

~~Magyar Köztársaság, Budapest~~

A m.kir. Egészségügyi Hivatal felállításáról, szervezetéről, működéséről.

Törvény felállítására vonatkozóan

A közegészségügyi munka központi vezetésének, egységesítése célszerűbbé és gazdaságosabbá tétele, szakszerűségének és elasticitásának biztosítása végett azokat a szerveket, amelyeknek jelenleg a központi vezetésben szerepük van, illetve amelyek a jövőben ilyen feladattal megbízatnának, egy egységes szervbe össze kellene vonni. Ez az egyesítésből létrejött új szerv a "M.Kir. Egészségügyi Hivatal" nevet viselné.

E szervbe összevonatnának: a belügyminisztérium egészségügyi osztályai, nevezetesen a XIV./gyermekvédelmi/ osztály, a XV./általános egészségügyi/ osztály, a XVI-a / betegellátási/ osztály és XVI-b./közvezetési szervek egészségügyi intézetei/ alosztály, valamint a II./gyámügyi, egészségügyi és társadalompolitikai törvényelőkészítés/ osztálynak az egészségügyi törvényelőkészítésre vonatkozó ügyköre, továbbá az Országos Közegészségügyi Intézet, ugyancsak a Társadalomegészségügyi Intézet és Múzeum.

Végzett törvénnyel ki kellene mondani, hogy az egészségügyi közigazgatás körében ezidőszert a m.kir. belügyminiszter hatáskörébe utalt, ugyancsak az Országos Közegészségügyi Intézet és a Társadalompolitikai Intézet és Múzeum hatáskörébe tartozó összes tennivalókat ezentúl a m.kir. belügyminiszter részben személyesen, részben pedig átruházott hatáskörében a m.kir. belügyminisztérium egészségügyi osztálya mint a m.kir. Egészségügyi Hivatal útján intézi.

A belügyminisztérium egészségügyi osztálya /M.Kir. Egészségügyi Hivatal/ élén államtitkári hatáskörrel felruházott elnök állana, aki közvetlenül a m.kir. belügyminiszternek volna alárendelve s akit az alelnök helyettesítene.

Az Egészségügyi Hivatal személyzetének létszámát első ízben

a m.kir.minisztérium rendelettel állapítaná meg, azután évről-
évre az állami költségvetésben kellene előirányozni.

Az Egészségügyi Hivatal osztálytagozódását, az osztályok
számát, ezeknek ügybeosztását és munkakörét a belügyminiszter
rendelettel állapítaná meg.

Az Egészségügyi Hivatalnak külön segédhivatala volna,
számviteli ügyeit a belügyminiszteri számvétség külön csoportjaként
működő "M.Kir.Egészségügyi Hivatal számvétsége", pénztári
teendőit a "M.kir.Egészségügyi Hivatal központi pénztára" látná
el.

Az Egészségügyi Hivatal hatáskörébe tartozó ügyek - mint
fentebb már említettem - részben a m.kir.belügyminiszternek, il-
letőleg külön felhatalmazása alapján és nevében a m.kir.Egészség-
ügyi Hivatal elnökének vagy helyettesének / az alelnöknek/ jó-
váhagyásával intézhetnének, míg a többi ügyeket a m.kir.Egészség-
ügyi Hivatal önálló hatáskörében intézné el. Az utóbbiakra vonat-
kozó ügyiratok kiadmányozását és a tisztázatok aláírását a m.
kir.Egészségügyi Hivatal elnöke lehetőleg széleskörű felhatalma-
zással az alelnökre, az osztályvezetőkre és az egyes előadókra
bizná.

Azt, hogy melyek a belügyminiszter által személyesen inté-
zendő ügyek és hogy mely ügyek tartoznak az Egészségügyi Hivatal
hatáskörébe, a belügyminiszter az ügybeosztással kapcsolatban
rendelettel állapítaná meg. A hatáskör e megoszlásánál általános
irányelvnek azt kellene tekinteni, hogy azok az ügyek, amelyek a
közegészségügy legfőbb vezetésére és irányítására vonatkoznak, -
vagyis amelyek szorosán vett kormányzati funkciót képeznek, -
valamint az ugyenevezett diszkrecionális hatáskörbe tartozó ügyek
magának a miniszternek tartassanak fenn intézkedés végett, míg a
kisebb jelentőségű ügyek elsősorban a jelenleg miniszteri hatás-

körbe utalt konkrét intézkedések az Egészségügyi Hivatal hatáskörébe volnának utalandók.

Az alsófoku közegészségügyi hatóságok felterjesztéseiket és jelentéseiket az említett hatásköri intézkedés figyelembevételével a m.kir.bellügyminiszter, illetőleg a m.kir. Egészségügyi Hivatalhoz intéznek.

A röviden vázolt új szervezeti megoldás előnyeit a következőkben látom.

1./ Megszüntetné az egészségügyi munka központi irányításában ezidőszerint mutatkozó széttagoltságot, biztosítaná a vezetés és irányítás egységességét s az intézkedés és végrehajtás gyorsaságát és szakszerűségét.

2./ A bellügyminiszter az egészségügyi közigazgatás területén mentesülne mindazoktól az ügyektől, amelyek elvonják e téren tulajdonképeni hivatásától, az egészségügyi közigazgatási szervezet működésének általános irányításától és vezetésétől.

3./ Az Egészségügyi Hivatal hivatásának betöltésénél kellő szabadsággal és önállósággal rendelkezvén, alkalmazkodni bírna az élethez, az élet változásait gyorsan és rugalmasan bírná követni, ami az egészségügyi munka eredményesebb elvégzését és az egészségügyi intézmények jobb kihasználását tenné lehetővé.

4./ Nem jelenti új hivatal létesítését és új állások szervezését, hanem meglévő szervek összevonásának útján a központi egészségügyi közszolgálatot egyszerűbbé és gazdaságosabbá tenné.

5./ Miután már kiépített szervezet átalakításáról van szó, ahol az új szerv egész személyzete és az elhelyezésére szolgáló helyiségek rendelkezésre állanak, az átszervezés a terve-

zett gyökeres változtatás ellenére azonnal költség és fennakadás nélkül végrehajtható.

6./ Végül nem jelent ismeretlen kockázatot, mert a szervezet lényegét képező hatáskörátruházás rendszerint ki van már próbálva a világhírnévvel rendelkező m.kir. posta felsőfoku hatóságának szervezetében. Az Egészségügyi Hivatal részére fentebb javasolt szervezet ugyanis mindentén megegyezik a m.kir. Postavezérigazgatóság részére a 24314/1923.K.M.számú rendelettel megállapított szervezettel.

Az Egészségügyi Hivatal első osztálytagozódásának és ügyosztásának tervezetét I.sz.alatt mellékelem. Hangsúlyozom, hogy a tervezetet részleteiben egyáltalán nem tartom - tisztán elméleti szempontból sem, - véglegesnek. Külföldi példák megfontolása alapján, célszerűségi és szakszempontokból, stb. számos változást lehetne és esetleg kellene még azon keresztül vezetni.

A tervezet szerint az Egészségügyi Hivatal hat osztályra tagozódnék. Az elnöki és törvényelőkészítési ügyek együttesen képeznék az I. osztály ügykörét. Ha ennek az osztálynak az ügyforgalma idővel túlságosan feduzzadna, külön elnöki és külön törvényelőkészítési osztály volna szervezhető. Gazdaságosság szempontjából azonban / kevesebb kezelési munka és segédszemélyzet, a munkaerők jobb kihasználása, stb. / a javasolt megoldás célszerűbbnek látszik.

A II. általános egészségügyi osztály két alosztályból állana, a szorosan vett általános egészségügyi alosztályból és a járványügyi alosztályból. Ezekben olyan ügyek intézetenének, amelyek jelenleg részben a belügyminisztérium XV. osztálya, részben az Országos Közegészségügyi Intézet megfelelő osztályai ügykörébe tartoznak.

A III. osztály ügyköre teljesen azonos volna a belügyminisztérium jelenlegi XVI. osztályának ügykörével.

