

## AZ ORVOSOK SZOCIÁLIS HELYZETE

AZ ORVOSI HIVATÁS MÉLTÓSÁGÁT, felelősségét, tekintélyét és szerepét csak a papéhoz lehet mérni. A papot a lélek orvosának szokták nevezni; az orvos legalább ugyanolyan joggal a test papja. Az ember még önmagához sem olyan őszinte, mint papjához és orvosához. A rendelőszobában az ember önkénytelenül suttog, mint a gyóntatószék rostélya előtt, teljesen és önkéntesen, egyre könnyebbülő szívvel kiszolgáltatja magát és az orvos kezébe helyezi életét: tegye vele azt, amit jónak lát. A nemes hasonlóság pap és orvos között természetes és közismert, van azonban egy különbség, amit kevesen vesznek tudomásul. Az orvostól éppen olyan emberfeletti, minden percben készenálló, önfeláldozó, tulajdon személyiségét háttérbe helyező önzetlen munkát várnak, sőt várnak el, mint a paptól, azonban arra nem gondolnak, hogy a papok megélhetése biztosítva van, az orvosoké azonban a legnagyobb mértékben bizonytalan. Az orvos vértelenül van kitéve a mai szociális viszonyok minden támadásának és megpróbáltatásának. A magyar orvos ma egy gyűlölt, de sajnos találó és helytálló szóval igen nagy százalékban proletár. Egyre kevesebb és kevesebb azok száma, akik a polgári függetlenség, vagy legalább is a mindennapi vagy minden elsejei gondot feloldó szerény jómód biztonságából és nyugalmasból indulhatnak el reggelenként, regényekben annyiszor emlegetett hosszúkas táskájukkal, magánbetegeikhez vagy a kórházba, klinikára. Egyre kevesebb azok száma, akiknek a mindennapi robotban nem kell elfelejteniök, hogy nem egy tudományág napszámosai, vagy darabszám dolgozó iparosai, hanem tudósok és a laboratórium fehér csöndjében vagy a rendelő zárt magányában, szemtől szemben egy-egy embertársukkal: művészek is! Ma a magyar orvosok igen tekintélyes hányada vagy valóban napszámba dolgozik, látástól vakulásig, szériamunkán, a betegség özönétől nem látva az embert és ráfizetvén olykor saját emberségét is, vagy naphosszat ül az üres páciensfotel előtt és egyre mélyebben süllyed nemcsak a szegénységbe, hanem a munkátlanság agyat szárító idegességébe is. Rosszul fizetett, hajszolt munka és kényszerű téletlenség között kallódik el az orvosok ereje és ez sok egyéni szenvedésen, nélkülözésen, lemondáson, nem egyszer tragédián túl pótolhatatlan veszteséget jelent a nemzetre is. Azok, akik eljutottak a jómód és a biztonság bizonyos fokára, azt példázzák, hol kellene állnia az egész, orvosi karnak.

HA A FIATAL ORVOS hat évi tanulás után, frakkban, boldogan, kezében a frissen aláírt diplomával kilép az egyetem kapuján, elhelyezkedés és kereset szempontjából nem áll jobban, mint az érettségizett diák. Ma már az orvosi oklevél egymaga legfeljebb továbbtanulásra képesít. Megvan ugyan a falusi elhelyezkedés lehetősége, ez azonban később részletezendő okokból jóformán nem is kerül számításba. Most csak annyit jegyzünk meg, hogy a fiatal orvosok 90 százaléka, ha bármely okból kénytelen falura költözni, úgy érzi magát, mint a békebeli katonatiszt, akit Trebinjébe helyeztek. Általában szigorú megkülönböztetést lehet és kell is tenni fővárosi és vidéki orvos között.

A pusztá diploma gyakorlati elértéktelenedése elsősorban azért súlyos jelenség, mert megszerzése tetemes pénzbe kerül. Szakemberek számítása szerint élelmezést, lakást, világítást és könyveket is belevéve, több mint tízezer pengőt emészt fel az orvosi stúdium. Valóságos kis vagyon vagy legalább is kamatmentes kölcsön, mely nehezen amortizálódik. Vannak természetesen tandíjmentesek is, azonban teljes ingyenességet és könnyebbséget ez sem jelent. A mai, átlagos középosztálybeli családapa még ezt sem nagyon bírja fizetni, a teljes tandíjról nem is szólva. Alacsonyabb társadalmi rétegek fiai elől pedig a gyakorlatban teljesen elzáródik ez a lényegében és megnyilvánulásaiban oly nemesen demokratikus pálya. A budapesti orvosok közül mindössze 1.5 százalék származik nem értelmiségi családból, ezek közül is legtöbbször apja katonai altiszt volt. A 2697 megvizsgált orvos között egy gyárimunkás-apa akadt, az ország négymilliónyi földműves lakosából pedig egyetlenegy sem tudott az orvosi pályáig föl-emelkedni, legalább is Budapesten nem. Vidékről nincs statisztika, azonban számuk itt is elenyésző.

