

STATISZTIKAI KÖZLEMÉNYEK

SZERKESZTI: DR. ILLYEFALVI L. LAJOS

A BUDAPESTI ORVOSOK SZOCIÁLIS ÉS GAZDASÁGI VISZONYAI

ÍRTA

DR. MELLY JÓZSEF

65. KÖTET

3. SZÁM

KIADJA: BUDAPEST SZÉKESFŐVÁROS STATISZTIKAI HIVATALA

Ára 5 pengő

STATISZTIKAI KÖZLEMÉNYEK

SZERKESZTI: DR. ILLYEFALVI L. LAJOS

A BUDAPESTI ORVOSOK SZOCIÁLIS ÉS GAZDASÁGI VISZONYAI

ÍRTA

DR. MELLY JÓZSEF

BUDAPEST SZÉKESFŐVÁROS HÁZINYOMDÁJA

TARTALOMJEGYZÉK.

...

	Olda
I. Az orvosi hivatás szociológiája	3
II. Az orvosi tevékenység nemzetgazdasági értéke	12
a) Az orvos helye a társadalomban	12
b) A társadalom nyeresége a terápia és a profilaxis haladása révén	20
III. Az orvosi rend sorsa az utolsó félszázadban	28
a) A magánorvoslás hanyatlása, a tömeggyógyítás előretörése	28
b) Az orvosi rend szervezkedése	35
IV. Budapest orvosai	48
a) Szociometriás kísérletek az orvosok gazdasági helyzetének felmérésére	48
b) Az orvosok demografiája	59
c) Az orvosok lakásviszonyai 1930-ban	74
d) Az orvosok munkakörülményei 1930-ban	83
e) Az orvosok részvétele a világháborúban	97
f) Az orvosok elszegényedése a világháború után	100
V. Az orvosi rend válságának okai és a kibontakozás útja	115

I.

Az orvosi hivatás szociológiája.

Az egyszerű társas életből lassan fejlődő és később szervezkedő társadalomban külön helyet kellett találniuk azoknak, akik hivatásszerűen kezdtek a betegek ápolásával és gyógyításával foglalkozni. A primitív ember öröklött és a hagyományok útján átszármaztatott tapasztalásait a munkamegosztás célszerűsége nemsokára egyes emberek kezében gyűjtötte össze. Azokban a legrégibb időkben, ahová a kutatás fáklyája még belevilágít, minden valószínűség szerint a barlangok mélyén meghúzódó bölcs öregek voltak az orvosok, egyúttal papok és főnökök, kiket bizonyára sűrűn felkerestek azok az emberek, akik betegségüktől önerejükben megmenekülni nem tudtak. Az őskultúrából öröklött szellemi hagyatékat először kelet népei gyarapították, a nélkül azonban, hogy a lélek istápolása és a testi bajok orvoslása kettészakadt volna. Az orvostudomány a görög mitológiában előkelő szerephez jutott, később azonban már nemcsak Asklepios templomai voltak a gyógyító tudományok centrumai, hanem a szétszéledő asklepiádok orvosi dinasztikiákat alapítottak, amelyek gyökerei lettek a papi kaszttól többé-kevésbé elkülönült orvosi rendnek. A római legendák tanúsítják, hogy a hipokratesi orvostudomány maradéktalanul átkerült Rómába s eleinte rabszolgák, bevándorolt görögök, majd később Róma polgárai is gyakorolták az orvoslást, kik a császárság vége felé már kollégiumokba tömörültek.

A középkor uralkodó eszméi nem kedveztek az orvostudomány fejlődésének. A középkor tömegpszichológiája teljesen átvette azt a tanítást, hogy a földi élet csak a siralom völgye s a földi élet semmi más, mint előkészület a halál utáni örökrelethez. Ebből következik, hogy a középkorban ismét erősödik a lélek istápolásának és a testi bajok orvoslásának kapcsolata, ami főleg a szerzetesorvosok széleskörű tevékenységében jut kifejezésre. Az orvostudomány elméleti és gyakorlati művelése ebben az időben a szerzetesrendek kezében van, annak ellenére, hogy 877. évi regensburgi zsinat a papokat az orvosi tudomány művelésétől erőlyesen eltiltotta. Az egyházi főhatóságok a zsinat határozatát nem vitték keresztül s így a szerzeteseknek



az orvoslásban való prominens szerepe még hosszú ideig érintetlen maradt. A szerzetesorvosok mellett azonban világiak is erősen foglalkoztak a betegek hivatásszerű gyógyításával s főleg a gyógyítás hagyományos ismereteiben gazdag zsidó orvosok szereztek ebben a korban nagy tekintélyt és előkelő állásokat. A kor szellemi színvonalához mért teljes képzettségű orvosokon kívül természetesen orvosolták a betegeket a sebészek, borbélyok, fürdősök, bábák és betegápolók is. Abban az ideális szamaritánizmussal még jobban telített időben se voltak a megélhetési viszonyok mindenben kifogástalanok, hiszen 1260-ban a párizsi sebészceh már azért alakult meg, mert az olasz bevándorló kirurgusok a bennszülött sebészek existenciáját veszélyeztették. Később más városokban is megindult a sebészek szervezkedése, valószínűleg a 16. században már Magyarországon is.

Az újkori felvilágosodással párhuzamosan előrelendült orvostudomány az orvosok szociális helyzetét nagyon megerősítette. Az orvosi hivatást nagyon megbecsülték, mert a tömegek is látták, hogy az orvosi gyakorlat nem iparszerű kenyérkereset, hanem nemes humanitással telített művészet. Az orvos volt a betegnek és családjának leghűségesebb tanácsadója, akire minden bizalmas ügyét, baját őszintén rábízta. Ott állott az orvos a fiatal nemzedék megszületésénél és sokszor családok generációit figyelte és ismerte. Az orvos és a családok között olyan kapcsolat fejlődött ki, melynek gyakorlati hasznát mindkét fél élvezte s ezért a bizalmi kapcsolatot híven ápolta. A 18. század volt valóban az orvosok aranykora.

A 18. század álmait a 19. század technikai rohanása valóra váltotta. A feudalizmus társadalmi és gazdasági rendszere megsemmisült és teljesen átalakult a politikai élet. A 19. század uralkodó eszméje a politikai és gazdasági individualizmus vagy más szóval liberalizmus minden vonalon érvényre jutott. Az 1815-ben megkötött »Szent-Szövetség« csak alig tizenöt esztendeig tudta a duzzadó evolúciót megkötni s a béklyóit lerázó nacionalizmus a szabadság, egyenlőség, testvériség magasztos jelszavát diadalmasan hordozta végig az ifjúdó Európa minden államában. Egymásután alakulnak meg a nemzeti államok, az alkotmányos monarchiák s az államélet minden vonatkozásában felülemelkedik a jelszó: szabadságot egyénnek, nemzetnek. A gazdasági liberalizmus elmélete Quesnay-vel és Turgot-val kezdődik Franciaországban, majd Smith Adammal és Ricardoval folytatódik Angliában. Smith korszakalkotó munkája a 18. század végén jelenik meg s ebben foglaltatnak a 19. század kapitalista rendszerének alapelemei. Smith szerint a vagyonosság forrása az egyénnek a maga hasznára végzett munkája, de ez csak a természetes szabadság alapján érvényesülhet. A politikai liberalizmus a gazdasági liberalizmussal együtt tört előre, amikor Cobden, a manchesteri iskola megalapítója a Smith-féle dogmákat bevitte a politikai életbe. Angliában a szabad ipar, szabad kereskedelem és szabad verseny princípiuma elvben még ma is érvényben van, mert a világháború következményeként

a gazdasági és hiteléletben jelentkezett zavarok és a megállapított elméletek és rendszerek felbomlása miatt a liberalizmussal ellenkező korlátozó és attól eltérő védvamos intézkedések inkább csak retorziónak tekintendők. A kontinensen később más irányt vett a politikai és közgazdasági élet fejlődése, mert List azt hirdette, hogy Anglia gazdasági szupremáciája ellen csakis a racionális védővám-rendszer az egyetlen remédium. List nézetei a kontinens államaiban diadalra jutottak s a század végéig a nemzeti imperializmus szolgálatába állították a közgazdaságot.

A 19. században a technika hallatlan fejlődése ugyancsak teljesen átszervezi a közgazdaságot. Stephenson 1819-ben megszerkeszti az első mozdonyt és a század második felében megszületik az iparban forradalmat jelentő első szövőgép. A géptechnikát kihasználva a gyorsan fejlődő nagyipar koncentrálni a tömegeket s a szabad verseny féktelenségében mindinkább megfélemedezik a humanizmusról, a felebaráti szeretet törvényéről. A verseny nem ismer többé individuális és kollektív kötelezettséget s a termelés javait nem a tömegek életszínvonalának emelésére szolgáló eszközöknek tartja, hanem úgyszólván személytelenné válva, kizárólag a termelésből származó minél nagyobb hasznot hajszolja. Az ilyen üzemviteli szellem kialakulása nem javította, hanem sokszor süllyesztette az összezsúfolt tömegek életszínvonalát s ezzel utat nyitott a kapitalista termelési rendszerrel szemben kifejlődő visszahatásnak. A visszahatás a szocializmus megszületésében jelentkezett, mely küzdelem a kapitalizmus ellen részben a munkástömegek szervezése útján. Owen Róbert angol gyáros a munkásokat munkaközösségekbe akarta tömöríteni. Az 1848. évi május hó 1-én Marx és Engels már kiáltványban konkretizálták a munkástömegek követeléseit s végül 1867-ben Marx a szocializmus dogmáit foglalta rendszerbe. Marx ebben a munkájában inkább kritizáló és analitikus szocialista programját az osztályharcra építette, mely szöges ellentétben áll a felebaráti szeretet magasztos idealizmusával. Az osztályharc egyáltalában nem szükségszerűség, mint azt az angol munkásmozgalomnak a kontinensétől lényegesen elütő alakulása igazolja. Annak ellenére, hogy az első trade unionok Angliában már 1823-ban megalakultak, az első szocialista szövetség csak 1880-ban vert gyökeret és jellemző, hogy a marxizmusnak csak a kritikai részét fogadta el. Ebben is jelentkezett a különben erősen indusztralizált angol nép tradicionális individualizmusa, mely nem fér össze az egyént elsőprő radikális szocializmussal.

Az emberiség életének legutóbb lepergett hat évtizedét a kapitalizmus és szocializmus kemény küzdelme jellemzi, mely még mindig folyik s nem nyert kielégítő megoldást. A versenykapitalizmusból kifejlődött monopoliumkapitalizmus később úgyszólván a társadalom minden parányát megfertőzte olyannyira, hogy a 20. században elüzletesedett minden, még a tudomány, irodalom és művészet is. A szocializmus tanításai se javították a tömegeket, sőt a proletároncélnság kiélezésével, az utópista államberendezkedés nirváná-

jának propagandisztikus megrajzolásával csak fokozták az elégedetlenséget. Ilyen lappangva, forrongva érkezett el Európa népessége a világháborúig, amely hallatlan népmegmozdulás öt esztendőre militarizálta a tömegeket s az általános szociális tömegküzdelmet egyidőre elmosta, hogy később annál hatalmasabb kirobbanással veszélyeztesse a civilizációt és kultúrát.

Panta rhei! Heraklitos évezredes tételének a társadalom fejlődésében való érvényrejutása erős következetességgel formálta ki az imperializmussal telített s gazdaságilag is expanzív nacionalista államokat, most pedig hasonló szívóssággal alakítja át a hatalmi jogállamot népjóléti állammá. Ebben az új szociális orientációban az orvosnak is pontosan determinált helye van. Az orvos már szükségszerű szerve és tényezője az államéletnek.

Az államhatalom mindig foglalkozott polgárainak egészségével, mert az egyrészt az állam véderejének fenntartása okából, másrészt pedig a produkció szempontjából érdekelte. Régen azonban ténykedése kimerült abban, hogy az orvosi gyakorlatnak közigazgatásjogi keretet adott és néhány inkább jótékonyssággal patinázott szociálegészségügyi munkafeladatot átvállalt. A nagyipar virágzása korábban azonban a megbetegedések jobban veszélyeztetik a közgazdasági élet boldogulását. A modern államban tehát a szociálegészségügyi tennivalók érzékelhetően megszorodtak s ezzel együtt tulajdonképpen az orvosi rendnek mind nagyobb befolyáshoz kellett volna jutnia.

Az államhatalom maga volt kénytelen számos szociális feladat megoldását kezébe vennie, mert a szükségletek olyan elementáris erővel léptek fel, hogy az erőteljes cselekvést szinte kikényszerítették. Bizonyos, hogy a gyógyító orvos a betegben ma is a beteg individuumot látja, mégis megszűnt az individuális szemlélet régi típusa, mert ma már minden egyénben a társadalom egyik munkástagját kell észlelnünk. Az orvos és beteg viszonya pedig nem társadalmi intézmény, hanem még a primitív időkből származik. Ennek ellenére ma már megszűnt, hogy a beteg és orvosának viszonya kettőjük magánügyét jelentse, mert mind a ketten tagjai a kollektivitásnak, mellyel szemben határozott kötelezettségeik vannak. A társadalom és az orvosi rend helyzetének megítélésében tehát semmiesetre se helyezhetjük az orvosok vitális problémáinak megoldását az általános kérdések fölé vagy mellé, hanem bármennyire értékeljük is az orvosi köztevékenységet, mégis minden az orvosi rendre vonatkozó szociális kérdés felvetésében és megoldás keresésében a partikuláris érdekeket mindig alá kell rendelnünk.

A kultúrmunkát minden időben a szociális helyzet determinálta s az így megszabott keretek között kell minden idők orvosának hivatásszerű elhelyezkedését is vizsgálnunk. A régi idők orvosa ugyancsak fontos szerve volt a társadalomnak és az államnak azzal, hogy mint házi orvos figyelte és gondozta a családokat. A régi rendi szervezetében széttöredezett és a liberalizmus elemi célkitűzéseit meghaladott államban már másképpen kell az

orvos helyzetét megítélni. Az állami imperiumnak a szociális feladatok terére történt széles kiterjesztésével más munkavilág alakult ki, melyben minden egyéni cselekményt ezer szál köt a társadalmi produkcióhoz. Az orvos tevékenysége értékes társadalmi munkafeladatok tömkelege, annak ellenére, hogy az orvos és a beteg viszonya még mindig szigorúan közvetlen. Abszolút bizalmon alapszik az orvoslás, mert a beteg orvosa előtt őszintén feltárja legféltebb titkait; lelkének, testének minden hibáját. Ebből a közvetlen viszonyból folyik, hogy a beteg sorsát tulajdonképpen orvosának kezébe teszi le, ki segítséget hoz és tudásával igyekszik a beteget gyötrő kórt leküzdeni. Ebből a viszonyból folyik az orvosi titoktartás érinthetetlen dogmája! A titoktartás kötelességének tudata a beteget lelkiileg megnyugtatja, hogy baját, lelki vagy testi hibáját az orvos senki előtt fel nem fedi. Ez lényegesen más, mint az ügyvédi titoktartás, mert ebben az esetben az ügyfél legfeljebb attól tart, hogy az ügyvédi titoktartás megszegése által ellenfelével vagy büntetőjogi esetekben a vádló ügyésszel szemben hátrányosabb, kedvezőtlen helyzetbe kerül. A tudomány haladása bizonyára változtatott a beteg és az orvos viszonyának külső formáin, a lényegen azonban nem. Lassan, de határozottan belenyúlt azonban ebbe a viszonylatba, mégpedig mindig a társadalom érdekeit hangoztatva, az államhatalom azzal a ténykedésével, hogy sok olyan feladat megoldását vonta be munkakörébe, melyet azelőtt az egyén teljesített. Részben maga az állam, részben az önkormányzat! Ezt a tényt pedig megváltoztathatatlanak kell tekintenünk. Az állam ilyen célkitűzéssel mind fokozottabb mértékben veszi igénybe az orvost, mert leginkább alkotó elemeinek, polgárainak egészségén alapszik ereje és jóléte. Közigazgatási tevékenységében figyelmét a népesség egészségügyi viszonyaira irányítja s annak alakulását állandóan éberrel figyeli. Ebben a feladatkörében nagy szüksége van az orvosok szaktudására és tevékenységére, mégpedig annál inkább, minél jobban kiterjeszti imperiumát szociális vonatkozásokban. A betegségek megelőzése érdekében mind több intézményt létesít és mind több orvost alkalmaz. Ezzel azonban még mindig nem érinti mélyebben az orvos és a beteg bizalmas viszonyát, mert az új intézmények nem az egyénnel, hanem a tömegekkel foglalkoznak s az alkalmazott orvos nem gyógyít, hanem adminisztrál. Az új berendezkedés fényes eredményekkel járt. A régen, gyakorta tömegeket elpusztított epidémiákat sikerült megzabolázni, az ipari termelés pusztító speciális ártalmait sikerült erősen visszaszorítani s egyszóval városok és nagy vidéki területek egészségügyi asszanálása vált lehetségessé, mely a halandóság meglepő csökkenésében pontosan felmérhető. Így konkretizálódott az orvosi rend és az állam harmonikusan együttes munkája!

Számtalan olyan problémája merült fel az államéletnek, amelynek elintézése végett az orvost erősen be kellett vonni a közigazgatásba. Ezzel az állam egyáltalában nem avatkozott még bele az orvos és beteg viszonyába,

mert munkaterületének egyelőre csakis az életfeltételek kedvezőbbre alakítását tekintette. A közigazgatási szolgálatban alkalmazott orvos pedig lényegileg kikapcsolódott a beteggyógyításból azzal, hogy figyelmét elsősorban az asszanációra volt kénytelen összpontosítani. Az államosított orvos az orvos új típusát teremtette meg, kinek a gyógyító orvosok csoportjából való kiválása csak gyarapította az orvosi rend kereseti lehetőségét. Az orvosok államosítása folytatódott azzal, hogy az orvosi munka szerves kapcsolatba került az igazságszolgáltatással. Az orvos köteles megvizsgálni a terheltet és köteles nyilatkozni annak beszámíthatóságáról, mielőtt a bíró az ítéletet kimondja. Az igazságszolgáltatásban alkalmazott, tehát államosított orvos munkája se érinti az orvos és beteg viszonyát, mert nem gyógyít, hanem az igazságszolgáltatás véleményező szerve.

