek el a megelőzés és az egészségre nevelés terén. Jelleghénél fogva a gyermekgyógyászat az egyetlen szakma, amelyik az egész népesség minden tagját egészséges állapotában is rendszeresen ellenőrzi (csecsemő-tanácsadás), nyomon követi a gondozottak táplálását, szociális helyzetét, szűrővizsgálatokkal és védőoltási programmal igyekszik a betegségeket megelőzni vagy korán felismerni. Ebben kiemelkedő szerepe van a védőnői hálózatnak, amely eddig a fenti preventív tevékenységet csaknem 100%-os hatékonysággal végezte. Mindezek azt eredményezték, hogy az utóbbi években a sajnálatosan romló demográfiai és szociológiai mutatók mellett egyedül a csecsemő- és gyermekhalandóság terén van következetes javulás. Minden ellenkező nézettel szemben, a gyógyító-megelőző tevékenység ésszerűsítésére, a szűkös anyagiak célszerűbb felhasználására is történtek lépések: az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, valamint az Országos Csecsemő- és Gyermekkegészségügyi Intézet kezdeményező részese volt a szakmailag és anyagilag sem rentábilis szülőotthonok és kis osztályok felszámolásának, a gyermekgyógyászok jelentős része erőteljesen szorgalmazta a kórházi felvételek csökkentését és a definitív járóbeteg-ellátás fejlesztését. Hogy saját példát említsek, a pécsi Gyermekklinikáról már 1991-ben közlemény jelent meg az ún. „egynapos kórház” (*day care*), tehát lényegében járóbeteg-forgalom keretében végzett műtétek kedvező tapasztalatairól. Ezt az ellátási formát csak jóval később

kezdték hivatalosan propagálni, de a finanszírozás a mai napig is a kórházi felvételt részesíti előnyben.

A gyermekek testi és szellemi fejlődésére ható tényezők közül azonban Magyarországon az elmúlt tíz évben sajnálatos módon főleg a kedvezőtlen hatások kerültek előtérbe. Az igen fontos és összetett szociális, oktatási és jogi kérdések mellőzésével e helyen csak néhány gyermekorvosi szempontot érinthetünk. Ennek különös aktualitást ad az, hogy a bölcsődék és óvodák korábban megkezdett sorozatos megszüntetése után 1995-ben az egészségügyi reform-intézkedések fő célpontja a gyermekellátás lett; a kórházi gyermekosztályok és szanatóriumok bezárása, vagy teljesítőképességük erőteljes csökkentése elsőrendű megtakarítási forrássá lépett elő. Az országos irányzat arra bátorította a kórház-igazgatókat, hogy intézményük adósságait a szülészeti, újszülött- és gyermekosztályok rovására próbálják csökkenteni.

EZ A TENDENCIA MÁS VONALON IS hátrányos helyzetbe hozta a gyermekgyógyászatot. Hogy csak egyetlen példát említsünk: a fekvőbetegek ún. HBCs pontszámában azonos teljesítményért a gyermekosztályok közel 20%-kal kisebb pontszámot, és ennek megfelelően kevesebb pénzt kapnak, mint a felnőtt betegeket ápoló osztályok. A lépeltávolítás 18 év felett 4,039, 18 év alatt 2,473 pontot, vagy a tüdőgyulladás felnőttben 1,136, csecsemőben 0,929 pontot „ér”. Ezt semmi sem indokolja, hiszen a valóságban sok azonos diagnózis a gyermekkorban, de különösen a csecsemőkorban nagyobb költségeket takar! Az utóbbi hónapokban kétségtelenül mutatkoznak az igazságtalan besorolás korrigálásának jelei, de ez nem változtat azon a tényen, hogy az „illetékesek” eredetileg mennyire becsülték a gyermekgyógyászatot, és hogy az alkalmazott díjazás anyagilag mennyire károsította azt.