A IV. egészségvédelmi osztály a./ külső egészségvédelmi munkák és népbetegségek elleni védekezés alosztályára és b./ a gyermekvédelmi alosztályra tagozódnék. Előbbire a tervezetben részletezett ügykör részben a belügyminisztérium XV. osztályának, részben az Országos Közegészségügyi Intézet "külső munkák osztályának" ügyköréből szállana át, míg az utóbbinak ügyköre azonos volna a belügyminisztérium XIV. osztályának jelenlegi ügykörével.

Az V./ laboratoriumi/ osztály négy alosztályra tagozódnék. Ez a beosztás teljesen megfelel az Országos Közegészségügyi Intézet laboratoriumi munkákkal foglalkozó osztályai jelenlegi szervezetének, melynek ügyköre is csak annyiban szenvedne változást, hogy ide utaltatnának a jelenleg belügyminiszteri hatáskörben intézett azon ügyek, amelyek a laboratoriumi munkával szorosabb összefüggésben vannak.

A VI./ propaganda-és muzeális osztály/ a m.kir. Társadalomegészségügyi Intézet és Múzeum ügykörét venné át.

Miként fentiekből kitűnik a felállítandó Egészségügyi Hivatalnak a tervezet szerint aránylag kevés, mindössze hat osztálya lenne, ezeknek fele alosztályokra tagozódnék - A tervezet összeállításánál az a szempont volt az irányadó, hogy a mostani szervezet lényegében végrehajtandó változtatás mellett az új szervben az eddig kipróbált keret, a Belügyminisztérium Egészségügyi Osztályának és az Országos Közegészségügyi Intézet osztályainak jelenlegi tagozódása, - az azonos osztályok ügykörének összeolvasztása mellett, - a lehetőség szerint továbbra is megmaradjon. A csoportosítást a tervezet csak ott tüntet fel, ahol azt az ügyek együvé tartozandósága feltétlenül indokolja, így pl. je-

lenleg az Országos Közegészségügyi Intézet külön osztályának ügykörébe tartozó falusi egészségvédelmi munkának a belügyminisztérium XV. osztályának ügykörébe tartozó népbetegségek elleni védekezés ügyével való összekapcsolás, egy alosztály ügykörébe utalása.

Az 1876:XIV. t. c. 169. §-a által a közegészségügyi ügyek tudományos tárgyalása céljából felállított "Országos Közegészségi Tanács" mint véleményező és indítványozó testület, az Egészségügyi Hivatal mellett továbbra is okvetlenül fenntartandó volna. A kapcsolatot, külföldi mintára, az Egészségügyi Hivatallal szorosabbá kellene tenni. Kivánatos volna ezenkívül a Tanácsnak az id. t. c. 171. §-ában megállapított szervezetét oly módon megváltoztatni, hogy a rendes tagoknak 12 főben megállapított száma lényegesen felemeltesék. Szükségessé teszi ezt az orvostudomány-
nak a törvény megalkotása óta bekövetkezett óriási mértékű fejlődése és specializálódása.

Ma ugyanis az a helyzet, hogy a Tanácsban legfeljebb 12 orvosi szakmának szakembere lehet rendes, - tehát szavazati joggal bíró, - tag. Az orvosi szakmáknak, s az egyes szakmák specialis ágainak száma azonban ennél sokkal több. Igaz, hogy a Tanács kiadhatja az ügyet referálásra egy rendkívüli tagnak is, a referens azonban, aki valószínűleg annak az ügynek legkiválóbb szakembere, nem szavaz az ügy véleményezésénél, hanem szavaznak azok, akik esetleg nem szakemberek abban a kérdésben. A legtöbb esetben a Tanácsban az a helyzet, hogy egy szakember rendes vagy rendkívüli tag referálja az ügyet, a többi tag, - nem lévén annak az ágazatnak szakembere, - nem mer, de nem is igen tud hozzászólni. A Tanácsban szakemberek vitája a fentebbi okokból csak a legritkább esetben alakul ki. Ha például a Tanács egyetlen sebész,

szemész, szülés tagja egy főorvosi állásra a pályázók egyikét első helyen javasolja, úgy a Tanács többi tagja nem tehet mást, mint azt elfogadja mert hiszen nem lévén szakemberek ebben a kérdésben, nem tudják a pályázókat szakszempontból elbírálni. Megvagyok győződve, hogy az illető szakember mindig a legkiválóbbat, a leginkább odavalót javasolja, s erről meg van győződve a Tanács is, s ezért az ilyen ügyekben a szavazás majdnem mindig egyhangu. Mégis a "Tanács véleménye" fogalma alatt mindig több szakember véleményének megnyilvánulását szoktuk érteni. Feltétlenül szükséges volna a Tanácsnak a 34.376/1892.B.M. számú rendelettel megállapított ügyrendjét is megfelelően módosítani, mivel a jelenlegi ügyrend a mai élet gyorsabb ütemének nem felel meg. Kívánatos volna a felállítandó Egészségügyi Hivatal és az Országos Közegészségügyi Tanács működését egymással szoros kapcsolatba hozni azáltal, hogy a Tanács ülésain az egyes ügyek tárgyalásán az a tisztviselő is résztvegyen aki a tárgyalás alatt álló ügynek az Egészségügyi Hivatalnál az előadója.

- - -

A fentiekben bátor voltam reámutatni azokra a megoldási lehetőségekre, amelyek szerint az egészségügyi közigazgatás központi szervének legnagyobb hatásosságát, célszerűségét és gazdaságosságát elérni lehetne.

A közegészségügyi munka eredményességének fejlődésképeségének másik feltétele a közegészségügyi szolgálat alsóbbfoku, periferiás szerveinek a modern közegészségügy követelményeinek megfelelő átszervezése, s a központi szerveivel a mainál szorosabb kapcsolatba hozása. Ezt tiszteletteljes nézetem szerint az egészségügyi közszolgálat államosításával lehetne elérni.

Felkérésemre ugyancsak Páris dr. ur foglalkozott az államosítás kérdésével. Tanulmányának konkluzióit alább vagyok bátor bemutatni. Tisztában vagyok azzal, hogy akármilyen kívánatos is lenne az államosítás, ma keresztülvihetetlen lenne ha ez az állam részéről nagyobb pénzáldozatot igényelne. Ép ezért vizsgálat tárgyává tettük a célszerűség kérdésén kívül azt is, hogy ez anyagilag milyen terhet jelentene az államra nézve.

- - -

Az egészségügyi közszolgálat államosítása.

Az Egészségügyi Hivatal felállítása által a közegészségügyi munka központi vezetése, irányítása tiszteletteljes nézetünk szerint egységessé, hatásossá és gazdaságossá volna tehető. A közegészségügyi szolgálatot az egész országban eredményessé tenni csak úgy lehet, ha a központi szerv és az alsóbbfokú közegészségügyi szervek egymással a mainál szorosabb kapcsolatba hozatnak.

Az így megjelölt uton első lépés a tisztiorvosi képesítéshez kötött, vagyis a törvényhatósági tisztifőorvosi, a járási és thj. városi tisztiorvosi s a megyei városi ügyvezető orvosi/az alábbiakban közös megjelöléssel tisztiorvosi/ szolgálatnak az - Egészségügyi Hivatal felállításával egyidejűleg keresztül vitt - államosítása.

