

A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI BETEGELLÁTÁS A HÁBORÚ ALATT

ÍRTA:
KELETI JÓZSEF

A szociális állam keretében az „egészség” teljesen elveszti magánérdekjellegét és olyan közüggé válik, melyre nézve az egészségügyi törvények és a társadalombiztosítás szabályai az irányadók. A társadalombiztosítás mindenütt, ahol bevezették és ahol korszerű színvonalra emelték, a legfontosabb egészségügyi és szociális, de egyúttal a leghatalmasabb ember-, család-, nép- és nemzetvédelmi tényezővé vált. Teljesítőképességétől függ a nemzettagok millióinak sorsa, különösen mióta az egészségvédelmi szolgálat is működési körébe tartozik. A társadalombiztosítás az ártalmakkal szemben védi, megbetege-
dése, megrokkánása, előregedése esetén szolgáltatá-
saival látja el a családfőt; védi és segíti az anyát, a
csecsemőt és a gyermeket; testben és lélekben erős
felnőtté kívánja nevelni az ifjú munkavállalót, hogy
az minél hasznosabb tagja lehessen a társadalomnak.
Gyámolítja az özvegyeket, árvákat és mindebből
nemcsak az egyénekre és családokra, hanem a köz-
gazdaságra és honvédelemre is felbecsülhetetlen
haszon származik. Az eddigi tapasztalatok mind
meggyőzőbben bizonyítják, hogy minél szélesebb
népréteg tartozik egy-egy országban a társadalom-
biztosításhoz és minél jobb a társadalombiztosítása,
annál jelentősebb az illető ország ember- és nemzet-
védelmi szolgálata. A társadalombiztosítás teljesítő-

képességének fenntartása és növelése tehát minden
időben az egyik legfontosabb országos belügy.
Intézményeinek békében és háborúban egyaránt
maradék nélkül meg kell állaniuk a helyüket.

Most háború pusztítja a világot, mégpedig
„totális háború”, olyan, aminő eddig még nem volt és
amelyik előreláthatólag az egyik fél végkimerüléséig
tart. A legfőbb cél az, hogy hazánk ne a kimerült
félhez tartozzék és hogy népének élet- és munka-
ereje minél tökéletesebben legyen átmenthető a béke-
korszak számára. Hogy gazdasági, ellátási és katonai
vonatkozásokban milyen súlyos feladatokat teremt
a totális háború, azt az arra illetékesek már sokszor
elmondották. Én most néhány szóval azt szeretném
elmondani, hogy a totális háború milyen feladatok
elő állítja az ország orvosi és egészségügyi kérdése-
inek intézőit, közöttük a társadalombiztosítás felelős
vezetőit. *Feladatuk fenntartani az ország népmilliói-
nak lelki és testi épségét, hogy azok a felfokozott
munkát és megpróbáltatásokat a háborús nélkülözések
között is elbírók. Feladatuk, hogy az ország népét a
háborús időkben mindig jobban fenyegető járványok
pusztításától és a táplálkozási zavarok okozta tömeges
megbetegeződésektől megvédjék. Hivatásuk az is, hogy a
testileg-lelkileg legyengülteket, a betegeket és az eset-
leges légítámadások és egyéb katasztrófák sérültjeit
minél egyszerűbb eszközökkel és minél gyorsabban*

talpraállítsák és foglalkozásuknak visszaadják. Óriási feladat nehezül tehát az ország egészségügyi szolgálatára, mint ahogy heroikus feladat hárul az ország népességére. Ebből a tényből az következik, hogy a hátsó arcvonal egészségügyi szolgálatát gondosan meg kell szervezni, ugyancsak hadi készülségre kell emelni. A háborús hátsó arcvonal egészségügyi igényeinek kielégítése nem maradhat el fontosságban a katonai egészségügyi igények kielégítése mögött. Mégis tudomásul kell venni, hogy a katonai igények kielégítése az első, ezért a hátsó arcvonalbeli népesség ellátásában csak a katonaság által meghagyott orvosi munkakerőkre lehet támaszkodni. Ez a tény igen nehéz helyzetet teremt, mert a polgári igények a békeviszonyokhoz képest is, de főleg az ország ismételt területi gyarapodása folytán szintén tetemesen megnövekedtek. Ezeknek az igényeknek kielégítése valójában több orvost kíván, mint amennyi rendelkezésre áll. Az egyensúlyt azonban az igény és teljesítés között mégis fenn kell tartani, mert különben az egészségügyi viszonyok megromlása feltétlenül veszélyezteti a termelés, végeredményben pedig a honvédelem érdekeit is.