Az elmúlt évekre esett a családorvosi szolgálat — és ezen belül a vállalkozói forma — erőteljes előretörése. Ennek a feltétlenül támogatásra szoruló ellátási formának a gyermekek szempontjából egyelőre az a nagy hibája, hogy a frissen képződött családorvosoknak gyorstalpaló tanfolyamok, vagy legfeljebb négyhónapos képzés után a csecsemők és gyermekek kezelésében ugyanolyan jogokat és lehetőségeket ad, mint az ötéves speciális képzésben részesült gyermekgyógyász szakorvosoknak. Ez egzisztenciális és etikai kérdéseken túl elsősorban szakmai gond, ami hosszabb és alaposabb kiképzéssel és felügyelettel megoldható, de jelenleg egyértelműen veszélyezteti a területi gyermekellátást, mert most kizárólag a kártyát „begyűjtő” orvos lelkiismeretére van bízva, hogy milyen messze merészkedik egy számára járatlan területen. A falusi „körzeti orvosok” persze eddig is ellátták a gyermekeket, de az őket ebben segítő Mozgó Szakorvosi Szolgálat támogatásával, ami az ország nagy részén mára már megszűnt. A korábbi gyermekorvos-védőnő, ill. falun a körzeti orvos-védőnő páros felbomlásával sok helyen a védőnők helyzete is elbizonytalanodott. Ez érzékelhető a védőoltásokból, a D-vitamin ellátásból szükségte-

lenül kimaradt és a helytelenül táplált csecsemők számának növekedéséből. A helyzet még nem aggasztó, mégis jobban kellene vigyázni arra, hogy egészségügyünknek ezt a sokszor irigyelt vívmányát, az egységes és eredményes csecsemő- és gyermekgondozást a személyi szabadságot félreértelmező hamis ideológiák, a magánosítás zűrzavarai és éppen a sokgyermekesek anyagi nehézségei ki ne kezdhesék. Nem engedhető meg egyes, bevált szolgáltatások visszafejlesztése. Egy győri ellenőrzés riasztó tapasztalata alapján ilyen visszalépés például az, hogy az Országos Egészségbiztosító Pénztár a genetikai tanácsadásban a beutalási rendszert kívánja visszaállítani. Világszerte és eddig nálunk is erőteljesen propagáltuk, hogy ebben a kényes és gyakran intim kérdésben növekedjék az önként jelentkezők száma!

A GYERMEKGYÓGYÁSZAT jelenlegi működésével szemben felhozott kifogásokban természetesen vannak részigazságok, a szakma is szükségesnek tartja a korszerűsítést. Sok azonban az olyan beállítást, amely pillanatnyilag elfogadhatónak látszik, de a statisztikai és szakmai szempontoknak csak egyes elemeit kiemelve, a lényegét eltorzítja, és ezzel hosszabb távon súlyos károkat okozhat.

Nézzük meg a két leggyakrabban hangoztatott „vádát”:

1. KEVÉS A GYERMEK

Ez, sajnos, igaz. Az abszolút számokat azonban csak a háttér elemzésével szabad értékelni.

a. Remélhetőleg nem marad el teljesen a demográfiai hullámhegy

Az 1993. és 1994. év 117, ill. 116 ezres élve születési számát többnyire a hetvenes évek 180-190 ezres adataival vetik össze (a csúc 1975-ben 194 240 volt). Ez félrevezető, mert az 1974-1979. közötti hullámhegyet két tényező egybeesése okozta: ekkor lépett szülőképes korba az ötvenes évek 200 ezer körüli születéséből származó nemzedék, és ugyanekkor vezették be a rövid távon kétségtelenül hatásos „népesedéspolitikai” intézkedéseket. Magyarországon a szülések háromnegyede az anyák 21. és 29. éves kora között történik, ezen belül a súlypont a 24-25. évre esik. Így a jelenleg kis számban szülők zöme a „népesedéspolitika” előtti években jött a világra. Az 1969-1973. közötti öt éves periódusban az élve születések éves átlaga 152 ezer volt, szemben az 1974-1978. közötti öt év 182 ezres átlagával. Utóbbi korcsoport a következő években kerül szülőképes korba, a tetőzés elméletileg 2000. körül várható. A gazdasági-szociális nehézségek miatt szinte biztos, hogy az évi 30 ezres többlet reprodukciója nem történik meg, valószínűbb, hogy ez csak részlegesen és főleg elhúzódóan következik be, de egy kisebb születésszám-emelkedéssel a következő tíz évben feltétlenül számolni kell. Ha az ország gazdasági helyzete tovább romlik,

