

nek magas fokán álló állam a társadalombiztosítás terén mennyire elmaradott.

Amikor tehát a magyar társadalombiztosítást bíráljuk, a tárgyilagosság elve megköveteli, hogy az érem másik oldalát is megvilágítsuk.

A magyar társadalombiztosítással szemben hangoztatott elmaradottság vádját történelmi tények cáfolják meg. Ebben az esztendőben lesz hatvan éve annak, hogy a világ legelső törvényét, amely a kötelező betegségi biztosítást bevezette, 1883 június 15-én Németországban kihirdették. Ez a törvény 1884 december elsején lépett életbe. A szociális bajok orvoslására hivatott fenti törvény legelőször Ausztriában talált követőkre, ahol 1888 március 30-ikán hirdették ki a kötelező betegségi biztosítást bevezető osztrák törvényt. Az egész világon a harmadik nemzet, amely a kötelező szociális biztosítás útjára lépett, Magyarország volt, amikor nagy miniszterünk, Baross Gábor 1890 október 15-ikén benyújtotta az „ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetében segélyezéséről” szóló törvényjavaslatát, amely mint az 1891. XIV. törvény vonult be a magyar Corpus Jurisba.

Mennyiben érhet tehát minket az elmaradottság vádja, amikor világviszonylatban a harmadik helyen értünk célhoz s messze mögöttünk futott be Anglia 1911-ben, Oroszország 1912-ben. Franciaország 1928-ban hozta meg a kötelező betegségi biztosítás bevezetéséről szóló törvényét.

Ugyancsak kedvező helyet foglalunk el a baleseti biztosítás bevezetésével is, amely az 1907. XIX. törvénnyel történt meg. Világviszonylatban az 1925-ből való bányanyugdíjbiztosítási törvényünk szintén nem mondható elmaradottnak. Talán csak az öregségi, rokkantsági biztosítási törvényünk késett, de nem szabad elfelejtenünk azt, hogy a legmodernebb államok is csak a világháború után hoztak hasonló törvényeket, az Egyesült Államokban pedig csak 1937-ben vezették azt be.

Szociális biztosítási törvényeinkkel máris igazoltuk azt, hogy a szociális eszmék iránt nemzetünk és kormányfőink igenis érzékkel bírtak, azokat hamarosan mérlegelték, magukévá tették s igyekeztek a magyar talajnak megfelelő törvényekkel a magyar életet is szociális tartalommal megtölteni.

Lássuk ezek után a második vádat. E szerint a magyar betegségi biztosítás szolgáltatásai messze elmaradnának attól, amit a külföldi betegségi biztosító intézetek nyújtanak. Ahhoz, hogy az összehasonlításra mindenkinek módot adhassunk, előbb nagy vonalaiban meg kell állapítanunk azt, hogy mit kapnak megbetegedés esetében a magyar ipari munkások és magánalkalmazottak s ugyanakkor mit a külföldiek.

A magyar munkavállalók megbetegedés esetében a betegség első napjától kezdve egy éven át, illetőleg a biztosítási viszony egész tartama alatt ingyenes orvosi gyógykezelésben részesülnek, továbbá gyógyszerekben, gyógyvizekben, gyógyászati segédeszközökben. Ezt kapják a családtagok is.

Szükség esetében a biztosítottak egy éven át részestül” hétének ingyenes kórházi és szanatóriumi ápolásban, míg az igényjogosult családtagok egy év alatt csak hat hétig ingyenes kórházi ápolásban.

Keresőképtelenség esetében a biztosítottak a keresőképtelenség negyedik napjától kezdve egy évig részesülnek táppénzben, amelynek összege a munkásoknál az átlagos munkabér 55%-a, a magánalkalmazottnál a javadalmazás 60%-a. Ehhez az összeghez járul még legújabbban a táppénzpótlék, amelynek összege feleség után a táppénz 5%-a, gyermekek után gyermekenkint a táppénz 2%-a.