Mulhatatlanul szükség van ugyanis arra, hogy a tisztiorvosok, kik a közegészségügyi kérdésben hatósági jogokat gyakorló alsóbbfokú hatóságoknak ily kérdésekben szakközvegi s bizonyos meghatározott ügykörben maguk is felügyeleti és intézkedési joggal felruházott közegészségügyi hatóságok, az egészségügyi főhatósággal közvetlen szálak által összekapcsolva legyenek, hogy ekként a központi szerv akarata az egész ország területén egységes szempontok szerint érvényesüljön. Régóta érzett hiány nálunk az, hogy a kormánynak az egészségügyi közigazgatás alsóbbfokain nincsenek

saját közegei. A különféle önkormányzati testületek szolgálatában álló orvosokkal rendszeres, egyöntetű, az ország egész területén kiegyensúlyozott közegészségügyi munkát végezni nem lehet. Nagyrészen az orvosi közszolgálat jelenlegi meg nem felelő szervezete az oka annak, hogy hazánkban a közegészségügyi munka 36 törvényhatóságra széttagolva oly különböző eredményeket mutat fel és hogy egyes törvényhatóságok vagy kisebb közigazgatási egységek közegészségi állapotának fejletlenebb volta oly hátrányosan befolyásoljaszomszédos területek, sőt az egész ország lakosságának közegészségügyi helyzetét. Ugyanez az oka az egészségügyi rendészeti teendők ellátásában némely önkormányzati testületnél mutatkozó hibáknak és hiányoknak. Az egészségügyi rendészet eredményes működésének nélkülözhetetlen előfeltétele, hogy a jogszabályok rendelkezései s a központi szer rendeletei alapján fogandó intézkedések az ország minden részében egyenlő eréllyel és pontossággal legyenek végrehajtva. A túlnyomó részben orvosi magányakorlatot folytató, ennek következtében az önkormányzati közigazgatástól és a magánfelektől többé-kevésbé függő helyzetben levő tisztiorvosi kartól azonban a közegészségügyi közigazgatásban jelentkező, a helyi közigazgatási és egyéni érdekek sokszor ellentétben álló állami érdekek teljes súllyal való érvényesítése alis várható. A közönség magánérdekeit közelről érintő rendszabályokat teljes sikerrel csak olyan tisztviselők hajthajták végre, kik a helyi önkormányzati szervekkel s a közönséggel szemben teljes függetlenséggel rendelkeznek. Minthogy az önkormányzati testületek alkalmazásában álló s orvosi magányakorlatot folytató tisztiorvosok a függetlenségnek ezzel a fokával nem rendelkezhetnek, közérdek, hogy az önkormányzat lényegével szorosabb összefüggésben nem

álló tisztiorvosi közszolgálat államosítottassék s az így állami szolgálatba kerülő orvosok a magánygyakorlattól eltiltassanak, hogy tehát a tisztiorvosi közszolgálat teljesítése az egészségügyi közigazgatás központi szervének közvetlenül alárendelt, orvosi magánygyakorlatot nem folytató, teljes munkájukat a közszolgálatnak szentelni tudó, áthelyezhető, személyes és lokális befolyásoktól nem függő állami tisztviselő orvosok feladatát képezze.

Ezeknek a szempontoknak a fontosságát a külföldi államok túlnyomó nagyrésze elismerte azáltal, hogy a közegészségügyi szolgálat ellátására alsóbbfoku állami tisztviselő-orvosokat alkalmaz még akkor is, ha egyébként a közigazgatás közép és alsófoku feladatainak ellátása önkormányzati alapokon szervezett közigazgatási orgánumokra van bízva.

Ausztriában az 1870. április 30-i egészségügyi törvény értelmében az I. foku egészségügyi hatóság / a Bezirkshauptmannschaft / mellett működő Bezirksharzt, másképp Amtsarzt, ugyszintén a II-foku egészségügyi hatóság mellé beosztott Landessanitätsdirektor állami tisztviselők. A községi, kör- és városi orvosok / Gemeindeärzte / azonban az 1888. december 21-i törvény értelmében önkormányzati alkalmazottak.

A Cseh-szlovák köztársaságnak azelőtt Ausztriához tartozó területein, vagyis a régi Csehország, Morvaország és Szilézia területén a császárság idejéből örökölt, fentebb ismertetett közegészségi szervezet az összeomlás után is megmaradt. A köztársaság azonban az államosítás terén még tovább ment, mert az egészségügyi rendszert teendőknél az állam által való átvételéről szóló 1920. április 9-i és az ezt módosító és részben életbeléptetett 1922. július 13-i törvénnyel a községi-/városi/ és körorvosi állások, sőt az egészségügyi segédszemélyzet /bábák betegápolók, egészségügyi védőnők, fertőtlenítők, stb./ államosítását is kimondotta.

A Német birodalom területén Poroszországban az 1899.

szeptember 16-i és 1909. szeptember 1-i törvények értelmében a közigazgatási egység, a "Kreis" egészségügyi hivatalnok a Kreisarzt / hivatalos elnevezése: Medizinalrat / állami tisztviselő. Ugyanigy állami tisztviselők Bajorország, Szászország, Baden, Hessen Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz és Bremen Kreisarzt-jai és Württembergben az Oberamtsarzt. Ezekben az országokban a II. fokú közigazgatási hatóság, a tartományok élén álló Oberpräsident külön orvosszakértő tisztviselővel nem rendelkezik.

Hollandiában az 1919. november 27-i "Gesondheitswet" szerint az állam a közegészségügyi szolgálat ellátását saját tisztviselői, és pedig a főfelügyelők / General Inspectors / s az ezeknek alárendelt felügyelők / Inspectors / útján ellenőrzi.

Bulgáriában az 1929. február 27-i egészségügyi törvény értelmében az egészségügyi megyék / départements sanitaires / élén álló megyei orvosok / médecins de département /, valamint a megyéket alkotó egészségügyi kerületeket / arrondissements sanitaires / vezető, s a megyei orvosoknak alárendelt kerületi orvosok / médecins d'arrondissement / ugyancsak állami szolgálatban állanak.

Olaszországban az egészségügyi közigazgatás középfokú hatósága a tartományi prefektus mellé beosztott tartományi orvos / Médecin Provincial / az 1907. augusztus 1-i olasz egészségügyi törvény, illetőleg az 1923. december 30-i olasz egészségügyi törvény, illetőleg az 1923. december 30-i királyi rendelet értelmében állami tisztviselő.

Dániában az 1914. április 21-i "Medical Officers Act" szerint a fővárosi tisztiorvos / Chief City Medical Officer of Health / és a járási orvosok / District Medical Officers / - akik-

nek körülbelül egyharmada megyei orvos /County Medical Officer/ is egyszemélyben, - a király által kinevezett nyugdíj jogosult állami tisztviselők.

Norvégiában a közegészségügyi közigazgatás szervezetét megállapító 1912. július 26-i törvény értelmében csaknem minden közegészségügyi funkciót a király által kinevezett és teljesen vagy legalább is jelentékeny részben az állam által javadalmazott orvosok végezték.

A felsorolt példákból látható, hogy az egészségügyi/^{köz}szolgálatnak állami alkalmazásban álló orvosok által teljesítése számos európai állam egészségügyi közigazgatási szervezetének közös vonása.

Az egészségügyi közszolgálat államosítása egyébként maguknak a tisztiorvosoknak is régi. közös óhajta, melyet hivatott képviselőik gyűléseken, memorandumokban stb. mindig hangoztatni szokott.

Itt említem meg röviden azt, hogy az egészségügyi szakszolgálat államosítását azért kellene egyelőre a th. tisztifőorvosi, a járási és thj. városi orvosi, s a megyei városi ügyvezető orvosi szolgálatra korlátozni, s a megyei városok nem ügyvezető orvosait, valamint a községi-és körorvosokat továbbra is meghagyni önkormányzati szolgálatban, mert utóbbinak főleg betegek gyógyításával foglalkozván, rájuk nézve azok a szempontok, melyek a felügyeleti hatáskört gyakorló tisztiorvosok államosítását szükségessé teszik, kevésbé vonatkoznak. Ezenkívül a szociálhigiénés munka részben a községek anyagi áldozatkészségére lévén alapozva, kívánatos, hogy ezt a munkát a legalsó fokon ellátó orvosok szorosabb kapcsolatban legyenek azzal az önkormányzati szervvel, mely ennek a mun-

kának az anyagi eszközeit, legalább részben, szolgáltatja. A községeknek az egészségvédelmi munka iránti érdeklődése ugyanis némely külföldi államban csökkent, amikor e munkát teljesítő önkormányzati szolgálatban álló orvosokat államosították. Ezáltal ugyanis megszűnt a községeknek a helyi egészségvédelmi munka mi-kénti teljesítésére gyakorolt befolyása a megszokott az a közvetlen kapcsolat, mely az anyagi támogatás adó község, s az egészségvédelmi munkát végző, az önkormányzati községek érdeklődését mind-addig ébrentartó orvos között fennállott. / Ezt a kérdést Cseh-szlovákiát illetőleg bővebben Prof. dr. Pele fejti ki: Reform des Gesundheitwesens c. tanulmányában. /