MIT CSINÁL TEHÁT A KÖZÉPOSZTÁLYBELI IFJÚ, ha letette az esküt és neve elé biggyesztheti a dr.-t? Régesrég elmúlt már az az idő, amikor elég volt elegánsan metszett táblát kiszögezni a kapu alá, el-eljárni a társaságba — és már jöttek is a páciensek. Erről ma szó sem lehet, a magánpraxis a fiatal orvos számára távoli álom. Talán, majd, hosszú évek múlva megpróbálhatja. A budapesti orvosok körében végzett kérdőíves kutatás szerint — erről még többször szó lesz a továbbiakban — 2697 orvos közül 542 (20%) nem folytat magángyakorlatot, csak pénztári betegeket kezel a lakásán, 380 (14%) pedig egyáltalán nem rendel. A rendelőórát nem tartó orvosoknak közel fele a fiatalabb korosztályból kerül ki. Az 1—2—3 esztendeje végzett orvosok 28 százaléka nem tart rendelőórát, a 20 éve dolgozóknak viszont csak 12 százaléka. Elképzeléseinkben az orvos még ma is a doktor bácsi, aki otthon ül kényelmes és mégis félelmetes rendelőjében és várja a beteget, — vár minket. A valóság pedig az, hogy már csupán az orvosok 34 százaléka folytat kizárólag magángyakorlatot, a kétharmadrésznyi túlnyomó többség belekapcsolódott a szociális biztosítás gyárszerű üzemébe.

A fiatal orvos előtt két út áll. Ha azonnal rá van szorulva a pénzkeresetre, megpróbál állást szerezni közkórházban vagy biztosító intézetben. Ha szülei tehetősek s ő maga bírja még ideggel és önértet-

tel az eltartottságnak férfiember számára annyira megalázó érzését: bennmarad valamelyik klinikán gyakornoknak. Egészen pontosan: díjtalan gyakornoknak. Négy esztendeig dolgozik reggeltől estig és sokszor estétől reggelig teljesen ingyen, még szimbólumának, a fehér köpenynek tisztítását is maga fizeti. Kosztot nem kap. Négy év múlva elnyeri a szakorvosi képesítést és ekkor újra választót előtt áll. Ha egészen kiváltságosan tehetséges és az orvosi pálya tudományos részében is elsőrendű előmenetelt tanúsít, további évek munkája után tanársegéd lehet. Fizetése még mindig nincs, vagy pedig restellnivalóan kevés. Többször láttam társaságban kitűnő klinikai orvosokat elvörösödni, mikor arra fordult a szó: mennyi a fizetésük. Kárpótlásul kilátása van, ha nem is egyetemi katedrára, de magántanári habilitációra is, ami néhol komoly magánpraxist jelenthet.

Ha a tíz teljes esztendei tanulás után a már nem is olyan nagyon fiatal orvos kenyeret akar keresni s meg akarja alapozni jövőjét, vagy jó — anyagilag jó — házasságot kell kötnie, vagy fix állás után kell néznie. Az első csak egyes szerencsefiaknak sikerül, a második sem mindenkinek. Fix állást egy-két szanatórium kivételével a budapesti és vidéki városi közokrházak és a társadalmi biztosító intézetek, elsősorban az OTI és a MABI nyújtanak. A fizetés itt is, ott is alatta marad nemcsak az orvosi tekintély és méltóság megkívánta színvonalnak, nemcsak a végzett munka méltó ellenértékének, gyakran a létminimumnak is. Végzetes hatással lehet a fiatal orvos pályájára, ha anyagi körülményei az egyetemről mindjárt állásba kényszerítik. Nagy protekcióval elérhet ugyan 100—150 pengős fizetést, azonban munkája legtöbb esetben nem orvosi, hanem tisztviselői, adminisztratív, tehát négy év leteltével nem nyerhet szakorvosi képesítést, viszont az intézet kebelén belül a gyakornokoskodás nem mindig jelent előnyt, ha előléptetésre kerül a sor. „Ha a gyakornoki állás lépcsőfok lenne, amelyről meghatározott időn belül bármilyen irányban — akár a gyógyító orvosi tevékenység, akár az adminisztratív orvosi tevékenység irányában — intézményes továbbhaladás lenne biztosítva, akkor kétségtelenül hasznos és egészséges intézményt kellene benne üdvözlőnk. Mai formájában azonban nem egyéb az orvosi munka szegyeinteljes átértékelésénél és prolongált kilátástalan, megszegyenítő proletársorsnál“ — írja a kérdés egyik szakértője, Bakács György dr., az Országos Orvosi Kamara titkára.