Az egyensúlytartás érdekében fel kell mérni a háborús idők és a megnagyobbodott ország polgári egészségügyi igényeit, mint ahogyan a katonaság is felmérte a maga szükségletét. A felmérés eredményeihez képest kell azután a maradék munkakerőn megosztani. A polgári lakosság abból a szempontból nézve, hogy betegsége stb. esetén miképpen jut az orvosi ellátáshoz, két nagy csoportra osztható: a betegségi biztosításhoz tartozók és az oda nem tartozók csoportjára. A biztosított népesség igényeit a tágabb értelemben vett társadalombiztosítás,¹ a nem biztosítottakét legfelsőbb fórumként az egészségügyi kormány képviseli. A „nem biztosított” réteghez az ország jobbmódú és alkalmaztatási viszonyban nem álló polgárságán és az ú. n. felső tízezen kívül az őstermeléssel foglalkozó mezőgazdasági népesség is hozzátartozik, a visszacsatolt felvidéki területrészt mezőgazdasági munkásságának kivételével, mert ez a népréteg az OTI-nál van biztosítva. A „biztosított” réteghez általánosságban az ipar, a kereskedelem, a közlekedés, a magánvállalkozás, a közszolgálat alkalmazottai, illetőleg szellemi és testi munkásai tartoznak. Mindegyik csoport igen népes és a háborús gazdasági élet szempontjából igen fontos. Ezért mindegyik csoport gondviselő tényezőjének arra kell törekednie, hogy a maga feladatának a lehető legjobban megfeleljen. Bár háború idején az orvosi munkakerő mindkét tényezőnek csak korlátozott számban áll rendelkezésére, mégsem szabad a társadalombiztosítás és az egészségügyi kormány

¹ A tágabb értelemben vett társadalombiztosítás körébe az 1927: XXI. t.-c. hatálya alá tartozó intézményeken kívül a betegellátással foglalkozó alakulatokat is beleszámítom pl. az OTBA-t; Székesfővárosi Alkalmazottak Segítő Alapját, stb.

között érdekellentétnek kifejlődnie. Mikor ugyanis az egészségügyi kormány a különböző kórházak, gyógyintézetek, továbbá a falusi népesség orvossal való ellátásáról gondoskodik, egyben a társadalombiztosítás érdekeit is hathatósan képviseli, amennyiben lehetővé teszi a falun vagy kisvárosban lakó, avagy a kórházi kezelésre szoruló biztosítottak betegellátását. A társadalombiztosításnak tehát üdvös munkaközösségre kell lépnie az egészségügyi kormány megfelelő szerveivel és ahol csak lehet, közösen kell gondoskodni a vidéken mutatkozó orvoshiány leküzdéséről. Nagyon komoly formában kell foglalkozni azzal a gondolattal is, hogy a társadalombiztosító intézetek a fővárosban vagy a nagy városokban működő orvosaik közül megfelelő számú az egészségügyi kormány rendelkezésére bocsássanak a vidék ellátása céljából. Minthogy tehát a biztosított és nem biztosított népesség háború alatti egészségügyi ellátásáról csak szoros összefogással lehet gondoskodni - az összefogás pedig csakis egységes elgondolás alapján lehetséges -, itt a legfőbb ideje annak, hogy a legmegfelelőbb tervgazdálkodás rendszerét megállapítsák.

Nem érzem magamat hivatottnak arra, hogy a nem biztosított népesség orvosi ellátása ügyével a mondottakon túlmenően foglalkozzam. A biztosított népesség betegellátási ügyével való foglalkozás tartozik feladataim körébe. A továbbiakban tehát annak felvázolását kísérel meg, hogy hozzávetőleg mekkora a társadalombiztosítás orvosi munkakerő-igénye és hogy miképpen lehet azt kielégíteni.