akkor legrosszabb esetben az is lehetséges, hogy a később és kis számban vállalt „többlet-gyermekek” csak a szociális okból elmaradó szülések kompenzálására vagy a növekvő „deficit” csökkentésére lesznek elegendők, de még ez is ellene szól a szülészet és a gyermekgyógyászat további folyamatos leépítésének.

b. Csökken a csecsemőhalálozás

A megbetegedési, halálozási, válási, stb. adatok folyamatos romlása mellett az egyetlen javuló demográfiai/egészségügyi mutatónk a csecsemőhalálozás. Míg 1974-ben a csecsemők 34,3 ezreléke halt meg élete első évében, 1994-ben ez az arány csak 11,6 ezrelék volt. Abszolút számokban 1974-ben 6390, 1994-ben csak 1335 csecsemőt veszítettünk el első születésnapja előtt. Mivel egyéves kor után a halandóság lényegesen csökken, ez ellene mond a „kevés a gyermek, redukálni kell a gyermekellátást” elvnek, hiszen relatíve több egyéves koráig eljutott, ám részben fokozottan sérülékeny gyermekről kell a továbbiakban gondoskodni. Ennek arányai szerények, de nem elhanyagolhatók, mégis mindig csak az élve születési adatok elemzésével találkozunk.

A demográfiai változások nem eléggé körültekintő értékelésének természetesen komoly következményei lehetnek az oktatásügyben is: a már megszüntetett és a bezárásra ítélt óvodák, iskolák hiányozni fognak 2005-2010. körül. A láncreakció érinti a pedagógusképzést, de még az egyetemi szférát is, sőt hat a remélhetőleg gyorsabban reagáló iparra és kereskedelemre is (tápszerek, gyógyszerek, gyermekruházat, bútorok).

c. A „kevés gyermek” minősége

A születések kis száma paradox módon, hozzájárult a túlélők testi és szellemi képességeinek javulásához. Ezen a téren — a technikai fejlődés és a tapasztalatok gyarapodása mellett — elsősorban a nemzetközi normáktól messze elmaradó létszámú személyzet idejének minőségi munkára való fordítása jelentett (és jelenthetne) komoly előrelépést. Ez különösen az újszülött-koraszülött-ellátásban érzékelhető. Itt például az igen éretlen, 1000 g-nál kisebb koraszülöttek túlélése a korábbi 5-10%-ról az elmúlt öt évben országosan 50% fölé emelkedett. (Ne feledjük: ezekért a koraszülöttekért küzdeni nem csak szakmai kötelesség. Az esetek nagy részében többszöri spontán vetélések, halvaszülések utáni, várva várt gyermekekről van szó!)

NEM MINDEGY TERMÉSZETESEN, hogy milyen állapotban sikerül ezeket, és általában a kóros csecsemőket életben tartani. Természetes, hogy mindent meg kell tenni egy 80 éves betegért is, pedig az ő életkilátásai statisztikailag már mínuszban vannak. Ezzel szemben egy csecsemő károsodása — az egyéni és családi tragédián túl — 65-70 évig terheli a társadalmat; jó egészség-