SAKORVOSI KÉPESÍTÉS és főként cím nélkül ma már nem boldogul az orvos. Az „egyetemes orvostudorok“ ideje lejárt, a közönség megkívánja, hogy pénzéért vagy levont járulékjáért kevésbé bonyolult baját is szakorvos kezelje. A fővárosi orvosoknak 1930-ban már csak 20 százaléka nem volt szakorvos, azóta az arány bizonyára még csak csökkent. A szakorvosok előtérbe nyomulásának van egy orvosi, tudományos és egy társadalmi oka. Az első természetesen az orvostudomány mérhetetlen fejlődésével függ össze, a második korunk általános tünete: a specializálódás. Manning» írja kitűnő népszerűsítő könyvében,<sup>1</sup> hogy a sebészetnek — és nyilván a többi szaknak

<sup>1</sup> Martinger Vilmos: A sebészet diadalútja. Franklin, 1938.

is — meg kell találnia, illetve meg kell tartania a kapcsolatot „a nagy orvostudománnyal, az élet és a természet titkainak állandó kutatásával“.

Nálunk az általános okokon kívül elősegítette a szakorvosok elterjedését, szinte kötelezővé válását az az intézmény, amely az orvosi rend képét egyébként is teljesen átformálta: a szociális biztosítás. Magyarországon a társadalombiztosító intézetek szoktatták hozzá a betegeket a szakorvosokhoz, részint azért, hogy elősegítették a házi-orvosi rendszernek a háború utáni nyomorban úgylis megindult elsorvasztását, részint azért, hogy rendelőkben szigorúan keresztülvitték a szakok szerinti megosztást. Természetes viszont, hogy ilyen óriási diagnosztizáló és gyógyító üzemekben másként el sem képzelhető.

A SZOCIÁLIS BIZTOSÍTÁS KÉRDÉSÉNEK, előnyeinek és hátrányainak, bajainak és reformjának ma már könyvtárra való irodalma van. Lehetetlenség e cikk keretében a tárgyat még csak vázlatosan is feldolgozni, noha tisztában vagyunk azzal, hogy szociológiai szempontból ez ma az orvosi rend legfontosabb problémája. A kérdések óriási tömegéből ragadjunk ki egyet, a központi problémát, azt, amely szerintünk minden további bajnak, panasznak és visszáságnak, sőt az egész mai, áttekinthetetlen, elmérgesedett helyzetnek is forrása: a társadalombiztosítás megváltoztatta az orvos és a beteg ősi viszonyát. Ez a lényeg. A gyógyításnak elengedhetetlen feltétele a bizalom és a társadalombiztosítás, különösen magyarországi formája, ezt a bizalmat alapjában megrendítette, sőt megsemmisítette. A beteg kénytelen azt érezni, hogy az orvos elsősorban nem az ő gyógyítója, segítője, hanem a biztosító intézet alkalmazottja. A biztosító intézetek célja kétségkívül az, hogy minél kevesebb orvossal, minél rövidebb idő alatt, minél kisebb költséggel minél több beteget ellásson. Minden orvos, aki először kerül bele az OTI vagy a MABI valamelyik rendelőjébe, súlyos lelki konfliktusokon megy át. Az egyetemen és a klinikákon azt tanulta, hogy a beteg gondos, alapos és gyengéd kikérdezése, a kortörténet felfektetése után kell megállapítani a bajt és elhatározni a gyógyítás módját és eszközeit. Ezzel szemben statisztikai adat, hogy a rendelőintézetekben egy-egy betegre három-négy percnyi idő jut és ennek is tekintélyes részét elrabolják az adminisztratív teendők. Fáradt, agyonhajszolt, gondokkal küzdő orvos áll szemben ugyancsak fáradt, ugyancsak agyonhajszolt, ugyancsak gondokkal küzdő, bizalmát veszített beteggel, aki mögött hosszú sorban állnak a következők. Hol van már az a helyzet, amit oly megkapóan fejezett ki Schweninger, Bismarck híres házi-orvosa: „Ember vagyok, aki egy másik emberrel egyedül van, mint egy magányos szigeten.“ A történelmi véletlenek furcsa találkozása, hogy ez a mondás éppen Bismarcknak, az első munkáspénztár megalapítójának orvosától származik.

A magyarországi szociális biztosítás másik hibája a kötött orvosrendszer. Ósrégi tapasztalati tény és természetes, hogy a betegnek ahhoz az orvoshoz van bizalma, akit maga választ. A választás létrehozta azt a szuggesztív kapcsolatot, amely már egymagában fél gyógyu-

lás. Már Seneca megmondta: „Semmi sem használ jobban a betegnek, mint ha az gyógyítja, akit ő akar.“ Ezt a szempontot nálunk elhanyagolták s ebből — szerény megítélésünk és tapasztalataink szerint — mind az orvosokra, mind a betegekre sok baj és kár háramlott.