Az igények megállapítása érdekében a biztosított népesség számát, területi elhelyezkedésének adatait és egészségi kulturális igényeit kell ismerni. A népesség száma évek óta folyton növekvőben van - ezidőszereint a kb. 2.5 millió biztosított után - ezidőszereint hozzá tartozókkal együtt kb. 67 millióra tehető. A biztosított népesség területi megoszlása jól ismert, igénye a biztosításhoz tartozók különböző rétegeinek műveltségi fokától, szociális helyzetétől és nem kevésbé a lakóhelyeken található adottságoktól függ. Más a fővárosi és nagyvárosi, más a kisvárosi és ismét más a falusi biztosítottak igénye.

A tüzetesebb ismertetés érdekében a MABI adataiból indulok ki, mert a hozzátartozó népesség betegellátási kérdéseit négy év tapasztalataim alapján jól ismerem. Tudom azt is, hogy a társadalombiztosításhoz tartozó más intézetek biztosítottjainak igényei a székesfővárosban és környékén, továbbá a nagy iparvárosokban és telepeken a MABI-tagoké mögött nem maradnak el. Ennek folytán úgy vélem, hogy a MABI-ban szerzett tapasztalataimból a társadalombiztosításba sorolt népesség meglehetősen tekintélyes részének igényeire is vonhatok le következtetéseket.

A MABI százezernél valamivel nagyobb számú (legutóbb 106.000) biztosítottjának és igényjogosult hozzátartozóinak betegellátásához a szerződött orvosokra bízott munkaterületen az 1941 évben 1,173.394 szakorvosi rendelés, 381.982 házi-orvosi, illetve körzeti szakorvosi rendelés és 132.023 beteglátogatás „volt szükséges. A folyó 1942 évi igénybevétel nem marad el az előző évi mögött, sőt azt meg is haladhatja. E nagyszámú tevékenységet a folyó évben 190 rendelőintézeti szakorvos, 12 körzeti szakorvos és 95 körzeti kezelőorvos (házi-orvos) végzi és munkájukkal szemben már nem hangzanak el érdemi kifogások. A rendszeresített állásokat betöltő körzeti kezelőorvosokon kívül Budapest távolabbi környékén még 36 megbízott társintézeti orvos is részt vesz a házi-orvosi betegellátásban. Mindezeneken felül sürgős szükség vagy egyéb címen évenként elég jelentékeny számú magánorvosi ténykedést is igénybe kell venni a kórházi és gyógyintézeti kezelésen kívül. Minthogy az utóbb említett orvosok igénybevévését és a magánorvosi ténykedések legnagyobb részét a MABI működési területétől, tehát Budapest és környékétől távolabb lakó kb. 4-6000 biztosított betegellátása okozza, az elsősorban közölt orvosi ténykedések kb. *százezres biztosított létszáma vonatkozthatók.*

Eléggé pontosan ismeretes az az orvosi munkáraórászám is, amelyen át a rendelőintézeti és körzeti szakorvosok, továbbá a körzeti kezelőorvosok *napi magteljesítményképen* dolgoznak. A 190 rendelőintézeti szakorvos naponta átlag 570, a 12 körzeti szakorvos legalább napi 44, a 95 körzeti kezelőorvos pedig szintén legalább napi 570 órán át dolgozik. Az Intézet összes orvosának napi teljesítménye tehát n84Óra. Az orvoscsoportonként közölt elfoglaltságból egy-egy szakorvosra átlag 3, egy-egy körzeti szakorvosra átlag 3.6, egy-egy körzeti kezelőorvosra pedig átlag napi 6 órai munka esik. Meg kell jegyezni, hogy vannak szakorvosok, akik a rendelőintézetben csak napi 2.5, de vannak néhányan már olyanok is, akik napi 4-5, sőt 6.5 órán át dolgoznak. A körzeti orvosi elfoglaltság a taglétszámhoz és a területi viszonyokhoz igazodik. A környéki kis taglétszámú körzetet ellátó orvosok elfoglaltsága napi 2-3, a működési területen belül eső nagy taglétszámú körzeteket ellátóké 6-9 óra között ingadozik. Járványos időszakban, ami majdnem minden évben kb. 6-10 hét tartamára bekövetkezik, a szakorvosi rendelések lebonyolításához bizonyos szakmákon 20-50%-kal, a körzeti orvosi betegellátáshoz 100-300%-kal több munka szükséges. Ezt a munkatöbbletet a szakorvosok rendelési idejük meghosszabbításával, a körzeti orvosok pedig csak emberfeletti túlmunkával és kisegítő orvosok támogatásával képesek ellátni.