ségben való felnevelése viszont évtizedekig hozhat hasznot mindnyájunknak. Örvendetes, hogy a túlélés mennyiségi mutatóin túl a minőség is javult: a Pécssett intenzív kezelésben részesült 6000 újszülött utánvizsgálata szerint az 1977-81-ben ápoltak 15,2%-ában, az 1987-92-ben kezeltéknek már csak 8,7%-ában lehetett kétéves korában idegrendszeri, érzékszervi vagy mozgásbeli károsodást kimutatni. Ebben döntő szerepe van az időigényes egyedi kezelésnek, a csecsemővel és a családdal való foglalkozásnak. Ezért a pusztán születési számra tervezett személyzet és költségvetés hosszú távon a minőség romlásához és növekvő kiadásokhoz vezethet. Ez természetesen az egész gyermekellátásra érvényes: a genetikai tanácsadástól a védőnők megelőző tevékenységén át a serdülők pszichológiai gondozásáig, a mennyiségi szempontok mellett, mindenhol előtérbe kellene kerülnének a minőségi fejlesztések.

2. ALACSONY AZ ÁGYKIHASZNÁLÁS

A MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZAKBAN 1993-ban 8876 ún. aktív csecsemő- és gyermekágyat működtettek és ezek átlagos kihasználtsága 54% volt. Ez a kétségtelenül kedvezőtlen szám részben a hatvanas évek kórház-telepítési politikáját tükrözi. Ekkor ugyanis számos 25-40 ágyas, 3-5 orvossal működő járási és kisvárosi gyermekosztályt létesítettek „a dolgozó nép érdekében”. (Egyes mai nyilatkozatokkal ellentétben, a szakma akkor is kétkezdéssel fogadta ezt a „fejlesztést”, és a lehetőségeihez képest küzdött is ellene. Így sikerült 1979-ben az erős helyi nyomással szemben is bezáratni a szakügyeletre képtelen csornai gyermekosztályt. Az Országos Csecsemő- és Gyermek egészségügyi Intézet 1986-ban erőteljesen, ám eredménytelenül tiltakozott a szigetvári gyermekosztály, azóta feleslegesnek bizonyult, megnyitása ellen, de más példákat is említhetnénk.)

A szükséges ésszerűsítések sürgetése mellett azonban veszélyesnek látszik a gyermekágyak számának statisztikai és területi alapon való drasztikus csökkentése és az általában kívánatosnak tartott 85%-os ágykihasználás erőltetése. A felnőttet kezelő ápolási egységekkel szemben a gyermekosztályokon az ágykihasználás és a személyzet létszámának tervezésekor ugyanis figyelembe kell venni az alábbi szempontokat:

a. A részlegek, ill. kisebb osztályokon a kórtermek között nem lehet a betegetek átcsoportosítani. Hiába vannak üres inkubátorok vagy rácsos csecsemőágyak, ha egyszerre sok iskolás korú beteg érkezik, a gyermek-részlegem kellemetlen, sőt veszélyes zsúfoltság keletkezhet, miközben az egész osztály ágykihasználtsága alacsony. Ezért minden korosztálynak és betegcsoportnak (pl. potenciálisan fertőző vagy nem fertőző) kellő tartalékkal kell rendelkeznie megfelelő ágyakból és helyiségekből. Ha ez megvan, de az év egy részében üres, az minimális vagy semmilyen többletkiadást nem igényel (a személyzetet, étkezést, mosatást stb. nem

terheli, az épületet amúgy is fűteni kell), ha viszont hiányzik, akkor adott esetben a feszültségeken túl a keresztfertőzések, szövődmények, fokozott fertőtlenítési igények miatt komoly költségek is felmerülhetnek.

b. A felnőtteknél nagyobb ágy-kapacitásra azért is szükség van, mert a gyermekgyógyászatban kifejezettebb a szezonális. Ugyanakkor nagyobb az elkülönítési igény is: különösen a frissen felvetteket illene a jelenleginél is jobban izolálni, amíg betegségük esetleges fertőző jellege kizárható.