A régi időkben a népesség legnagyobb tömege a mezőgazdaságban dolgozott. Nehéz munkát végzett, de tulajdonképpen ideális higiénikus körülmények között. Az industrializálódás a kereső népesség szociális elhelyezkedését teljesen felforgatta. Az ipari kapitalizmus princípiumai szerint áthangolódott társadalomban nagy népcsoportok élnek, melyek a bér munka hozamára és a munkapiac mindenkori helyzetére vannak utalva. Ha az ilyen bér munkás megbetegszik, akkor meg épen felborul a pénzügyi helyzete. Megszűnt a patriarchális idealizmus, mely veszedelem idején a színlődő elemeket önkéntesen istápolta. Az ipari silány bér munkára utalt és rideg otthonukban színlődő munkástömegek természetes elégedetlenségét az állam szociális intézkedésekkel kényszerült enyhíteni. Ebből a szükségszerűségből született a szociális biztosítás megszervezése. A kötelező szociális biztosítást Bismarck inkább politikai okokból a társadalmi béke profilaktikumaként vezette be a császári német birodalomban, mely leginkább szociálegészségügyi vonatkozásokban jutott érvényre és pedig azért, mert az orvosi rendben évezredek óta élő humanitás révén ennek kivitele ütközött a legkisebb akadályokba és mert a bér munkástömegek betegségből származó gazdasági krízise kívánta legelőször orvoslást. Az állami kötelező szociális biztosítás a legtöbb államban német mintára felváltotta a munkásszervezetek önkéntes társuláson alapuló, betegség esetére biztosító intézményeit. A betegség esetére szóló szociális biztosítás materiális terheit a munkaadókra, ideális terheit pedig az orvosi rendre hárították. Az orvosi rend multjához híven készséggel vállalta is ezeket az ideális feladatokat s terheket és készséggel teljesítené továbbra is, ha lehetetlen és küszködő helyzetbe nem sodorták volna ez alkalommal azáltal, hogy az orvosok megélhetését alapjaiban rendítették meg. A kettő között az a lényeges különbség, hogy a munkaadók a szociális biztosítás terheit átháríthatják a fogyasztókra, az orvosi rend azonban az ebből eredő anyagi veszteségeért a ma már súlyosan lesorvadt magánpraxisban se kereshet ki egyenlítést. A társadalombiztosítás kötelező alapon való szervezésével már

mélyen belenyúlt az állam az orvos és a beteg bizalmi viszonyába. A biztosított beteg mellett is teljes felkészültséggel és szeretettel áll az orvosa, de már lényegesen módosított relációban. A biztosítás megszorította az orvosi munkát, de egyúttal erősen mechanizálta s teljesen kivette belőle a mindig féltve őrzött bizalmi vonatkozást. Bár a szabad orvosválasztás rendszerében a beteg maga választhatja meg az orvosát, mégis a régi meghitt viszony nem alakulhat ki többé a beteg és orvosa között, mert a pénztári orvos adminisztráló jellege a beteg közlékenységét és őszinteségét sokszor okkal, sokszor a nélkül megszünteti.

Az állam, illetőleg az általa szervezett társadalombiztosítás organizációja mindjobban belefurakodik az orvos és a beteg régen intim viszonyába s ezzel megindítja a betegek államosítását. A kapitalista társadalmi rendszer életképességét és prosperitását a tömegek egészségére, munkakészségére és termelésére építi. Számol azzal a ténnyel, hogy betegség az egyént kiszakítja a termelésből, szinte magánvegetálásra szorítja és csak a gyógyulás képes ismét arra, hogy a munkást megint besorozza a kollektivitásba. Ilyen elvek szerint berendezkedett társadalomban a betegség már nem lehet magánügy, mert kialakult olyan tekintélyes számú társadalomcsoport, melynek betegség esetére szóló biztosításra van szüksége, sőt immár joga is. Még ennél is tovább megy az államhatalom s a betegek államosítását teljessé teszi akkor, midőn a társadalom egyes jelentékeny csoportjai számára nemcsak lehetővé, hanem kötelelességszerűvé teszi a társadalombiztosítást.¹⁾

Ezzel most már az orvosi tevékenység is megváltozik. Most már nemcsak az államosított, hatósági orvos foglalkozik a beteggel a közösség szempontjából és szolgálja annak eminens érdekét a betegeknek esetenként szükséges megrendszabályozásával, hospitalizálásával, hanem az orvosi rend legnagyobb csoportja is adminisztratív jelleget nyer a mellett, hogy betegek gyógyításával továbbra is foglalkozni kénytelen. Amíg tehát a múltban az orvos főként tudományának élt, ismereteivel és tapasztalataival a nála jelentkező beteg gyógyításával foglalkozott, addig most egy másik, hivatásától teljesen idegen foglalkozást is magára kell vennie : betegeinek adminisztrálását. Az összeütközés épen abban mutatkozik, hogy azokat a pácienseket kénytelen adminisztrálni, akik egyébként gyógykezelésére vannak utalva. A biztosítási intézmények öncélúsága egyre erősödik, mert az intézmény vezetésébe a munkaadók és munkavállalók az autonóm szervezet révén még beleszólást nyernek, ezzel szemben az orvosok közönséges alkalmazottakká devalválódnak. De figyelembe kell vennünk azt is, hogy az adminisztráció aktákkal, iratokkal foglalkozik, amelyeknek száma nöttön nő, míg az orvos a betegek számát mechanikai munka révén szembeszökő arányokban szaporítani nem tudja. Ennek lett az eredménye, hogy az orvosok legtöbbször gyengébb dotációt kapnak, mint az adminisztrációban foglalkozók

¹⁾ Dr. Sigerist E. Henry : Der Arzt und der Staat. Leipzig 1929.

zöme és maguk a biztosítottak, annak ellenére, hogy a munkás csak napi 8 órai munkateljesítményre szerződik, az orvos pedig éjjel-nappal szolgálatban van.

A betegek nagy tömegének államosítása révén a magánpraxisra alkalmas betegek alig maradtak. Lassanként mind több lett az eszkimó és kevesebb a foka. A kereseti lehetőség sorvadása s az orvos és a beteg ideális viszonyának meglazulása az orvosi gyakorlatot is mihamarabb pusztán materiális alapra helyezte, melyben a létért folyó szabad, sőt sokszor durva verseny érvényesült. Az orvosi rend szilárdnak látszott tekintélye ennek következtében természetszerűleg megingott s a múlt század végén már annyira elfajultak az állapotok, hogy Taafe osztrák miniszterelnök a parlamentben azt a súlyos és megalázó kijelentést tehette: »Ärzte sind um jeden Preis zu haben.«

Az orvosi rendnek a 18. századbeli aranykora a 19. század végére társadalmi és gazdasági letöréssé fajult. Pedig a régi, Hippokrates fogalmazásának ismert eskü megtartása egymagában elegendő lett volna a közbecsülés megtartására. Az orvosi hivatás társadalompolitikai jelentősége az orvosi tevékenység minden megnyilvánulásában kidomborodik, mert a gyógyítás az a korrektívum, mely lehetővé teszi a beteg individuumnak a kollektív termelésbe való visszavezetését. Így az orvos nemcsak a beteg érdekét szolgálja, hanem a társadalom, sőt az állam üdvét is. Ennek az értékes munkájának előnyét azonban elsősorban nem az orvosi rend élvezi, hanem az állam, a városok, a községek, az ipar, a kereskedelem, a mezőgazdaság, a vállalatok, társulatok és a hitelintézetek.

Az orvosi rend elvesztett társadalomenergetikai súlyának és befolyásának okait azonban nemcsak a renden kívül, a társadalom átszerveződésében találjuk meg, hanem nagyrészen a renden belül is. Az individualizáló gondolkodásra nevelt orvos a társadalom robbanó evolúciójában elvesztette tájékozódó képességét, valósággal vergődik a tömegesen felmerülő társadalompolitikai problémák között. Egyedenként pedig ütemszerű gyakorisággal lett rabja a század merkantil szellemének, mely lehetővé tette azt, hogy a szellemi munka piacán az orvosi honorárium mértéke veszedelmesen alacsony kínálattal stabilizálódott. Egyesek hibás szubjektivitással már a kötelező társadalombiztosítás ideje előtt kezdeményezték és támogatták olyan érdekvéviselési biztosító intézmények megalakulását, amelyek az orvosi munkát nem voltak hajlandók kellőképpen felértékelni. Ezeknek az intézményeknek kalkulációja, nyomott orvosi honoráriumuk adta a lehetőséget a széleskörű kötelező társadalombiztosítás olyan szervezéséhez, melyben az orvosok tevékenysége és honorálása kellőképpen már nem érvényesülhetett.

A sokféle adminisztratív teendőnek az orvosokra való hárítása miatt vált szinte közhellyé az a kijelentés, hogy az orvosi tevékenység bürokratizálódott. Bármennyire sokat használják ezt a kijelentést, azért senkise

gondolhat arra, hogy minden orvusból valódi bürokratát, utasításra eljáró és cselekvő hivatalnokot formáljunk. A gyógyító orvosi munka különben is teljesen alkalmatlan a bürokratizálásra, ami konkrétan bebizonyosodott akkor, midőn a kommunista uralom az orvossággyakorlat szocializálásával szemben tehetetlennek bizonyult. E mellett a sokat emlegetett szállóige sajnos nem fejezi ki azt az igaziényt, hogy az orvosi hivatásnak rendkívül kiemelkedő államéleti jelentőséget nyer azáltal, hogy a beteget a gyógyulás útján a hasznos munkát végzők közé visszavezeti. A szállóige legfőképpen azt akarja kifejezni, hogy napjainkban az orvosi rend legnagyobb része alkalmazott tagja valamiféle szervezkedésnek és tényleg túlméretezetten foglalkozik adminisztrálással. Grotjahn csak a közelmúltban mutatta ki, hogy Németországban a szabad praxis majdnem teljesen megszűnt, mert az orvosok 20%-a hivatalnokorvos és 80%-a pénztári orvos. Ezért él az orvostársadalom hamis ideológiában, midőn azt hangoztatja, hogy az orvosi tevékenység még ma is szabad foglalkozás. Az egészségvédelmi szervezkedésnek ezt az áthangolódását Schallmayer már 1891-ben látta s ugyanúgy javasolta az orvosi tevékenység államosítását, mint azt alig két esztendővel ezelőtt Zemplényi Imre dr.¹⁾ is ajánlotta, amiáltal az orvosi rend gazdasági helyzete talán kevésbé károsodott volna. Ennek ellenére az orvostársadalom egy jó része még mindig romantikus pápaszemen keresztül nézi a rend szociális helyzetét s új jelszavak keresésében tétlenkedve várja az aranykor visszatérését.

Az államcélok megvalósításával ennyire összeforrott orvosi foglalkozás nem is lehet teljesen szabad foglalkozás, mert lényegében közszolgálat. Ez a megállapítás egyáltalában nem szállítja le az orvosi rend társadalomenergetikai értéket, hiszen a közhivatalnokok is az állam egyik legértékesebb csoportját jelentik, amit a közpályára való tódulás is igazol. Minden adminisztrálásnak, mindenféle hivataloskodásnak lebecsülése az orvosoknak individualizálásra való neveléséből származik és épen ez az egyoldalúság rekeszti ki az orvosi rendet abból, hogy az államélet vezetésébe erőteljesebben bekapcsolódjék s így sorsát legalább részben maga irányítsa és helyzetét megjavítsa. Az orvosi rendet se lehet kiszakítani a társadalom fejlődéséből, mert az orvosi hivatás gyakorlása sohasem sülyedhet öncéllá. Az orvos pályája szakadatlan zaklatás és izgalom sorozata. Szakadatlan munka, állandó készség, sokszor kínos önfegyelem és lemondás láncolata. Számtalan vonatkozásban megkötött művészi foglalkozás, mely büntetőjogi felelősséggel is jár. Minden adottság megvan tehát az orvosi hivatásban, mely a közbecsülés helyreállításához nélkülözhetetlen. Csakis a társadalmi összefüggéseket kell jobban megfigyelni és elismerni s a politikai és társadalmi erőtényezők tüstént nagyobb méltánnyal lesznek orvosi rendünk

¹⁾ Dr. Zemplényi Imre : Az orvosi munka államosítása. M. O. O. Sz. 1930. 19. sz.

iránt, mert ezzel eleve elhárítjuk a sokszor igaztalanul ráncszórt partikularizmus vádját.

Számolnunk kell azzal, hogy a 20. század harmadik évtizedének határköve mellett elhaladva megváltozott rendünk belső struktúrája és megváltozott körülöttünk is minden. Meghalt a romanticizmus! A fiatal orvosgenerációk már más szellemet hoznak magukkal az alma materből s a kor-szellem is rátöri a fiatalságot az új eszmék befogadására. Az öreg objektíve is idealista orvosok száma napról-napra csökken, mert saját érdekében minden orvosnak is legalább részben át kell alakulnia homo ökonomikussá. Ne adjuk fel hivatásunk évezredes szent idealizmusát, de rugalmasabban orientálódjunk a társadalom evolúciójához, nehogy olimpusi izoláltságban lemaradjunk abban a kínos versenyben, melyet a kollektivitás minden csoportja okosabban folytat az erkölcsi és gazdasági érvényesülésért. Számolnunk kell az orvosok részleges és a betegek tömeges államosításának irreverzibilitásával s az új keretekben a régi becsületes tradíciókat megóva kell elhelyezkednünk.

Az orvosi rend életkérdéseinek megoldásában új utakat kell találnunk és fel kell hagynunk az illúziókkal. Arra kell törekednünk, hogy új és helyesen fogalmazott célkitűzésekkel egyszer és mindenkorra elhárítsuk magunkról a csoportegoizmus vádját s az adottságokkal higgadtan számolva készítsük elő az orvosi rend megújítását. Ez az egyetlen mód arra, hogy a scientia et ars medica-nak egyszerű kereső-foglalkozássá való devalválódását elhárítsuk.

II.

Az orvosi tevékenység nemzetgazdasági értéke.

a) Az orvos helye a társadalomban.

Az orvostudománynak a 18. században történt haladása révén az ember megismeri önmagát s a sok boncolásból kiderül, hogy a betegségeknek, az egyes jellegzetes tünetcsoportoknak jellemző kórbonctani elváltozások felelnek meg. Nagyot lendít a tudomány reális irányban való haladásán Bichat párizsi orvos működése, ki a betegségeket már nemcsak az egyes szervekbe, hanem azok pontosabban körülírt részeibe a szövetekbe lokalizálja. Rokitansky, majd Virchow kutatásai nyomán megszületik a modern cellulárpáthológia, amely már azt tanítja, hogy nem szövetek a legegyszerűbb alkatrészek, mert minden egyes szövetnek két közös alkatrésze van: a Schleiden-Schwann által felfedezett sejt és a sejtközi anyag, az interstitium. Virchow a sejtet jelöli meg az élő anyag bonctani és működési egységének s kórbonctani megfigyelései alapján s a klinikai észlelések ismeretében rekonstruálta a betegségek fejlődését.

Időközben azután kiderült, hogy az egyes betegségek nem lokalizálhatók olyan egyszerűen az egyes szervekre, viszont súlyos szervi elváltozások nem okoznak mindig működési hiányokat. Ezzel vált megismertté, hogy nem az alakiség a lényeg, hanem a működés. A pontosabb klinikai és kórbonctani kutatások később azt is feltárták, hogy egyes betegségekre nemcsak egyes szervek, hanem több szerv csoportos megbetegedése és elváltozása jellemző, amiből az következik, hogy az egyes szervek szoros korrelációban vannak egymással. Még itt sem akadt meg a tudatos tudományfejlesztés, mert nemsokára az is kiderült, hogy egy- és ugyanazon betegség klinikai tünetei, sőt kórbonctani lelete is egyéni különbségeket mutat, ami azt jelenti, hogy az egyén a betegségekkel szemben különböző reakció képességű, melyet alkata: fizikai, vegyi, biológiai és lelki tulajdonságainak összessége determinál. A kórbonctan lassan kimerült a morfológiai kutatásban s a 20. század első évtizedében a functionalismus, a második évtizedben a constitutionalismus s végül a harmadikban a correlationismus, az endokrinológia állott az érdeklődés tengelyében, annak ellenére, hogy önnállóan egyik sem lehetett magyarázata az életnek, hanem mindegyik a sejtesen szervezett életnek egyik újabban megismert megnyilvánulása.

Hippokrates miazmái, Parecelsus archeusai és Hoffmann parazitái voltak a bakteriológiai tudás előfutárai. Pasteur az emberiség örök hálájára igényt tartó érdeme, hogy egyes betegségek keletkezésének a baktériumok behatolásával és elszaporodásával való oki összefüggését felismerte. Koch Róbert klasszikus munkássága pedig az egyes betegségek kórcsíráinak s a szervezetnek azok behatására történő megismerése felé nyitott meg széles lehetőségeket, amelyeket működése óta a kutatók egész serege használt ki. Az új megismerések nyomán és hatása alatt a betegség is átalakul oki fogalommá, melynek része, jelenségei és a keletkezett bonctani elváltozások nem lényegei, hanem csak tünetei. Ezzel azután a betegség nem tüneti, nem kórbonctani folyamat többé, hanem biológiai fogalom. Az addig leginkább empiriára épített orvostudomány Müller János, Wirchow, Pasteur, Koch, illetőleg Skoda, Lister és Semmelweis rendkívül értékes munkálkodása révén az exakt tudományok közé sorozódott be.

A múlt század végén az egyre-másra közlésre került tudományos felfedezések keltettek közfigyelmet és csodálatot, századunkban pedig ezek eredményei jelentkeznek a profilaxis és therápia nagyszabású sikereiben. Az emberi élet a kultúra haladásával mind erőteljesebb és sikeresebb védelemben részesült s a tudomány s az ezt alkalmazó közhatósági szervezkedés az egész művelt világon csökkentették a halandóságot. Az orvostudomány és az államok harmonikus együttműködése eredményezte, hogy a népesség Európában a 19. század folyamán 118%-kal gyarapodott, mert 1800-ban még csak 187 millió, viszont 1900-ban már 400 millió lélek élt ezen a földrészen. 1920-ban meg épen már 480,793.932 lélek a világ megszá-

molható népességének (1920-ban 1.941,020.287 léleknek) kerekén egynegyede. Európa népességének gyarapodásához Szent István birodalmának lakossága is észrevehetően hozzájárult, mert a népszaporodás a világháború előtt teljesen megnyugtató mérvű volt. Magyarország népességét a trianoni csapás után közvetlenül 1920-ban vették megint számba, amikor is fájdalmasan kellett megállapítanunk, hogy Magyarország 1910-ben körülbelül 20 millióra rúgott népességéből csak 7,990.202 lélek maradt meg a csonka országban. A következő népszámlálás viszonylagosan már csendesebb körülmények között zajlott le 1930 végén, mely a csonkaországban ekkor 8,688.319 lelket írt össze, ami azt jelenti, hogy a népesség a megpróbáltatásokkal teli legutóbbi évtized alatt mégis 698.117 lélekkel gyarapodott. E tényleges szaporodással szemben a természetes évi szaporodás $9\frac{6}{100}$ -es arányszám alapján 772.019 lélekkel növelte volna népességünket, ha a be- és kivándorlás ezt 73.902 lakossal nem csökkentette volna. A természetes szaporodás arányszáma tehát egyelőre szintén nem ad okot különösebb aggodalomra.

Magyarország a trianoni békediktátum következtében elvesztette területének kétharmadát s népességének több, mint felét s ezen veszteség miatt népesedéspolitikai szempontból is változott helyzetbe jutott székesfővárosával, Budapesttel szemben. Az 1910. esztendőben — tehát békeévekben — végrehajtott népszámlálás Budapesten 880.371 lelket talált, tehát az ország népességének pontosan $4\frac{2}{100}$ -a élt itt és talált elhelyezkedést. Budapest szellemi és gazdasági termelésének a 20 milliós népességű nagy ország volt a piaca, hová produktumait könnyen elhelyezhette s ahonnan mindig meríthetett szellemi és gazdasági értékeket, ha annak szüksége felmerült. Az ország erőszakos és igaztalan megcsonkítása után megtartott 1920. évi népszámlálás pontosan kimutatta azt a keserű tényt, hogy az ország népességének több, mint a fele került idegen uralom alá, viszont arra is rávilágított a statisztika lobogó szövetneke, hogy Budapest népszaporodása nem torpant meg, hanem 1920-ban 928.996-ra, majd 1930-ban 1,004.772 főre emelte a népesség számát. Így Budapest lakossága az ország népességének $11\frac{6}{100}$ -a lett, valóban duzzadt fej az ország elsovadt testén, aminek hatása kulturális és gazdasági szempontból is csak káros lehet.