## A MAGYAR ÉS A KÜLFÖLDI TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS

Nem tagadjuk és nem is tagadhatjuk, hogy társadalombiztosításunk szervezete, működése nem kielégítő, az a mai kor szociális követelményeinek nem felel meg. Mezőgazdasági biztosításunk még a kezdet kezdetén áll. A társadalombiztosítás ügyvitele mind a betegségi és baleseti, mind az öregségi és rokkantsági biztosításban lassú, nehézkes, a betegek kezelése, ellátása terén sok a panasz, az öregségi biztosítás szolgáltatásai még távol állanak attól, hogy legalább a létminimumot biztosítsák stb.

Célul tűztük ki, hogy a magyar társadalombiztosítás hiányait feltárjuk, rámutatunk azok kiküszöbölésének szükségességére és keressük azokat a módokat és lehetőségeket, amelyek társadalombiztosításunk megjavítására és a mai szociális követelményeknek megfelelő szintre emelésére alkalmasak.

Amikor azonban tárgyilagossággal bírálattal és javaslatokkal lépünk a nyilvánosság elé, rá kell mutatnunk arra is, hogy nincs egyetlen olyan állam sem, amelynek társadalombiztosítását már sikerült volna tökéletes szintre emelni és ahol a mieinkhez hasonló hiányokat ne észlelnének. Még a társadalombiztosítás úttörői, a németek is elismerik, hogy intézményeik körül még sok a kívánni való, amikor pedig legutóbb az angolok léptek egy új, nagyszabású reformtervezettel a világ elé, különösen szembeszökővé vált, hogy ez az egyébként a műveltség-

Ha a kenyérkereső kórházi ápolásban részesül, otthon maradt családjának féltáppénz jár, továbbá a fent említett táppénzpótlékok teljes összegükben.

Szülés esetében a munkások szülés előtt hat hétig, továbbá szülés után hat hétig segélyben részesülnek, melynek összege egyenlő az I-II. napibérosztályban a kifizetett átlagos munkabér 72%-ával, a III-XII. napibérosztályban az átlagos munkabér 60%-ával. A női magánalkalmazottnál a szülési segély ugyancsak hat hétig jár és egyenlő javadalmazásuk 100%-ával. Hasonlítsuk össze ezeket a segélyeket a külföldön nyújtott segélyekkel.

A társadalombiztosítás mestereinél *Németországban* a Reichsversicherungsordnung szerint csak a biztosítottak részesülnek ingyen gyógyszerekben, a családtagoknak gyógyszer egy évben csak 13 hétig jár s a gyógyszer árának 50%-át a biztosítottnak kell viselnie. Táppénz, kórházi ápolás csak fél évig jár a mi egy évi szolgáltatásunkkal szemben, s csak legújában nyitották meg annak lehetőségét, hogy a pénztárak indokolt esetekben 26 héten túl is segélyezhessék tagjaikat. A táppénz összege egyenlő az átlagos javadalmazás 50%-ával. Táppénzpótlék az eltartott családtagok után a Reichsversicherungsordnung szerint nem jár. A szülészeti és temetkezési segélyek egy színvonalúak a magyar segélyekkel.

*Franciaországban* a betegsegélyző pénztárak egy éven belül csak fél évig nyújtanak segélyeket. Táppénzt, kórházi ápolást a tagok csak fél évig vehetnek igénybe. A táppénz összege, amely a keresőképtelenségnek csak a 7. napjától jár, a javadalmazás 50%-a. A kórházi ápolási költség 20%-át magának a biztosítottnak kell viselnie, ugyancsak az orvosi és a gyógyszerköltségek 20%-át maguk a biztosítottak teremtik elő.

*Angliában* ugyancsak 26 hétig jár a táppénz, azonban csak akkor, ha a biztosított az előző évben legalább 26 héten át fizetett járulékot. Kórházi ápolás, rendelőintézeti szakrendelés a biztosítottnak nem jár. Családtagok még orvosi gyógykezelésben, gyógyszerekben sem részesülhetnek. A szülészeti segély munkásoknak, tisztviselőknél egyaránt két fontban (50 P-ben) van megállapítva. Hogyan hasonlítható össze ez az összeg a magyar szülészeti segélyekkel, melynek legmagasabb összege a munkásoknál 369 P, a magántisztviselőknél pedig 1580 P körül mozog.

*Olaszországban* orvosi gyógykezelés, gyógyszerek évenként legfeljebb 180 napig, táppénz pedig legfeljebb 150 napig (5 hónapig) jár. A táppénz összege egyenlő a munkabér 50%-ával. Táppénzpótlék a családtagok terhének csökkentésére nincs rendszeresítve.

