

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS ÉS KÖZEGÉSZSÉGÜGY

ÍRTA:
SZÉKELY MIKLÓS

A XX. század első évtizedében korunk mozgató erőinek tekintették a sajtót, a kapitalisztikus termelési rendet, s csupán néhány rövid évtized leforgása kellett hozzá, hogy a kialakult új közfelfogás a szervezett társadalmi élet uralkodó eszméáramlataként a szociális és higiénikus berendezkedés szükségességének gondolatát ismerje el.

A Nemzetközi Állam- és Közigazgatástudományi Akadémia alapítása alkalmával 1942 évi május hó 8-án tartott beszéde során dr. Stuckart Vilmos államtitkár a háború utáni közigazgatási feladatokról megemlékezvén, ennek a felfogásnak a következőkben ad hangot: „Ilyen feladatokként a háború gazdasági következményeinek igazságos és helyes gazdasági rend által való elhárítása mellett csak példaképpen említem meg népeink biológiai létérdekére oly sürgető kérdéseket, mint aminők a lakáskérdés, a mezőgazdasági munkáskérdés, átfogó egészségügyi gondozás felépítése, valamint a munkaerő növelésére és fenntartására irányuló intézkedések.”

A magyar legfőbb államvezetés is ebben a gondolkörben mozog s legutóbbi két évtizedünk jogalkotásai állami és társadalmi életünknek ebben az irányban való átállítására törekednek.

Az elért eredményeket ma már nem lehet lekicsinyelni. Ha nem is létesítették volna az Országos Nép- és Családvédelmi Alapot, ha nem is szervezték volna újra az egész közegészségügyi szolgálatot s ha nem gondoskodtak volna a népbetegségek elleni védekezésről, mint ahogy az megtörtént, már akkor is óriási eredményként kellene elkönyvelni, hogy sikerült bevinni a köztudatba a szociális és higiénés gondolatot, amely olthatatlanul ég és lobog s többé háttérbe nem szorítható.

Ennek a két gondolatnak nagy közös forrása a magyar társadalombiztosítás intézménye. Bárha ennek a két gondolatnak egymásra való kölcsönhatásait közigazgatási rendszerünkben igen sok vonatkozásban kimutathatjuk, mégis az összefüggések legszemléltetőbben a társadalombiztosítás terén mutathatók ki. *Lényegében a társadalombiztosítás oly szociális intézmény, amely elsősorban közegészségügyi tevékenységet f ejt ki.* Ez a tétel teljes egészében áll a betegségi és baleseti biztosításnál, viszont a korai megrokanás elleni védekezés keretében helytálló az öregeségi, stb. biztosításra nézve is.

Vegyük már most közelebről szemügyre a társadalombiztosítás és a közegészség egymáshoz való viszonyát.

A társadalombiztosítás a népesség egészségügyi ellátása szempontjából a középső helyet foglalja el. A legszegényebb társadalmi rétegek egészségügyi ellátása a hatósági orvosi szolgálat útján, ingyenes gyógyszerellátás felhasználásával történik, a kórházi ápolás költségeit pedig közköltségen fedezik. A legfelsőbb rétegek gyógykezelésükről, illetőleg kórházi ápolásukról – amennyiben a jogszabály nem ír elő gyógykezelési kényszert – maguk gondoskodnak. A társadalom nagy középtömege a társadalombiztosítás útján részesül egészségügyi ellátásban. Az egyes személyek társadalmi helyzetében történő eltolódások hozzák magukkal, hogy a biztosítottak egy része felemelkedése révén maga gondoskodik egészségügyi ellátásáról, más része a biztosítottaknak viszont a munkaviszony megszűnése folytán hatósági ellátásra szorul.

A társadalombiztosítás egészségügyi feladatait e célra rendelkezésre álló külön orvosi személyzettel s az egészségvédelem és gyógyítás céljait szolgáló intézményekkel valósítja meg.