c. Világszerte és hazánkban is nő az igény a szülőknek az ápolásba való bevonására. Ez, a lélektani szempontokon túl, igen előnyös a szülők oktatásában: a diéta, lázcsillapítás, szükség esetén katéterezés, szondás táplálás, stb. megtanításával a kórházi tartózkodás rövidíthető, az ismételt felvételek megelőzhetőek. Ehhez azonban el kell helyezni őket, ezért a megszüntetés helyett az „ágystruktúra” anyaszállás, vagy ún. kísérő-ágy irányában való megváltoztatása kívánatos.

d. A személyzet és ezen belül a nővérek lekötöttsége nagyobb, mint a felnőtt-osztályok többségén. A betegek nagy része ugyanis életkori okokból még lábadozó vagy egészséges állapotában sem önellátó, magán vagy betegtársán nem tud segíteni. Az ápolás a délutáni és az éjszakai műszakban is folyamatos: a csecsemőket 3 óránként, a koraszülötteket 2 óránként pelenkázni, etetni kell, és csak ezután következnek a tényleges gyógyítási feladatok. (Közismert, hogy a fiatal édesanyát egyetlen egészséges csecsemője is teljesen leköti. A hazai kórházakban — a Perinatális Intenzív Centrumoktól eltekintve — műszakonként 7-8 csecsemő ellátása jut egy nővérre. Az értetlenségre jellemző, hogy akadt olyan, egyébként többgyermekes kórházigazgató, aki a „házi normát” 14-re, majd 12-re kívánta emelni!)

MINDEZT FIGYELEMBE VÉVE, a csecsemő- és gyermekosztályok ágyszámát olyan mértékben lehet csökkenteni, hogy az ágykihasználás országos átlaga 70% körül legyen. (Itt reális, szakmailag indokolt ágykihasználásra gondolok és nem a jelenlegi finanszírozástól ösztökélt felesleges és költséges kórházi felvételekre). A leépítést nem szabad „teríteni”, ebben kizárólag a szakmai minőség, az eddigi és a várható teljesítmény lehet az irányadó. Feltétlenül fontos lenne a szakmai szint figyelembevétel; a mostani finanszírozási rendszerrel szemben, kiemelten kellene támogatni a legbonyolultabb eseteket gyógyító és gondozó regionális központokat és főleg a specialisták kiképzésében is érintett egyetemi gyermekklinikákat. Ennek költségeit a szakmailag valóban elégtelenül működő osztályok bezárásával vagy gyökeres profilváltoztatásával lehetne előteremtteni. (Ezt az elvet a hivatalos nyilatkozatok is hangsúlyozzák, de a valóságban — helyi politikai okok miatt — éppen a leggyengébb pontokhoz nem nyúltak, vagy visszakoztak, és ezzel az „egyenlősdível” csak a jobb intézmények mozgásterét, fejlesztési törekvéseit sikerült redukálni). Az ágy-

szám-csökkentés révén felszabaduló szakképzett munkaerőt továbbra is a gyermekegészségügyben, elsősorban a *járóbeteg-ellátás* és a rehabilitációs tevékenység javításában kellene foglalkoztatni. Itt elsősorban a *szakgondozások* megbecsülése és erősítése lenne a feladat. Érthetetlen, hogy a gyermek-szakambulanciák óriási szerepét a járóbeteg-ellátásban miért nem sikerül elfogadtatni, miért nem értékelik azt, hogy ezeket a legtöbb helyen a fekvőbeteg-osztályok személyzete működteti, és miért kell ezt, az anyagilag is kifejezetten hasznos tevékenységet szinte „ingyen”, bújtatva fenntartani.