Az állam ami nehéz anyagi helyzete miatt, ha ma vala-mely reform kérdése felmerül, az első kérdés, amelyet ezzel kap-csolatban fel kell vetni az, hogy vajjon annak a reformnak keresztülvitele mibe kerül? Javaslatunkkal kapcsolatban is vizsgálat tárgyává kell tehát tennünk, hogy a tisztiorvosi szolgálat álla-mosításából kifolyólag nehezdnek-e az államkincstárra újabb anya-gi teher. Ha igen úgy megvizsgálendő az, hogy e többletről hol és milyen fedezet formájában lehet gondoskodni. Végeredményben az a kérdés úgy alakul, hogy az adózó polgár szempontjából az új megol-dás több terhet jelent-e? Az adófizetőnek ugyanis végeredményben mindegy, hogy valamely közszolgálat költségeinek fedezésére szük-séges tételek egy önkormányzatnak vagy az államnak fizetett adó-filléreiből fizettettek-e? Hogy ebben a kérdésben tisztán lás-sunk, mindenekelőtt azt a kérdést kell vizsgálat tárgyává tennünk, hogy a tisztiorvosi szolgálat ellátásával járó anyagi teher je-lenleg mennyit tesz ki. Az alábbiakban felsorolt adatok az 1934. január 1-i helyzetnek felelnek meg.

Tisztelettel megemlítem, hogy Budapest Székesfőváros ada-

taik figyelmen kívül hagyattak, mert ott a közegészségügyi szolgálat a modern közegészségügy igényeinek mindenben megfelel. Ezért Budapest ebben a javaslatban nem is szerepel.

A II.számú mellékleten foglalt részletezés szerint 25 vármegyei tisztifőorvos illetménye összesen évi 124.726 pengő és még külön évi 46.000 pengő utiátalány.

A III.sz.mellékletből kitűnik, hogy 153 járási tisztiorvos illetménye összesen évi 477.293 pengő. Ebben az összegben 17 tiszteletdíja járási orvos utiátalánya is bennfoglaltatik, míg a többi járási tisztiorvos által élvezett utiátalány összege még külön évi 163.200 pengőt tesz ki.

A IV.sz.melléklet szerint a vármegyei tisztifőorvosok és a járási tisztiorvosok 1934.évi személyi pótléka ezenfelül kitesz együttvéve 44.046 pengőt.

A vármegyei tisztifőorvosok és járási tisztiorvosok személyi járandósága ezek szerint, összesen évi 855.265 pengő.

A 10 vidéki törvényhatósági jogú város tisztifőorvosának illetménye a mellékilletmények hozzászámításával összesen, évi 64.712 pengő./Részletezést l. az V.sz.mellékletben./

A törvényhatósági jogú városok 52 tisztiorvosának illetménye a mellékilletményekkel együtt évi 247.519 pengő./Részletezés a VI.sz.mellékletben./

A VII.sz.mellékletben feltüntetett részletezés szerint a 45 megyei város ügyvezető orvosának illetménye mellékilletményeik hozzáadásával 193.965 pengőt tesz ki.

A törvényhatósági jogú városokban alkalmazott ügyvezető orvosok folyó évi illetménye tehát összesen 506.196 pengő.

A VIII.sz.melléklet feltünteti a megyei városok többi,

számszerint 58 nem ügyvezető orvosának illetményeit. Ezt az egyébként nem nagyon jelentős / folyó évben 188.494 pengőre rugó/ összeget az alábbiakban figyelmen kívül hagyom, mert fenti javaslat szerint a megyei városokban egyelőre csak az ügyvezető orvosi szolgálat lenne államosítva, a tulnyomórészt gyógykezeléssel foglalkozó többi városi orvos szolgálata azonban nem.

Összefoglalva a fenti adatokat, a következőket kapjuk.

Létszám:	Pengő:
25 vm. tiszti főorvos.....	124.726.
utiátalányuk.....	46.000.
153 járási tiszti orvos.....	477.293.
utiátalányuk.....	163.200.
tiszti főorvosoknak és járásorvosoknak személyi pótléka.....	44.046.
10 törvényhatósági városi főorvos.....	64.712.
52 " " " " orvos.....	247.519.
45 megyei városi ügyvezető orvos.....	193.965.
<hr/>	<hr/>
285	1.361.461

vagyis az államosítás alá eső orvosi személyzet létszáma: 285, fizetésének, illetve járulékainak összege pedig az 1934. évben 1.361.461. pengő.

Figyelembe kell vennünk azonban azt, hogy a vármegyék igen súlyos gazdasági helyzete következtében a vármegyei tiszti főorvosok és a járási tiszti orvosok illetményei, utiátalányuk és személyi pótlékaik kivételével, / a tiszteletdíjas járási tiszti orvosoknál az utiátalány is / habár jogilag nem, azonban a tényleges helyzet szerint már évek óta és a jelenben is az állami il-

letmény számlát terhelik, s hogy e tekintetben a jövőben sem várható változás. Annak a személyzetnek az illetményterhe, amelynek szolgálatát államostani kellene, évi 602.019 pengő erejéig jelenleg is az államháztartásra nehezedik és mindössze évi 759.432 pengőt tesz ki az az összeg, amelyet az említett egészségügyi szakszemélyzet személyi kiadásai címen ezidőszerint az önkormányzati testületek viselnek.

Ezekhez a személyi terhekhez járulnának még a szolgálat ellátásával járó dologi kiadások, melyeket ezidőszerint teljes egészében az önkormányzati testületek viselnek. A dologi kiadások összegét pontosan nem lehet megállapítani, mivel ezek a kiadások az önkormányzati testületek költségvetésében más szervek hasonló kiadásaival együttesen vannak előirányozva. Ezekből a globális összegekből is megállapítható azonban az, hogy itt a személyi kiadásokhoz viszonyítva jelentéktelen összegről van csupán szó, ami nyilvánvaló abból is, hogy az államosítandó személyzet létszáma és az általa ellátott szolgálattal járó belső irodai munka önmagában véve is csekély, a vonatkozó dologi kiadások összege sem lehet tehát jelentékeny. Megemlítem, hogy szakemberek, kiket ezirányban megkérdeztem, a járási tisztiorvosi szolgálattal járó dologi kiadásokat járásonként egy-egy orvos után mintegy évi 550 pengőre becsülték, amely összegből a papír-nyomatványok, egyéb irodai szükségletek, fűtés és világításra mintegy 300 pengő, az irodai helyiség bérére mintegy 250 pengő esik. Körülbelül ugyanannyira tehető a dologi kiadások összege a városi orvosoknál is, vagyis a 285 tiszti orvos munkájával kapcsolatos dologi kiadások összege mintegy 156.750 pengőre rugna.

Önként értetődik, hogy a tisztiorvosi szolgálat államosításával járó, s az attól várható előnyökhöz mérten csekély személyi és dologi kiadásokat sem kellene az államnak ellenszolgál-

tatás nélkül magára vállalnia. Az államosításról szóló törvényben ki lehetne mondani, hogy a személyi és dologi kiadásokat az állami költségvetésben kell előirányozni, a vármegyék és /Budapest székesfőváros kivételével/ a városok tartoznak azonban a személyi és dologi kiadásokhoz akkora összeggel hozzájárulni, mint amekkora összeget erre a célra az 1934. évi költségvetésükbe felvettek. Vagy pedig fel lehetne hatalmazni a belügyminisztert, hogy - úgy miként arról a magyar királyi rendőrség költsége tekintetében az 5047/1919. M. T. sz. rendelet 43. §-a helyébe lépett 1928:XXXIII. t. c. 13. §-a a városokra nézve rendelkezik - az egészségügyi szolgálat ellátásával járó költségekhez az önkormányzati testületekről / Budapest székesfőváros kivételével/ az illető önkormányzati testület költségvetésileg előirányzott összes bevételeinek bizonyos, a törvényben meghatározott %-áig terjedhető, s vagyoni helyzetének és bevételeinek figyelembevételével a miniszter által megállapítandó hozzájárulást szedhessen.