Budapest székesfőváros nagyarányú fejlődésének az 1867. évi kiegyezés adott lendítő erőt. Az 1866. évi königgrätzi csata a Habsburg birodalom sorsára végzetes jelentőségű volt, Magyarország számára azonban meghozta az 1849-ben elvesztett alkotmányos szabadságot. Az 1867. évi kiegyezést Deák Ferenc és Andrássy Gyula gróf közös művét sokáig az államművészet tökélyének ismerték, most már hatvan esztendő távlatából — ha időközben veszített is ragyogásából — mégis el kell ismernünk, hogy a nemzet és a dinasztia megegyezései között akkor ez volt a legelfogadhatóbb, mert legalább ötven esztendőre biztosította Magyarország zavartalan fejlődését. A kiegyezés közvetlen folyományának kell tekintenünk azt is, hogy

Budapest, a magyar főváros már a hetvenes évek elején amerikai méretű fejlődésnek indult. A kiegyezésben alkotmányjogilag érvényesült dualizmus politikai szükségességgé tette, hogy Ausztria fényes és történelmi tradíciókban bővelkedő fővárosához, Bécshez hasonló metropolis legyen Magyarország szellemi és gazdasági középpontja. A kiegyezés után megalakult alkotmányos minisztérium bölcs előrelátással tradíciót és egyúttal gazdasági lendületet is akart adni az új magyar fővárosnak. A mult hősi emlékeit az ősi Budavárban, az ipari és kereskedelmi haladás lehetőségeit pedig a nagy magyar alföld felső szélén elterülő Pest városában kellett megtalálni. A Duna két partján egymással szemben fekvő két testvérváros egyesítése nyújtotta azt az eszmei távlatot, mely a magyar-osztrák monarchiát új közjogi alapra helyező dualizmus elvének megfelelően a magyar székesfővárost Bécshez hasonló metropolissá emeli.

Alig öt esztendővel a magyar alkotmányos élet helyreállítása után az 1872: XXXVI. t.-c. állapította meg a székesfőváros mai területét, melynek értelmében Buda és Pest szabad királyi városok egyesültek, kötelékükbe vonva Ó-Buda mezővárost és a Szent Margit-szigetet. Az egyesítés amerikai méretű fellendülést hordott méhében! Az egyesítés idején a főváros települési képe igen szerénynek mutatkozott. A kormány legfőbb gondja volt tehát, hogy a főváros külső képének csinosítására a munkát megindítsa. Ennek a törekvésnek lett eredménye a Duna mindkét partjának imponáló kiformálása, a nagykörút és az Andrássy-út kiépítése, ami a fővárosnak egyszerre nagyvárosi jelleget adott. Az állami és községi építőtevékenységet a magánvállalkozás is híven követte olyannyira, hogy a millenárius kiállítás idején, 1896-ban Budapest már az ideözönlő idegenek bámulatát vívta ki. Budapest fejlődésére élesen rávilágítanak azok a mérőszámok, melyek az épületek és a lakások szaporodását demonstrálják:

Év	1869	1890	1910	1925	1930
Épületek	9.351	13.066	18.035	21.631	25.868
Lakások		104.047	201.843	252.717	286.432

Az egyesítés előtt 1869-ben alig tízezer épület sorakozott fel a testvérvárosok utcáin és terein, azonban a különösen a kilencvenes években felélénkült építkezés az épületek számát 1910-ig már megkétszerezte. A világháború természetesen az építkezésnek is nagy akadálya volt, mégis 1930-ban már 25.868 épületet jegyzett fel a hivatalos összeírás. Egyszerű bérházak, valamint a díszes paloták és középületek sora a székesfőváros külső képét teljesen a nyugateurópai metropolisokhoz hasonlították. A lakások számszerű gyarapodása még az épületekét is meghaladja, bizonyágául annak, hogy a főváros régi lebontott földszintes házai helyébe leginkább többemeletsoros bérpaloták épültek.

A hivatalos statisztikai irodalom számtalanszor kimutatta, hogy Budapest Európának talán leggyorsabb növekedésű nagyvárosa és különösen

a 19. század utolsó évtizede volt az az időszak, melyben a székesfővárosnak világmetropolissá való kibontakozása legfőképpen lezajlott s a népesség száma is a legerőteljesebben emelkedett. Több, mint két évszázaddal ezelőtt a testvérvárosok népessége szerény 12.000 lelket számlált, de azóta a sok nemzeti csapás ellenére szívós akarással több, mint egymillióra duzzadt fel.

Év	1720	1810	1841	1851	1869	1880
Népszám	12.200	60.259	107.240	178.062	280.349	370.767
	1890	1900	1910	1920	1925	1930
Népszám	506.384	733.358	880.371	928.996	960.995	1,004.772

A népesség szaporodása az egyesítés után tüstént jól érzékelhetővé vált, amennyiben ebben nemcsak az itt élt lakosság természetes szaporodása, hanem a főváros előretörő gazdasági élete által megmozdított bevándorlás is különös súllyal esett latba. A népszaporodás tempója a gazdasági élet lüktetését is híven demonstrálja.

Népszaporodás évenként	1870—1880	1881—1890	1891—1900	1901—1910	1911—1920	1921—1930
Abszolút számokban	9.042	13.562	22.697	14.701	4.863	7.578
Ezrelékben	32·2	36·6	44·8	20·0	5·5	8·2

Budapest kulturális és gazdasági emelkedése a múlt század utolsó évtizedében kulminált, ebben az évtizedben termette legszebb gyümölcsét az a nagy lelkesedéssel koncipiált városfejlesztő program, melynek szilárd alapját az első felelős minisztérium a főváros iránti meleg szeretettel és bölcs politikai előrelátással rakta le. Egy évtized alatt a népesség száma 44·8 szaporodási arányszámmal tündöklöklik, ami szinte páratlan a nagyvárosok fejlődéstörténetében. A 20. századforduló után politikai és gazdasági nehézségek állottak a fejlődés útjába, amelyeknek következtében a népesség szaporodása megakadt s az ezer előre számított index az első évtizedben 20·0-re sorvadt le, majd a második évtizedben a világháborút kísérő gazdasági krízisek és politikai katasztrófák nyomán ennek is egynegyedére 5·5-re. A 20. század harmadik évtizede sem hozta meg a népek megértését, mégis a főváros megállott a népsorvadás lejtőjén s így népszaporodási arányszáma az előző évtizedhez mérve valamit javult. Ennek az eredménynek értékét akkor tudjuk igazán megbecsülni, ha egyes nyugat-európai nagyvárosok vezetőinek a vészes depopulációt panaszoló közléseiről megemlékezünk. Berlin és Bécs népessége már a huszadik század második évtizedében jelentősen fogyott s így Budapestnek ebben az évtizedben mutatkozó mérsékelt népszaporodását a jövő fejlődés biztató jelének kellett tekintenünk, amit a harmadik évtized szaporodási eredménye mindenben megerősített.

Abból a körülményből, hogy a 20. századforduló óta a népszaporodás arányszáma erősen közeledik a természetes szaporodás indexéhez, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a népesség gyarapodásának a múlt század utolsó évtizedéhez mért stagnálása nemcsak Budapest lakosságának

meggyengült természetes szaporodásával, hanem a bevándorlás csökkenésével is szoros összefüggésben áll. Az 1880. évi népszámlálás eredményei szerint a lakosság 42·7%-a volt bennszülött és 57·3%-a bevándorolt, 1900-ban a nagy fellendülés után már csak 36·7% volt bennszülött és 63·3% bevándorolt. Az 1910. esztendőben a bevándoroltak aránya még épen 64·7%-ra emelkedett. A világháborús az ezt követő összeomlás után megváltozott a népesség származás szerint megállapított összetétele, amennyiben 1925-ben a lakosságnak már ismét 38·4%-a volt bennszülött és csak 61·6%-a bevándorolt. E szerint ugyanaz a tagozódás mutatkozott, mint amelyet a népszámlálás ebben a tekintetben 1890-ben, a nagy fellendülés előtt mért fel.

Azok a nagy erőfeszítések, melyeket a törvényhatóság hat évtized alatt kifejtett, legszembetűnőbben mutatkoznak a székesfőváros háztartását jellemző adatok felsorakoztatásában. A hat évtized alatt metropolissá emelkedett Budapest háztartása rohamosan kinőtt a régi szűk keretektől s előre nem sejtett arányokban bontakozott ki. A népesség rohamos szaporodása a közhatalóságot rendkívüli cselekvésekre készítette, amennyiben olyan intézményeket és hivatalokat, melyek másutt legfeljebb egy évszázad alatt létesültek, a székesfővárosban alig néhány évtized alatt kellett megteremteni. A népesség közegészségügyi, kulturális és igazgatási szükségletei olyan hirtelenséggel szaporodtak, hogy a kormányhatóság által áthárított feladatok megoldása mellett ezek kielégítésére hatalmas anyagi összegeket kellett igénybevenni. Az állami egyenesadókra kivetett pótlékok mellett a hatóság közigazgatási tevékenységével és intézményeinek működésével kapcsolatos illetékek, díjak, járulékok, vámok és javadalmak, majd később a székesfőváros ingatlanainak jövedelme nyújtották azokat a bevételi forrásokat, melyekből az egyre növekedő kiadásokat fedezni kellett. Az egyre szaporodó kiadások miatt a bevételeket is állandóan fokozni kellett, úgyhogy a székesfőváros háztartásának bevételi és kiadási rovata folyamatosan emelkedő irányzatot mutat. A községi háztartás zárszámadása a következő eredményeket mutatja az 1930. évben, mégpedig a legutóbbi békesztendők egyikével párhuzamba állítva :

	1912	1930
Bevétel	353,925.969	538,389.173
Kiadás	353,925.968	538,389.173

A székesfőváros költségvetése a legutóbb eltelt húsz esztendő alatt 52·2%-kal emelkedett, ami a lakosság természetszerű súlyos megterhelésével járt. Az 1912 esztendőben egyenes adókban kivetett 85,667.000 pengőből 94·06 pengő jutott egy főre, községi pótlék címén ebben 28·6 pengő. Az 1930. évben egyenes adók címén kivetett 192,796.000 pengőből azonban már 194·45 pengő esett egy főre, ebben is községi pótlék címén 80·29 pengő. A népesség adóterhe az egyenes adókban is kereken száz százalékkal növekedett, ami az életet ugyancsak megnehezítette.

A gazdasági élet átalakulása és pedig a múlt század végén a rohamos, majd később a mérsékelt fejlődés, melyet a világháború után az idült pangás váltott fel, a székesfőváros kereső népességének tagozódását is megváltoztatta.

1. A kereső népesség foglalkozási főcsoportok szerint a székesfővárosban. — 1869—1925.

Megnevezés	1869		1890		1910		1925		Szaporodás 1869—1925 %
	abszolút	%	abszolút	%	abszolút	%	abszolút	%	
Östermelés	11.693	7·4	5.616	1·9	5.294	1·0	4.201	0·8	—64·1
Ipar, forgalom	68.880	43·6	149.351	52·2	313.800	63·7	248.203	50·1	260·3
Közszolgálat és szabad- foglalkozásúak	8.410	5·3	18.182	6·4	43.753	8·9	86.298	17·4	926·1
Véderő	9.873	6·2	14.147	4·9	16.636	3·4	6.224	1·3	—36·9
Napszámások	27.446	17·4	35.908	12·6	11.485	2·3	15.675	3·2	—42·9
Vagyonukból élők, nyugdíjasok	2.497	1·6	10.287	3·6	15.795	3·2	33.238	6·7	1.231·0
Házicseléddek	24.319	15·4	43.053	15·1	70.117	14·2	.	.	.
Egyéb és ismeretlen foglalkozásúak	4.959	3·1	9.470	3·3	16.095	3·3	101.306	20·5	.
Összesen	158.077	100·0	286.014	100·0	492.975	100·0	495.145	100·0	213·2
Össznépesség	280.349	.	506.384	.	880.371	.	960.995	.	242·7
Ebből a kereső %	56·4	.	56·5	.	56·0	.	51·5	.	.

Csak felületes szemlélődés alapján kelt különösebb meglepetést az a tény, hogy a székesfőváros kereső népességének aránya emelkedő jellegű. Ennek a jelenségnek kialakításában két tényező jutott szerephez. Az egyik a néhány évtized előtt megindult bevándorlás, mely természetszerűleg a kereső, javakorabeli és munkaképes egyedet tömörítette a székesfővárosba. Ez volt a keresőnépesség arányváltozásának pozitív tényezője. Ezzel szemben a születések számának egyre hevesebb apadása csökkentette az eltartottak számát s ezzel negatív irányból gyarapította a keresőnépességnek az össznépességhez mért viszonyszámát. Nagyon természetesnek kell tartanunk az östermeléssel foglalkozó keresőnépesség megfogyatkozását, mert a székesfőváros industrializálódása, a külterület beépülése ezt kellőképpen megokolja. Az iparban és forgalomban tevékenykedő keresőnépesség szaporodásában már nincs folyamatosság, mert a világháború azt szétértette, hiszen 1910-ben még 313.800-ra rúgott az ebbe a kategóriába tartozók száma, 1925-ben már csak 248.203-ra, miért is e rovat keresőnépességére vonatkozó viszonyszám is 63·7%-ról 50·1%-ra csúszott vissza. A húszmilliós lakosságú Nagy-Magyarországra méretezett ipar és kereskedelem súlyos károsodása és sorvadása jelentkezik ezekben a mérőszámokban. A fizikai munka tragédiájánál is mélyebbre marcangolóbb az a csapás, mely Trianon után a magyar értelmiséget sújtotta. Az elveszett kisebb kultúrgócponatok miatt most még inkább Budapestre tömörült a magyar intellektus, aminek veszélyes felfokozódásában a megszállott területekről kiutasított tömegek is érzékel-

hetően részt vettek. Az 1869. esztendőben csak 8410 polgár talált elhelyezkedést a közszolgálatban és szabad foglalkozásban, a keresőnépesség 5·3%-a. Budapest szellemi életének élénkülése a gazdasági viszonyok emelkedése mellett ezt a viszonzszámot 1910-ig 8·9%-ra emelte fel. Valósággal megdöbbentő azonban, hogy a közszolgálatban és szabadfoglalkozásban elhelyezkedettek aránya a világháború után 17·4%-ra növekedett, mert az 1925. évi népösszeírás 495.145 keresőből már 86.298-at volt kénytelen ebbe a társadalmi kategóriába besorozni. Az értelmiségnek a székesfővárosba való menekülése magyarázza azt a tényt is, hogy a nyugdíjasok aránya szintén körülbelül száz százalékkal lett magasabb. Az egyéb és ismeretlen foglalkozásúak elképesztően megduzzadt rovata meg egyenesen rávilágít Budapest közgazdasági katasztrófájára. Az 1925. évi népösszeírás pontos eredménye szerint a népességnek körülbelül egyötöde tengette életét akkor máról-holnapra, bizonytalan keresetéből. Minden valószínűség a mellett szól, hogy a népesség ezen gyengébb gazdasági alapon élő rétege azóta még megsaporodott.

Mindezek a felsorakoztatott adatok cáfolhatatlan tanuságot tesznek a mellett, hogy Budapest a testvérvárosok egyesítése után amerikai méretű haladást mutatott, szellemi, gazdasági élete a nyugateurópai nagyvárosok mellé emelkedett, a város képe az idegenekben is csodálatot ébresztett, a népesség pedig szorgos munkájának eredményeképpen gazdagodott. Ezt a csodálatraméltó és impozáns fejlődést törte ketté a világháború és a trianoni békeparancs.

Ha ezek előrebocsátása után a keresőnépességnek a közszolgálatban és szabadfoglalkozásban tevékenykedő kategóriáját elemeire bontjuk, találunk rá Budapest orvosaira. Egyik része a kategóriának a közszolgálat, másik nagyobb része a szabadfoglalkozásúak csoportjába van besorozva, annak ellenére, hogy ma már alig akad olyan orvos, ki e csoportba való beosztás minden kritériumát felmutatja. Különösen azért nem, mert az orvosi foglalkozás keretében alakult ki valójában a közszolgálatnak az a típusa, mely az alkalmazott munkaerejének csak részleges igénybevételét reprezentálja, természetesen ehhez mért gyatra anyagi ellenszolgáltatással s az egzisztencia fenntartásához szükséges további anyagiak előteremtésének a magánygyakorlatra való hárításával. Ebbe a csoportba tartozik a pénztári orvosok zöme, a kerületi orvosok és iskolaorvosok kara is.

Az orvosok rendje a székesfőváros népességében számszerűleg kicsiny, munkateljesítmény szempontjából azonban rendkívül értékes csoportot alkot. Az orvosoknak a népességhez viszonyított aránya a legutóbbi hat évtized alatt lényegesen megváltozott.

É v	1870	1881	1891	1896	1905	1912	1920	1923
Orvosok száma (abszolút)	521	600	1.021	1.015	1.909	1.367	1.940	2.098
Orvosok száma (‰)	1·9	1·6	2·0	1·6	1·4	1·5	2·1	2·2

É v	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Orvosok száma (abszolút)	2.303	2.494	2.609	2.898	3.110	3.241	3.436
Orvosok száma (‰)	2·4	2·6	2·7	3·0	3·1	3·3	3·4

Ha elfogadjuk azt a tételt, hogy egy orvos nyugodt megélhetéséhez városokban legalább 1500 lélek szükséges, akkor Budapest már 1870-ben orvosi ellátás tekintetében túl volt méretezve. Lehet, hogy ez a tényeknek megfelel, mert 1896-ra az arányszám az orvosi rend gazdasági helyzete nézőpontjából kedvezőbbre alakult s mégis a millennáris orvoskongresszuson a felszólalók már adatokkal támasztják alá megélhetési panaszait. A múlt század utolsó évtizedének elején az orvosok száma is emelkedett Budapesten, mert az valószínűleg az általános gazdasági konjunktúrával párhuzamosan az 1881. évi 600-ról 1021-re növekedett s a népességre vonatkoztatott arányszámot is $2\cdot0\text{‰}$ -re rúgtatta fel. A hirtelen emelkedés azután nivellálódott, mert 1896-ban $1\cdot6\text{‰}$, 1902-ben $1\cdot4\text{‰}$, 1905-ben ugyancsak $1\cdot4\text{‰}$ voltak az arányszámok s nem tekinthetjük lényeges emelkedésnek azt sem, hogy 1912-ben az arányszám valamivel magasabb, $1\cdot5\text{‰}$ volt. A világháború után azután az arányszám emelkedése magasabbról indul, mint az 1891. évi kiugrás volt s évről-évre fokozatosan emelkedik 1930-ig $3\cdot4\text{‰}$ -re. Ezek a mérőszámok igazolják, hogy az orvosok száma Budapesten a világháború megszűnése óta aggályosan megszorodott s még akkor is 127%-nyi gyarapodást mutat (1912-ben $1\cdot5\text{‰}$, 1930-ban $3\cdot4\text{‰}$), ha a népesség szaporodását figyelembe vesszük. Meg kell értenünk tehát, ha az 1896-ban még halkabban előtárt panaszok egyre erőteljesebben hallatszanak és nem csodálkozhatunk azon sem, hogy a nyomasztó megélhetési gondoktól sujtva az orvosi rend egyes csoportjai sokszor fantasztikus tervezgetéssel keresik az orvosnyomor megoldási lehetőségeit.