*Svájcban, Belgiumban, Svédországban* még mindig csak fakultatív alapon működik a betegségi biztosítás. A biztosítás költségét kizárólag a biztosítottak viselik, a pénztárak ezenfelül legfeljebb állami támogatásban részesülnek. A betegsegélyző pénztárak szolgáltatásai össze sem hasonlíthatók a kötelező alapon működő biztosító intézetek segélyeivel. A biztosítottak csaknem minden szolgáltatás igénybevételekor hozzájárulást tartoznak fizetni.

*Hollandiában* a betegsegélyző pénztárak csak pénzbeli szolgáltatásokat fizetnek, az orvosi költségeket és a gyógyszereket a biztosítottak magának kell viselnie, avagy e terhek csökkentése végett magán betegsegélyző pénztáraknál külön kell magát e szolgáltatások igénybevitelére biztosítani.

*Görögországban* a táppénz csak a keresőképtelenséggel járó betegség 6-ik napjától jár s legfeljebb 180 napig, feszege a munkabér 40%-a körül mozog. A betegségi biztosítás segélyeire azonban csak annak van joga, aki

megbetegedése előtt legalább 50 napi biztosítási tagságot tud felmutatni.

*Bulgáriában* a betegségi biztosítás segélyei egy évben kilenc hónapon keresztül járnak, a segélyek elnyerésének előfeltétele két hónapi előzetes tagság.

*Romániában* a táppénz ugyanazon betegségből kifolyólag egy évben legfeljebb hat hónapig jár, különböző betegségekkel legfeljebb harminchat hétig egy évben.

*Szerbiában és Horvátországban* a táppénz egy évben legfeljebb 26 héten át jár a keresőképtelen biztosítottaknak. Minthogy az alulbiztosítás erősen érvényesül, a táppénz legmagasabb napi összege alatta van a nálunk fizetett összegeknek.

A felsorakoztatott példákban a tárgyilagos bíráló azt olvashatja ki, hogy a magyar betegségi biztosítás szolgáltatásait törvényhozásunk sokkal bőkezűbben, emberesebben állapította meg, mint bármely, iparilag nálunk sokkal fejlettebb, gazdagabb országban s mindezt a külföldi szakértők helyesebben tudják értékelni, mint a hazai viszonyainkat minduntalan leszóló, könnyelműen ítélkező honfitársaink.

A betegségi biztosítás szolgáltatásainak összehasonlítása után lássuk mi a helyzet a többi biztosítási ágban.

A baleseti biztosítás szolgáltatásait illetőleg megállapíthatjuk azt, hogy azok teljesen fedik bármely nagy ipari állam baleseti biztosítási törvényeiben megállapított szolgáltatásokat. A magyar viszonyokkal kapcsolatban legfeljebb azt kell megjegyeznünk, hogy nálunk sokkal szélesebb alapokon nyugszik a biztosítási kötelezettség, abba minden dolgozó embert bevontunk, míg külföldön csak bizonyos foglalkozási ágakra, szakmákra terjed ki. Franciaországban, Angliában még ma is a magánbiztosítás körébe esik a baleseti biztosítás s nincs szociális biztosítási jellege.

Az öregségi, rokkantsági stb. biztosítási ág szolgáltatásai – amelyek szigorú matematikai alapokon, halandósági táblákon stb. épültek fel minden országban – alig mutatnak egymásközt nagyobb eltérést. Csaknem minden országban azonos felépítésen nyugszik az öregségi biztosítás ellátása, s szolgáltatásuk is alig mutatnak fel lényegesebb eltérést. Annyi azonban tény, hogy sehol sem tekintik az öregségi biztosítást a jelenlegi szolgáltatások mellett kielégítőnek s mindenütt emberesebb megoldásra törekszenek.

Vizsgáljuk meg ezeket, mi a helyzet a társadalombiztosítás szervezeti felépítésénél. Talán e téren van tanulni valónk a külföldtől.