A JÖVŐ SZEMPONTJÁBÓL KÜLÖNLEGES JELENTŐSÉGŰ a *speciális fejlesztési programok* és a *rehabilitáció* kérdése. A gyógyítás fejlődésével csökken, de még mindig igen nagy a hibásan született, vagy későbbi betegségéből utóképpel gyógyult, de életképesen felnővekvő gyermekek száma. Szerény becslés szerint, az értelmi, érzékszervi és mozgásszervi károsodottak aránya hazánkban legalább 6%-ra tehető! Az elmúlt években az is nyilvánvaló lett, hogy ezek a károsodások az adott diagnózisnak megfelelő, korán elkezdett fejlesztési, nevelési programokkal és az ezekhez csatlakozó rehabilitációs eljárásokkal (gyógytorna, úzás, lovaglás, stb.) legtöbbször csökkenthetőek, esetleg meg is szüntethetőek. Tágabb értelemben ide tartozik a gyermekek és serdülők pszichológiai és pszichiátriai gondozása (drog!), valamint a gyógypedagógiai oktatás is.

Magyarországon minderre kiváló szakemberek kitűnő módszereket, iskolákat, intézeteket fejlesztettek ki, de ezek a népesség többsége számára elérhetetlenek. Ebben eddig inkább a távolság és a kapacitás hiánya voltak a fő okok, ma inkább az a gond, hogy a szülők a sokféle foglalkozást és az utazást nem tudják megfizetni. Emellett, főleg vidéken, nagy a tájékozatlanság is: a gyermekorvosok sem tudják, hogy a kínálatból melyik az igazán értékes és az adott gyermeknek való. Ezért — korábbi kezdeményezésünknek megfelelően — továbbra is szorgalmazzuk, hogy egy-egy nagyobb gyermekklinika-hoz vagy osztályhoz integrálva regionális (később megyei) központok alakuljanak, amelyek a károsodottak ügyeit az esetleges megelőzéstől a pontos diagnózison és a megfelelő képzési és rehabilitációs módszerek ajánlásán át a jogi tanácsadásig összefogják. Az érintett családok foglalkoztatása lehetőleg lakóhelyükön vagy annak közelében történne, a központ azonban segítene ezt megszervezni és ez egyben bizonyos szakmai garanciát is jelentene. Szerény tapasztalataink szerint, erre óriási igény van, és a várható erkölcsi és anyagi haszonhoz képest minimális költséggel, a helyi viszonyoktól függően, néhány állás átcsoportosításával megoldható.

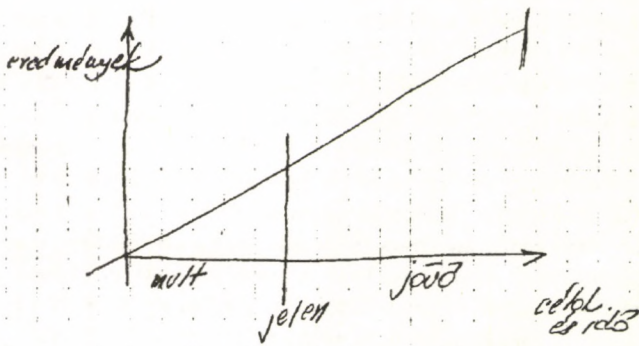
Itt csak utalhatunk rá, hogy hasonlóan fontos, sürgető feladat a serdülők és fiatalok pszichés nevelésének, gondozásának fokozása, javítása. Ebben, remélhetőleg fejlődést hoz a kibontakozóban lévő országos mentálhigiénés program. Ez egyben példa arra is, hogy továbbra is szükség van szakmailag koordinált, ha úgy

tetszik, „központosított” országos programokra. Nem helyeselheto az a felemás megoldás, hogy a reformokat a helyi szervekre bízzák, de az országos irányelv előírja, hogy elsősorban a szülészet és a gyermekgyógyászatot kell „karcsúsítani”. Nem biztos, hogy mindenhol erre van szükség, ezért ez az „eleve elrendeltetés” diszkriminatív az anya- és gyermekellátással szemben.