Budapest orvosai, számokban mérve, a népességnek kicsiny, alig három és fél ezreléknyi csoportját reprezentálják, melynek társadalomenergetikai értékét azonban megsokszorozza az orvosok áldásos munkálkodása, mely a megmentett s évente többezerre rúgó emberélet felbecsülhetetlen kincsében jut kifejezésre.

b) A társadalom nyeresége a terápia és profilaxis haladása révén.

A 19. század derekán Buda és Pest városok egészségügyi felkészültsége annyira kezdetleges volt, hogy az egyesítés után, mint legsürgősebb közhatalósági feladat a város asszanációja állott előtérben. A régi időkben az egészségügyi közállapotokat majdnem kizárólag a természeti tényezők szabták meg s ezt a kedvezőtlen helyzetet csak nagy energiával és sok anyagi áldozattal lehetett kedvezőbbre változtatni. A székesfőváros topográfiai elhelyeződése a Nagy-Alföld szélén, a széljárások útjában, melyek a befáttatlan külterületek porát szórták a székesfőváros atmoszférájába, a hőmérséklet rapszódikus ingadozásai mind olyan fizikális tényezők, melyek

az egészségügyi közviszonyokat csak kedvezőtlenül befolyásolták. A talaj, melyen a város felépült, ugyancsak nem mondható szigorú egészségügyi nézőpontból kifogástalannak. Különösen a pesti oldal talaja volt aggályos szennyezettségű, ahol egész városrészek épültek fel megszüntetett ternetők helyén, illetve a Duna és a Rákospatak holt, illetőleg eliszaposodott medrei fölébe. Ezek a tényezők mind jogot adnak arra, hogy a székesfőváros talaját sok helyütt organikus anyagokkal szennyezetteknek tartsuk. Az ilyen erősen kifogás alá eső talajbafúrt kutak sem szolgáltatnak olyan ivóvizet, melynek tömeges fogyasztása egészségügyi szempontból aggályos ne lett volna.

A népesség a székesfővárosban a 19. század végén hirtelen szaporodott. A szaporodás leginkább a bevándorlásnak volt a következménye, ami a munkaképes korban levő, erőteljes elemek beözönlését jelentette s így ez az egészségügyi közállapotokra ebből a szempontból kedvező hatást gyakorolt. Olyan népelemekkel gyarapodott a székesfőváros, kiknek morbiditása és mortalitása természetsszerűleg alacsony volt. A veszedelem abban mutatkozott, hogy az építkezés a bevándorlással nem tudott lépést tartani. Okoszerű következménye lett ennek, hogy a lakások emberi használatra engedélyezésének standardja alászállott s gyakorta családok az egészségre veszélyt jelentő pincelakásokba voltak kénytelenek betelepedni. Általában aggályos zsúfoltság keletkezett, ami kiváló táptalaja a betegségek terjedésének. A közegészségügyi szolgálat fejletlensége, a köztisztaság szervezetlensége, a vízellátás kifogásolhatósága, a csatornázás hiánya, mind eredendő okai voltak a kedvezőtlen egészségügyi közállapotoknak.

A törvényhatóság a város asszanálását haladéktalanul megkezdte. Sürgette a munka megkezdését az a tény, hogy a lakosság nagy tömegei sínylődtek szegénységben s így önmaguk még a házi vagy családi egészségt védelem elemi követelményeinek sem tudtak eleget tenni. A bevándorlók között is sok olyan elem gyarapította a székesfőváros népességét, amelyik műveltség és higiénikus érzék tekintetében az átlagon alul maradt. A törvényhatóság városegészségügyi munkálatainak javarésze még a múlt század végén befejeződött. Az egészségügy mérhetetlen előnyére a szüretlen vízszolgáltatás a belterületen 1890-ben s 1900-ban már a külterületen is megszűnt. Ezzel egyidőben kiépült Budapest nagyszabású csatornahálózata, mely biztos következetességgel hártja el a talajnak veszedelmes és állandó szennyeződését. Megvalósult a köztisztasági szervezet, mely aránylag rövid idő alatt Budapestet a világ egyik legtisztább városává varázsolta. Az egészségügyi kultúrát szolgálta mindezekon felül a gáz-, majd 1893 óta a villanyvilágítás hatalmas kiépítése is. Sokkal nehezebb volt a lakásmizériák, valamint a népelelmezési viszonyok megjavítása. A közbiztonság és a vásárcsarnokok felépítése, az állat- és húsvizsgálat, valamint a piacrendészet szervezése és a székesfővárosi vegyészeti és élelmiszervizsgáló intézet felállítása ezen a téren is nagyon eredményeseknek bizonyultak. Az utcák és terek burkolása,

fásítása és öntözése mind a főváros közegészségügyének emelkedését szolgálták. A kilencvenes évek elején a kolerajárvány ösztönző hatására megindított lakásasszanáló mozgalom eredményekkel járt, azonban a világháború ennek sikerét is lassította. Különösen a pincelakások kitelepítése járt akkor értékes eredménnyel, mint azt a következő néhány adat igazolja :

É v	1880	1910	1925
Pincelakások száma	5.778	2.478	5.971
Pincelakók száma	31.637	9.944	9.774

Az 1880. esztendőben 31.637 lélek, egész kis város népessége lakott a pincékben. Húsz esztendő alatt a pincelakások száma felére csökkent, a pincelakóké még örvendetesebben jó egyharmadára. Bár a világháború nyomorúsága a régen kiűritett pincéket megint benépesítette, szerencsére azonban napjainkban már jóval kevesebb azoknak száma, kik a föld alatt kénytelenek fedelet keresni.

Nagyot fejlődött az egészségügyi közigazgatás szervezete! Az egyesítés előtt a közegészségügyi szolgálat inkább Pesten volt megszervezve, amennyiben ezt a munkakört 1 főorvosból, 8 kerületi főorvosból, 8 halottkémből és 8 bábából álló személyzet teljesítette. A törvényhatóság az egyesítés után 1 tiszti főorvost, 13 kerületi orvost, a tanács pedig 1 főorvosi szaksegédet, 14 halottkémet és 20 kerületi bábát választott meg. A növekedő munkafeladatok tették szükségessé, hogy 1894-ben a tisztifőorvos mellé tiszti főorvos helyettesi állás szerveztetett s később még kettő, majd négy tiszti orvost kellett a tisztifőorvos mellé állítani. A kerületi előljáróságok szervezéséről szóló 1893 : XXXIII. t.-c. további nagy változást hozott az egészségügyi szolgálatban. Az új rendelkezések értelmében, melyek az egészségügyi szolgálatot decentralizálták, a régi kerületi orvosok helyébe a magángyakorlat terhei alól felmentett kerületi tisztiorvosok léptek. A szegénybetegek gyógykezelését az egyidejűleg alkalmazott kerületi orvosokra bízták. Ugyancsak az előljárósági törvény kreálta a megelőző és felkutató szolgálatban azóta igen bevált egészségőrök intézményét, mely azonban csak később, 1899. január 1-én az 510/1898. számú közgyűlési határozat alapján lépett életbe. Az 1930. évben a tisztifőorvos vezetése alatt a tisztifőorvos-helyettesen kívül 30 kerületi tisztiorvos, 21 kerületi orvos és 9 hatósági orvos működött a székesfőváros egészségügyi igazgatásában.

Az egészségügyi közigazgatás pompás kiépítésén felül a törvényhatóság fényesen bevált intézmények létesítésével is emelte a székesfőváros egészségvédelmi kultúráját. A kolera imminens fellépése miatt létesült az 1887. évben a székesfőváros közegészségügyi és bakteriológiai intézete, mely 1930-ban a törvényhatóság áldozatkészségéből új és korszerű követelményeknek megfelelő épületbe költözött át. Ugyancsak a koleraveszedelem tette szükségessé 1892-ben a fertőtlenítő intézet létesítését, mely 1913 óta új

székházában foglalkozik a fertőtlenítések végrehajtásával és a fertőző betegek szállításával. A törvényhatóság 1915-ben nagy megértéssel honorálta tisztifőorvosának azt az előterjesztését, hogy a székesfőváros népességét tizedelő gümőkór leküzdésére is külön speciális intézményt kell alkotni. Azóta a tüdőbeteggondozó intézetek száma állandóan gyarapodott, melyeknek működése székesfővárosunkban is olyan hasznosnak mutatkozott, mint azt a külföldi példák előre mutatták. Az intézetek a gümőkóros szegénybetegek gyógyításával, nemkülönben a betegek és hozzátartozóik szociális gondozásával is foglalkoznak.

Az egyesítés idején két kórháza volt Budapestnek: a Szent Rókus-kórház a pesti oldalon, a régi Szent János-kórház pedig a budai oldalon. Ez a két régi kórház a székesfőváros egyre növekvő betegforgalmát nem tudta kielégíteni. Ezen a téren is elismeréseméltó fejlődés indult meg. Az 1880—1885. esztendőkből készült el a Szent István-kórház, 1894-ben a hevenyfertőző betegek elhelyezésére szolgáló Szent László-kórház, 1897-ben a Szent Margit-kórház, 1898-ban az új Szent János-kórház, majd 1913-ban a Bakáts-téri szülészeti kórház, 1916-ban a Telepy-utcai fiókkórház s végül 1917-ben a Gyöngyösi-úti szülészeti kórház s végül 1932-ben a Maglódi-úti Horthy Miklós-közkórház, melynek megnyitásával egyidejűleg sikerült az elavult Kún-utcai, Telepy-utcai és régi Szent János-közkórházakat megszüntetni. A közkórházak vezetése a 108.621/1917—X. számú szabályrendelet életbeléptetése óta egységes.

A székesfőváros egészségvédelmi kultúrájának kiváló fejlődését legkifejezettebben a népmozgalom eredményei mutatják.

2. A népmozgalom legfontosabb eredményei a székesfővárosban évtőtödéknint. — 1874—1930.

É v	Népszám ezrekben	Élve születések		Halálozások				Természetes szaporodás			
				abszolút		‰/eo		abszolút		‰/eo	
		abszolút	‰/eo	összesen	ebből idegen	összesen	idegenek nélkül	összesen	idegen halottak nélkül	összesen	idegen halottak nélkül
1874—1875	307.5	13.311	44.2	12.447	497	41.3	39.7	864	1.361	2.8	4.5
1876—1880	341.9	13.253	38.9	12.452	497	36.6	35.1	801	1.298	2.4	3.8
1881—1885	403.9	14.283	35.4	12.729	538	31.6	30.3	1.554	2.092	3.8	5.1
1886—1890	470.2	16.533	35.2	14.489	717	30.9	29.4	2.044	2.761	5.2	6.1
1891—1895	562.5	19.705	35.0	14.349	912	25.6	24.0	5.356	6.268	9.4	11.0
1896—1900	674.9	22.699	33.0	14.546	1.159	21.6	19.8	8.153	9.312	12.0	13.8
1901—1905	759.6	22.228	29.3	15.048	1.464	19.8	17.8	7.180	8.644	9.0	11.4
1906—1910	831.1	21.735	26.1	15.804	2.044	19.0	16.5	5.931	7.975	7.2	9.6
1911—1915	935.6	22.047	23.6	18.310	3.538	19.6	15.8	3.737	7.275	4.1	7.8
1916—1920	968.4	16.999	17.6	23.613	5.615	24.4	18.6	— 6.614	— 999	— 6.7	— 1.0
1921—1925	945.7	17.828	18.8	18.195	3.209	19.2	15.8	— 369	2.840	— 0.4	3.0
1926—1930	982.9	16.621	17.0	16.147	3.496	16.5	12.9	474	3.970	0.5	4.1
1874/75—1926/30 emelkedés v. csökkenés %-ban	+219.7	+ 24.9	— 61.5	+ 29.7	+603.4	— 60.1	— 67.5	+ 45.1	+191.7	— 82.1	— 8.8

A népesség száma 1874 óta folytonosan emelkedett s a legutóbbi két évtized háborús és gazdasági válságai dacára jóval több, mint kétszáz-százalékos népszaporodást dokumentál. Már kevésbé megnyugtató az élve születések rovatának vizsgálata, mely arról számol be, hogy a születések gyakorisága messze elmaradt a népszám növekedésétől, amennyiben a népesség megháromszorozódása mellett csak kereken 25%-kal több gyermek született az 1926—1930 évtődben, mint az 1874—1875. esztendőkb. A következő rovatban helyet foglaló arányszámok még pontosabban megvilágítják, hogy a hetvenes években 40‰ körül mozgó születési arányszámaink a 20. század harmadik évtizedének végéig 20‰ alá süllyedtek, olyan veszélyes zónába, ahol már a természetes szaporodás aktivitása forog nagy veszedelemben. Vigasztalást meríthetünk a halandóság viselkedéséből, amely arról tesz tanuságot, hogy a székesfővárosban elhaltak száma csak tizedannyira követte a népszaporodást, ami azt jelenti, hogy míg 1874—1875-ben ezer lakos közül 41 halt meg esztendőnként, addig 1926—1930-ban már csak 16, tehát a halálozási arányszám javulása kereken 60%-nyi. Ha pedig az idegeneket kiszűrjük a székesfőváros halandóságából, akkor a csökkenés meg éppen 67·5‰-volt. Ez az utóbbi arányszámunk annál inkább feljogosít az optimista megítélésre, mert az idegenek arányszáma emelkedő már azért is, mert a budapesti orvosok és gyógyintézetek hírneve székesfővárosunkat valóságos konziliárius központtá léptette elő, anivel természetszerűleg együtt járt a súlyos betegek összpontosítása és az idegenek emelkedő halálozása. A természetes szaporodás rovata fékezi le a halandóság kedvező alakulásából fakadó bizakodásunkat, mert valóban komoly megfontolásra késztet, hogy Budapest természetes szaporodása 1926—1930-ban az idegen halottak levonása után is csak 4·1‰, a nélkül pedig csak 0·5‰ volt. Az idegen halottak levonása is önkényes, mert akkor az idegen szülötteket is ki kell a mérleg másik serpenyőjétől rekeszteni. Ha az 1930. esztendőre vonatkozólag pontosan állapítjuk meg a helyzetet, akkor a következő eredményt nyerjük :

	Élve születések		Halálozások		Természetes szaporodás	
	abszolút	‰	abszolút	‰	abszolút	‰
Idegenekkel	16.723	16·9	15.292	15·4	1.431	1·5
Idegenek nélkül	12.336	12·5	11.733	11·8	603	0·7

Ha tehát, amennyire csak lehet pontosan számítunk, akkor Budapestnek amúgy is gyenge természetes szaporodása majdnem semmivel lesz egyenlő. Ha valamelyes bevándorlás nem volna, akkor Budapest is mihamarabb lefelé csúszna a depopuláció lejtőjén.

A régi időkben a hevenyfertőző betegségek domináltak a halandóságban, ezért vessünk egy pillantást a hevenyfertőző betegségek viselkedésére a székesfőváros statisztikai hivatala által pontosan feljegyzett adatok vizsgálatával.

3. A járványos betegségek és az általuk okozott halandóság a székesfővárosban. — 1881 — 1930.

Megnevezés	Cholera	Variola	Typhus exanthematicus	Typhus abdominalis	Scarlatina	Diphtheria	Dysenteria	Influenza	Morbili	Pertussis
1. Morbiditás. ‰ ₀₀₀										
1881—1885	0·0	12·0	0·0	16·6	19·8	16·2	0·0	0·0	80·1	13·4
1886—1890	5·9	27·7	0·0	30·8	30·1	26·6	0·0	0·0	75·8	7·5
1891—1895	4·2	2·2	0·0	10·2	29·1	37·0	0·2	0·0	72·1	6·7
1896—1900	0·0	0·6	0·0	10·5	27·6	14·5	0·5	0·0	90·9	10·9
1901—1905	0·0	0·0	0·0	5·5	37·8	20·9	0·3	0·0	85·9	11·4
1906—1910	0·0	0·0	1·2	7·6	36·4	14·4	0·1	0·0	70·2	10·2
1911—1915	1·0	0·1	0·9	16·1	39·7	16·0	6·2	0·0	72·3	9·5
1916—1920	0·0	1·4	3·1	11·9	26·2	15·1	9·7	73·3	10·4	11·2
1921—1925	0·0	0·0	0·5	10·1	30·0	7·3	8·4	4·7	42·5	9·0
1926—1930	0·0	0·0	0·0	10·0	20·3	24·7	7·4	17·2	53·5	9·6
2. Mortalitás. ‰ ₀₀₀										
1881—1885	0·0	5·9	0·0	5·0	3·5	7·8	0·7	0·0	2·9	2·1
1886—1890	2·3	8·7	0·0	4·8	5·1	13·1	0·4	0·0	2·8	0·9
1891—1895	2·3	0·3	0·0	1·9	3·2	11·9	0·1	0·7	2·5	0·5
1896—1900	0·0	0·0	0·0	2·2	3·4	3·0	0·1	0·5	3·5	0·8
1901—1905	0·0	0·0	0·0	1·1	4·5	2·9	0·0	0·8	3·1	0·8
1906—1910	0·0	0·0	0·2	1·5	3·4	1·6	0·0	0·8	2·8	0·8
1911—1915	0·3	0·0	0·2	2·8	4·2	2·2	0·2	0·4	2·5	0·5
1916—1920	0·0	0·3	0·3	1·6	2·9	2·1	3·1	12·3	2·1	0·8
1921—1925	0·0	0·0	0·0	1·8	2·5	1·0	1·9	0·9	2·1	1·3
1926—1930	0·0	0·0	0·0	1·8	6·1	2·0	1·2	1·5	0·7	0·7
3. Lethalitás. ‰										
1881—1885	0·0	26·4	0·0	30·2	17·9	47·9	0·0	0·0	3·7	15·3
1886—1890	39·3	24·0	0·0	15·5	16·8	49·3	0·0	0·0	3·7	11·3
1891—1895	58·5	11·0	0·0	19·0	10·9	32·3	0·0	0·0	3·5	7·8
1896—1900	0·0	8·6	0·0	21·3	12·5	20·6	0·0	0·0	3·8	7·2
1901—1905	0·0	20·0	0·0	19·2	11·9	13·3	0·0	0·0	3·6	6·8
1906—1910	88·8	16·6	24·5	19·9	9·4	11·4	33·3	0·0	3·9	7·9
1911—1915	38·0	57·3	21·1	17·3	10·8	13·6	42·2	0·0	3·4	5·3
1916—1920	0·0	23·5	11·9	14·0	10·6	13·5	17·9	24·5	20·3	7·0
1921—1925	0·0	0·0	32·9	18·1	9·2	13·0	23·1	20·9	4·8	14·1
1926—1930	0·0	0·0	0·0	18·1	2·9	7·8	16·1	8·1	1·2	7·3

A székesfővárosba a legutóbbi három évtizedben kizárólag behurcolás útján eljutott cholera, variola és typhus exanthematicus betegedések és halálozások csak annak tanubizonyosságául szolgálhatnak, hogy a székesfőváros egészségügyi szervezete mindig helyén volt s ezek a súlyos és időnkint gyakorta behurcolt kórformák járvánnyá fajulni nem tudtak. Az endémiás bajok közül először a typhus abdominalissal kell foglalkoznunk. A betegedések arányszámai hűségesen regisztrálják, hogy a szüretlen víz szolgáltatása 1890-ben, illetőleg 1900-ban teljesen megszűnt. A betegedések indexszámai a világháborúig nagyon kedvező irányt vettek, a javulás azóta csak mérsékelt, mert még mindig nem érte el a békeesztendők szintjét. A halálozás indexei jóval kedvezőbb viszonyokat mutatnak, amennyiben csak a világháborúig követik szolgálai hűséggel a morbiditást, később szerencsére jóval mélyebbre szállanak le, mint azt a betegedések alapján várhat-

nánk. Teljesen hasonló helyzetet találunk a lethális rovatában, mely arról tanuskodik, hogy a typhus abdominalis gyógykezelése is jóval sikesebb az utóbbi időkben, mint volt a múlt században. A vörhenykérdés a székesfőváros egészségügyi igazgatásának egyik legnehezebben megoldható problémája. A vörhenymorbiditás arányszámai sajnos azt bizonyítják, hogy ennek a kórformának gyakoriságát még a legutóbbi időkben sem sikerült érzékenyen letörni. Sokkal nagyobb sikerekről számolnak be a mortalitás és a lethális arányszámok, melyek lassan lemorzsolódnak, bár épen az 1926—1930-as évtizedben ugrik ki a mortalitás arányszáma. Ezt a kedvezőtlen eredményt azonban expiálja az a tény, hogy a lethális ennek ellenére alacsony maradt. A diftériamegbetegedések száma 1921—1925-ben szenzációs alacsonyra esett vissza, annál nagyobb elkeseredést keltett, hogy a következő évtizedben megint erős emelkedésnek lendült. Itt is vigasztal az a kedvező arányszám, mely a diftéria mortalitás és lethális folyamatos csökkenését jelzi. A dysenteria-, morbilli- és pertussishalandóság is teljesen megnyugtató indexekkel szerepel táblázatunkban. Az influenza 1918-ban vetett vészes hullámot, azóta azonban, ha morbiditása egy-egy esztendőben emelkedik is, megfigyelésünk további idejében már mérsékelt és aránylag jobbindulatú betegségnek mutatkozik. Összegezve az elmondottakat, arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a járványos betegségek veszélye tekintélyesen csökkent a székesfővárosban.