Ki lehetne mondani a törvényben azt is, hogy az állami szolgálatba lépő orvosok elhelyezésére a törvényhatóságok és a községek / megyei városok/ tulajdonában lévő épületekben a jelenleg tisztifőorvosok, járási vagy thj. városi orvosok és megyei városi ügyvezető orvosok elhelyezésére szolgáló helyiségeket a m. kir. államkincstár teljesen díjmentesen veheti igénybe.

Végül ki lehetne mondani, hogy kötelesek az önkormányzati testületek mindazokat az ingóságokat / bútorok, irodai felszerelések stb./, amelyekkel az egészségügyi szolgálat államosításának időpontjáig a felsorolt önkormányzati alkalmazásban álló orvosokat rendszeresen ellátták, ezekután az államkincstárnak ellenszolgáltatás nélkül átengedni. Mindezekre a kiadásokra az állam az arra reászoruló önkormányzati testületek részére meg-

felelő segílyt engedélyezhetne.

Mint hogy a kérdés pénzügyi részének ily módon való megoldását semmiféle jogi akadály nem gátolja, a tisztiorvosi szolgálat államosítása val szemben még azt a mostanában szokásos ellenvetést sem lehet felhozni, hogy az államháztartás jelenlegi helyzetében nincsen rá megfelelő fedezet, tekintve, hogy az államosítással kapcsolatban az államkincstárra egy fillér újabb teher sem hárulna. / Az adófizető lakosság szempontjából ugyanis / mint erre fentebb utalni bátorkodtam / teljesen közömbös az, hogy a közegészségügyi szolgálat költségeit pótdobban fizeti-e be az önkormányzati testületek pénztárába, vagy pedig adó címen az állami pénztárakba, - rá nézve fontos csak az, hogy a pénzéért jó közigazgatást kapjon. Utóbbi megoldás mellett a tehermegosztás igazságosabb is volna. / De még ha az államosítás végrehajtása érdekében az államkincstárnak némi áldozatot kellene is hoznia, vállalni kellene ezeket azokra a nagy előnyökre tekintettel, amelyek a lakosság egészségügyi helyzetének az államosítástól várható javulásból az ország pénzügyi helyzetére s a nemzet jövőjére származnak.

Az államosítandó tisztiorvosi szolgálattal járó terhek azonban, - amelyeknek végösszege kb. évi 1 1/2 millió pengőt tesz ki, jelentékeny mértékben csökkenthetők volnának az alább ismertetendő s állami orvosok magángyakorlatának eltiltásával lehetővé váló intézkedések által.

Az orvosi közszolgálat teljes függetlenségének biztosítása céljából - mint fentebb már említettem - ki kellene mondani, hogy az állami szolgálatban álló orvosok magángyakorlatot nem folytathatnak. Ezáltal el lehetne érni azt is, hogy az állami orvo-

sok, - úgy mint Budapest Székesfőváros tisztiorvosai jelenleg is, - teljes munkakörejüket a közzolgálatnak szentelhetnék, aminek az egészségügyi közigazgatás igen nagy hasznát látná. Az állam által alkalmazott orvosokat azonban a magánygyakorlat folytatásából eredő jövedelmük megszűnésével óker ért anyagi veszteségért kárpótolni kellene, mert rosszul fizetett, anyagi gondokkal küzdő tisztviselőktől oly nehéz szolgálat kifogástalan teljesítése, aminő a hatósági orvosoké, nem remélhető. Amugyis régóta - s nem egészen alaptalanul - hangzottatott sérelme a mostani tisztiorvosi karnak, hogy előtanulmányi idő, fizetési osztályba sorolása és előmenetel szempontjából rosszabb helyzetben van, mint a jogi képesítéssel bíró önkormányzati tisztviselők. Ezidőszerint az 1929:XXX. t. c. 69. §-a értelmében a vármegyei tiszti főorvos szolgálatát az állami rendszerű VIII. fizetési osztályban kezdi s ebben a fizetési osztályban eltöltött kilenc évi szolgálat után a VII. és az ebben eltöltött kilenc évi szolgálat után a VI. fizetési osztályba léptethető elő. A járási tisztiorvos a szolgálatát a IX. fizetési osztályban kezdi s ebben a fizetési osztályban eltöltött kilenc évi szolgálat után a VIII. fizetési osztályba léptethető elő. A vármegyei tiszti főorvos és a járási orvos az állásukban elérhető legmagasabb fizetési osztályban eltöltött 5, illetőleg 8 évi szolgálat után kétszeres személyi pótlékban részesíthetők. Az 5600/1925. B. M. számú rendelet szerint pedig törvényhatósági jogú városokban a tiszti főorvos a VIII., a tiszti orvos a IX. fizetési osztályba van sorolva, s a megyei városi ügyvezető orvos szintén a IX. fizetési osztályba tartozik. A városi orvosok az említett fizetési osztályban eltöltött 6 évi szolgálati idő után egyizben a következő magasabb fizetési osztályba léptethetők elő.

sürgött meg megfelelő rendezése, valamint az egészségvédelmi munka bizonyos ágazatainak további kiépítése, a magángyakorlat terhe alól felszabadult orvosoknak e munkával megfelelő - egyébként ma is szokásos, - tiszteletdíjjal való megbízása által. Jelentésem kérései nem engedik meg, hogy ezekkel a részletkérdésekkel behatóbban foglalkozzam, csak annyit említek meg, hogy itt elsősorban az állami orvosoknak dispensair-orvosi és iskolaorvosi teendőkkel való megbízására gondolok, megfelelő összegű külön díjazás mellett.

Ismeretes, hogy valamely város lakosságának egészségügyi viszonyai a legszorosabban összefüggenek a közelében lévő községek és tanyák, általában azon járás, illetőleg vármegye lakosságának egészségügyi viszonyaival, melynek területén az illető város fekszik. Ez az összefüggés abban nyilvánul meg, hogy a városi lakosság egészségügyi viszonyai nem lehetnek jók, ha a várost környező községek és puszták lakosságának egészségügyi állapota nem kielégítő, s viszont hiábavaló lesz a vármegye egészségügyi szakközegeinek még oly szakértelemmel és odaadással folytatott munkája is, ha a vármegye területén fekvő nagyobb emberi agglomerációknak, a városoknak egészségügyi viszonyai rosszak. Ezért közegészségügyi szempontból semmivel sem okolható meg az a mai rendszer, amelyben a törvényhatósági jogú és megyei városok az egészségügyi közszolgálatban mintegy corpus separatumként jelentkeznek azzal a vármegyével, járással szemben, melynek területén fekszenek. Egészségpolitikai szempontból kívánatos volna a tisztiorvosi szolgálat államosításával kapcsolatban az egészségügyi munka irányítását a vármegye egész területére, a thj. városokat sem véve ki, ugyanarra a szaktisztviselőre bízni, hogy az egészségügyi szempontból egységes területek ilyen tekintetben egységes irányítás alá kerüljenek. Minthogy pedig véleményem szerint egy vármegyei és egy városi tiszt főorvosnak a

tennivalóit egy, - egész idejét ennek szentelő, - orvos is képes volna ellátni anélkül, hogy ez az elrendezés az egészségügyi munka kárára válnék, indokoltnak látszik a külön vármegyei és városi tisztifőorvosi körzeteket összevonni, aminek következtében a törvényhatósági főorvosoknak / - mindig Budapest leszámításával - / jelenleg 35 főnyi létszáma 25 főre csökkenne. Az ezzel járó megtakarítás évi 65-70.000 pengőt tenne ki.