A közölt adatokból többirányú következtetések vonhatók le. Először is meg lehet állapítani, hogy a

MABI-ban biztosított népesség orvoshoz fordulási hajlandósága, úgy is mondhatnám „orvos-fogyasztása” igen nagy, jóval nagyobb, mint a nem biztosított népességé. Az ismertetett számú orvosi ténykedésből minden egyes biztosítottra egy év folyamára 10-12 szakorvosi, 3-4 körzeti orvosi rendelés és legalább egy háznál tett látogatás esik. Szinte lehetetlen, hogy a MABI-tagok és hozzátartozóik annyira betegek lennének, hogy ilyen nagy orvosi istápolásra szorulnának, különösen akkor, ha figyelembe vesszük a klinikai, kórházi és gyógyintézeti beutalások nagy számát is. Miként előbb már mondtam, *ilyen nagymérvű a többi betegségi biztosítóintézethez tartozók orvosi kezelésekre iránti igénye is, ezért a közölt adatokat a fővárosban és környékén, továbbá a nagy iparvárosokban és ipartelepeken élő biztosított népesség „orvos-fogyasztására” nézve irányadónak tartom.* Emellett természetesen keresni kell e jelenség okait és a rendes mederbe visszatérés módjait is, mert, mint később rátérek, az orvosok nagymérvű katonai, vagy közérdekű munkaszolgálatra behívása esetén az ennyire felfokozott igények teljesítése lehetetlen lesz. Amennyire kívánatos az egészségügyi kultúra terjedésével velejáró nagyobb orvosigénylés, annyira helytelen és káros az orvosoknak az a feleslegességig menő igénybevétele, ami a hazai biztosított népesség részéről tapasztalható.

E megállapítás lerögzítése után visszatérek a mai rendszer mellett ténylegesen mutatkozó szükséglet kérdésére és bizonyos fenntartással úgy merek nyilatkozni, hogy a biztosítottak és hozzátartozóik minden tízezernyi tömegének elfogadható betegellátásához nagyjában *napi 118-120 munkaóra szükséges.* Ebből átlag 57-58 óra esik a különböző szakorvosokra, 4.5-5 a körzeti szakorvosokra (főleg a nőorvosokra) és ugyancsak 57-58 a körzeti kezelőorvosokra (azaz házi-orvosokra). Ott sem igen változik a helyzet, ahol nincsenek szakorvosok (pl. kisvárosokban, falvakban), mert az ilyen helyeken a szakorvosok munkakörének nagyrészt a házi-orvosok kénytelenek elintézni. Ezeknek ráadásul sokkal több időt kell eltölteniök a rendelőtől és az egymástól távolosó betegek felkeresésével. A tapasztalat valóban azt mutatja, hogy a kb. 100 tagot ellátó vidéki körzet orvosának napról-napra megadódik az egy-egy órai vagy azt meghaladó elfoglaltsága.

Az éveken át folyó pontos statisztikai adatgyűjtés révén ismeretes a szakorvosok szakmák szerinti igénybevévésének aránya is. Így meglehetősen pontosan meg lehet határozni az egyes szakmák orvosai számára szükséges átlagos munkaórák számát is. Az idevonatkozó adatok ismertetésével azonban nem terhelem az olvasót.