Az orvosi személyzet kis részben tisztviselő-orvosokból áll, a többi orvos a biztosító intézetekkel szerződéses viszonyban van. Az orvoskérdés jelentőségére élesen rávilágít, hogy az ország mintegy 13.000 főnyi orvoslétszámával szemben a társadalombiztosító szervek orvosalkalmazottainak száma: 5038 szerződéses orvos és 317 tisztviselő-orvos (1940 évi adatok). A gyakorlatban természetesen sok orvos több szerződéses alkalmazást is ellát, mindazonáltal a rendszer nem olyan alapelveken épül fel, amely az orvosi munkaerő teljes kihasználását tűzi ki feladatául. A ma problémái közé tartozik az orvoshiány megoldása, amelynek érdekében mindenekelőtt az orvosképzés idejének megrövidítése van tervbevéve, de jelentkezett annak a gondolata is, hogy az orvosi közfunkciók általában „full time”, tehát munkaidejüket teljesen lekötött emberekkel láttassanak el. Ennek a gondolatnak megvalósítása érdekében a betegségi biztosító intézetek orvosi személyzetét - a biztosító intézetek önállóságának egyéb tekintetben való fenntartása mellett – közös létszámban kellene egyesíteni. Kétségtelen, hogy ilyen rendszer mellett a biztosítottak betegellátásánál kevesebb orvos foglalkoztatására lenne szükség s az orvosfelesleg a közegészségügyi szolgálat egyéb munkaterületein lenne felhasználható. Ennek az elgondolásnak előmozdítására alkalmasnak látszik a legutóbb kiadott 7200/1942. M. E. számú rendelet 43. §-a, amelynek értelmében a belügyminiszter az 1927: XXI. t.-c. 92. és 93. §-ában és továbbmenően az 1928: XL. t.-c. 101. §-ában felsorolt biztosító inté-

zetek orvosi szolgálatának javítása érdekében egyes szervezeti, hatásköri és eljárási kérdésekben a törvénytől és egyéb jogszabályoktól eltérő rendelkezéseket és intézkedéseket tehet és ezek előkészítésére, valamint végrehajtására a szükséghez képest miniszteri biztost küldhet ki.

Megemlítésre érdemes a Herepey-Csákányi Győző dr. által felvetett az az elgondolás is, amely a kérdést olyképpen véli megoldani, hogy a szociális biztosítás intézményei között munkaközösség létesüljön. Érdekes az általa felhozott szemléltető eset: „Budapestén egyik OTI körzeti orvost influenza járvány idején beteghez hívták, ahol ugyanabban az időben egyik OTBA orvos is végezte vizsgálatát; röviddel azután a képviselőház orvosa is megjelent. Három orvos vizsgálta ott egyidőben a családnak különböző intézményekhez tartozó tagjait. Három orvos, egyidőben, ugyanannál a családnál!”

Társadalombiztosítási orvosi ellátásunk egyébként a kötött rendszeren épül fel. Ennek a rövid összefoglalásnak nem célja, hogy a kötött rendszer, illetőleg a szabad orvosválasztás, valamint a félig kötött rendszer előnyeit és hátrányait ismertesse; e tekintetben utalok dr. Szeibert János „Orvoskérdés a társadalombiztosításban” című kimerítő munkájára.

Mint a társadalombiztosításnak és a közegészségügynek az orvosi ellátás szempontjából való összefüggésére, érdekes példaként hozható fel az 1927: XXI. t.-c. 118. §-a. Ennek értelmében a községi és körorvosok, továbbá a városi orvosok kötelesek az OTI orvosi tennivalóit külön szerződés hiányában is ellátni abban az esetben, ha az intézetnek a községben, illetőleg a közegészségügyi körben vagy a városban kellő számú szerződéses orvosa nincs. Ugyancsak a helyhatósági orvosokat veszi igénybe az 1900: XVI. t.-c. 33. §-a a gazdasági munkások baleseti biztosítása körében jelentkező gyógykezeléseknél.

Egészségvédelmi szolgálatunk intézményes kiépítése a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálat keretében történt. Ennek intézményei közé tartoznak a tüdő- és nemibeteg-gondozó intézetek is. Az 1940: VI. törvénycikk a gümőkór és a nemibetegségek elleni védekezés körül zárt rendszert épít ki, amelyben a társadalombiztosító intézeteknek is fontos szerepet biztosít.