Ugyanezek a szempontok indokolttá teszik, hogy a megyei városok ügyvezető orvosai tennivalóinak ellátását bizonyos esetekben reábizzuk annak a járásnak az orvosára, akinek az illető megyei város a hivatali székhelye. Erre a kérdésre alább a járási tisztii orvosi állásokkal kapcsolatban visszatérünk.

A fentiek szerint alakuló 25 főorvosi körzet a terület térmértékét, de különösen a lakosság számát tekintve lényeges eltérést mutatna egymástól. / A lakosság lélekszáma szerinti megoszlását az új szervezetben a IX.sz.melléklet tünteti fel, / azonban ezek az aránytalanságok jelenleg is ugyanilyen mértékben megvannak, s a javasolt összevonás a mai helyzettel szemben inkább némi arányosulást eredményezne. Ezeket az aránytalanságokat egyébként nem is incidentáliter, a törvényhatósági főorvosi körzetek új beosztása, hanem az összes közigazgatási szervek területi beosztásának általános szabályozása alkalmával lehetne végleg megszüntetni, például azon elvek szerint, amelyeket Magyary Zoltán, a közigazgatás racionalizálásának volt kormánybiztosa által a miniszterelnök elé terjesztett. "A magyar közigazgatás területi alapjai" című, Hantos Gyula által írt emlékirat megjelöl. Kívánatos volna ugyan a főorvosi körzeteknél már az államosítás alkalmával megszüntetni a legkiáltóbb aránytalanságokat és végrehajtani legalább azt a legsürgősebb szabályozást, amelyet Hantos id.munkájának 11.

oldalán a vármegyei beosztás tekintetében javasol./Komárom megyének Győr Moson és Pozsony megyékhez, Esztergom megyének Pest megyéhez csatolása: Pest-Pilis-Solt-Kiskun megyének kettéosztása és déli részéhez Bács-Bodrog megye hozzácsatolása Kiskunhalas székhellyel: Abauj-Torna megye tornai járásának Borsod Gömör és Kishont megyékhez csatolása, többi járásának Zemplén megyével való egyesítése Szerencs székhellyel./ A lakosság számának kerületek szerint való megoszlását e szabályozás végrehajtása esetében a X.sz.melléklet tünteti fel. Ezekkel az összevonásokkal a 25 főorvosi körzet 23-ra olvadna le, ami a főorvosi fizetések tételén évi 12-14.000 pengő további megtakarítást eredményezne, ami még fontosabb szempont, a főorvosi szolgálat racionálisabbá válnék. Mégis a vármegyei törvényhatóságoknak az ősi határaikat érintő racionalizálási tervekkel szemben jelentkezni szokott s így ebben a kérdésben is várható ellenállására tekintettel nem feltétlenül szükséges a tisztiorvosi szolgálat államosításának ügyét a vármegyei főorvosi körzetek területi szabályozásának kérdésével összekapcsolni. Az utóbbi kérdés rendezése esetleg későbbi időpontra volna halasztható.

Fennáll a területi átszabályozás szüksége és lehetősége a mostani járási orvosi körzetek tekintetében is. Az Országos Közegészségügyi Intézetnek a falusi egészségvédelmi munka rendszerének kiépítésével kapcsolatban évek során át szerzett tapasztalata szerint a járási tisztiorvos a jogszabályok által reábi- zott feladatokat, az egészségvédelmi munka irányításával járó te- endőket is hozzávéve, átlag 50.000 lakósu körzetben képes jól el- látni. A Népszövetség Egészségügyi Osztálya által összehívott több konferencián is az a vélemény alakult ki, hogy kb. 50.000 lakós közegészségügyi szolgálatának irányítását és ellenőrzését egy

tisztiorvos el tudja látni. A járások lakosságának száma túlnyomó részben alatta marad az említett átlagnak. Ezért a járási orvosi körzeteknél is megvan a lehetőség bizonyos területi átszabályozásra, a kisebb járásoknak egy járási orvosi körzetbe való összevonására, természetesen a népsűrűség, földrajzi adottságok, közlekedési viszonyok, egészségügyi helyzet stb. figyelembevételével. Ha az összes járások lakosságának számát kerek számban 5.800.000-re tesszük, / 1930 évi népszámlálás adatai szerint /, a fenti átlagot véve alapul, 116 tisztiorvos / jelenleg 153 van /, kik magángyakorlatot nem folytatnak, elegendő lenne arra, hogy a járási orvosi tennivalókat ellássa.

Mint fentebb említettük a megyei városi ügyvezető orvos tennivalóinak ellátását bizonyos esetekben reá lehetne bízni annak a járásnak a tisztiorvosára, akinek az illető megyei város a hivatali székhelye. A 45 megyei város közül 25 olyan van, amely egyszersmind járási székhely. A javasolt ügykörösszevonás tekintetében megfelelő javaslatot tenni csak az illető megyei városok és járások viszonyainak gondos mérlegelése alapján lehetne. Mégis figyelembe véve azt, hogy a 25 járási székhelyül szolgáló megyei város lakosságának száma 554.336, a fenti 50.000-es kulcsra tekintettel a tisztiorvosi szolgálat ellátására 11 állami orvos alkalmazása elég lenne. Mégis tekintettel a városok magasabb igényére és arra, hogy az ügykörök összevonása technikai okokból esetleg több helyen nem lesz végrehajtható, a biztonság okából e tételen 15 állami orvossal számolunk. A járási székhelyet nem képező 20 megyei városban, - melyeknek összlakossága 649.929 lélek, - közigazgatási okokból továbbra is 20 állami tisztiorvos kellene. A jelenlegi 45 megyei városi ügyvezető orvos szolgálatának ellátására a jövőben tehát 35 állami orvos elegendő lenne.

Az itt elérhető megtakarítás körülbelül évi 43.000 pengő.

A törvényhatósági jogú városok tisztiorvosainak munkájáról olyan tapasztalatok, mint a járási orvosok munkájáról, nem állnak rendelkezésre. Minthogy azonban ezek az orvosok az 1876: XIV. t. c. 155. §-ának utolsó bekezdése értelmében ezidő szerint egyuttal a községi orvos teendőit is végzik, s államosításuk alkalmával ezeknek - a szorosán vett államorvosi feladatok természetétől különböző - teendőknek nélkül is megállapítható, hogy az államorvosi szolgáltatás csak egy kisebb részük volna átveendő. A kisebb törvényhatósági városokban a kizárólag tiszti orvosi tennivalókat 1-1, teljes idejét ennek szentelő, állami orvos a kerületi főorvossal együtt képes lesz ellátni. A nagyobb thj. városokban 2, esetleg 3 állami tiszti orvos is kellene. Lenne tehát pl. Szegeden 3, Debrecenben és Hódmezővásárhelyen 2-2, a többi thj. városban 1-1, összesen tehát 14 állami szolgáltatásban álló thj. városi orvos. A thj. városok a jelenleg alkalmazásban álló és az állam által át nem vett többi városi tiszti orvost, az 1908: XXXVIII. t. c. 9. §-ában megállapított tennivalók végzésére mint városi orvosokat továbbra is alkalmaznák.

Mint a közigazgatás más ágában, itt is célszerű lenne a főorvosok mellé besztandó alorvosi és orvosgyakorlonoki állásokat szervezni. Ezáltal egyrészt a fiatal orvosok elhelyezkedését lehetne elősegíteni, az egészségügyi közszolgálatba lépni óhajtó orvosoknak tanulási lehetőséget lehetne adni, de segítséget jelentene ez a főorvosoknak is adminisztrációs teendők ellátásában. Kívánatos lenne a nagyobb körzetben működő főorvosok mellé segítségül egy esetleg két, IX-ik fizetési osztályba sorozott m.kir. alorvosi illetve X-ik fi-

zetési osztályba sorolt orvosgyakornoki állást szervezni.
A fentebb felsorolt tételeken a létszámapasztással kapcsolatban elérhető megtakarításokat az állam által átveendő, magángyakorlatot nem folytató, teljes idejét a közegészségügynek szentelő állami tiszti orvosok magasabb fizetési osztályba való sorozásával felmerülő többletköltség fedezésére lehetne elsősorban fordítani.