Mi a helyzet Magyarországon? A magyar ipari, kereskedelmi, háztartási munkavállalói tábor szociális biztosítását egyetlen egy központosított intézmény látja el. Ennél az intézménynél azonban nemcsak a munkások, háztartási alkalmazottak és csekély kivétellel a magánalkalmazottak betegségi biztosítása történik, hanem baleseti, sőt öregségi, rokkantsági biztosítása, valamint az összes magyarországi bányaalmozottak bányanyugdírbiztosítása is. Négy biztosítási feladat egyetlen egy intézményben! Ebben a hatalmas intézményben mintegy másfélmillió biztosítottól történik különböző biztosítási feladatokkal kapcsolatban gondoskodás, s több mint 320.000 munkaadóval áll állandóan összeköttetésben, 350.000.000 P körüli vagyonnal rendelkezik s a biztosítás feladatát több mint 70 helyiszerve útján látja el. Az általa fenntartott rendelőintézetek száma meghaladja a 80-at, a saját kezelésben levő kórházak és szanatóriumok száma 9, üdülőtelepeinek száma 9, mégis mindössze egyetlenegy, az állami rendszerű IV. fizetési osztályú, szerényen dotált vezérigazgató irányítása alatt működik, s igazgatóinak száma

is igen alacsony a hatalmas, legkülönbözőbb feladatokat ellátó országos intézményhez képest.

Mi ezzel szemben a helyzet külföldön? Németországban a betegsegélyző pénztárak száma a háború előtt közreadott legutolsó statisztikai adatok szerint 4.625 körül mozgott. Mindegyik önálló hatáskörrel külön igazgató irányítása alatt állott. Minden pénztár maga állapítja meg a betegségi biztosítási járulékkulcsot, segélyezésének mértékét. Igaz, hogy valaha a betegsegélyző pénztárak száma Németországban 20.000 fölött volt, s azóta az észszerűsítési törekvések hatása alatt olvadt le számuk 4.625-re, de ezt az állapotot sem tartják egészségesnek. Tárgyi, de főképen személyi okok miatt az összeolvadási folyamat lassú. A betegsegélyző pénztáraktól különállóan mintegy 35 intézmény látja el Németországban az ipari munkások öregségi, rokkantsági biztosítását. Különállóan mintegy 420 baleseti biztosítást ellátó szerv működik s a bányászok betegsegélyezéséről és nyugdírbiztosításáról ugyancsak önálló szervek gondoskodnak. Mindezek élén vezérigazgatók (Leiter), igazgatók, stb. működnek. Emellett a nehézkes társadalombiztosítási felépítés mellett nincs azon mit csodálkozni, ha a Németországból Budapesten járt társadalombiztosítási szakemberek bámulatukat fejezték ki afölött, hogy az összes biztosítási feladatokat országosan, egyetlen egy törvény, egyetlen egy intézet, egyetlen egy alapszabály alkalmazásával látja el egységesen megállapított járulék mellett.

Avagy nézzük meg, mi a helyzet a kis *Svájcban*. A betegségi biztosítást, amely csak önkéntes alapon megy végbe, 1.152 pénztár látja el, amelyek összesen 4.969 fiókkal rendelkeznek. Micsoda hatalmas, szétforgácsolt, erőtlén ügyviteli hálózat.

De semmivel sem egészségesebb a helyzet például *Belgiumban* ahol 1939-ben 2.949 betegsegélyző pénztár működött. E pénztári hálózat erőtlenségét mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy 875 pénztár taglétszáma 100-on alul maradt, 1.216 pénztár taglétszáma 100-500 fő között mozgott. E betegsegélyző pénztárak különböző címeken szednek tagjaiktól járulékot. Külön járulékot kell fizetni annak, aki pénzbeli segélyezést kíván, külön járulékot azért, hogy orvosi és gyógyszerellátásban részesülhessen s csak külön járulék fizetése esetében részesülhet műtéti költségek megtérítésében. Ismét külön díjat kell fizetni annak, aki rák veszedelme ellen, s ugyancsak külön díjat, aki a tüdővész veszedelme ellen is kívánja magát biztosítani, de díjat szednek azért is, hogy a tag hozzátartozói temetkezési segélyben részesülhessenek.