Alapelv a gümőkór és a nemibetegségek elleni védekezés tekintetében, hogy a biztosítottak, valamint igényjogosult családtagjaik gondozása a közületek által fenntartott tüdő-, illetőleg nemibeteg-gondozó intézetekben történik. A gondozás ellátásáért, nemkülönben a létesítési költségek részleges viselése címén a biztosító intézetek, valamint az 1928: XL. t.-c. 10. §-a alapján létesített nyugdíjintézmények hozzájárulást kötelesek fizetni, még pedig olyan arányban, miként a gondozó intézet működési terü-

letének biztosított népességéhez a gondozó intézet működési területének egész népessége viszonylik. A belügyminiszter azonban évenként is megállapíthatja azt az összeget, amelyet a biztosító intézetek, illetőleg nyugdíjintézmények hozzájárulás címén fizetni kötelesek. A belügyi tárca 1943 évi költség-előirányzatában ezek a hozzájárulási összegek 1,664.700 pengőben vannak előirányozva. Tehát a hozzájárulás a költségvetés „Fertőző- és népbetegségek elleni védekezés” rovatán e címen előirányzott kiadásnak mintegy 25%-a.

A biztosító intézetek részére lehetővé teszi az 1940: VI. törvénycikk azt is, hogy belügyminiszteri engedéllyel maguk tarthassanak fenn tüdő-, illetőleg nemibeteg-gondozó intézeteket. A hozzájárulási összegek annak figyelembevételével állapíthatnak meg, mennyiben látja el a biztosító intézet saját maga a gondozást.

Korábban a jogszabály (258.000/1934. B. M.) lehetővé tette azt is, hogy a biztosító intézetek nemibeteg-gondozó intézetek fenntartásában munkaközösségi alapon vegyenek részt. Ezt a rendszert a 888/1940. B. M. számú rendelet kifejezetten is megszünteti, a biztosító intézet tehát vagy saját maga tart fenn gondozó intézetet, vagy pedig a teherviselésben részesedik.

A biztosító intézetek által fenntartott tüdő-, illetőleg nemibeteg szakrendelések fokozatosan megszűnnek vagy pedig gondozó intézetekké alakulnak át. Az átalakulás lényegében azt jelenti, hogy a szakrendelést a családlátogatással (gondozással) kell kiegészíteni. Az Országos Társadalombiztosító Intézet keretében 1943 évi január hónap 1. napjával a tüdőbeteg szakrendelés általában megszűnik, kivéve az olyan helyeken, ahol még nem létesült tüdőbeteg-gondozó intézet s így a gümőkóros megbetegedésben szenvedő biztosítottokról, illetőleg igényjogosult családtagjaikról továbbra is szakrendelés útján kell gondoskodni. Az Országos Társadalombiztosító Intézet erőteljesen építi ki gondozó intézeteit azokon a helyeken, ahol önálló intézmény fenntartására nyert engedélyt (Budapest, Debrecen, Miskolc, Pécs, Szeged). Folyamatban van az orvosi létszám kiegészítése, a rendelési idő felemelése, a szükséges felszerelés (laboratórium, mikroszkóp, röntgen) biztosítása, a segéderők (asszisztensek) alkalmazása. Ez utóbbiak három hónapos külön kiképzésben részesülnek. A védőnői szolgálatot Budapesten az OTI saját alkalmazottaival látja el, más helyeken a zöldkeresztes egészségügyi védőnők látják el a biztosítottaknál szükséges családlátogatásokat is. A saját kezelésben levő gondozó intézetek elhelyezése ma még nem tekinthető véglegesnek, székházépítések is tervbe vannak véve. Kiadás előtt áll a tüdőbeteg-gondozó intézetek rendtartása is.

A nemibeteg-szakrendelések átalakítása az OTI keretében már nagyobb nehézségekkel jár. A belügy-

miniszter engedélyt adott ugyan az OTI-nak több önálló nemibeteg gondozó intézet felállítására, mindazonáltal ezek a gondozó intézetek nem helyettesíthetik teljesen az urológiai, bőr és veneriás szakrendeléseket. Az átszervezés folyamatban van, a különböző szakrendeléseknek egy gondozó intézetben való egyesítése mindenestre nem könnyű feladat.