A kerületi főorvosoknak és a járási orvosoknak ki-
szállásait a jövőben os a legcélszerűbben utiátalánnyal lehetne biztosítani. Az utiátalányokat ugyanolyan összegben lehetne megállapítani, mint amekkora összegben az jelenleg a vár-
megyei tiszti főorvosok és a járási tiszti orvosok részére meg van állapítva. Ennek összege az új szervezetben a XIII. sz. mellékletben feltüntetett részletezés szerint egy évben 199.600 pengőt tenne ki.

Az államosítás kérdésének pénzügyi szempontból való elbírálásánál figyelemmel kellene lenni a nyugdíjterhekre is. A már jelenleg is nyugállományba helyezett tiszti orvosok nyugdíjterhe természetesen a jövőben is az önkormányzati testületeket terheli.

Az államosításkor a jelenlegi tiszti orvosi kart nézetünk szerint rendelkezési állományba kellene helyezni s azokat, akik a törvényben megállapítandó záros határidő alatt állami szolgálatban nem alkalmaztatnak, végelbánás alá kellene venni. A végelbánás alá vont tiszti orvosok nyugdíjilletményeit nézetünk szerint ugyancsak annak az önkormányzati testületeknek kellene viselnie, amelynek szolgálatában az illető tisztiorvos a végelbánás alá vonás előtt állott.

Azt, hogy az államosítás végrehajtását közvetlenül
 karban bekövetkezett nyugdíjazási esetekből kifolyólag mi-
 lyen teher fog az államháztartásra nehezedni, approximativen
 is csak abban az esetben lehet majd megállapítani, ha majd
 ismeretes lesz azoknak az orvosoknak a szolgálati ideje,
 életkora, családi állapota stb. akiket az állam a szolgálatá-
 ra átvesz. Tájékoztatásul annyit sikerült csak megállapítani,
 hogy a jelenlegi vármegeyi tisztiorvosi karban a javasolt
 államosítás végrehajtását követő években várható nyugdíj-
 teher:

1936. évben.....	17.480 P.	ennek összeg
1937. "	3.786	pengővel
1938. "	22.252	"
1939. "	7.500	pengővel emelkednék.

Ezek a számítások 35 valóságos szolgálati év figyelembevételével készültek.

A városok szolgálatában álló tisztii főorvosok és tisztiorvosok várható nyugdíjterhét illetően hasonló adatokat beszerezni nem lehetett.

A fent részletesen kifejtett adatok figyelembevételével mellett az állami szolgálatba átveendő tisztii orvosoknak fizetési osztályok és fokozatok szerint való megoszlását és illetményeik évi összegét, ugyancsak a tisztii orvosi szolgálat államosítása folytán az államra háruló terhek valószínű összegét a XII. sz. mellékletben állítottuk részletesen össze.

Összehasonlítva a tisztii orvosi szolgálat ellátásával járó jelenlegi terheket és ezek megoszlását az álla-

mosításnak a javasolt módon való végrehajtása után előálló terhekkal, a következőket látjuk:

a tiszti orvosi szolgálat ellátásával kapcsolatos költségekből visel:

az állam.....602.019 pengőt

az önkormányzati testületek.....916.182 "

amely utóbbi tételből 156.750 pengő a dologi kiadásokra esik

A fentebbi két tétel együtt:....1.518.201 pengő

A javasolt államosítás esetén

az államra háruló terhek.....1.196.451 pengő

vagyis a tiszti orvosi szolgálat ellátásával kapcsolatos jelenlegi terheknél

kevesebb..... 321.750 pengővel.

Megemlítjük, hogy a nyugdíjterhet sem a jelenlegi, sem az államosítás utáni terheknél a fentebb részletezett okoknál

fogva nem vehettük tekintetbe. A fentebbi tételekben a személyi-, dologi és a kiküldetésekkel kapcsolatos kiadások fog-

laltatnak.

Tisztelettel megemlítjük, hogy lehetséges, hogy egyik vagy másik tételen az általunk előirányozottnál nagyobb összegre lesz szükség, mert lehetséges, hogy a tiszti orvosi

szolgálat megfelelő ellátására bizonyos területeken a tervezetnél nagyobb személyzetre lesz szükség. Valószínű, hogy

- legalább is egyes helyeken - a kerületi főorvosi hivatalokban irodai segéderőt is kell majd alkalmazni. Mindezekre megtalálhatjuk a fedezetet abban az összegben, amelyet mint megtakarítást, az eddigi rendszer költségeivel szemben kimutat-

tunk.

Az államosítást nem azért javasoljuk, mert azzal megtakarítás volna elérhető, hanem azért, mert a proponált rend-

szerben az egészségügyi közigazgatás hatásosabbá, a mai köz-
egészségügyi törekvésekhez és célkitűzésekhez jobban simu-
lónvá tehető. A fentebb közölt számításokkal az volt a célunk,
hogy kimutassuk az államosításnak pénzügyi akadályai, -
tiszteletteljes nézetünk szerint - nincsenek.

- - -

Az államosítás kérdésével kapcsolatban még
a következőket kívánám egész röviden érinteni:

Bátor voltam javasolni, hogy az állam által alkalma-
zandó orvosokat az V-VIII. fizetési osztályba kellene beso-
rozni. A törvényben ki kellene mondani azt is, hogy állami or-
vossá csak azt lehet kinevezni, aki legalább 5 évi orvosi
gyakorlattal és tisztiorvosi képesítéssel rendelkezik.

A tisztiorvosok képzése nálunk 1928. óta nemzetközi
viszonylatban, is igen jó és magas színvonalú. Ebben a képzés-
ben igen nagy részt foglal el a közigazgatási jogtan való
kiképzés: az összes előadási óráknak több mint negyed része
tisztán jog és közigazgatási kérdésekkel foglalkozik. Ezen-
kívül a hallgatók négy "gyakorlati hónap"-ot töltenek külön-
böző tisztiorvosi hivatalokban. Közigazgatási szakemberek vé-
leménye szerint, - mint említeni bátor voltam - a kiképzés
teljesen megfelelő. Azonban annak nincs akadálya, hogy a kép-
zés a jelenlegi 9 hónapos tanulmányi időnek 12 hónapra való
emelésével tovább fejlesszessék. Az esetleg átvendő, régebb
rendszerű tanfolyamot végzett tisztiorvosoktól tisztior-
vosi továbbképző tanfolyam elvégzése volna megkívánható.

A tisztiorvos kiképzés minél hatásosabbá tétele ér-
dekében kívánatos lenne, hogy az a szokás, amelyet Scholtz
államtitkár ur Önagyméltósága bizonyos fokig már eddig is
gyakorolt, hogy t. i. a tisztiorvosi tanfolyamra lehetőleg

községi és körorvosokat vett fel, intézményessé tétessék.
E kérdésnek kívánatos jövőbeli alakulása a következő lenne: Az orvosi diploma megszerzése, s ha csak lehetséges legalább 1-2 évi kórházi szolgálat után az orvos végezze el a községi és körorvosi tanfolyamot. Csak ekkor lehessen őt az alább említendő orvosgyakornoki szolgálat után végezhesse el a tiszti orvosi tanfolyamot, amiután tiszti orvossá kinevezhető.

Az állami orvosok számát, működésük területét és székhelyét a törvény által adandó felhatalmazás alapján a belügyminiszter állapítaná meg.