Rátérve a társadalombiztosítás háborús idők alatti helytállásának kérdésére, *azon a nézeten vagyok, hogy az elfogadható betegellátás érdekében a megjelölt orvosi munkaóramennyiséget lehetőleg biztosítani kell.*

Más kérdés az, hogy a területi sajátos viszonyok között ehhez hány orvos, helyesebben hány szakorvos és hány háziorvos szükséges. Annak ellenére azonban, hogy ma még nem is áll mindenütt a betegek rendelkezésére az általam megjelölt munkaóramennyiség, – merem állítani – *Budapesten mégis kevesebb orvos is elegendő lesz, mint amennyit ma foglalkoztat a társadalombiztosítás és a vidéki nagy iparvárosokban sem kell több, azt a látszólag merész állítást az alábbiakkal bizonyítom.*

Az egészségügyi kormány illetékes szervének megállapítása szerint a társadalombiztosítás keretében szervezett szerződött orvosi állások száma 1941-ben 5355 volt. Ma már ennél is több! Ez azonban nem jelenti azt, hogy ugyanannyi a szerződött orvosok száma is, mert az lényegesen kevesebb. A való helyzetre nézve az Országos Orvosi Nyugdíjintézet szintén 1941 év végére vonatkozó statisztikai adatai nyújtanak némi tájékoztatást. A betegségi biztosító intézetek többsége ugyanis a Nyugdíjintézet révén biztosítja szerződött orvosai nyugellátását, a nagyobb intézmények közül csak az OTBA orvosai hiányoznak a tagok sorából. Ugyanakkor, amikor az állam 5355 állást tartott nyilván, a Nyugdíjintézet 3908 állás nyugdíjbiztosításával foglalkozott. Ezt a 3908 állást 3233 biztosítóintézeti orvos töltötte be, ami azt jelenti, hogy egy-egy orvosnak több szerződött orvosi állása is van. Talán nem lesz érdektelen az sem, ha a megoszlás adatait is közlöm, mert ez az orvosok foglalkoztatására, helyesebben mondva az orvosi munkaerők kihasználási fokára nézve is támpontot ad. A Nyugdíjintézet adatai szerint a 3233 orvos közül 512-nek van 2 állása, 59-nek 3 állása, 12-nek 4 állása, 1-nek 5 állása és szintén 1-nek 6 állása. Meg kell jegyezni, hogy legtöbbször a két, de a több, sőt az öt-hat állás sem tesz ki egy egész napi elfoglaltságot. Hogy az új orvosi álláshalmazás – ami azelőtt kárhóztatott dolog volt, ma pedig már egyenesen kívánatos lett – ezidőszent mennyire elterjedt és hogy egy-egy „álláshalmazó” számára valójában mekkora elfoglaltságot jelent, álljanak itt az alábbiak.

A MABI 190 rendelőintézeti orvosa közül 82-nek van részben az Intézetben belül – részben másutt egy vagy több állása. E 82 orvos közül kb. egyharmadrész tekinthető teljesen elfoglaltnak, esetleg már túlterheltnak is, a többség legfeljebb csak napi 4.5-6 órán át dolgozik. 108 szakorvosnak nincs más állása és a MABI-beli átlag napi 3 órai elfoglaltsága és teljesen bizonyítatlan lekötöttséget jelentő magángyakorlata révén kénytelen megélni. Az összesen 107 körzeti kezelő- és szakorvos közül 63-nak van az Intézetben belül vagy másutt is állása. Ezek az orvosok – némi magángyakorlatukat is beleszámítva – teljesen lekötötteknek tekinthetők, de a 44 egyállású körzeti orvos közül csak kevésnek van olyan

nagy taglétszámú körzete, hogy meglévő magángyakorlatát is figyelembe véve, teljesen lekötötteknek tekinthető lenne.