A fentebb hivatkozott 1940: VI. törvény cikk a védekezés szervezetébe való beillesztésén kívül egyéb vonatkozásban is erősen érinti a biztosító intézeteket. A törvény ellenőrző vizsgálati rendszert honosít meg s ennek során kimondja, hogy közfogyasztásra szolgáló élelmiszerek és italok, továbbá fogyasztásra szánt élvezeti cikkek, gyógyszerek (szérumok) és tápszerek ipari előállításában, kezelésében vagy forgalombahozatalában, végül a fodrász-, kozmetikai és manikűr ipar körében csak olyan személyeket szabad alkalmazni, akik gümőkóros megbetegedésben nem szenvednek. Ugyancsak elrendeli a törvény, hogy a háztartásban alkalmazottakat (házvezetőnők, házi-cselédek, dajkák, nevelők, társalkodók, felolvasók, ápolók, stb.), valamint a biztosításra kötelezett bejárókat is időnkint ellenőrizni kell a fertőzőképes gümőkóros megbetegedés szempontjából, a dajkaszolgáltatásra vállalkozókat pedig evégből minden munkaviszony megkezdése előtt meg kell vizsgálni. Minthogy a törvény a betegnek talált személyekre nézve alkalmazási tilalmat állít fel, kétségtelen, hogy a biztosító intézetek ebben a viszonylatban erősen növekedő munkaterülettel számolhatnak. A részletes eljárási szabályokat a 888/1940. B. M. számú rendelet tartalmazza, mely egyben a biztosító intézetekkel való együttműködés tekintetében különleges szabályokat is hoz. Sajnos, a háztartási alkalmazottak kötelező ellenőrző vizsgálata a gyakorlatban mindezt ideig nem valósult meg, az 1943 évi január hónap 1. napjától kezdődőleg azonban – megállapodásszerűen – az OTI-nak a vizsgálatok bevezetéséről gondoskodnia kell.

Az egészségvédelmi szolgálat körében kell megemlékezni arról a munkáról is, amelyet a biztosító intézetek a házasságkötés előtti orvosi vizsgálatokkal kapcsolatosan kifejtenek. Az 1941: XV. t.-c. 1. §-a kimondja, hogy a tisztí orvos elengedheti a házasság személyes megjelenését és megvizsgálását, ha a házasság gümőkór tekintetében az 1940: VI. t.-c. 11. §-ában, nemibaj tekintetében pedig ugyanennek a törvény cikknek 35. §-ában megjelölt valamely közegészségügyi szervnek bizonyítványát szolgáltatja arról, hogy nála fertőző gümőkór, illetőleg fertőző nemibaj nem állapítható meg. A hivatkozott törvényhelyek értelmében a biztosító intézetek által fenntartott gondozó intézetek is jogosítottak ilyen orvosi bizonyítványok kiadására. Az 1941: XV. t.-c. 1. §-a a nők vizsgálata tekintetében is alkalmaz könnyítést, amikor lehetővé teszi a tisztí orvosi vizsgálat mellő-

zését arra az esetre, ha a belügyminiszter által feljogosított orvos igazolja, hogy a szóbanlevő kóros állapotok egyike sem volt megállapítható. Az 1111/1941. B. M. számú rendelet 3. §-a szerint ilyen feljogosított orvosnak tekintendő többek között a kötelező betegségi biztosítás intézeténél alkalmazott s a házasság lakóhelye szerint illetékes körzeti kezelőorvos.

*

A társadalombiztosítás közegészségügyi szempontból legjelentősebb feladatát a beteggyógyítás terén fejtí ki. A betegek ellátása a szükséghez képest kórházon kívüli gyógykezelés formájában, vagy pedig kórházi (gyógyintézeti) ápolás útján történik.

A kórházon kívüli betegellátás körében a biztosítási viszony, illetőleg a keresőképtelenségi segélyezés tartama alatt, sőt azon túl is tízenhárom héten át orvosi gyógykezelés jár a biztosítottnak és családtagjának, amelyet a biztosító intézet körzeti vagy rendelőintézeti szakorvosai útján ad. Az említetteknek ugyanerre az időre gyógyszerek, gyógyvizek, gyógyfürdők és gyógyászati segédeszközök járnak. A keresőképtelen biztosítottakat legfeljebb egy évig terjedő keresőképtelenségük tartamára táppénz, a szülönőket pedig terhességi, gyermekágyi és szoptatási segély illeti meg.