Térjünk vissza még egy rövid pillanatra a székesfőváros halandósági anyagára s emeljük ki abból a halandóság domináns kórokának, a gümőkórnak és a rákbetegségnek mortalitási arányszámait:

Év t ö d	1881—1885	1891—1895	1901—1905	1911—1915	1916—1920	1921—1925	1926—1930
Gümőkórhal. (‰)	8·6	4·6	4·2	3·7	5·5	3·7	2·2
Rákhalalozás (‰)	6·3	7·0	8·9	10·1	10·5	11·5	13·3

A profilaxis és a terápia ezek szerint alapos munkát végzett a gümőkórhalandóság letörésében, ami nagyrészen magyarázata egyúttal az összhalandóság kedvezőre alakulásának. Egyáltalában nem olyan félelmetes a rákhalandóság 10.000 előre számított arányszámainak emelkedése, mert az — miként azt a közelmúltban megjelent monografiában igazoltuk — csak látszólagos s a népesség öregedésének, valamint a diagnosztika haladásának következménye.

A székesfőváros népességének morbiditását illusztráló adatokkal nem rendelkezünk. Csakis a székesfőváros kórházainak betegforgalmi kimutatásaiiból emelhetünk ki néhány jellegzetes eredményt.

Év	Betegek száma	Ápolási napok száma	Egy betegre jut ápolási nap
1900	78.630	2,480.306	32·3
1910	123.002	3,541.084	28·8
1930	229.256	5,508.667	24·4

Ezekből az adatokból minden elfogultság nélkül le kell vonnunk azt a következtetést, hogy a therápia haladása az ápolási napok számát s ezzel az egy betegre eső ápolási költségeket lényegesen leszállította. Az ápolási napok száma húsz esztendő alatt, 1910-től 1930-ig, csak 55·6%-kal gyarapodott, viszont a betegeké 86·3%-kal. Ezek a számok minden kommentárnál ékebben dokumentálják, hogy a székesfőváros kórházaiban ugyanannyi költséget emésztve fel, 1930-ban körülbelül harminc százalékkal nagyobb betegkontingens talált gyógyulást.

A székesfőváros közkórházainak tevékenységét még pontosabban illusztrálják a következő adatok:

Év	1912		1930	
Betegforgalom	136.785		229.256	
Elbocsátott gyógyult	71.485	52·3%	133.796	58·3%
« javult	37.621	27·4%	57.434	25·0%
« gyógyulatlanul ..	8.885	6·5%	13.940	6·1%
Meghalt	7.618	5·7%	9.873	4·2%

A gyógyulás arányának növekedése s a halálozás apadása világosan demonstrálja, hogy a kórházakban értékes munka folyik, melynek költségei kamatostól megtérülnek a betegnek a produktív munkába való visszavezetése révén.

Az egészségügyi közállapotokat jellemző és a székesfőváros orvosi rendjének tevékenységét rögzítő adatok ilyen hézagos és rövid felsorolása sem enged kétséget a felől, hogy a szervezett therápia és profilaxis, illetőleg az orvostudomány értékes megismeréseit Budapest népességének is sikerült közkincsévé tenni. A kultúrtörténelem lapjai meggyőzően számolnak be arról, hogy az emberkoncentráció a multban mindig súlyos járványveszedelmet és igen magas halandóságot eredményezett. A székesfővárost a nagymérvű bevándorlás ellenére is mindig sikerült ettől megmenteni. Nem túlzás annak hangsúlyozása, hogy a székesfőváros halandósága az orvostudomány haladása és az orvosi rend önfeláldozó közreműködése nélkül sohasem változott volna ilyen kedvezőre. A születések száma ugyan veszedelmes arányokban sorvadt, erre azonban az egészségügyi közhatóságoknak, az orvosok tevékenységének alig van számbavehető befolyása. Ez általános nagyvárosi jelenség, mely a nyomorúsággal és az igények fokozódásával áll oki összefüggésben, amit sem az egészségügyi rendszettel, sem különleges szociálegészségügyi akciókkal érdemlegesen kedvezőbbre hangolni nem lehet. Ezt a problémát majd a gazdasági élet periodicitása fogja megoldani, melyben a hullámvölgyet törvényszerűen hullámhegynek keli követnie. Addig nem lehet más kötelességünk, mint védeni azt a csecsemőtömeget, amely esztendőnkint megpillantja a napot.

A halandóság csökkenése a székesfőváros asszanálásának legkiemelkedőbb eredménye. Az 1874—1875. évi halálozási arányszám szerint Buda-

pesten 1930-ban nem 12.651 ember halt volna meg (az idegenek nélkül), hanem 39.700 ember s így a differencia kiszámításával 27.049 emberélet megmentését kell feljegyeznünk. Ha eltekintünk attól, hogy ennek a hatalmas embertömegnek nemzetgazdasági értékét bonyolult számításokkal próbáljuk kimutatni s megelégszünk azzal, hogy a halálesetekkel szorosan összefüggő temetési költségek megtakarítását kutassuk fel, akkor is érdemes összeg megmentése tűnik elő. Az egyszerű temetést csak 100 pengővel számítva a haláltól megmentett 27.049 ember temetési költségeinek megtakarításával 2,704.100 pengő kiadás válik feleslegessé. A legutóbb eltelt hat évtized alatt az ilyenképen fokozatosan megtakarított költségek mind hozzájárultak a nemzeti vagyon gyarapodásához.

Még jelentősebb összeg emelkedik ki abból a számvetésből, mely az ápolási napok csökkenése révén tárja elő azokat a megtakarításokat, amelyek eminenter a therápia fejlődésének s az orvosi rend lelkes munkájának köszönhetők. Az 1900. esztendőben egy betegre a székesfőváros közkórházaiban 32·3 ápolási nap jutott, 1930-ban már csak 24·4. Ha ennek alapján számítunk, akkor 1930-ban 229.256 betegre összesen nem 5,508.667, hanem 7,344.968 ápolási nap esett volna, vagyis 1,836.301-gyel több. Ha ezt a többletet a kereken 6 pengő napi ápolási díjjal megszorozzuk, akkor a megtakarítás egy esztendőben 11,017.801 pengőt, tehát igen jelentékeny összeget fog reprezentálni.

A székesfőváros asszanálása tehát sikerrel folyt s azt csak rövid időre akasztotta meg a világháború. Sok ezer értékes emberélet megmentése lett az eredménye, ami döntően támogatja a székesfőváros szellemi és gazdasági életének további kibontakozását.

III.

Az orvosi rend sorsa az utolsó félszázadban.

a) A magánorvoslás hanyatlása, a tömeggyógyítás előretörése.

Az orvostudomány haladása és az orvosi rend lankadatlan tevékenysége a 19. században a halandóság erőteljes leszorításával értékes eredményeket ért el. Ezt a kedvező eredményt az egészségügyi statisztika minden kultúrállamban hűségesen regisztrálta. Azt kellene hinnünk, hogy az életnek megmentett embermilliók és utódaik a legnagyobb hálával fordultak az orvostudomány elméleti és gyakorlati művelői felé, kiknek önzetlen munkálkodásából fakadt mindaz a közjó, mely a morbiditás és mortalitás kiadós csökkenéséből származott.

Ezzel szemben a kultúrtörténelem objektíven állapítja meg, hogy az egészségügyi közállapotok meglepő javulásával egyidejűleg az orvosi rend szociális és gazdasági helyzete előbb aggályosra, majd valóban fenyegetően

rosszra fordult. Ez a kedvezőtlen változás annál inkább veszedelmet jelent, mert szöges ellentétben áll az orvosi hivatás természetével. A gyógyító orvos hivatásánál fogva humanitárius, filantropikus tevékenységet fejt ki, mindig fájdalommal és szenvedéssel foglalkozik s miképen tudná a szenvedést és fájdalmat enyhíteni, panaszos betegeihez szíves szóval fordulni, amikor maga is nyomorúsággal küszködik, mert magának és családjának ellátásáról csak folytonos lemondással és csak nehéz gondok közepette tud gondoskodni. Még egyéb veszedelem is rejlik az orvosi rend proletarizálódásában! Az orvos mindig a legnagyobb szuverén a társadalomban.¹⁾ Diszponál igen kevésbé korlátolt felelősséggel élet és halál felett. Munkáját közigazgatási úton sem lehet ellenőrizni. Törvények és rendeletek sohasem tudtak az orvosi munka mélyére hatolni és sohasem merülhetnek bele a betegnek orvosára bízott titkaiba. Az orvost, a nagy szuverént tevékenységében mindig csak a saját lelkiismerete irányította és korlátozta. Ebből következik, hogy munkálkodásából a bizalmat csak erőszakos úton lehetett kirekeszteni. Az állampolitikusok a bírói függetlenséget tartják az állam egyik legszilárdabb pillérének. Mennyivel függetlenebb a bírónál az orvos, kinek tevékenységét ellenőrizni alig lehet s aki olyan munkát végez, amelynek nincs szervezett korrektívuma, mint az igazságszolgáltatás fellebbvitele. Egyetlen profilaktikuma van az orvosi rend egyetemes etikai alapon való munkálkodásának: az orvosok jólétének megóvása. Ha nincs tömeges orvosnyomor, akkor bizonyos, hogy a rend a társadalomnak csak becsületes és lelkiismeretes munkát szolgáltat. Brentano Lujo állapította meg azt a törvényszerűséget, hogy a morális viszonyok alig hatnak a gazdasági közállapotokra, viszont a gazdasági válság, a pauperismus mindig lerontja a közmorált. Épen ezért államéleti szükségesség, hogy az orvosi rend jólétéről gondoskodás történjék s eleve megakadályoztassék, hogy az orvosi munka üzérkedés tárgya legyen. És mégis, mindezek ellenére cáfolhatatlan tény, hogy az orvosi rend elnapszámosodott!

A természetben sem történnek hirtelen katasztrófák. Még a vulkán is hosszú ideig morajlik, mielőtt környékétl ávatömeggel elontja. A társadalmi feszültségek kirobbanásainak így a francia forradalomnak is voltak előzményei. Lassú folyamat örölte meg a szabadság, egyenlőség, testvériség elvét is, míg helyt adott az egyéni öncélúságot korlátozó kollektizmusnak. A szű szívósságával támadta meg a társadaloméletet a mult század végi imperializmus, mely kihatásában lehetővé tette, hogy a társadalom életében olyan csoportok vegyék át a vezetést, amelyeknek tevékenységét nem a közérdek, a közjó, hanem a maguk kapzsisága irányítja. Ennek következtében az idült gazdasági válság valósággal ráfeküdt a szabad levegőre utalt társadalom életére s mindenütt csak mérhetetlen erkölcsi pusztulást okozott.

¹⁾ Dr. Albusz Frigyes: Bírói függetlenség — orvosi függetlenség. M. O. O. Sz. 1932. 7. sz.

A gazdasági élet átalakulását és a morális viszonyok megromlását legjobban sínyli az értelmiség, mely műveltségében és tudásában, valamint az államhatalom eszmeileg minden polgárra kiható védelmében bízva elvesztette érzékét a rendi szervezkedéssel, a rendi önvédelemmel szemben.

A 18. században az orvoslás még tele volt tiszteletet keltő misztikummal s ezért a népesség az orvosra határtalan becsüléssel nézett. A misztikum lekopott az orvosi hivatásról s ezzel együtt meggyengült az orvos személyét körülvevő tisztelet is. Csodákat ugyan ma is várnak az orvostól s ha ez elmarad, akkor még inkább lebecsülik az orvost s lefitymálják a tudását. Pedig a sokszor túlzásba esett egészségügyi népnevelés révén a népesség eléggé ismerhetné az emberi szervezet gyarlóságát s jobban megbecsülhetné az orvos önfeláldozó és nehéz küzdelmét a halál ellen. Régen legalább egyes nagy kutató orvosok tekintélyének kisugárzása adott valamelyes fényt az orvosi rendnek, ma már ez sem érvényes szabály, mert veszedelmes méretűvé vált az erkölcsi és gazdasági orvosnyomor annak ellenére, hogy az orvostudomány épen a legutóbbi évtizedekben mérhetetlen szolgáltatokat tett az emberiségnek.

Az orvosi rend válsága nem krízis, hanem mint Grotjahn találóan mondom, idültté vált nyomorúság. Schlossmann a válság okait szétboncolta s nézete szerint az orvosi rend válságának gazdasági, foglalkozásetikai és végül bizalmi tényezője van. Bármennyire is helyes munkahipotézisnek látszik az egyes tényezők szétbontása, ez mégis többé-kevésbé erőszakolt, mert az orvosirend válságának oka szövevényes tények tömkelegében rejlik.

A mult században megindult céltudatos oktatásügyi politika nagy lökést adott az orvosi rend fejlődésének. Az orvostudomány megismerései is napról-napra gyarapodtak, ezzel szemben a gazdasági nehézségek fokozódtak. Valóban már a megélhetés kérdése lett aktuális! A magyar állam vitális érdekeiért küzdő orvosi rend panaszai egyre hangosabbak lettek. A panaszkönyv évről-évre vaskosodott! A panaszkodás gyakorisága egyenes arányban állott azzal a ténnyel, hogy az orvosi segélynyújtásnak közszükségleti fogyasztási cikké való leszállítására és díjtalanul való megszervezésére gyors ütemben erősödött a hajlandóság. Más életpályákkal ez a kollektív igény alig fejlődött ki s a díjtalan jogsegély még napjainkban is csak szűk keretekben áll az inséges jogvédelemre szorulóknak rendelkezésére. Ez a téves beállítás abból a hibás közfelfogásból származott, mely az orvosi hivatást a humanizmus nemes elvével logikátlanul összekeverte. Az orvosi hivatást, mint elvont fogalmat annyira átítatták az idealizmus malasztjával, hogy a realizmust: a létért való jogos követelést szóhoz sem engedték jutni. Az orvos hivatása, hogy az egészségest védje, a beteget pedig gyógyítsa! Sohasem pihenhet, sőt tartozik testi épségének és egészségének veszélyeztetésével, sokszor akár életének feláldozásával is hivatását gyakorolni. Ezzel szemben alig lehet azt a jogát vita tárgyává tenni, hogy az orvos önfeláldozó

tevékenységéért erkölcsi és anyagi elismerésre tarthat számot. Nem lehet tehát az orvosi tudás olyan közvagyon, melyből mindenki annyit merít díjtalanul, amennyit csak akar. Az orvosi rend évszázadok óta mindig szívesen és foglalkozásának humánus jellegéből fakadó áldozatkészséggel ellenszolgáltatás nélkül vállalta és végezte a köztámogatásra szorulóknak orvoslását. Sohasem kellett erre szorítani! És mégis ezért azt a köszönetet nyerte osztályrészül, hogy a társadalom, majd később az államhatalom is a szociális politika minden nemes elgondolását a kivitelezésben teherként jórészt az orvosi rend vállaira rakta. Annak ellenére, hogy az államcélokat szolgáló orvosi rendnek egyenesen köztámogatásra volna igénye, rövid néhány évtized alatt az orvosi segélynyújtás már szövetkezeti alapon és nyomott áron kínált cikké devalválódott.

Az állam ereje, mint már említettük, a népesség egyézségügyi viszonyaitól függ s aki ezt munkálja, annak igénye lehet a védelemre. E helyett számtalan közszolgáltatás terhe nehezedik az orvosi rendre. Az orvos köteles a haláleseteket, a fertőző betegeket bejelenteni, köteles a hét éven aluli gyermekeket féldíjazás ellenében gyógykezelni, köteles szegényeknek ingyen, tehetősebbeknek díjazás ellenében mindenkor első segítséget nyújtani, köteles a járványorvosi megbízást elfogadni. Ezzel szemben még csak a kuruzslóknak a közérdekbe ütköző kontárkodása ellen sem kapott a gyakorlatban kielégítő jogvédelmet, világos tehát, hogy az orvosi rendet az állam és társadalom a 19. század óta nem támogatta, sőt hacsak alkalom adódott inkább kihasználta.