Az elmondottakból megállapítható, hogy elég jelentős orvosi munkaerő hever parlagon, amit a társadalombiztosítás számára értékesíteni lehetne! Ez a tény lehetővé teszi azt, hogy a katonai behívások okozta hiányt bizonyos mértékig a társadalombiztosítás keretében már foglalkoztatott orvosok munkereje pótolja. Ezenkívül lehetővé teszi azt is, hogy azoknál a betegségi biztosítóintézeteknél, melyeknek teljesítőképességét a háborús behívások okozta hiányok pótlásán túlmenően is fokozni kell, ezeket a munkaerőket vegyük igénybe. Ha az esetleges továbbfejlesztés lehetőségének kereséséről van szó, nem szabad számításon kívül hagyni a fővárosban és esetleg az egyes nagyobb, főleg egyetemi városokban fellelhető állás nélküli orvosok bevonását sem.

Ezek után szeretném felhívni a figyelmet a katonai szolgálat által teremtett mai helyzetre. 1938 óta sohasem teljes a betegségi biztosítóintézetek megállapított orvosi létszáma, mert az orvosok jelentékeny száma katonai szolgálatot teljesít. A jelzett időpont óta a behívottak helyettesítése bizonyos szakmákban nehézséget okoz. A törvényes rendelkezéseknek megfelelő származású röntgenező orvost, szemészt, laboratóriumost és tüdőgyógyászt csak kivételesen, vagy sehogysem lehet találni – de azért eddig még mindig lehetett pótolni a hiányt. Ha másképpen, nem ment, a rendeléseken visszamaradtak munkaidejét hosszabbítottuk meg, avagy a szomszédos körzeti orvos vállalta magára a helyettesítést.

Reméljük, hogy további nagyobbarányú behívásokra nem kerül a sor, de egyáltalán nem szabad kihagyni a számításból, hogy a betegségi biztosító intézetek kénytelenek lesznek nélkülözni szerződött orvosainak a mainál esetleg nagyobb részét. Tehát minden eshetőségre fel kell készülni. Többek között arra is, hogy a polgári lakosságot – így a biztosított népeiséget is igen kedvezőtlen egészségi viszonyok vagy egyéb természetű csapások sújthatják, amikor a betegellátásnak egyáltalán nem szabad csődöt mondania. Hogyan lehetséges ilyen körülmények között a helytállás? Ez úgy és csakis úgy képzelhető el,

1. ha a biztosítóintézetek egységes irányítás mellett pontosan felméri szükségletüket, megállapítják orvosaik elfoglaltságát és igénybevehető idejét és ennek alapján elkészítik a szükségsgazdálkodás terveit,
2. ha az intézetek a rendelkezésükre álló orvosok teljesítőképességét és munkakedvét felfokozzák,
3. ha az egészségügyi kormány a társadalombiztosító intézetek számára is kirendel munkaszolgálatosokat,

4. ha a véderő is lehetővé teszi a helyi szolgálat teljesítésére behívott, de nem teljesen kihasznált orvosok társadalombiztosító intézeti foglalkoztatását és rendezi díjazásuk kérdését,

5. ha a belügyi kormányzat és a többi illetékes minisztérium is hozzájárul ahhoz, hogy a társadalombiztosító intézeteknél, vagy egyéb közhivatalokban tisztviselőkként működő orvosok, – amennyiben állásukban nagyobb foglalkoztatásuk nem vált szükségessé – a társadalombiztosító intézeteknél gyógyító (szerződött) orvosként működhessenek,

6. ha kifejlődik a munkaközösség az egyes betegségi biztosító intézetek között, továbbá a biztosító intézetek és egyéb egészségügyi intézmények között és orvosaik kölcsönösen kisegítik egymást,

7. ha megvalósul az orvosi munkaerő kihasználása érdekében az annyira szükséges ökonómia,

8. ha a biztosított népesség, belátva a háborús szükséghelyzetet, orvosi igényét mérsékli és helyes mederbe tereli.

Az 1., 3., 4., 5., 6., 7. sorszám alatt említett feltételek nem igényelnek bővebb fejtegetést. A 2. alatt említetthez a következő kiegészítést fűzöm.

A szerződött orvosok teljesítőképessége többek között úgy fokozható fel, ha például a szakorvosok foglalkoztatása lehetőleg egy intézeten belül történik és így az orvosoknak nem kell órákat eltölteniük az egyik munkahelyről a másikra utazással. Amikor ezt javaslom, be kell vallanom, hogy ennek a szándéknak a szerződött orvosok mai adóztatási rendszere nagyon is útjában áll, ezért azt az egy intézeten belüli többszörös foglalkoztatás lehetővé tétele érdekében módosítani kellene.