Bikkal Dénes „Társadalombiztosítástan” című munkájában érdekes összehasonlító táblázatot közöl a magyar betegségi biztosító intézmények szolgáltatásairól. Bárha mind a járulékkulcs, mind a szolgáltatások tekintetében elég nagy a különbség, mindazonáltal az ellátott különböző társadalmi rétegek különleges igényei ezt az ügyviteli szempontból súlyos terhet jelentő rendszerbeli megoldást kellően indokoltá teszik.

A kórházi (gyógyintézeti) ápolás kérdését a 7200/1942. sz. M. E. számú rendelet (10. és 11. §) nagyrésztben újra szabályozza. Az új szabályozást különösen nagy közegészségügyi jelentőségére tekintettel a tételes jog teljes közlésével az alábbiakban ismertetjük.

A biztosító intézet a biztosítottat vagy igényjogosult családtagját a megszabott időbeli és a 6000/1931. M. E. számú rendeletben foglalt egyéb korlátok közt - kérésére vagy beleegyezésével kórházba (gyógyintézetbe) utalhatja, abban az esetben pedig, ha a kórházi (gyógyintézeti) ápolás a gyógyítás érdekében szükséges, kórházba (gyógyintézetbe) utalni köteles.

Beleegyezése nélkül is kórházba (gyógyintézetbe) utalható a gyógykezelésre igényjogosult biztosított vagy igényjogosult családtagja, ha betegsége olyan természetű, hogy a kórházi (gyógyintézeti) ápolást szükségessé teszi, vagy ha az igényjogosult az orvos utasításainak szándékosan nem tesz eleget és ezzel gyógyulását késlelteti; végül beleegyezése nélkül kórházba (gyógyintézetbe) utalható az is, aki kielégítő háziápolásban nem részesülhet, valamint az

is, akinek állapotát kielégítő módon kideríteni csak kórházi megfigyeléssel lehet.

A kórházba (gyógyintézetbe) utalt és felvett igényjogosult beszállítási és hazautazási költsége a biztosító intézetet terheli.

A biztosító intézet, a belügyi tárca keretében engedélyezett nyilvános betegápolási átalány, illetőleg a belügyi, valamint a vallás- és közoktatásügyi tárcák keretében a betegápolási költségek fedezésére előirányzott hitelösszeg terhére, úgyszintén az alapok és az alapítványok terhére történő kórházi (gyógyintézeti) ápolás tartamát a táppénzzel segélyezés tartamába és viszont a táppénzzel segélyezés, valamint az előbb felsorolt teherviselők terhére történő kórházi (gyógyintézeti) ápolás tartamát a biztosító intézet terhére történő kórházi (gyógyintézeti) ápolás tartamába be kell számítani, tekintet nélkül arra, hogy az ápolás közkórházban vagy magánkórházban, illetőleg magángyógyintézetben történt-e.

A biztosított vagy igényjogosult családtagja közkórházban történt ápolásának költsége – a megszabott időbeli és a 6.000/1931. M. E. számú rendeletben foglalt egyéb korlátok között – a biztosító intézetet csak abban az esetben terheli, ha a beteget a biztosító intézet utalta be, vagy ha a beutalás kérésének vagy a beutaló intézkedés bevárásának elmulasztását bizonyított sürgős szükség okozta. A sürgős szükség fennállását a közkórház igazolja.

A közkórházi ápolási költség a biztosító intézetet az ápolásbavétel napjától a legelső kórházi osztály szerint terheli. A biztosított ápolásának huszonnyolcadik napját követő időre a biztosító intézet a közkórház részére csak a legelső kórházi osztály ápolási költségének fele összegét téríti meg; a kórház az ápolási költségnek ezt meghaladó részét sem az intézettől, sem a biztosítottól, sem az egyébként kórházi ápolási költség szempontjából törvény szerint fizetésre kötelezett hozzátartozóitól, sem a munkaadótól nem követelheti. Ha a kórházi ápolásban megszakítás van, a teljes ápolási költség megtérítésére igényt adó huszonnyolc nap számítása újra kezdődik abban az esetben, ha a korábbi ápolás utolsó napja és az – akár ugyanazon, akár más betegség miatt szükséges – újabb ápolás első napja között legalább kilencven nap telt el. Családtag kórházi ápolása esetében az előbbi rendelkezéseket azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy abban az esetben, ha a családtag kórházi ápolásában egy éven belül kilencven napot meghaladó megszakítás van, az újabb ápolással kapcsolatosan a teljes ápolási költség megtérítésére igényt adó huszonnyolc nap számítása újból kezdődik annak ellenére, hogy az intézet terhére történő kórházi ápolás legnagyobb időtartama szempontjából az előbbi ápolást az újabb ápolással együttesen kell figyelembe venni.