A régi boldog időkben három bizalmas barátja volt a családnak : a pap, a tanító és a házi orvos. A családot három barátjához kapcsoló patriarchális érzelmi láncok a közszellem megváltozásával elkoptak, majd szétszakadtak. A papot eltávolította a szociálista és materialista tanítások kritika nélkül való akceptálása, a tanítót a pedagógus hivatásában bekövetkezett az az eltolódás, mely az iskola legfőbb feladatának a neveléssel szemben a tanítást tolta előtérbe. Legutoljára elszakadt a családtól a házi orvos is. Hibás ebben a család, de hibázott az orvos is. A családok felfigyeltek arra, hogy a biztosító pénztárak olcsóbban, a karitatív célzatossággal megalakult rendelőintézetek pedig ingyen adják az orvosi segítséget és így tulajdonképpen házi orvosra nincsen szükségük. Az orvos pedig hibázott abban, hogy az egyre nehezedő gazdasági válságban elvesztette higgadságát, nem számolt kellőképpen betegeinek, családjainak leromlott anyagi helyzetével és sokszor túlzottan akarta az adottságot kihasználni, aminek vége nem lehetett más, mint a házi-orvosi rendszer összeomlása. E mellett azonban még más okok is játszottak közre! Az orvostudomány mechanizálódott s ennek következtében a tudományon belül a folytonos haladás által is sarkalva túlzó specializálódás indult meg. A szakorvosok száma egyre nőtt s az univerzális gyakorlatú orvos mihamarabb másodosztályú orvossá degradálódott. Természetes dolog,

hogy az általános gyakorlattal foglalkozó orvos is kénytelen volt elég gyakran szakorvoshoz fordulni, amit azután a nagyközönség is eltanult s más alkalommal már egyenesen, a háziorvost megkerülve kereste fel a specialistát. A specialisták szaporodása végül eltemette az általános gyakorlatot s a házi-orvosi rendszert, pedig az több hasznot jelentett a profilaxis szempontjából a családnak, mint a betegség esetén egyik specialistától a másikig való futkosás.

Az egészségvédelem tudományának korszakos előrejutása a régi szegényházakat, azilumokat fényes kórházakká és még fényesebb szanatóriumokká léptette elő. A régi időkben a beteg nem kívánta a kórházat, félt tőle s inkább otthon gyógykezelte magát. Amióta a kórházakban összezsúfolt betegek sincsenek egymás fertőzésével veszélyeztetve, sőt a kórházak felszerelése, kiváló orvosai a gyakorlat tökélyét adják, egyszerre felébe került az otthoni ápolásnak a kórházi gyógykezelés. A hospitalizáció állandóan emelkedik s egészen jelentéktelen betegségben szenvedők is ma már kórházba vagy akár szanatóriumba fekszenek be. Teljesen azonos csábító erőt kaptak a filantropikus célokkal létesült ambulatóriumok, melyeknek forgalma ugyancsak napról-napra emelkedik az orvosi rend gazdasági helyzetének kárára. A kórháznak, szanatóriumnak, az ambulatóriumnak az a végtelen nagy előnye, hogy a legkülönbözőbb speciálistákat összegyűjti és szakmák szerint, de mégis kollektív szolgáltatást nyújt a betegnek. Ezért gyakori eset ma már, hogy még a ritka háziorvosnak is maga a beteg tesz ajánlatot arra, hogy kórházba, szanatóriumba szállíttassa. Ez is egyik oka a szabad praxis leromlásának, amely azonban bölcsen korlátozva egyáltalában nem volna végzetes az orvosi rend egzisztenciájára.

Sokkal élesebb és mélyrehatóbb támadást jelentett az orvosok megélhetése ellen a szociális biztosítás szerveződése. Már a mult században alakultak kisebb magánjellegű, illetve szakmai társulások, melyek a betegség esetén felmerülő költségek rizikóját biztosítási alapon törekedtek kiegyensúlyozni. Az orvosi rend tanácstalanul és szervezetlenül állott ezekkel az organizációkkal szemben s végül is azt látta, hogy azok alkalmazzák — igaz, hogy alacsony díjazás mellett — akiket addig legnagyobb részben díjmentesen gyógykezelt. Az orvosok egyre-másra vállalták ilyen egyesülések kollektív alapon való gyógykezelését s nem látták ezekben azt a potenciális energiát, amely végül ezeket terebélyes, de nagyon tüskéslevelű fává növesztette. Az államhatalom korán felismerte a szociális biztosítás politikai jelentőségét s kereken ötven esztendővel ezelőtt Bismarck államszocializmusának keretében a szociális biztosítás, mint államfeladat került megvalósításra. Bismarck mondotta, hogy a szociális olajcseppek nélkül nem forognak zavartalanul az államgépezet kerekei. A régi pénztárak idején nem is foglalkoztak az orvos és a pénztár viszonyával, senki sem mert arra gondolni, hogy a pénztár beleszól a gyógykezelésbe vagy kétségbe meri vonni az orvosok szuverénitását. Abban az időben nem élt aggodalom az orvosok lelkében, mert úgy látták,

hogy az orvosi rend gazdasági helyzete ezt a humánus terhet igazán megbírja. Abban az időben még gondtalanul élt az orvosi rend s az akkori helyzetet helyesen ítélte meg. A hiba csak ott történt, hogy nem látott a jövőbe! A régi pénztárorvosi szolgálat is teli volt még a patriarchalizmus eszméjével, de lassanként az egyéni szerződések címén fellépett konkurrencia és az orvosokban a fixumok után felébredt vágyakozás nagyon megrontották a helyzetet. Az állami kötelező szociális biztosítás azután már ilyen nyomott honoráriumokkal kalkulált. A kötelező szociális biztosítás intézményében már megszületése pillanatában nagy energiák szunnyadoztak, melyeket az orvosi rend már nagy megdöbbenéssel, de szervezetlenségében tehetetlenül szemlélt. Szervezésében pusztán politikai és gazdasági szempontokra voltak tekintettel s nem kerestek bizalmas kapcsolódást sem a biztosítottakkal, sem az orvosi renddel. Létesítésével Bismarck legfőbb célját, a munkadíjak burkolt emelését elérte s ebben követték a példa másolói is. Amint az intézmény erősödött, csakis a rentabilitásra helyezett súlyt s az orvosi munkát egyszerűen megvásárolt árunak tekintette. A népegészségügyi intézmény lassan politikai erőtenyezővé alakult át, mely tevékenységi körét indokolatlanul a társadalom köztámogatásra nem szoruló rétegeire is kiterjesztette. Öncélúságának duzzadásával pedig csak a biztosítottakkal igyekezett legalább látszólag humanusan bánni, az orvosokkal szemben azonban mind nagyobb energiával lépett fel. Az orvosi rendnek hamarosan éreznie kellett, hogy céljai a pénztáréval merőben ellenkezőek. A pénztár alacsony díjszabás mellett aránylag kevés orvost akart alkalmazni, hogy azok tevékenységét könnyen ellenőrizhesse. A kórház- és a gyógyszerüzemeket is a maga céljaira törekedett kiaknázni. A pénztár alacsonyra méretezett orvosi díjazása az orvosok nagy részét kezdetben elriasztotta a pénztártól s így kevés orvossal dolgozott. Ha pedig több orvost alkalmazott, akkor annyira szertefoszlott az orvosok dotációja, hogy egy orvos alig kapott honoráriumot. Végtelenül bölcsen mondotta Mayer,¹⁾ hogy a pénztár olyan test, melynek ereiben hideg vér folyik s meleg szív és irgalmasság nincsen benne semmi! Az orvosokat azután tevékenységükben annyiféle szabállyal korlátozták, hogy az még a katonaeorvosok megkötöttségét is felülmúlta. Megszületett az egészségügyi nagyüzem! De miként a kisiparos kézimunkáját sem tudja pótolni a gyári tömegáru, épen úgy az individuális magánorvoslást sem helyettesítheti maradéktalanul soha a pénztári tömegmunka. Ebből él ma az elsorvadt magángyakorlat!²⁾

Schlossmann mindezekkel szemben vitába szállt s a pénztárt, mint kiváló szociálhigiénikus intézményt védelmébe vette.³⁾ Abból indult ki, hogy

¹⁾ Dr. Mayer Ernst : Die Krisis des deutschen Ärztstandes. Berlin. 1924.

²⁾ Dr. Kaposy Ferenc : Gondolatok az orvosi gyakorlat jövőjéről. Orvosi Hetilap, 1930. 12. sz.

³⁾ Dr. Schlossmann Arthur : Die Krise des Ärztstandes und die Socialhygiene. Leipzig. 1930.

a szociális törvényalkotásokat az orvosok nem akarják megérteni, pedig az orvosoknak is be kell illeszkedniök az új állami és társadalmi rendbe. Azt hirdette, hogy a pénztár nem az orvosok népjóléti intézménye. Ebben teljesen igaza van, de ebből nem következik, hogy a pénztári orvos öncélúságát teljesen feladja s a pénztár egyszerű szervilis hivatalnoka legyen. Legboldogabbak, akik nincsenek pénztári szolgálatban, de boldogok azok is, akik ott találnak ma legalább száraz kenyeret. Nyomatékkal emelte ki Schlossmann, hogy a szociális biztosítás évente 250 millió márkát fizet az orvosainak. Sok olyan polgár járul ehhez hozzá, ki azelőtt egyáltalában nem honorálta az orvosát. A népegészségügy megjavítása terén is nagy szolgálatokat tett a szociális biztosítás. Azóta csökkent a mortalitás, emelkedett az átlagos életkor s általában javultak az egészségügyi közállapotok. Megszűnt a betegség és a nyomor szoros relációja, mert a szegény tömegek is idejében orvosi segítséghez jutnak. Schlossmannak sok tekintetben igaza van, csak azt nem említi, hogy azóta emelkedett a morbiditás is, mert a biztosítottak is tapasztalatokat szereztek s kihasználják az intézményt, ami megint közgazdasági szempontból jelent kárt. Véleménye szerint a részletekben vannak hibák, melyeket épen az orvosok megértő közreműködésével lehet csak kigyomláni.

De Bary szállt szembe Schlossmann ténymegállapításaival s különösen azt támadta, hogy a pénztárak által évente fizetett 250.000.000 márka nem jótétemény, hanem olyan munkadíj, melyet egyébként is megkerestek volna az orvosok. Ez az összeg 30.000 orvosra elosztva évi 8.000 márka keresetet jelent egy főre, ami nem biztosít egzisztenciát. Arról kell mindenekelőtt intézményesen gondoskodni, hogy a pénztár ne legyen hatalmi erőtenyező, ne bürokratizálja az orvosi rendet. Back pedig arra mutatott rá, hogy a szociális biztosítás túllépte a szükséges kereteket, mert nemcsak azokat sorozta be, akik a nyers gazdasági harcban magukat betegség, baleset és rokkantság esetén nem tudják megvédeni. Nagy hibája, amire különben már Lieck is rávilágított, hogy elpuhította a népet és kiölte belőle a felelősség érzését.¹⁾

A legtöbb szakember véleménye szerint a szociális biztosítás legnagyobb hibája, hogy szétdúlta a beteg és az orvos között évezredek óta kialakult bizalmi viszonyt s az alacsony orvosi honorárium révén az orvost elnaposította. További veszedelmet is hozott az orvosi rendre, mert tömegével erős vonzást gyakorolt az egyetemre tóduló fiatalságra s mind nagyobb csoportokat csődített az amúgy túlságosan frekvált orvosi pályára.

A szociális biztosítás hallatlan terjeszkedése s a magánbiztosítások fellendülése óriási tömegeket vont el a magánorvoslás elől olyannyira, hogy a népesség gyógyításában az egészségügyi nagyüzem mellett a magánorvoslás

¹⁾ Dr. Liek Ervin : Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung. München. 1928. és Der Arzt und seine Sendung. München. 1929.

elenyészően törpe kisebbség lett. Ezzel azután tényleg megszűnt az orvoslás szabadfoglalkozás jellege. Ilyen körülmények között természetes, hogy az orvosi rend gazdasági, sőt szociális helyzete is meglehetősen labilissá vált. A pénztárak mai rendszere nem tud az orvosnak megfelelő díjazást biztosítani, miért is már eleve kénytelen az orvos humanitására appellálni. Ha ez így van, akkor a viszonylagosság elve azt a jogot biztosítja az orvosi rendnek, hogy a humanitásán nyugvó biztosítást csak azok vehessék igénybe, akik arra tényleg rászorulnak.

A szociális biztosítás terjeszkedéséről már 1896-ban kimutatta Jurkiny, hogy a székesfőváros népességének négyötöde már akkor pénztárakba és egyletekbe volt beszervezve.¹⁾ Egy orvosra átlag 271 forint díjazás jutott, egy tagra családostól évi 1 forint és 7 krajcár, egy rendelésre átlagban pedig 14·5 krajcár. Az orvosi művészet néhány évtized alatt krajcáros foglalkozássá csúszott le. Sajnos a rendi nyomorúság sok orvost lekergetett az orvosi etika piedesztáljáról. A megtévedt kollégák egymás állására konkurráltak, protekciókat hajszoltak s olyan olcsón vállalták a szolgáltatást, ami már orvoshoz szinte nem méltó. A renden belül is teljessé lett a zűrzavar, ami igazolta azt a szállóigét, hogy »Kollege ist der Mann, der den Ähnlichen nicht leiden kann«.

A 19. század végén az okok egész sora, mint azt kifejtettük, az orvosok tevékenységét közvagyonná tette s a magánorvoslást lesorvasztva megteremtette a szociális biztosítás útján a tömeggyógyítást, az egészségügyi nagyüzemet. Az orvosok sokáig bizonytalanul vergődtek ebben az átalakulásban. A panaszok mind erőteljesebb modorban hangoztak és törtek elő, míg végre az orvosi rend is felismerte, hogy csak az érdekképviseleti szervezkedés adhat olyan erőt, amelynek segítségével életének fenntartásáért a küzdelmet a siker reményében felveheti.

b) *Az orvosi rend szervezkedése.*

A társadalom életének a 19. században megindult fokozatos, sőt sokszor eruptív átalakulása valósággal kikényszerítette a kulturális, de még inkább a gazdasági tényezők által közös sorsra utalt társadalomcsoportok tömörülését. Az inkább kulturális jellegű szervezkedéseket a tudományos munka kollektívizálódása, a gazdasági érdekszervezkedést pedig az életfeltételek egyre súlyosabbá alakulása váltotta ki. Az orvosi rendet ezen a téren más társadalomcsoportok nagyon megelőzték, mert kezdetben az orvosi foglalkozás szabad volt és független, ami ma már csak akadémikus érvénnyel állapítható meg. Az orvosi rend szervezkedése inkább reakció volt arra az akcióra, hogy az addig karitatív és filantrópikus érzéssel adott szolgáltatásokat a társadalom más csoportjai lassan követelni kezdték

¹⁾ Dr. Jurkiny Emil: Ingyenes orvosi segélynyújtás. A millenniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai. Budapest, 1897.

s az államhatalom is mind szélesebb beavatkozással és minél olcsóbban igyekezett a sanyargók segítségét biztosítani.

Kezdetben az orvosi rend szervezetei tudományos, gazdasági és rendi problémákkal egyetemlegesen foglalkoztak. Később a szervezkedés specializálódott, mert a gazdasági és rendi kérdések kiemelkedő jelentőséggel torlódtak a napirenden. Majd a tudományos jellegű organizációk is tagozódtak mert rugalmasan követték az orvostudomány specializálódását. Míg a múlt század elején az orvosok és természetvizsgálók egyesülése az egész természettudományt összefogta, addig ma már a tudományos egyesülések az egyes orvosi szakok szerint differenciálódtak, sőt már egyes kórformák szerint is, olyannyira, hogy a túlzott specializálódásnak már átfogóbb és összetartásra ösztönző szervezkedéssel kellett útját állni. A tudományos egyesülések már korán rendszeres munkát végeztek: időszakos nagygyűléseket tartottak, rendes tudományos üléseket s azok eredményeit a szaksajtóban közölték. A szervezett tudományos élet mind jobban kifejlődött s idővel már nemzetközi jellegű összejövetelek is szolgálták a tudomány haladását, az emberiség jólétét.

Hogy a rendi szervezkedések szükségszerűségét és fokozatosságát áttekinthessék, egy rövid pillantást kell vetnünk a német orvosi szervezkedések fejlődésére, mely tulajdonképpen mintája volt a magyar orvosi rend tömörülésének is. Finkenrath a német orvosok szervezkedését kiváló munkájában érdekesen foglalta össze s valóban elérte azt a célját, hogy a fiatal generációk előtt a szervezkedés hajtórúgóit és ütemszerűségét megérthetővé tegye.¹⁾ Németország a szervezkedések hazája, hiszen már 1644-ben megalakult a Collegium medicum Hamburgban, 1731-ben a Gremium chirurgicum Donaueschingenben, ugyancsak 1731-ben a Collegium medicum Nürnbergben s 1767-ben a »Die hochfürstliche akademische Gesellschaft der Weltweisheit und Arztneigelährtheit« Giessenben, mégis ezek inkább csak történelmi jelentőségűek, amennyiben nincs meg a kontinuitásuk. Az 1808. évi március hó 20-án Erlangenben megalakult Phisikalisch-medicinische Societät és a nem sokkal későbbben, 1810-ben Berlinben szerveződött Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, valamint Hufelandische Gesellschaft már maradandó alkotások. Ezután már gyors ütemben szerveződnek az orvosegyesületek 1809-ben Lübeckben, 1816-ban Hamburgban, 1829-ben Donaueschingenben (1731. évi egyesülés folytatása), 1831-ben Brémában, 1833-ban Kölnben s 1844-ben Düsseldorfban. Ezek az egyesülések részben nemcsak tudományos problémákkal, hanem rendi és gazdasági kérdések tárgyalásával is foglalkoztak.