Az ORVOSOK SZÁMA 1937-ben Magyarországon 9976 volt, vagyis az egy esztendei szaporulattal felkerekítve ma a magyar orvosok számát tízezernek kell venni. Ennek a számnak jelentőségét a sokat emlegetett orvosi túlprodukciónak vagy diplomatúltermelés szempontjából csak akkor mérhetjük fel teljes jelentőségében, ha még két számot állítunk melléje: 1930-ban 5850 orvos élt Magyarországon és 1921-ben 4489. Tehát, tizenhét év alatt a magyarországi orvosok száma megkétszereződött. A négy egyetemünk 1929 és 1934 között évenként átlag 440 oklevelet adott ki, a meghalt orvosok száma pedig átlagban évi 100 volt. Ez alatt a hat esztendő alatt tehát évente 340-nel növekedett az orvosok száma, viszont távolról sem növekedett ennyivel a megüresedő állások mennyisége. Budapesten már 1930-ban az orvosoknak 58 százaléka 40 éven aluli volt, ami szembetűnő jele a pálya aránytalan előzőnlésének és agyonzsúfolódásának.

Nem szabad elfelejteni egy másik nagyon fontos adatot som: Magyarország kilencmillió lakosa orvosi ellátás szempontjából úgy oszlik el, hogy Budapest egymillió lakosára 4600 orvos, a nyolcmillió vidékre pedig összesen csak körülbelül 6000 orvos esik. Az orvosoknak tehát csaknem a fele, 44,4 százaléka, Budapesten próbál megélni. Budapest orvosi ellátottság szempontjából rekordhelyet foglal el, ami nemzetközi viszonylatban igen jól festhet, viszont a magyar vidékkel összevetve tragikus. Az ember csodálkozik, ha olvassa: Budapesten minden 220 lélekre jut egy orvos, ezzel szemben Londonban csak 995, Berlinben 700, Párizsban 630, Prágában 533, Bécsben 520, Bukarestben 439 lakosra jut egy-egy orvos. Az orvosok szempontjából a túlszűfolttság gazdasági nyomorúságot, nem egyszer tudományos és etikai romlást és szomorú kenyérharcot eredményez.

A továbbiakban külön-külön foglalkozunk a budapesti és a vidéki orvosok szociális viszonyaival. A budapesti helyzet megismerésében felbecsülhetetlen értéket jelent a már említett kérdőíves kutatás, amelyet 1930-ban hajtott végre Illyefalvy I. Lajos és Melly József. A 70 pontból álló kérdőív anyagát Melly foglalta össze könyvében.<sup>1</sup> Munkája az egész művelt világon egyedülálló, úttörő kísérlet és mind alaposág, mind kidolgozás, mind a megírás finomsága révén elsőrangú teljesítmény. 1930 óta újabb orvosösszeírás nem történt s így legnagyobb részben e nyolc év előtti adatokra vagyunk utalva. Szögezzük le mindjárt, hogy a helyzet azóta az egész vonalon csak rosszabbodott és az akkori egyáltalán nem vigasztaló adatok mára csak súlyosbodtak. A biztosító intézeti orvosokra vonatkozó adatok egy részét Bakács György kitűnő és megrázó orvostikai és tömeglélektani tanulmányából merítettük.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Melly József: A budapesti orvosok szociális és gazdasági viszonyai. Budapest Székesfőváros Statisztikai Hivatala, 1932.

<sup>2</sup> Dr. Bakács György: Orvos és beteg a szociális biztosítás rendszerében. Athenaeum, 1937.

1930-ban a férfi- és a nőorvosok így oszlottak meg Budapesten: 90.4% orvos, 9.6% orvosnő. Az arány azóta nem sokat változott, legfeljebb egy százalékkal tolódott el a férfiak javára. Az orvosok anyagi helyzetére komoly következtetéseket lehet levonni családi állapotuk ismeretéből: a férfiak 62 százaléka volt nő, a nőknek pedig csupán 54 százaléka férjezett. A gyermekek száma szintén nem kedvező. A házasságban élt orvosok 37 százaléka gyermektelen, 51 százaléknak 1—2 gyermeke, 10 százalékának 3—4 gyermeke van és 2697 megvizsgált orvos közül csak 29 akadt, akinek 5 vagy több gyermekről kellett gondoskodnia. Az orvosnők házassága 46 százalékban meddő és mindössze három és fél százalékban 3 vagy 4 gyermekes. Érdekes a vallás és a gyermekáldás összefüggése. A sokgyermekes orvosok túlnyomó többsége katolikus (59%), az izraelitáké 17%, a protestánsoké pedig csak 10%. Az izraelita orvosok száma — minden bizonnyal a numerus clausus hatása alatt — csökkent. A zsidók aránya az öregebb orvosok között 46—53%, a fiatalok között 31—39% volt 1930-ban. Azóta az arány még jobban eltolódott.

Meglepő Laky Dezső egy adata: 1913 és 1931 között a magyar egyetemeken 5602 orvosi és csak 5192 jogi oklevelet adtak ki annak ellenére, hogy a jogi diploma sokkal több állásra képesít és közmondásosan „jogásznemzet“ vagyunk.

AZ ORVOSOK KERESETI VISZONYAIT azelőtt nagyon nehezen lehetett adatszerűen megfogni, mert a honoráriumok esetenként változtak. Ma az orvosok nagy tömegét tekintve a tiszteletdíj már nem játszik olyan fontos szerepet, helyét a könnyen megtudható fix fizetés foglalta el. Az orvosok keresetéről két úton-módon alkothatunk képet. Egyrészt felkutatjuk a havi fix jövedelmek nagyságát és felbecsüljük a honoráriumokat, másrészt az adóból következtetünk vissza a keresetre.