Az ápolás utolsó napjára a biztosítottnak vagy igényjogosult családtagjának ápolásával kapcsolatosan a biztosító intézetet fizetési kötelezettség nem terheli; a kórháznak tehát a biztosító intézettől a ténylegesen igénybevett ápolás költségéből huszonnyolc napot meg nem haladó ápolás esetében egy napi ápolási költség, huszonnyolc napot meghaladó ápolás esetében pedig egy napi ápolási költség fele összege nem jár. A kórházi ápolásnak azt az utolsó napját, amelyre a biztosító intézetet a biztosított vagy igényjogosult családtagja után fizetési kötelezettség nem terheli, a kórházi ápolás időtartama szempontjából úgy kell számításba venni, mintha a biztosító intézet erre a napra is megfizette volna a kórházi ápolási költséget.

A tüdőgümőkórban szenvedő biztosítottnak vagy igényjogosult családtagjának közkórház tüdőbetegosztályán vagy tüdőbetegotthonban, úgyszintén a tüdőnkívüli gümőkóros betegségben szenvedő biztosítottnak vagy igényjogosult családtagjának a közkórház bármelyik osztályán történő ápolásáért az ápolás huszonnyolcadik napját követően is a legelső kórházi osztály napi ápolási költségét kell fizetni, ha az intézet-orvosának véleménye alapján – hozzájárul ahhoz, hogy a gümőkórban szenvedő biztosítottat vagy igényjogosult családtagot négy héten túl is ápolják; e rendelkezés végrehajtásának módozatait a belügyminiszter rendelettel állapítja meg, aki egyes biztosító intézetekkel vonatkozásban megállapíthatja azt a költségkeretet is, amelyet az e rendelkezés alapján előálló többköltség nem haladhat meg. A többköltséget részben az öregségi, rokkantsági, Özvegységi és árvasági biztosítás egészségvédő és gyógyító eljárási alapja terhére is át lehet hárítani. A biztosító intézet az állam, a törvényhatóságok és a községek által fenntartott tüdőbetegszanatóriumba vagy különleges rádium- és röntgengyógyintézetbe beutalt igényjogosult betegek után az ápolás huszonnyolcadik napján túl is mindenképpen az illető gyógyintézet legelső osztálya szerint megállapított teljes napi ápolási költséget fizeti.

A 7200/1924. M. E. számú rendelet rendelkezései általában nem kívánták a biztosítottak alanyi jogait korlátozni. Sőt a dolgozók érdekeit biztosították hatályosabban, amikor a rendelet az orvosi gyógykezelésre való igényjogosultságot egy évi időtartamról a biztosítási viszony fennállásának egész tartamára kiterjesztette. Ezzel szemben keresőképtelenséget nem okozó betegség esetében segélyt a biztosítási viszony megszűnését követően csupán tizenhárom hétig lehetséges igényelni, ami a jövőre nézve kizárja annak a lehetőségét, hogy a passzív tagság a munkanélküliség esetére való biztosítás szerepét vegye át. Kétségtelen, hogy ezen a címen a nyilvános betegápolás költségeinél bizonyos emelkedésre lehet számítani, viszont az orvosi gyógykezelés tartamának az egész biztosítási viszonyra való kiterjesztése a nyilvános betegápolásnál megtakarítást

tesz lehetővé. A kórházi ápolási költségek új elszámolási rendje a kórházak szempontjából is kedvező. Az alacsony napibérosztályokba tartozó biztosítottak huszonnyolc napon túl való ápolását ugyanis a kórházak mindig sérelmezték, minthogy a táppénz nem fedezte a tényleges napi ápolási költségeket. Az új elrendezés a kórházi ápolási díj felét biztosítja huszonnyolc napon túli ápolás esetére, ami lényegében fedezi a kórház rezsijét, másrészt pedig leegyszerűsíti a biztosító intézet adminisztratív munkáját.