*Olaszországban* éppen most folyik a szétforgácsolt erők egyesítése. Eddig több száz betegsegélyző pénztár végezte az ipari munkások, a mezőgazdasági cselédek, a kereskedelmi alkalmazottak betegségi biztosítását. 1942 júniusában mondták ki, hogy ezeket fokozatosan be kell szervezni az ország egész területére kiterjedő hatáskörrel működő egyetlen nemzeti betegségi biztosító intézetbe.

*Angliában* mintegy 7.000 betegsegélyző pénztár működik. *Hollandiában* igen erőtlén az egész biztosítási felépítés. *Franciaországban* 700 körül mozog a beteg-

segélyző pénztárak száma. Pénztárt alakíthatnak a munkaadók, munkásszervezetek, politikai pártok, felekezeti egyesületek stb. Ugyanannak a vállalatnak munkásai különböző betegsegélyző pénztárhoz csatlakoznak.

Ha ezeknek a példáknak mélyére nézünk, meg kell állapítanunk azt, hogy az irányzat a központosítás, az életképtelen pénztárak összevonása felé törekszik. A felé a cél felé, amit Magyarországon még az 1907: XIX. törvény tűzött ki maga elé s azóta az erők egyesítése meg is történt. Társadalombiztosítási felépítésünk tehát egészséges, a külföldtől irigyelt és példaképpül áll saját racionalizálási eljárásuk végrehajtásánál.

Abból a tényből, hogy Magyarországon egyetlen egy intézmény keretén belül látják el a munkástársadalom betegségi, baleseti, öregségi és rokkantsági biztosítását, fakad jórészen a nagyközönség megnemértése. Ezt az intézményt még ma is betegsegélyző pénztárnak tekintik, s nem négy biztosítási feladat hordozójának. Igen sokan nagy előszeretettel hasonlítják össze oly külföldi intézményekkel, amelyek e feladatok közül csak egyet látnak el. Természetes, hogy az ily összehasonlítás csak téves következtetéseket eredményezhet. Hány ajakról hangzott el már az a megjegyzés, hogy miért nem fizet az OTI több táppénzt, amikor 350 millió pengőnyi vagyont gyűjtött össze. Ebből a vádból a tudatlanság beszél, mely nincs tisztában azzal, hogy a vagyont az öregségi biztosítási ág gyűjti azzal a céllal, hogy a kiöregedő munkásoknak öreg napjaikra járadékot fizethessen, ezt a pénzt tehát nem szabad a betegségi biztosítási ágak felélnie avagy elköltenie. Ez a vád nem találja létalapot, ha nálunk is külön intézet látna el, de feleslegesen nagyobb ügyviteli szervezettel, a betegségi biztosítási feladatokat s egy más intézet az öregségi biztosítási feladatokat s ez utóbbin belül a tőkegyűjtést.

Mindezek után tárgyilagosan megállapíthatjuk, hogy a szociális biztosítás fáklyáját a földkerekségen harmadiknak vettük kézbe, hogy a biztosítottak részére a szolgáltatásokat oly bőkezűen állapítottuk meg, amire ugyancsak kevés példát találunk a művelt nyugati államokban, végül hogy társadalombiztosításunk azzal, hogy egyetlen egy országos szervben központosítva ellátja a betegségi, baleseti, öregségi, rokkantsági és bányanyugdírbiztosítást, csaknem egyedülálló a maga nemében.

A fentiekben párhuzamot kívántunk vonni a magyar és a külföldi társadalombiztosítások között. Amikor tárgyilagosan a magyar társadalombiztosítás javára döntöttük el a vitát, ezzel nem kívántuk azt mondani, hogy a magyar társadalombiztosítás tökéletes és mentes a hibáktól. Még nálunk is szükség van további ügyviteli egyszerűsítésekre, egységes, világos, egyszerű társadalombiztosítási reformtörvényre. De szükség van a betegsegélyezés tökéletesítésére is, szociális szellemű, emberes, a betegek panaszait nyugodtan végighallgató orvosok nagyobb számára. Szükség van az öregségi biztosítás szolgáltatásainak emberesebb szellemben való feljavítására. Annyi azonban tény, hogy nekünk magyaroknak sokkal kisebb utat kell megtennünk a tökéletes társadalombiztosítás felé, mint a legtöbb külföldi államnak.

Bikkal Dénes