A fix fizetések megdöbbenően alacsony színvonalon mozognak. Közkórházi orvos kezdő fizetése 80 pengő, hat—nyolc évi gyakorlat után emelkedik 120—150 pengőre, újabb tíz év után 250 pengőre. Az ezen felüli fizetésjavítás már legnagyobb részben egyéni kiválóság és nem kis részben protekció és összeköttetés kérdése. Lakást, ellátást csak a kórházak és szanatóriumok egy része ad, ezt is gyakran pénzért.

A biztosító intézeti orvosok helyzete sem jobb. Intézeti rendelőorvosok és körzeti kezelőorvosok között jövedelem tekintetében alig van különbség. Alacsony fizetés, akkordszerű munka: ez jellemzi a pénztári orvost. 100—150, maximum 300 pengős fizetés mellett, számottevő magángyakorlat hiányában kénytelenek több kisebb fizetéses alkalmazást vállalni, hogy legalább havi 400—500 pengőre szert tegyenek. Családos orvosember városban kevesebből nem élhet meg. Középosztályunk helyzetének tragikuma, hogy a fiatal orvosok ezt „álláshalmozásnak“ minősítik és ádáz harcot folytatnak ellene. Nem csoda: számukra az 500 pengő elérhetetlennek látszó gazdagság.

Esetleg túlzásnak tetsző személyes tapasztalatok vagy betegek panaszai helyett idézzük a legnagyobb hivatalos tekintélynek, az

Országos Orvosi Kamara elnökének, Verebély Tibor professzornak egy előadását, amelyben erős és félreérthetetlen szavakkal mutatja be a „szocializált orvos“ helyzetét:

„Az individualizáló, szabad elhatározást, lelki nyugalmat, alapos tudást igénylő gyógyító feladat sablonos, gépies proletármuhkává lett, amely felett mindig ott lebeg a fegyelmi eljárások Damokles-kardja. Legyen szabad ezt az elértéktelenedést néhány rövid számadattal megvilágítani. Egy biztosító rendelés helyettes vezetőjének, aki kilenc éve áll szolgálatban, havi fizetése 209 pengő, napi két és fél órára megszabott munkaidővel. Ez az orvos három és fél, négy órára kinyúló rendelése alatt 250 intravénás salvarsan-, 30 izomba adott bismutbefecskendezést, 3—5 kisebb műtétet kénytelen elvégezni, ami azt jelenti, hogy egy-egy életmentő beavatkozásért nem egészen két fillér díjazást kap, nem számítva azt a bürokratikus túlterhelést, amelyet a biztosítás adminisztratív rendelkezése ír elő számára. Egy körzeti kezelőorvos havi 250 P fizetés mellett napi 25—30 házi látogatáson kívül rendelőjében átlag 20 új és 30 régi betegnek ellátásával van megterhelve, úgyhogy egy-egy beteg gondozásáért 12 fillér megtérítést kap az, aki erre 22 évi tanulással szerezte meg a jogosultságot. Az egyik nőgyógyászati rendelés alorvosa, aki tíz év óta 150 pengő fizetéssel van szolgálatban, napi két órai rendelési ideje alatt átlag 30 beteget köteles megvizsgálni, tanáccsal ellátni; az egy-egy betegre jutó négy—négy percből két és fél percet a hivatalos adminisztratív munka (felvétel, igényjogosultság ellenőrzése) vévén igénybe, a beteg vizsgálatára másfél perc marad. Hogy ez mennyiben elég a kórelőzmény kikutatására, a lelet megállapítására, a kezelés előírására s mindenekelőtt a beteg bizalmának megnyerésére, megnyugtatóására, nem kell bővebben vázolni.“

A körzeti kezelőorvos átlagos honorárium 200 pengő. Bakács György szerint 150—250 pengő. Az ember elgondolkozik: hogyan lehet ebből megélni? Megrázó és mély emberi tragédiákat leleplező szavakkal válaszol rá dr. Balla József:

„Adatokat nem sokat mondhatok. Magánpraxis nincs. Ilyen beteganyag elriasztja a fizetőket. Elmennek „privát“ orvoshoz. Ezt meg is értem, mert sehol nem lehet olyan biztosan influenzát, kanyarót és egyéb fertőző betegségeket, no meg élősdit férgeseket összeszedni, mint egy ilyen magamfajta orvos rendelésén. Néha diftériás, meg hámlós skarlátinás is akad közöttük. Ami kevés magánbeteg van, az inkább fekvő. Havonta 20—30 pengő kerül így össze. Mégis a magánrendelés után kivetettek reám 900 pengős adóalapot. Ez ellen nincs fellebbezés, mert az adóhivatal szerint ennyit kell keresnem, hiszen már idősebb orvos vagyok. Mit csináljak? Fizetek, amíg tudok. Előmenetel, fizetésjavítás nincs. Házasságra nem is gondolhatok, hacsak nem benősülésre. Ez az irigylet fixfizetéses orvosi állás.“

Ehhez csak azt kell hozzátenni, hogy a magyarországi orvosoknak mintegy 50 százaléka pénztári orvos. Budapesten ez az arány még magasabb. Csúpan OTI-orvos 2300 van az ország területén!