A magánkórházak és magángyógyintézetek szintén résztvesznek a biztosítottak ápolásában, az ápolási költségek azonban a biztosító intézetet csak beutalás esetében és pedig az előzetesen kötött egyezés értelmében terhelik. Beutalás hiányában a biztosító intézet az ápolás költségét a legközelebbi köz-kórház legalsó osztálybeli ápolási költségének mértékéig legfeljebb négy hét tartamára és csak abban az esetben téríti meg, ha a beutalás kérésének vagy a beutaló intézkedés bejárásának elmulasztását bizonyított sürgős szükség okozta.

Arra nézve, hogy a biztosító intézetek gyógyító tevékenysége az ország betegellátásában milyen kimagasló szerepet tölt be, a vonatkozó évi jelentésekből vett alábbi számadatok adhatnak szemléltető tájékoztatást.

Keresőképtelenséggel járó betegségi esetek és napok száma (1939 évben).

	Betegségi esetek		Betegségi napok	
	Tagok	Családtagok	Tagok	Családtagok
OTI	279.242	53.164	11,074.545	2,946.375
Önálló biztosító intézetek	64.647	14.858	1,556.039	776.341
Bányatárs-pénztárak ...	43.949	9.009	839.926	639.474
Összesen : ...	387.838	77.031	13,470.510	4,362.190

Keresőképes beteg tagok és gyógykezelt családtagok (esetek) száma (1940 évben).

	Orvosi rendelésen		Rendelőint. rendelésen
	Tagok	Családtagok	
OTI.....	2,486.274	4,268.453	
Önálló biztosító intézetek	832.549	1,077.434	
Bányatárs-pénztárak	58.334	279.873	
Összesen :	3,377.157	5,625.760	

Társadalombiztosító intézetek által fenntartott egészségügyi intézmények száma, jellege és befogadóképessége az 1940 évben.¹

Szervi jelleg	Kórházak	Kórházi ágyak	Járvány-kórházak	Járvány-kórházi ágyak	Szanatóriumok üdülő-házak	Üdülő-házi ágyak	Ren-delő inté-zetek	Tüdő-beteg gon-dozók	Gyermek-gon-dozók	Venerikus beteg-gon-dozók	Anyá- és csecsemő-védők
Országos Társadalombiztosító Intézet	5	1.736	—	—	2	347	89	—	—	5	5
Önálló biztosító intézetek	3	904	—	—	6	503	23	—	—	—	—
Bányatárs-pénztárak	11	728	2	138	—	—	60	1	—	—	1
Összesen :	19	3.368	2	138	8	850	172	1	—	5	6

¹ Statisztikai negyedévi közlemények XLIV. évf. 3. füzet

Külön érdeklődésre tarthat számot, hogy a kórházi betegellátásban milyen mértékben részesedik három legnagyobb betegségi biztosító intézetünk.

Kórházi ápolásban részesült biztosítottak száma. (Orsz. Társadalombiztosító Intézet 1941 évben.)

	Ált. üzletág	Házt. üzletág
Kórházi ápolásba vett biztosítottak	144.135	34.371
Kórházi ápolásba vett családtagok	70.526	2.486
Összesen :	214.661	36.857

Kórházi ápolásban részesült biztosítottak száma (MABI, 1941 évben).

	Ferenc József kórházban	Idegen kórházakban
Kórházi ápolásba vett biztosítottak	4.222	5.312
Kórházi ápolásba vett családtagok	216	4.554
Összesen :	4.438	9.866

Kórházi ápolásban részesült biztosítottak száma (MÁV BBI., 1941 évben).

Kórházi ápolásba vett biztosítottak	11.174
Kórházi ápolásba vett családtagok	12.632
Összesen :	23.806

Kórházi ápolási költségekre – ide értve az állami kórházak, elme- és ideggyógyintézetek személyi járandóságait és dologi kiadásait – a belügyi tárca 1943 évi költségelőirányzatában 39,369.670 pengő vétetett fel. Az Országos Társadalombiztosító Intézet az 1941 évben kórházi költség címen 15,776.351 pengőt, a JMABI 2,471.562 pengőt, a MÁV B.B.I. 2,261.339 pengőt fizetett ki. Ezek a számok igazolják azt a kimagasló szerepet, amelyet a biztosító intézetek az ország betegellátásában játszanak.