Az orvosi rend tagjai ebben az időben már bekapcsolódtak a társadalmi és politikai életbe s ezen az úton is szorgalmazták a rend boldogulását, annak ellenére, hogy a rend belső struktúrája még nem lehetett

¹⁾ Dr. Finkenrath Kurt: Die Organisation der deutschen Ärzteschaft. Berlin. 1928.

homogén, mert az orvosok és kirurgusok között széles társadalmi és tudásbeli szakadék tátongott. Az orvos volt a belgyógyász, a kirurgus a sebész. Ezért foglalkoztak sokat a rend homogenizálásának kérdéseivel s végtelenül érdekes, hogy már akkor felmerült az orvosi pálya túlszűfolt-ságának kérdése, amennyiben a kölni orvosegyesület már 1842-ben a porosz közegészségüggyel foglalkozó memorandumában rendszabályokat sürgetett a túlszűfolttság ellen, sőt a düsseldorfi egyesület már numerus clausust ajánlott. Lehet, hogy ez a tervük nem volt eredeti, mert 1845 körül az orvosok már Franciaországban is a kötött létszámért harcoltak s azt kívánták, hogy a vizsgák szigorításával csak a legkiválóbb orvosokat engedjék a praxisba. Állami segítséggel akarták az orvosi rendet szervezni, kamaraféle becsületbíróságok szervezésével a végett, hogy a kor szellemének megfelelően a közigazgatási ellenőrzéstől megszabaduljanak. A közért való lelkesedéstől eltelve Németország orvosai már akkor élénk kifejezést adtak abbeli vágyakozásuknak, hogy a közegészségügyi problémák megoldásában résztvegyenek s az orvosi rend társadalompolitikai értékét ezzel is demonstrálják. Az 1848–1849. években Virchow, Leutäscher és Neumann már erősen dolgoztak Berlinben, amely példa más centrumok orvosaira is áttért s a hatóságok özőnével kapták a jól kidolgozott memorandumokat. A hatóságok nem gördítettek akadályokat az orvosi rend szervezkedése elé, de egyáltalában nem voltak hajlandók arra, hogy hivatalos országos orvosparlamentet hívjanak össze. Az egyes városi és vidéki körzetek orvosegyesületei közeledtek egymáshoz, annak ellenére, hogy a nagy orvospolitikus Virchow több súlyt helyezett az erős helyi szervezkedésre, mint a nagy központosításra. Végre 1849-ben a porosz minisztérium konferenciát hívott egybe, melyre minden tartomány egy hivatalnok- és egy gyakorló orvost delegált. A konferencia azt határozta, hogy az orvosi rendet homogenizálni kell, mert orvosi munkát csak orvos végezhet, továbbá, hogy csak az egyetem lehet az egyetlen orvosképző intézmény s ide való felvételre gimnáziumi végzettség kell s a praxis megkezdését az approbációhoz kell kötni. Javasolták, hogy a kuruzslást erőteljesebben kell üldözni s kérték, hogy a minisztérium a magánorvosok bizonyítványát a hatósági orvosokéval egyenjogúsítsa. Az orvoslás és letelepedés szabadságát azonban nem kívánták korlátozni. A túlprodukciónak ellen való küzdelem érdekében a katonatorvosok és a hatósági szegényorvosok létszámának szaporítását szorgalmazták. A rendi kérdések megoldása érdekében javasolták fegyelmi bíróságok alakítását, melyek az orvosok egymásközötti vitás ügyeit lettek volna hivatottak elintézni. De nem került el a konferencia figyelmét az a fontos szociális részletkérdés sem, hogy az öreg és rokkant orvosok, valamint özvegyek és árvák sorsáról intézményesen történjék gondoskodás. Az orvosi rend kívánságait 1849. évi február hó 26-án Berlinben nagybizottság dolgozta ki, melynek gerince Neumann-nak az a javaslata volt, hogy a kerületek egyesületei az orvosi és egészségügyi kérdésekben az állam hivatalos tanácsadó

szervei legyenek. Az orvosi rend hannoveri gyűlése teljesen hasonló szellemben indított mozgalmat. Württembergben 1848. évi augusztus hó 20-án, Szászországban ugyancsak 1848. évi augusztus hó 20-án gyűléseztek az orvosok s adtak hangot a tömörülés szükségességének és kívánták egységes rendi szabályzat megteremtését. Bajorországban néhány hónappal később, 1848. évi október hó 22-én Münchenben már 10 napig tartó orvoskongresszus zajlott le, ahol körzeti és kerületi egyesülések szervezését határozták el, melyeknek élén öttagú vezetőség álljon. Bajorországban ebben az időben, épen úgy, mint Hannoverben, Nassauban, Weimarban, Badenben, sőt Ausztriában is még numerus clausus volt érvényben (Poroszországban 1808-ban eltörölték), de ennek megbolygatását nem tartották szükségesnek. Badenben nagyon fejlett volt a kollektív érzék már 1844 óta s 1847 óta a szervezet már külön lapot küldött tagjainak, sőt 1848. évi február hó 14-én özvegyi segélypénztárt alapítottak. A hatóságokhoz esztendőnkint benyújtott memorandumokra Badenben végre 1852. évi január hó 21-én kedvező válasz érkezett, mely az orvosi rend képviselőit az egészségügyi reform tárgyalásaiba bevonta s végül is 1864. évi október hó 8-án a héttagú orvosbizottságot a rend hivatalos érdekképviselőjének elismerték.

Németországban ezek szerint már a 19. század első felében élénk szervezkedés indult meg, mely azonban a szabadságmozgalmak letörése után, a század második felében ellanyhult, mégis az egyesülések jórészt sikerült az új fellendülés idejéig, kereken húsz esztendőre átmenteni. Még az 1868. évi innsbrucki gyűlésen is az volt a tanácskozások vezérmotívuma, hogy a generális szervezkedést az államhatalom segítségével kell megoldani, ami azonban még 1871-ben sem hozott eredményt. Ezért azután Richter Eberhard Hermann professzor 1872-ben Drezdában kiadta az új jelszót, hogy ha az államhatalom nem segít, akkor az önkéntes rendi szervezkedést kell generálisan megvalósítani. Az 1872. évi augusztus hó 12-én megnyitott kongresszuson megalakult Lipcsében a »Deutscher Ärztevereinsband«, sőt már szeptember hó 2-án megindult Richter professzor szerkesztésében hivatalos lapja, »Das ärztliche Vereinsblatt« is. A lipcsei kongresszus kiterjedt szervezet magja volt, mert míg az 1873. évi szeptember hó 17-én tartott wiesbadeni kongresszuson csak ötven fiókegyesülés volt képviselve, addig 1927-ben már 600 egyesülés 45.185 taggal. A nagy szervezet célja elsősorban a rend szociális kérdéseinek megoldása volt és csak kisebb részben tudományos kérdések megoldása. A központi szervezet tagjai az egyesülések voltak, melyek taglétszám szerint küldöttek delegátusokat a kongresszusra. Lényegében még ma is az 1872-ben megállapított alapszabály van érvényben s az 1926-ban történt módosítás is az önkéntes társulás jellegét hangsúlyozza. A nagy szervezkedés folyóirata és kongresszusai révén keres kifelé publicitást.

A német orvosszövetség 1873 óta azonban nemcsak szervezeti kérdésekkel foglalkozott, hanem kongresszusain sorjában napirendre került az

orvosi rend minden életkérdése. A kuruzslás elleni küzdelem, az oltási törvény, a halottkémlés szabályozása, a magánjogi törvény orvosi vonatkozásai, az iskolaorvosi kérdés, a szamaritánus és mentésügyek, majd a háború után az egészségügyi népnevelés, a testnevelés, a büntetőtörvénykönyv orvosi vonatkozásai, az alkoholizmus kérdése s végül a lakásprobléma is. A német orvosszövetség értékes, de természetyszerűleg korlátok közé szorított munkája sem hozta meg a rend gazdasági helyzetének sóvárgott javulását. A szociális biztosítás, a pénztárak nyomását minden orvos a lelkén is, a zsebében is megérezte, aminek következtében az elégedetlenség egyre fokozódott. A rendet a gazdasági nehézségek két csoportra szakították. Az öregek továbbra is mérsékelt eszközökkel akarták folytatni a küzdelmet, a fiatalok azonban már a munkásmozgalmakban alkalmazott erőszakos módszerrel kívánták a súlyos problémát megoldani. Ebben az időben, éppen a 20. századforduló idején Knobloch sziléziai orvos »Warmiensis« álnév alatt felhívást intézett a német orvosi rendhez, amelyre Hartmann Hermann nyílt levélben válaszolt, amelyben kifejtette, hogy szorosabb szervezkedésre van szükség, mely kemény kézzel s anyagilag is felkészülve indítja meg a létért való küzdelmet a pénztárak orvosellenes politikájával szemben. Hartmann nyílt levelének hatalmas visszhangja támadt s konkrét eredménye a Leipziger Verband, vagy más néven Hartmann Bund megalakítása lett, mely céljaul az orvosi rend gazdasági életkérdéseinek erélyes megjavítását tűzte ki. A Hartmann Bund vezetősége a megindított harcban erőszakos s addig méltatlannak deklarált eszközöket is alkalmazásba vett s bár sokan kárhoztatták, mégis egyre erősödött. Az 1903. évben az új szervezet megegyezett a szövetséggel s annak önállósága fenntartásával gazdaságpolitikai osztályává szegődött. A Hartmann Bund szervezetében nem a fiókszövetségek a tagok, hanem minden belépő orvos személy szerint. A Bund ezután is keményen állta a harcot a szövetség keretében a pénztárakkal szemben, leginkább olyan eszközök útján, melyeket a munkásmozgalmaktól sajátítottak el. A pénztárakkal való egyéni szerződések helyébe a kollektív szerződést vezette be és sikra szállott a szabad orvosválasztásért. Amikor sztrájkyszerű akcióiért támadták, bölcsen mindig azzal védekezett, hogy az orvosok sohasem tagadják meg a gyógysegítséget, hanem csupán a megalázó honoráriumfeltételeket utasítják vissza. Az 1904. évben megtartott kongresszuson véd- és dacszövetséget kötöttek az orvosok egymás között, hogy a küzdelem hatályát biztosítsák, valamint a végből, hogy a harcban állokat mások hátba ne támadhassák, felmondott állásaikat el ne foglalják. A Hartmann Bund sokszor az anyaegyesülettel is kénytelen volt vitába szállani, kifelé azonban, igen helyesen, ilyenkor is egységet mutatottak.

A német orvosrendi szervezkedésben is mutatkoztak hibák, amennyiben a háború óta ebben is túlzott rétegződés következett be. A pénztári orvosok, a fixállásúak (lapjuk Der Kassenarzt), a hivatalnok orvosok, iskola-

orvosok, gondozó orvosok, fürdőorvosok, elmeorvosok, tudószanatóriumi orvosai, a szakorvosok, az orvosnők, sőt még a pénztári szolgálatból kiszorult orvosok is külön egyesületekbe szerveződtek.

Az alatt az idő alatt, mikor Németországban a gazdasági szükség az orvosokat szabad szervezkedésben összeforrasztotta, sokhelyütt a rend törvényes érdekképviselői szervezetet is nyert. A 19. század elején mindig az volt az orvosok óhajta, hogy állami beavatkozással, fegyelmi jogkörrel bíró kamarák állíttassanak fel. Az orvosi rendnek ezt a kívánságát 1868-ban és 1869-ben az északnémet államszövetség elé terjesztették, majd 1871-ben, 1873-ban, 1883-ban a birodalmi parlament elé is, de mindig az volt a válasz, hogy a kérdés nem a birodalomra, hanem az egyes államokra tartozik. A kamaramozgalom már Franciaországban X. Károly uralkodása alatt indult meg s valószínűleg innen vették át a németek is a rendi szervezkedés eme formájának óhajtatását. A kívánság lassan beteljesedett, mert 1864-ben Badenben miniszteri rendelet írta elő, hogy az orvosok héttagú bizottságot válasszanak, mely az orvosi rendet képviseli s 1865-ben már az orvosok 72%-a résztvett a választáson. Azóta az egyes államokban megalakultak az orvosi kamarák, melyekbe topográfiailag való tagozódás szerint tartoznak az orvosok. Rendszerint 50 orvosra esik egy képviselői hely. A kamaráknak széles jogkörük van: hivatalos véleményező szervek, fegyelmi hatóságok. Műhibák, kari etikába ütköző magatartás, interkollégiális viszályok eseteiben döntő fórumok. Fegyelmi eszközei: figyelmeztetés, megintés, pénzbírság (2000—3000 márkáig). Bármennyire vágytak az orvosok a törvényes érdekképviselői szerv megalkotására, ennek a rendi életre messze nem volt olyan kihatása, mint az önkéntes társuláson alapuló szervezkedéseknek. A Badenben 1864-ben elismert érdekképviselő az 1906. évi október hó 10-én kelt törvénnyel kamarává szerveztetett át. Szászországban az 1865. évi április hó 12-én négy kerületi szervezet alakult meg, melybe 1872. évi május hó 29. óta minden orvos beléphetett választás nélkül s az 1904. évi augusztus hó 15-i törvény adott végleges formát a szászországi orvosi kamarának. Jóval később alakultak meg az orvosi kamarák: Poroszországban 1887-ben, Oldenburgban 1891-ben, Hamburgban 1894-ben, Bajorországban 1895-ben, Anhalt területén 1900-ban, Lübeckben 1903-ban, Lippe-Detmoldban 1921-ben, Würtembergben 1925-ben, Thüringiában 1926-ban. A Hessenben 1924-ben megalakult kamarába nem kötelező a belépés, úgyszintén az 1925-ben megalkotott württembergi kamarába sem. A kamara formájában való érdekképviselői szervezkedés tehát ma sem teljes Németországban s ezért erősen él a vágy az orvosi rendben egységes birodalmi kamara felállításáért.

Ausztriában az 1891. évi december hó 22-én kelt törvény ugyancsak a kamarai szervezetet tette az orvosi rend érdekképviselői szervévé s azok leginkább az orvosok foglalkozásetikai kérdéseivel foglalkoznak s önálló fegyelmi jogkörük van. Az egyes tartományok kamaráit a kamarák választ-

mánya fogja össze. A békeszerződések által favorizált, illetve megteremtett államok közül Csehországban az 1929. évi június hó 28-án kelt 113. számú törvény három kamarát állított fel: Prága, Brünn és Pozsony székhellyel. Romániában az 1930. évi egészségügyi törvény alapján az orvosok minden vármegyében kamarát kötelesek alakítani, melyet öttagú tanács vezet. A kamarák elnökei az országos tanácsban egyesülnek, melynek elnökét három esztendőnkint maguk választják. Minden vármegyei kamarának van külön fegyelmi tanácsa s másodfokon az országos tanács által kijelölt négy tagból és a bukaresti fellebbviteli törvényszék egyik bírójából álló tanács bíraskodik. Angliában a nagytekintélyű General Medical Council of Medical Education and Registration: részben kinevezett, részben választott, részben az egyetemek és az orvosszervezetek által delegált 28 tagból álló testület vezeti a gyakorló orvosok jegyzékét, gyakorolja a fegyelmi jogokat s irányítja az orvoscépzést. A testületet 1858-ban szervezték meg. Olaszországban az orvosi rend is be van szervezve a korporációk közé, viszont Franciaországban kötelező szervezet nincsen, de már folynak a tárgyalások orvosi kamara felállítása tárgyában.

A magyar orvosi rend újkori történetének annalesei bizonyítják, hogy a szervezkedés szükségességének gondolata közel száz esztendeje eleinte ugyan vékony gyökeret vert a magyar orvosok lelkében.¹⁾ A budapesti orvoskari tanártestület ugyanis már 1840-ben tervezetet dolgozott ki az orvosok szervezése érdekében. Az erőteljesebb megmozdulás azonban csak közel hatvan esztendőre esik vissza. A kereskedelmi és iparkamarának az ötvenes években megindult tevékenységét az 1868: III. t.-c. legalizálta. Hat esztendővel később a magyar törvényhozás megalkotta az 1874: XXXIV. t.-c.-et az ügyvédi és az 1874: XXXV. t.-c.-et a közjegyzői kamara szervezéséről. Ezek hatása alatt 1874-ben Mátrai Jakab budapesti gyakorlóorvos vetette fel először az orvosi kamara megalkotásának gondolatát, majd ugyanazon esztendőben a Budapesti Orvosi Körben Dubay Miklós indított vitát a kamara megszervezése érdekében. Hazánkban a németországi viszonyokhoz hasonlóan először a tudományos orvosi élet szerveződött s már 1837-ben alakult meg a budapesti kir. orvosegyesület, mely rendi problémákkal csak accidentaliter foglalkozott. Az 1873-ban alakult orvosi körben a rendi kérdések már melegebb otthont találhattak. Az orvosi kör tüstént behatóan foglalkozott a kamarakérdéssel s 1876-ban, midőn Kovács József professzor lett a kör elnöke, már a kész tervezetet is szétküldötték az orvosoknak. A kamaratervezet nem talált visszhangra, pedig az 1876. esztendő fordulópontot jelentett a magyar közegészségügy történetében. Ebben az esztendőben alkotta meg ugyanis a magyar törvényhozás a magyar egészségügyi alaptörvényt, az 1876: XIV. t.-c.-et, melynek 43. §-a az orvosi rendet

¹⁾ Dr. Grosch Károly: Az orvosérdekképviselési szervezkedés. Társadalombiztosítási orvosok évkönyve. Budapest 1929.

egyszersmindenkorra homogenizálta azzal, hogy törvénybe iktatta azt a tételt, hogy Magyarország területén csakis diplomás orvos folytathat gyakorlatot. A kamarai szervezettől igen sokan húzódoztak, mert lehetségesnek tartották, hogy a kamara nagytekintélyű orvosok tevékenysége felett mondhatott volna esetleg bírálatot, ami annál helytelenebb lett volna, mivel a kamarában tömörült orvosok a vezetőséget különböző szempontok és pártállások szerint választhatták volna meg. Ez a kamara működését is megnehezítené, mert esetleg olyan cselekvésekre ragadhatná, ami nemcsak egyes orvosok tekintélyét csorbíthatja, hanem az egész orvosi rend kárára is lehet.

A kamarakérdés s vele általában rendi szervezkedés problémája tizenkét esztendőre elaludt. Csak 1880-ban a magyar orvosok és természetvizsgálók tátrafüredi vándorgyűlésén került megint a kamaraügy napirendre, amikor is Schwartzter Ottó indítványára határozatba ment, hogy új akciót kell indítani. A vándorgyűlés központi választmánya 1889-ben ismét elkészítette a törvénytervezetet s azt a belügyminiszterhez felterjesztette. Teleky Géza gr. belügyminiszter a felterjesztéssel érdemben foglalkozott, sőt az orvosi kör küldöttsége előtt kamarabarát nyilatkozatot tett. Ennek ellenére nagy vita indult meg az Orvosi Hetilap s a Gyógyászat hasábjain pro et contra kamarszervezkedés szükségessége felett. Végül is a rendi kérdés a legrégibb tudományos egyesülés fóruma, a budapesti kir. orvosegyesület plénuma elé került. A kérdés a kiküldött külön bizottságban a kamara ellen, az igazgatói tanácsban a kamara mellett dőlt el s ilyen előzmények után tárgyalta azt 1890. évi május hó 31-én az egyesület rendkívüli közgyűlése. Löw Sámuel érvelt a kamara mellett, utána Högyes Endre professzor fejtette ki aggályait. Högyes professzor a német példát nem tartotta alkalmazandónak, mert Németországban 1869 óta »Kurierfreiheit« volt érvényben s ott az orvosi rend tényleg hatósági védelemre szorult. A rendi kérdések megoldására a meglévő egyesüléseket Högyes elegendőnek tartotta. Hivatkozott arra, hogy a rendi érdekeket a közegészségügyi törvény védi s a kamara csak a törvény végrehajtását akadályozná. Ezért a kamara helyett az orvosegyesületek szövetségét ajánlotta. Schächter Miksa mindezek ellenére a kamaratervezet mellett emelt szót. Majd Flesch Nándor támadta a kamaratervezetet azzal a megokolással, hogy az a céhrendszerhez való visszatérés lenne, mely az orvost szabad cselekvési jogától megfosztja s a rendi etika nivóntartásához sem lenne elég ereje. Ilyen vita után a budapesti kir. orvosegyesület közgyűlése a kamara tervét elvetette.

Nem sokkal később, 1890. évi november hó 13-án az Országos Közegészségügyi Tanács Högyes Endre referátuma alapján adott a belügyminiszternek szakvéleményt s így Hieronymi Károly és Perczel Dezső belügyminiszterek a kamara törvénytervezetet nem vitték a parlament elé. Az 1896. évi február hó 2-án a belügyi költségvetés tárgyalásakor Thaly Kálmán

és Papp Samu a parlamentben sürgették az orvosi kamara felállítását. A miniszter akkor azt a választ adta, hogy az adatgyűjtés folyik, az előkészítő munkálatok folyamatban vannak. Az orvostársadalom azonban a kérdésben nem tudott egységes állást foglalni s ezért a miniszter az orvosok újabb megnyilatkozását szorgalmazta, amire a millenniumi és orvosügyi kongresszus még abban az évben történt tárgyalása adott alkalmat.