GALENUS DAT OPES, mondogatták a régiek. Galenus ma már nem vagyont, hanem gondokat ad. Vagyonszerzésről csak abban az időben lehetett szó, amikor az orvosok kizárólag magánygyakorlatot folytattak és nem voltak azok a betegek is beszervezve a társadalmi biztosításba, akiknek esetleg nincsen szükségük rá. A magánygyakorlat jövedelmét meglehetősen nehéz közvetlenül megállapítani, azonban ez ma már úgyis csak néhány nagynevű orvosnál játszik szerepet. A Magyar Országos Orvosszövetség egykori alelnökének, Flesch Nándornak számításai szerint Budapest népességének 82 százaléka tagja különféle biztosítási intézményeknek és egyleteknek. Magánorvoshoz csak 18 százalék jár, meg azok, akik nem bírják a tömegkezelés hercehurcáit. Ez a kevés magánkezelésre járó beteg pedig nehezebben fizet az orvosnak, mint a szabónak. Valóságos szállóige az „addig is köszönöm, doktor úr!” Az „addig is” nem egyszer soha napjánt jelent. Az 1930-as statisztika szerint az orvosok 61 százalékának tartoznak a betegek, és pedig 53%-nak a kinnlevősége 5000 pengőig terjed, 3·5%-nak 10.000-re rúg és 2%-nak az 50.000 pengőt is eléri. Hogy a helyzet az utóbbi nyolc évben ezen a vonalon sem javult, az természetes. A beteg mindig sokallja a honoráriumot, kivált ha meggyógyult. Természetes viszont, hogy nemcsak lelkiismeretlenségből vagy értetlenségből maradnak adósok a páciensek, a középosztály anyagi lerongyolódása egyformán érint orvost és beteget. Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint az a fölöttébb meglepő adat, hogy 1930-ban 353 olyan orvos élt Budapesten, akinek egy hétig nem akadt betege és kényszerű tétlenségre volt kárhozthatva.

A KERESETI ADÓBÓL is vissza lehet következtetni a keresetre, noha a mai adómorál ismeretében ezeket az adatokat bizonyos fenn tartással kell fogadni. Flesch 1929-ben rendkívül fáradságos munkával állított össze orvosi adó táblázatot. Eszerint a megvizsgált orvosok 10 százalékára egyáltalán nem lehetett adót kivetni, nyilván kereset híján. Még ennél is fontosabb a következő adat: az orvosadalanyok 53 százalékától az adóhivatalok nem követeltek többet, mint évi 20—100 pengő kereseti adót. Ez azt jelenti, hogy az orvosok fele nem keresett többet évi 2000 pengőnél, ami a hivatalosan megalapított évi napszamoskeresetnél, 1880 pengőnél alig magasabb! Évente 3000—5000 pengőt az orvosoknak csupán 8%-a tudott megkeresni és összesen 3% érte el a havi 500 pengőnek megfelelő évi 6000 pengőt.

Fájó pontja az orvosi pályának az előmenetel kérdése. A magánygyakorlat aranykorában az orvosi előmenetel csak az anyagiakban való növekedést jelentette. Ma, amikor az orvosok nagyobbik fele fix-fizetéses tisztviselő, az előmenetel nemcsak fizetésének gyarapodását, hanem munkájának látható megbecsülését és társadalmi súlyának növekedését is jelenti. Sajnos, sem a biztosító intézeteknél, sem a kórházakban az előléptetés nincs szabályozva. A doktorok nagy része ősz fejjel is még csak segédorvos úr vagy alorvos úr marad, ami az anyagi résztől eltekintve, elnevezésnek is szerencsétlen. Még a művelt beteg is valahogy úgy képzelem el, hogy az alorvos, segédorvos fiatal kezdő, még nem teljes értékű orvos. Ajánlatos lenne ezek helyett a



megtévesztő és nem egyszer megalázó elnevezések helyett jobbakat és magyarosabbakat bevezetni. Önmagában való ellentmondásnak érezzük, hogy egy 40—50 éves orvost segédorvosnak szólítsanak. „Keserű gúnynal mondotta nekem a minap — írja Bakács — az egyik 40 éven felüli pénztári segédorvos, elsőrendű szakember, kinek pénztári szolgálati ideje 13 esztendő körül van: Csak azt szégyenlem, hogy unokám kérdésére is azt kell majd válaszolnom: pénztári segédorvos vagyok.“

Az orvosok öregsége a legnagyobb mértékben bizonytalan; ezen a téren, csakúgy, mint az előléptetések terén, fontos munka vár még a kamarákra.