A járási és a városi m.kir. orvosok az elsőfokú egészségügyi hatóságoknak volnának szakközegei és ehez a hatósághoz alárendeltségi viszonyban állnának. Közszolgálatuk ellátása tekintetében közvetlenül a m.kir. főorvos felügyelete és ellenőrzése alá tartoznának. A törvényhatósági vagy "kerületi" m.kir. főorvosok, mint másodfokú egészségügyi hatóság szakközegei, a törvényhatósághoz és annak főbb szerveihez állnának alárendeltségi viszonyban, szolgálatuk ellátása tekintetében pedig a m.kir. Egészségügyi Hivatal felügyelete és ellenőrzése alá volnának rendelve. A fegyelmi joghatóságot az összes állami orvosok felett elsőfokban a törvényhatósági közigazgatási bizottságnak fegyelmi választmánya, másod és végsőfokon a m.kir. Egészségügyi Hivatal gyakorolhatná. A törvény felhatalmazhatná a belügyminisztert, hogy az állami orvosok fegyelmi ügyei tekintetében az eljárást az 1929:XXX. t.c. 75-94 §-ának szemelött tartásával rendeleti úton szabályozza.

A tisztiorvosok államosításáról szóló törvényben szabályozni kellene az állami orvosok hatáskörét is az egészségpolitika újabb irányainak szem előtt tartása mellett. Közegészségügyi szempontból kívánatos volna az állami orvosokat tágabb hatáskörrel felruházni, mint amekkorát, ma az 1876: XIV. t. c. 156. §-a a járási orvosok, 162. §-a a törvényhatósági tisztifőorvosok részére biztosít. Az állami orvosok intézkedési jogkörének az egészségügyi közigazgatás önkormányzati szerveinek jelenlegi hatásköre terhére való kibővítése feltételezi az állami orvosoknak a közigazgatási jogi ismeretekben való alapos jártasságát. Mint erre reámutatni bátor voltam, ezt a járatosságot az új rendszerű tisztiorvosi képzés bevezetése óta megszerzik.

- - -

A tisztiorvosi szolgálat államosítása szükségessé teszi a belügyminisztériumba beosztott közegészségügyi kerületi felügyelők működési körének újból való szabályozását

A 119.000/1913. B. M. számú rendelet 1. §-a szerint a belügyminiszter ezidőszere a közegészségügyi hatóságok működésének ellenőrzésére vonatkozó főfelügyeleti jogát közegészségügyi kerületi felügyelők útján gyakorolja. A tisztiorvosi szolgálat államosítása után azonban a belügyminiszternek a szóbanlévő ellenőrzési jog gyakorlásához külön szakközegre nem lesz szüksége, mert a közegészségügyi törvények és rendeletek egyöntetű végrehajtását ezután az állami szolgálatban álló főorvosok és orvosok fogják ellenőrizni és biztosítani.

A jelenlegi szabályozás, mely szerint az ország

területe a közegészségügyi felügyelők számával egyezően négy részre van felosztva s a felügyelők ellenőrző tevékenysége saját kerületükben az összes közegészségügyi viszonyokra kiterjed, nem mondható a legjobb megoldásnak. Hollandiában az 1902. évi egészségügyi törvény alapján az országot szétterítve rayonokra osztották fel s egy-egy rayon egészségügyi közigazgatásnak élére főfelügyelőt / inspecteur en chef / állítottak. Csakhamar meggyőződtek azonban arról, hogy ez a rendszer nem kielégítő, mert a főfelügyelő nem lehet tisztában a közegészségügynek mindazokkal a szakágazataival, amelyekkel kerületében foglalkoznia kell, s a főfelügyelők munkájának egysége sincsen ilyenképpen biztosítva. Ezért az 1919. évi új törvénnyel a közegészségügyi munkával járó teendőket szakágazatok szerint csoportosították, s egy-egy ágazat élére állítottak egészségügyi szakfőfelügyelőket az egész ország területére kiterjedő hatáskörrel. Ez a rendszer a gyakorlatban kitűnően bevált.

Nálunk is kívánatos volna a közegészségügyi kerületi felügyelőkre - a tisztiorvosi szolgálat államosítása következtében feleslegessé vált ellenőrzési tevékenység helyett - a közegészségügyi munkának egy-egy főbb ágazatában országos szaktanácsadói feladatkört bízni. Tisztifőorvosok ismételten reámutattak arra, hogy milyen előnyös lenne az, ha őket munkájukban "szakfelügyelők" tanácsaikkal támogathatnák. A mai rendszerben a közegészségügyi felügyelők mint a közegészségügyi szolgálat ellenőrzői jól beváltak, de mint szaktanácsadók vagy szakfelügyelők, - a megfelelő szakképzettség hiánya miatt, mert a legkülönbözőbb közegészségügyi kérdésekkel kellett foglalkozniuk, - a tisztifőorvosokat támogatni nem tudták. Az Országos Közegészségügyi Intézetbe beosztott egyik közegészségügyi felügyelő, -

akinek aránylag csak kis kerülete van, a falusi egészség-
védelmi kérdésekben az egész ország területén mint szak-
tanácsadó működik. Megtartva a kerületi felügyelők jelenlegi
számát az egészségvédelmi munkának négy főágazata volna meg-
állapítható: az anya, csecsemő- és gyermekvédelem, a népbeteg-
ségek elleni küzdelem. E négy főágazat mindegyikében egy-egy
közegészségügyi felügyelő kiképeztetnék és a szaktanácsadó
feladatkörét tölthetné be az ország egész területére kiter-
jedő hatáskörrel, miáltal elérhető volna az, hogy a közegész-
ségügyi, különösen a preventív egészségvédelmi munka meg-
szervezése országosan egységes szempontok szerint és a leg-
szakszerűbben történjék. A javaslat megvalósítása esetében
egyes közegészségügyi ügyekben az 1876: XIV. t. c. 168. §-a
alapján kiküldött kormánybiztosok megbízatása megfelelő idő-
pontban megszüntethető volna.

- - -

A fentiekben bátor voltam reámutatni arra, hogy az
egészségügyi közszolgálat átalakításra szorul. Bátorkodtam
körvonalazni azokat a szempontokat, amelyek Páris dr. urral
végzett tanulmányaink és tiszteletteljes véleményem szerint
a reform keresztülvitelénél tekintetbe veendőek lennének.
Reámutattam a reorganisatio anyagi lehetőségére is. Felmerül
még az a kérdés, hogy időszerű-e most egy ilyen kétségtel-
nül mélyreható reform keresztülvitele?

Tiszteletteljes véleményem szerint a közegészség-
ügyi szolgálat reformját annál könnyebb megvalósítani, minél
korábban hajtjuk ^{azt} végre. A közegészségügyi munkának preventív
ága most terjed ki szélesebb területekre, most alakul ki a
falusi egészségvédelmi munka, a fertőző betegségek elleni
küzdelem is most szélesedik ki. Mindezek az újabb akciók

sokkal könnyebben, sokkal hatásosabban és gazdaságosabban volnának az új szervezetben kiépíthetők.

Tisztában vagyok azzal, hogy a fentebbi tervzetnek vannak hiányosságai és olyan részei, amelyek kedvezőtlenül is elbírálnak, mert helyettük jobbat is lehetne proponálni. Tudom azt is, hogy a javaslataim távol vannak az ideálistól, s megvalósulásuk esetén, - különösen az elején - sok nehézség is lesz. Azonban az Egészségügyi Kormányzatnak tett javaslatomban sohasem az ideális - de gyakorlatilag elérhetetlen, hanem mindig a megvalósítható - ha nem is ideális cél felé törekedtem úgy, hogy a javasolt megoldás a későbbi, további javítás lehetősége előtt az utat ne zárja el. Az 1933. év őszén Nagyméltóságod elé terjesztett és Nagyméltóságod által elvileg elfogadott, a falu egészségvédelmének kiépítésére vonatkozó elaboratum is nem az ideális, hanem a lehetséges megoldást kereste.

Ebben a szellemben vagyok bátor az egészségügyi közszolgálatreformjára vonatkozó ezen elaboratumomat Nagyméltóságodnak bemutatni. Amennyiben az ebben lefektetett elvek Nagyméltóságod felfogásával megegyeznek, úgy Excellentiád intenciói alapján tovább foglalkozva a kérdéssel, bátor lennék a fentiekre vonatkozólag részletesebben kidolgozott tervzetet felterjeszteni.

Budapest, 1934. augusztus 15.

Mély tisztelettel:

egyetemi rk. tanár, igazgató.