A biztosítottak betegellátása részben saját, részben pedig idegen egészségügyi intézményekben történik. A saját egészségügyi intézmények számára az alábbi kimutatás adatai adnak tájékoztatást.

Az eddigiekben vizsgálat tárgyává tettük már azt a mértéket, amelynek megfelelően a biztosító intézetek az ország összes kórházi (gyógyintézeti) költségeinek viselésében részt vesznek. A tekintetben, hogy ezek a költségek milyen betegségekben történt ápolásokból eredően jelentkeztek, a biztosító intézetekre nézve ugyancsak különleges jogszabályok állnak fenn.

A közkórházi ápolási költségek viselésének kérdését legújabbban az 1942: XII. törvénycikk szabályozza. A hivatkozott törvény 12. §-a értelmében a belügyi tárca keretében engedélyezett nyilvános betegápolási átalány, illetőleg a belügyi, valamint a vallás- és közoktatásügyi tárcák keretében a betegápolási költségek fedezésére előirányzott hitelösszeg terhére díjfizetés kötelezettsége nélkül kell ápolásban részesíteni:

a) a kórházba felvett szülőnőket és szülőtteiket a gyermekágyi fekvés befejezéséig;

b) a szülési folyamattal okozati összefüggésben álló megbetegedésben szenvedő azokat a nőket és szülőtteiket, akiket a gyermekágyi fekvés ideje alatt közkórházban ápoltak, illetőleg ápolásba vettek;

c) a közkórházban fertőző betegség vagy annak gyanúja miatt ápoltakat, amennyiben azok közkórházi ápolását a hatóság (kis- és nagyközségekben a főszolgabíró, megyei városokban a polgármester, törvényhatósági jogú városokban a polgármester által megbízott tisztviselő, Budapesten a kerületi előljáró), vagy sürgős szükség esetén a tisztviselő előzetesen elrendelte;

d) a közkórházban nemibetegség vagy szemcsés köthártyalob (trachoma) miatt ápoltakat, amennyiben a beteg a kórházi ápolás szükségességét előzetesen tisztviselő bizonyítványával igazolta;

e) a közkórházban elmebetegség miatt ápoltakat, amennyiben azok a betegségi biztosítás valamely

intézetének (1927: XXI. t.-c. 92. és 93. §-a) biztosított tagjai vagy ezeknek igényjogosult családtagjai.

Az a)-d) pontokban megjelölt esetekben az ápolt, az a) és b) pontokban megjelölt esetekben pedig ezenfelül az ápolt nő férje is saját személyében fizetésre kötelezett akkor, ha nem vagyontalan, kivéve, ha az ápolt a betegségi biztosítás valamely intézetének biztosított tagja vagy ilyen tagnak igényjogosult családtagja.

A fentebb megjelölt esetekben, az ott megszabott korlátozásokkal a betegségi biztosítás valamely intézetének biztosított tagját vagy ilyen tagnak igényjogosult családtagját a nyilvános betegápolási átalány terhére kell ápolásban részesíteni arra az időre, amelynek tartama alatt egyébként a biztosító intézettől igényelhetne ápolást.

Ez a szabályozás, szemben a 6000/1931. M. E. számú rendelet 5. §-ában lefektetett elgondolással, nem kívánja új elvi alapokra helyezni a biztosító intézetek teherviselési részesedését. Az állam a közérdekű gyógyítási költségeket továbbra is magára vállalja, tekintet nélkül arra, hogy a biztosítottak tekintetében ez a kötelezettség a biztosítási jogviszony alapján tulajdonképpen a biztosító intézetet terhelné. Természetesen, amennyiben a szóbanlevő költségek biztosítási terhet jelentenének, azok lényegesen növelnék a biztosító intézetek költségvetésének kiadási tételét, ami végeredményben a járulékulcs felemelését vonná maga után. Lényegében tehát az állam ebben a formában jelentős részt vállal a szociális biztosítás költségviselésében.

Az új jogi elrendezés inkább ügyviteli szempontból jelent könnyítést, amennyiben a közköltségen történő ápolások pontos jogi meghatározásával csökkenteni kívánja azoknak a jogvitás ügyeknek számát, amelyek az utóbbi években feleslegesen terheltek meg mind a közigazgatási bíróságot, mind magát az ügyvitelt is.