A LAKÁSVISZONYOKBÓL rendkívül eredményesen lehet következtetni mind az egyén, mind az egész rend szociális helyzetére. Az orvosok 43%-a nem vezet önálló háztartást, sőt a házasságban élő orvosok 13%-ának sincs önálló háztartása. Ezek között három ötgyermekes családapa van. Az orvosok 77%-a főbérleti lakásban él és csak 8%-a albérlő. Az orvosnak legalább három szobára van szüksége: rendelőre, várószobára és lakószobára. Viszont a nőtlen orvosok 7 százaléka és valamennyi orvos 2 százaléka egy szobában húzódott meg és szintén nem kielégítő kétszobás lakása volt a nőtlen orvosok 34 százalékának és valamennyi orvos 14 százalékának.

Megdöböntő, hogy akadt, ha kis számban is (1%) olyan orvos, akinek lakásába nem volt bevezetve a villany, sőt olyan is, ahol még vízvezeték sem volt (0.2%). „Valóságos kultúrbotrány — írja Melly — hogy 105 (6%) olyan orvosfőbérelő nyomorgott Budapesten, akinek lakásába még W. C. sem volt beszerelve.“

Telefon nélkül az orvos ma már béna és mégis 905 orvosnak, 30%-nak lakásában nem volt telefon!

Még két rövid, de nagyon fontos adat: Budapest orvosainak 40%-a, 2697 közül 1089, nem volt szabadságon! Az orvosok 49%-a pedig azt vallotta, ha ő maga betegedik meg, kénytelen, amíg bírja, tovább dolgozni, mégpedig 44 órás munkahét korában gyakran 88 órát is!

A VIDÉKI ORVOSOK helyzetével nem tudunk ilyen bőven foglalkozni. Nem azért, mert viszonyaik jobbak, hanem azért, mert nem állnak rendelkezésünkre részletesen feldolgozott adatok, egyéni kutatással pedig csak eseteket lehet gyűjteni, de a teljes kérdést felölelni lehetetlen; emellett helyzetük részben sanyarúbb, részben kedvezőbb, de mindenesetre áttekinthetőbb. Természetesen erős különbséget kell tenni vidéki, városi és falusi orvosok között. Városaink patriarchálisabb légköre ebben a vonatkozásban nem idejétmúlt szólam. Általános szabály, hogy a kisvárosokban csak odaváló orvos telepedik le. Ez nagyban megkönnyíti pályájának alakulását. Családjával, gyermekkorával benne gyökerezik a városban, összeköttetései vannak, a magánpraxisban nincs a véletlenre utalva és a fix álláshoz is megtalálja az utat. Kereseti viszonyai nem jobbak, de az élet egyszerűbb és olcsóbb.

Nehezebb helyzetben van az az orvos, akit az OTI vagy a MABI idegen vidéki város rendelőjébe helyez. Nagyon súlyos anyagi gondok-

kal küzdenek, amíg a város be nem fogadja őket. Ez azonban nemcsak egyéni értéküktől és szeretetreméltóságuktól, hanem az esetleges konkurenciától is függhet.

Kétségtelen általánosítással így lehetne összefoglalni a vidéki városok orvosainak helyzetét: nem megy jól nekik, de megélnék.

A magyar falusi orvos megérdemelné, hogy modern hőskölteményt írjanak róla. Munka, fáradtság, küzdelem, csodával határos kitartás, aszkétai nélkülözés és lovagi szolgálatkészség jellemzik talán kivétel nélkül a falu orvosait. Ha körorvos lesz, meg tud élni; falusi módra természetesen. Ha nem nevezik ki, ugyanolyan nélkülözésnek van kitéve, mint a falu szegényebbjei. Csak nyomorriport keserű színeivel lehetne megfesteni képét és állapotát egy-egy falusi orvosnak, aki hallgatott a két évtized óta ismételtetett szölamra: falura a magyar ifjúsággal! Nemes orvosi és emberi idealizmusában lemondott a város ezer előnyéről, kényelméről, érvényesülési lehetőségéről és vállalta a falusi magyar orvos sorsát: az úttörők és a hittérítők sorsát, a magukra hagyottak és a kirekesztettek, az elfelejtettek és a lesajnáltak, a tudomány és az emberszeretet modern remetéinek sorsát. Szociográfiai útaimon nem egy ilyen orvost láttam. Földes szobában, rongyos huzatú, sántító bútorok között élnek, sokszor asszonnal, gyerekekkel, erszényük üres s egy rend ruhájuk van, mint azoknak, akiket gyógyítanak. Ingyen kezelik őket többnyire, mert hogyan hajtsák be a nincstelen földmunkáson, a napszámoson, a pénzt soha nem látott törpebirtokoson a „honoráriumot“? Az idézőjel nem ok nélkül való: 50 fillér, 1 pengő a rendelés, 2—3 pengő a látogatás tiszteletdíja. Adós marad vele nem egyszer a módosabb gazda is. Még jó, ha cserekereskedelmi alapon gabonával és zöldséggel, szárnyassal és tojással fizetnek. Az orvosnak — akárcsak ingyen vagy formális fizetésért dolgozó városi kollégáinak — nem jut pénze újságra, könyvre, de még egy-egy pesti vasúti jegyre sem. Étkezésük színvonala leszállt, egyoldalú és hiányos lett. Egy alföldi orvos két évi falusi gyakorlat után 14 kilót fogyott, pedig előtte is szikár ember volt. Egy másik a kisfiát a nagyszülőkhöz adta, mert sem mint apa, sem mint orvos nem bírta nézni a gyerek csenevész-ségét. Szerencse még, hogy a falu népe testvéri szeretettel, megbecsüléssel, emberséggel veszi őket körül; az orvosban megerősödik a hivatástudat és a hit, hogy amit tesz, mégsem hiábavaló. A hatóságok nem mindenütt járnak a kezére. A kiskunsági homokon még csak nem is faluban, hanem tanyák között él egy orvos, túlzás és pátosz nélkül: hős. Kitüntetést érdemelne és országos nevet, de még azt sem tudta elérni, hogy kézipatikát tarthasson. Betegeinek még aszpirinért, kininért, ricinusért is 12—35 kilométert kell gyalogolniuk vagy szekerezniök.