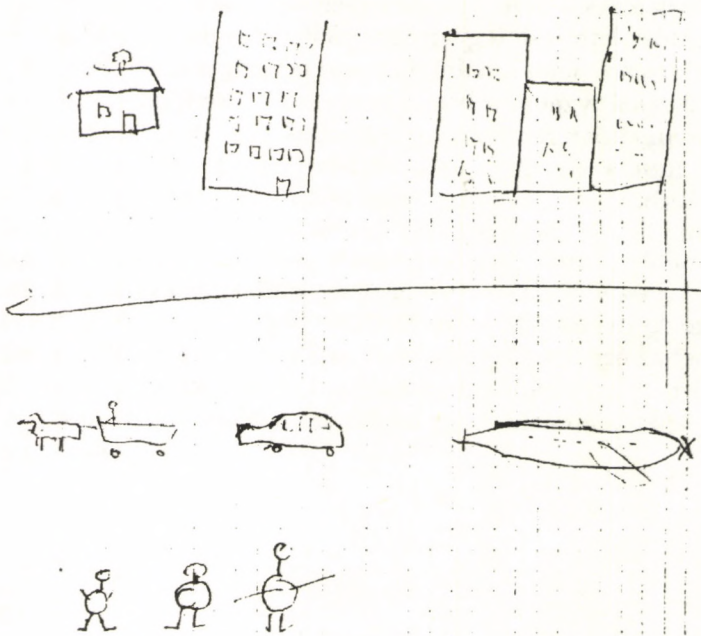
ÖSSZEFOGLALVA, a gyermekegészségügy korszerűsítése aktuális feladat. Ha a mai helyzeten nem sikerül változtatni, vagy a pletykaszinten elterjedt — hivatalosan meg nem erősített, de nem is cáfolt — különböző központi és helyi tervezetek szerint alakul a gyermekek egészségügye, akkor súlyos következményekkel számolhatunk. Ebben az esetben a megelőzés nem tud igazán fejlődni, egyes igen költséges speciális kuratív tevékenységek (újszülött-gyógyászat, gyermekonkológia) tartalékai kimerülnek, a csecsemőhalálozás stagnálni vagy emelkedni fog, a túlélők minősége romolhat, amelyet a rehabilitáció elmaradása csak tovább súlyosbíthat. Kiszámíthatatlanná válhat a csecsemőgondozás és a gyermekközösségek felügyelete, ami hosszabb távon a rákövetkező nemzedék életmódját és egészségét is kedvezőtlenül befolyásolhatja. Ha azonban a reformokat a korosztály sajátosságainak megfelelően és nem a felnőtt betegellátás normái, vagy pillanatnyilag érvényes statisztikai mutatók alapján hajtjuk végre, és kizárólag a szakma szempontjai érvényesülnek, ésszerű átcsoportosítással munkaerőt és pénzt lehetne a fontos speciális eljárások fejlesztésére, a járóbeteg-ellátás és különösen a hátrányos helyzetű és károsodott gyermekek felkarolására, a családokkal való foglalkozásra felhasználni. Ezt sem pénzügyi irányelvekkel, sem az önkormányzatokra bízott gyors helyi döntésekkel nem lehet megnyugtatóan rendezni, ez csak alapos *szakmai viták és egyeztetések után*, az országos igények felméréseivel, *fokozatos átalakulással* érhető el. Lehetséges, hogy így elmarad valamelyes azonnali haszon, de a jövőt csak az egész ország igényeit figyelembe vevő, hosszú távon anyagilag is racionális átszervezéssel lehet szolgálni.

Végül, a szakmai elfogultság vádját vállalva is, újra és újra hangoztatni kell azt a követelményt, hogy az anya- és gyermekvédelmet az egészségügyben és az az élet minden területén kiemelten támogassa a mindenkori hatalom és az egész társadalom. Talán nem kell bizonyítani, hogy ez mindennél jobb befektetés.

MÉHES Károly



gyou dal kodoni idő? 7"



10. ábra. MŰSZAKI VEZETŐ RAJZAI AZ IDŐ MŰLÁSÁRÓL