A szakorvosok munkateljesítményét nagyon felfokozná, ha maguk mellé a feltétlenül szükséges írásbeli munka elvégzésére kisegítő munkaerőket kapnának. A nagy területek naponta többszöri bejárására kényszerülő körzeti orvosok teljesítőképességét az autótartás előmozdításával és járműveik kellő mennyiségű üzemanyaggal való ellátásával lehetne felfokozni. A munkakedv serkentésére alkalmas a szerződött orvosok illetménykérdéseinek rendezése és szociális helyzetük megjavítása.

A nyolcadik helyen – utolsónak – említett feltétel megteremtése érdekében a biztosítottak tömegeihez kell szólni a felvilágosítás szavával, minden rendelkezésre álló lehetőséget megragadva: hírlapi cikkek, rádióelőadások és a munkás érdekképviseltek részéről elhangzó figyelmeztetések útján. Feltétlenül szükség van a betegsegélyezési rendtartás

mielőbbi kibocsátására is. Ennek megalkotását egyébként az 1927: XXI. t.-c. 100. §-a az önkormányzati közgyűlés hatáskörébe utalja. Ebben a rendtartásban (és ha ez időben el nem készült, az azt pótló kormányrendeletben) elő kell írni a legnagyobb takarékossgot, azaz lelkiismeretességet az orvoshívás terén. Ha a polgári lakosság a háborús kényszerhelyzet miatt csökkenteni kénytelen a fogyasztási, fűtési, világítási, ruházkodási, utazási, stb. igényeit, tanuljon önfegyelmet az orvos- és a gyógyszerigénylésben is és kiki a komolyan beteg biztosított társának jobb orvosi ellátása érdekében tartózkodjék az orvosok megokolatlan házhoz hívásától. Ha ez másképpen nem sikerül, valami alkalmas fékezőrendszerrel kell bevezetni.

Az elmondottak a társadalombiztosítás ügynevezett gyógyítóorvosi szolgálatára vonatkoznak. Emellett igen jelentős munkateljesítményt fejt ki az egyes intézeteket ellenőrző tisztviselőorvosi kar és az ügynevezett saját kórházak és gyógyintézetek orvosi személyzete is. Ez utóbbi két szolgálatnak sajátosságai lényegesen eltérnek a szerződött orvosok útján nyújtott betegellátástól. Ez a szolgálat sokkal jobban kézben tartható és bár szintén nagyon fontos, lényegesen kevesebb munkaerővel bonyolítható le. A már említett belügyminisztériumi adatszolgáltatás szerint a társadalombiztosító intézeti tisztviselő- (ellenőrző, kórházi, szanatóriumi, egyéb gyógyintézeti) orvosok száma 1941-ben 317 volt. Ez az aránylag kicsi létszám annak tulajdonítható, hogy a tisztviselőorvosok munkakörének és számának megállapítása terén már kezdettől fogva érvényesült az annyira szükséges ökonómia.

A katonai behívások és a munkaszolgálatra kirendelések a tisztviselőorvosok számát is apasztják és miattuk a felülvizsgálatok és kórházi osztályok ellátása már több helyen meglehetősen nagy nehézséggel jár. Minthogy e kérdések rendezése – tisztviselőkről lévén szó – kizáróan a kormányra tartozik, problémáit nem érintem. Tagadhatatlan azonban, hogy e kérdések elrendezésétől is nagymértékben függ a társadalombiztosítás háborús teljesítőképessége.

A hosszúra nyúlt ismertetés során igyekeztem a tárgyalt kérdés főbb nehézségeit és sajátosságait megvilágítani. Szeretném, ha az olvasó arra a meggyőződésre jutna, amit én vallok, hogy az egészen szélsőségesen válságos időktől eltekintve, kellő eréllyel és előreható elrendezéssel a háború alatt is lehet biztosítani a kielégítő betegellátást a társadalombiztosítás intézményeiben.