Csodálnivaló-e, ha ilyen körülmények között a fiatal orvosok húzódoznak a falutól? Egyenesen lelkiismeretlenség bárkit is arra biztatni, hogy egyedül, a maga erejére hagyatkozva, falusi gyakorlatba kezdjen. A helyzet viszont kétségkívül tarthatatlan. A fővárosban sok az orvos, a vidéken kevés. Az orvosokat tehát nem egyszerűen küldeni kell a vidékre, hanem a szó legjobb értelmében telepíteni. Azaz felszereléssel ellátni és állami vagy önkormányzati fizetésben vagy támo-

gatasban részesíteni. Ma még természetesen lehetetlenség azt hirdetni: Orvost minden községbe! Arra azonban van mód, hogy a körorvosok számát növeljék és az egészségügyi körzetek nagyságát csökkentsék. A belügyminiszter maga jelentette ki költségvetési beszédében, hogy vannak körorvosok, akik havonta csak egyszer jutnak el körzetük egy-egy falujába. A körzetek megkisebbitése után a régi orvosokat pótlékkal kárpótolni kell, az újak számára pedig eleve biztosítandó az orvosi hivatáshoz méltó létminimum. Fontos, hogy a falusi orvos ne száműzetésnek érezze munkahelyét és ne vágyódjék minden erejével vissza a városba. Véleményünk szerint a falusi orvoscéle megoldásánál az anyagi szempontoknak háttérbe kellene szorulniok, mert itt nemcsak az orvosok érdeke, hanem elsősorban a magyar nép egészsége forog kockán. Ezen a ponton pedig a takarékoskodás nem helyénvaló.

ÍGY ÉL A MAGYAR ORVOS. AZ „úri“ igény és a proletári szegénység között lebeg, akár az egész középosztály. Válsága, nyomora nem elszigetelt jelenség, de súlyosabb, mint a középosztály bármely más rétegéé. „Nothing is more dangerous than a poor doctor“ — írja Shaw. Valóban: a szegény orvos mind önmaga, mind a közösség szempontjából beláthatatlan veszélyt jelent. Az orvosi kamarák fennállásuk rövid ideje alatt máris erős segítséget nyújtanak az orvosnak szociális küzdelmében. Sajnálatos, hogy a kamarai törvény 39. §-a éppen a társadalombiztosítási intézeti orvosok anyagi ügyeiben nem ad a kamarának szabályozási jogot. Pedig itt volna a legtöbb rendezni való.

A betegellátás szocializálását visszafejlesztetni nem lehet, de nem is szükséges. Ha a magyar társadalombiztosítási törvényt angol vagy francia mintára alakítják át — szabad orvosválasztás bevezetése, házi-orvosi kezelés visszaállítása, szakorvosi ellátás individualizálása — és ha a biztosító intézetek a kamarákkal kollektív szerződéseket kötnek, megszűnik a városi orvosnyomor, ha pedig a falusi orvosokat hatósági támogatásban részesítik, megszűnik a falusi orvoshiány. Szakértők véleménye szerint mindkét kérdés nagyobb nehézség és károsodás nélkül aránylag rövid idő alatt megoldható. Arra kell gondolnunk, hogy az orvos keze mozdulatán, agya gyors forgásán, biztos ítéletén, tétovázás nélküli elhatározásán élet vagy halál kérdése fordul meg. Már pedig hogyan kívánhatjuk meg, hogy munkája minden tizedmásodpercében, magánéletének teljes kikapcsolásával orvos és csak orvos legyen, amikor gondolatainak alján ott kísért a gond, agya esetleg homályos a családi bajoktól és a kifizetetlen házbér előteremtésének erőfeszítései idő előtt kimerítik?! A társadalom önmaga ellen vétkezik, ha nem emeli ki az orvosokat a létbizonytalanságból.