A kongresszus az orvosi rend szervezkedésének kérdését napirendjére tűzte s annak referálását három tagra bízta. A kamaraellenes mozgalom a biharmegyei orvos- és gyógyszerészegyesületből indult ki s ezért annak egyik vezére, Berkovits Miklós nyitotta meg a tárgyalást.¹⁾ Kiváló dialektikával készült előadásában Berkovits rendkívül melodramatikusan jellemezte az orvosi rend súlyos helyzetét rámutatva arra, hogy az élet nehéz küzdelmeiben a fegyverek mindjobban veszítenek nemes jellegükből és hogy nem ott vívatik a harc, hol a pálma a tehetségé, a tanulté, a jellemé, hanem az emberek könnyen hívőségére, kapzsiságára apellálnak azok, akik a rendi összetartozóság s az orvosi rend tekintélye iránt elvesztették az érzéküket. Bátran kimondotta, hogy az orvos erkölcsi és anyagi jutalma elveszett s ezzel egyidejűleg megszületett az orvosi proletariátus. Nagyszerű retorikával érvelt a kamara ellen, mondván, hogy Németországban a kamarák dacára terjedt el a kuruzslás s társadalmi törvényekbe ütköznék a kollégialis életet diszciplináris eszközökkel megváltoztatni. A kamara — nézete szerint — sokban hasonlít a céhekhez, mely nem az orvosokhoz méltó szabad intézmény. E helyett azt sürgeti, hogy szabad választással mandátumot nyert képviselőt biztosítson az orvosi rend, mely a hivatási viszonyok fejlesztése és tisztaságának megőrzése, a renden belül és az állammal és társadalommal szemben való érvényesítése; a tudomány és gyakorlat előrevitele s végül a közegészségügy fejlesztése terén fejtse ki tevékenységét. Löw Sámuel ugyancsak szabatos előadásban fejtegette a kamara felállításának szükségességét. A kamara célja a központi választmány tervezete szerint a kar egyöntetű szervezése, a kari szociális kérdések megoldása, a rend tekintélyének megóvása s a közegészségügyi hiányok orvoslásában való közreműködés. Németországban a kamarák hivatásuk magaslatán állanak s tekintélyük erősödik. Nem felel meg Löw szerint a tényeknek, hogy a rendi szociális problémák megoldására a meglevő szervezetek is elegendők, mert olyan súlyosak a bajok, hogy azok orvoslására autoritatív testületre van szükség.²⁾ A lényeg abban van, hogy a kamara az orvosi rendet imperative tömöríti s ezzel valóban homogenizálja. E nélkül a minuendo licitálást leküzdeni nem lehet. Ezért határozati javaslatában a kamaratervezet elfogadását s a belügy-

¹⁾ Dr. Berkovics Miklós: Orvosi kamarák. A millenniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai. Budapest 1897.

²⁾ Dr. Löw Sámuel: Orvosi kamarák. A millenniumi közegészségi és orvosügyi kongresszus tárgyalásai. Budapest 1897.

miniszterhez való felterjesztését ajánlotta. Végül a harmadik referens Farkas Jenő a szervezetlenségnek különösen a vidéki orvosokra káros kihatásait magyarázva decentralizált kamarák felállítását javasolta. A referátumok elhangzása után vita indult meg, melyben a kamara ellen Kétly Károly professzor, mellette Schächter Miksa magántanár szólott akkor már meglehetősen elmérgesedett atmoszférában, majd az elnök szavazásra tette fel a kérdést és szinte megdöbbenő, hogy Magyarországnak akkor körülbelül 4400 orvosa nevében 289 orvos határozott a szervezkedés princípiuma felett és pedig úgy, hogy 156 a kamara ellen és 133 mellette foglalt állást. Erre az elnök bizottság kiküldését javasolta, mely az önkéntes társuláson alapuló szervezkedés előkészületeit volt hivatott megtenni.

A törvényes érdekképviselő szervének eszméje tehát a millenárius kongresszuson összeütközött az önkéntes társulás gondolatával s meglehetősen részvétlenség közepette a harcban alul maradt. Az 1897. évben még egy kamara tervezetet készített a minisztérium s az orvosi szervezeteknek hozzászólás végett megküldötte. Ezt a tervet 1897. évi március hó 27-én a budapesti kir. orvosegyesület plénuma a limine elutasította. Erről a tervezetről különben a kamarai szervezkedés vezére, Schächter Miksa is úgy nyilatkozott, hogy az igen erős átalakításra szorul. Ezután már semmi akadálya sem volt annak, hogy az orvosi rend önkéntes társulás alapján szervezkedjék.

Még az önkéntes társulás alapján szervezendő egyesülést is mozgatni kellett, annyira nehéz volt a *quieta non movere* gondolkörében tespedő rendet cselekvésre bírni. Az 1896. esztendő őszén Glück József szorgalmazta az eszmecserék megindítását s végre 1897. évi február hó 8-án a kir. orvosegyesületben már 400 budapesti orvos tárgyalta a kérdést s végül is elfogadta az alapszabálytervezetet. Valamiféle szervezkedésre végtelenül nagy szükség volt, mert Ausztriában abban az időben a pénztárak körében az a szállóige járta, hogy »Ärzte bekommen wir, wie Mist, aber ein guter Aquisiteur ist schwer zu erwischen.« Az alapszabálytervezet 1897. évi április hó 3-án kormányhatósági jóváhagyást nyert s a Budapesti Orvosok Szövetsége 1897. évi május hó 3-án Rákosi Béla elnöklete alatt megtartotta alakuló közgyűlését s első elnökévé Müller Kálmánt választotta meg. Alig két hónap múlva már az országos szövetség is elérkezett a komoly szerveződés pillanatához, amennyiben 1897. évi november hó 7-én megalakult s működését 1899 elején megkezdette. Már 1898. évi március hó 15-én Jendrassik Ernő főtitkár szerkesztésében megindult az országos szövetség hivatalos lapja is. A Budapesti Orvosok Szövetsége 1897. évi december hó 24-én tartott közgyűlése elhatározta, hogy alapszabályokban biztosított autonómiájának épségben tartásával belép az Országos Orvos Szövetségbe, mint annak budapesti fiókszövetsége. A szövetség megerősödött s annak napjainkban már majdnem minden orvos tagja, még a régi kamarapártiak is.

A szövetség erőteljesen hozzáfogott a munkához s már 1899. évi január hó 1-én Jendrassik Ernő javaslatára elhatározta, hogy az orvosi rend anyagi, társadalmi és erkölcsi kárát okozó sérelmeket letárgyalja. Már akkor felismerték, hogy a fővárosi orvos sorsa cifra nyomorúság. A szövetségek: a budapesti is, az országos is sorbavették a rend minden baját s több, mint harminc esztendő alatt sokszor kemény harcot vívtak az összeségért. Már 1902-ben olyan energikus volt a Budapesti Orvosok Szövetségének vezetősége, hogy Gullner Gyula belügyi államtitkár 22.186/1902. B. M. számú leiratában a »Cavete« rendelkezések szigorú keresztülvitele miatt megintette a szövetséget. Ez 1907-ben a Budai Ambulatórium ügyében elfogult elutasító álláspont miatt megismétlődött. Majd az Országos Orvosszövetséget fenyegette meg a miniszter felosztatással a betegpénztár ügyében hozott határozatai miatt. A szövetség a nehézségek ellenére megteremtette az orvosi rendtartást, sürgette a községi és járásorvosok anyagi ügyeinek méltányos rendezését, küzdött az orvosok helytelen települése ellen, az orvosi reklám ellen, a kuruzslók elszaporodása ellen, valamint az ingyenrendelők túlkapásai ellen is. A legnagyobb és úgyszólván folyamatos küzdelmet folytatta kényszerűségből a szociális biztosítás ellen, amely küzdelem még ma sem nyert befejezést. Sokkal nagyobb sikert jelentett az orvosi nyugdíjügy rendezése, melyet példátlan nehézségek közepette az 1927 : XXI. t.-c. végrehajtása alkalmával Csilléry András mentett meg s a nehézségekhez mérve kiválóan rendezett.

A szövetség a rendet érintő biztosítási törvények alkotásakor mind erősebben hallatta szavát. Míg az 1891. esztendőben az első munkásbiztosítási törvényjavaslat, az 1891 : XIV. t.-c. tárgyalását érdektelenül nézte az orvosi rend, addig az 1907 : XIX. t.-c. előzetes tárgyalásán már résztvett s szigorúan ragaszkodott a biztosítás cenzushoz kötöttségéhez, a kollektív szerződéshez, az orvosi rend megbecsüléséhez és már akkor a szabadorvosválasztás mellé kötötte szavát. Sajnos, később az új törvény, az 1927 : XXI. t.-c. tárgyalásakor nem tudott egységes rendi álláspont kialakulni és fájdalom, szubjektív értékelések is közrejátszottak abban, hogy az új törvényben az orvosi rend érdekeit nem sikerült kellőképpen megvédeni. A szövetség sokszor kemény harcot állt, nehéz munkát végzett, de a rendet az elnapszámosodás útján legtöbbször rajta kívül álló okok és az orvosok közönye miatt megállítani nem tudta.

A magyar orvosi rend lelkében a napról-napra fokozódó gazdasági nehézségek nyomása alatt az utóbbi években megint kifejezetten ébredezett az a vágy, hogy a rendi szervezkedés formája átalakíttassék és az önkéntes társuláson alapuló szövetséget törvényes rendi érdekképviseleti szerv: kamara váltsa fel. Az országos szövetség elnöksége ezt a mozgalmat idejében felismerte és magáévá téve a gondolatot, a kamara kérdését az 1931. évi május hó 14-én Budapesten tartott kongresszusán napirendre tűzte. A kamara-kérdés nagy tájékozottságú referense, Gortvay György részletesen ismertette az orvosrendi szervezkedések külföldi és hazai történetét s kamara megszerve-

zésének szükségességét gazdasági és foglalkozásetikai okok felsorakoztatásával igazolta.¹⁾ A létesítendő kamara tevékenységi körét általában négy főcsoportba osztotta: 1. az orvosi hivatást érintő kérdések (tanulmányi rend, orvosképzés, társadalombiztosítási kérdések), 2. közegészségügyi kérdések (reformok megtárgyalása), 3. orvosgazdasági és orvosjóléti kérdések (orvosi díj-szabás, nyugdíj, állasközvetítés, orvosok közteherviselésének autonóm rendezése), 4. az orvosi működés ellenőrzése és fegyelmi bíráskodás. Ebből következik, hogy a kamara nem elégedhetik meg az orvosi rend reprezentálásával s az orvosi munka ellenőrzésével, hanem át kell vennie a Szövetség egész munkakörét. A fogalmazás annál helyesebb volt, mert a mai gazdasági közviszonyok mellett a rend, a kamara és a szövetség kettős adminisztratív terheit amúgy sem tudná elviselni. A kongresszuson nívós vita indult meg s különösen Windisch Ödön, a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesületének elnöke szólott találóan a kérdéshez, midőn azt a három kérdést vetette fel, hogy: 1. javít-e a kamara az orvosi rend morális helyzetén és tekintélyén, 2. használ-e az orvostudománynak, 3. előmozdítja-e gazdasági téren az orvosi rend gazdasági boldogulását? Az első kérdésre mindenesetre igennel kellett felelni, mert bizonyos, hogy a kötelező szervezkedés határozottan nagyobb súllyal tudja az orvosi etika tiszteletét érvényre juttatni. A második kérdés a dolog természetéből kifolyólag nemcsak a kamara feladata. A gazdasági szempontokat illetőleg azonban Windisch Ödön óva intette a kongresszus tagjait attól, hogy vérmes reményeket tápláljanak. Bizonyára többet tehet a kamara a túlprodukció, a gyenge fizetések, az ingyenrendelések leküzdése terén és talán az álláshalmozások ellen is, de nem valószínű, hogy egy csapásra változtasson az orvosi rend nehéz gazdasági sorsán. A további felszólalók pedig helyesen emlegették, hogy a kamara értékes profilaktikum az orvosi rend atomizálódása és frakciókra bomlása ellen.

A törvényes rendi kötelező szervezkedés előkészítésére irányuló határozati javaslatot a kongresszus egyhangúlag elfogadta. A közhangulat már eleve e mellett szólott, mert a rendi szervezkedés eme szorosabb és erőteljesebb formája a mezőgazdasági kamarák felállításáról szóló 1920 : XVIII. t.-c. és a mérnöki kamarák felállításáról szóló 1923 : XVII. t.-c. megalkotásában is kifejezésre jutott. Az orvosi kamarának ezenfelül már az új fővárosi törvény az 1930 : XVIII. t.-c. 11. §-a is prejudikált.

Annak ellenére, hogy a kamarakérdést a Magyar Országos Orvosszövetség 1931. évi május hó 14-én napirendjére tűzte ezt a problémát, 1932 tavaszán az újjáalakult Orvosi Kör is programjába vette. Az 1932. évi március hó 14-én tartott ülésén Rihmer Béla professzor tartott a kamarakérdés történetéről érdekes és magas előadást,²⁾ majd március hó 21-én Atzél

¹⁾ Dr. Gortvay György: Az orvosi társadalom szervezkedési törekvései és az orvosi kamara kérdése. M. O. O. Sz. 1931. 11. sz.

²⁾ Dr. Rihmer Béla: A Budapesti Orvosi Kör és az Orvosi Kamara kérdése. Gyógyászat 1932. 12. sz.

Elemér adta elő a régi tervezetek alapján összeállított kamaratörvény-tervezetét, melyet előzőleg a Kör igazgatótanácsa is megvitatott. Ez a tervezet a kamara hivatali jellegét állította előtérbe s így eltávolodott attól az alapelvtől, hogy a kamara nem közigazgatási, hanem érdekképviselői szerv.

A magyar orvosi rend szervezkedési törekvései a német orvosok mozgalmával meglehetősen párhuzamosságot mutatnak. Ezért is tartottuk szükségesnek a németországi rendi szervezkedés hosszadalmasabb ismertetését. De szükség volt erre még azért is, hogy a kérdést teljesen feltárjuk a végből, nehogy a magyar rendi szervezkedés irányául ott már felhagyott utakat jelöljünk meg. Nálunk a szervezkedés a kilencvenes évek elején ugyancsak a közhatósági támogatásra helyez nagy súlyt s a kamarai szervezetet tartja eszményképének. Később, mikor az állami támogatás nehezen mozdul meg, az önkéntes társulás felé fordul, mely kisebb-nagyobb zökkenők után megvalósul és megerősödik. Mindenesetre az a szöges ellentét szembeötlik, hogy míg Németországban a szervezkedés egységesebben alulról, a perifériákról indul ki s úgy szedődik össze, nálunk ellenkezőleg, először a központ épül meg s felülről terjeszkedik a perifériák felé. Más szemmel nézve meglepő, hogy a magyar orvosi rend milyen érdektelen volt vitális kérdései iránt, pedig ha idejében organizálódik s a szervezet megerősödik a gazdasági nehézségek bizonyosan nem fajultak volna ennyire el. A szövetség mindig látó szemmel nézte a külföldi eseményeket s ami ott bevált, azt igyekezett hasznosítani. A Budapesti Orvosok Szövetségének gazdasági bizottságát, mely Schmidlechner Károly elnöklete alatt olyan szép elánnal indult, minden valószínűség szerint a Hartmann-Bund sikerei inspirálták. Akármennyire is dolgozott a szövetség, a budapesti s az országos 35 fiókjával együtt, mégis meg kell állapítanunk, hogy a magyar orvosi rendnek már 19. század végén hangzott kívánságai ma sem teljesültek s etikai és gazdasági válsága ma súlyosabb, mint valaha.

Ennélfogva jogos az a kívánság, hogy a rendi élet még szabatosabban szerveztessék: jöjjön a kamara! A jövőendő új organizáció megteremtésében azonban bölcs előrelátást kell érvényesíteni, mert régi igazság, hogy a legjobb törvény is értéktelen, ha végrehajtásába hibák csúsznak be. Csakis a szövetség tapasztalásokban gazdagodott szervezetéből kitejlesztett s higgadt bölcseséggel kodifikált statutumokon nyugvó kamara hozhatja meg az orvosi rend etikai és gazdasági közvagyonában az utóbbi időkben történt mélyreható károk méltányos reparációját. Ezt kívánják az orvosi rendnek megfelelő képviselői: a felsőház megalakításáról szóló 1926: XII. t.-c. 24. §-ának, valamint a Budapest székesfőváros törvényhatóságának megalkotásáról szóló 1930: XVIII. t.-c. 11. §-ának rendelkezései, amelyek szerint a kamara választottja, illetve kiküldöttje képviseli az orvosi rendet, mert a mostani átmeneti intézkedések ideiglenes jellege nem adja meg azt az erőt, mellyel az orvosi rendet a törvényhozásban feltétlenül képviselni kell.

IV.

Budapest orvosai.*a) Szociometriás kísérletek az orvosok gazdasági helyzetének felmérésére.*

A 19. század meglepő ütemű népszaporodása, a technika fejlődése, a jövedelmek aránytalan megoszlásából fakadó nagy szegénység szülték a nehezen orvosolható szociális problémákat. A gazdasági életben rejtőző, húzó és nyomó erő a legnagyobb intenzitású hajtóenergiája a társadalom belső és szociális jellegű hullámvásolásának. A társadalom belső zajlása, hol csendesebb és egyenletesebb, hol pedig morajlóbb és nagyobb hullámvetésű. Akármilyen dübörgően viharzó a társadalmi evolúció, minden megszületett ember mégis elhelyezkedést keres és természetes jogot formál a megélhetésre, aminek biztos forrása csak a munka lehet. Munka nélkül nemcsak eszmeileg üres az élet, hanem üres a tarisznya és üres a gyomor. Menenius Agrippa is ezt az emberi instrumentumot használta bölcs példabeszédében, mely nagyon rossz tanácsadó, ha üres.

A születések szaporodásának a fogyasztás és termelés kiemelkedő fokozódását kellett volna eredményezni, amiből azután a munkakínálat özöne támad. E helyett azonban évtizedek óta világjelenség a munkanélküliség.¹⁾ Napszámosok, szakmunkások, tanult, sőt diplomás emberek manapság tömegesen tipródnak a kényszerű tétlenség és keresetnélküliség még beláthatatlanul hosszú országútján. Az idültté vált munkanélküliségnek sok oka van. Ezek egy része a munkavállaló személyével függ össze: a munkás beteg és ezért nem tud dolgozni vagy dologkerülő s ezért nem akar dolgozni. Más része pedig a gazdasági és társadalmi szervezkedésben rejlik: szervezetlen a munkapiac, általános munkapangás nehezedik a gazdasági életre, szezonmunkahiány, divathullámvásolás stb. A munkaalkalmak megteremtésének olaja a tőke mobilizálása. A tőke azonban csak akkor mozdul meg, ha azt minden vonatkozásban bizalom kíséri. Ezt a bizalmat pedig olyan közhatósági és társadalmi intézkedésekkel kell megteremteni, amelyek, ha megszüntetni nem is, de enyhíteni alkalmasak a társadalmi osztályok között jelentkező kirívó ellentéteket s kilátást nyújtanak a békés munkálkodásra, a mindennapi kenyér biztosítására és a jogos emberi életre.

Az industrializálódás a tömegmunkát produkáló nagyipar szerveződésében jut kifejezésre, mely kíméletlen versenyben dolgozik az olcsó produktálásért. A nagyháború a férfi lakosság óriási csoportjait a zászlók alá szólította, tehát a munkapiacon a munkakínálat dominált. Az olcsó munkaerők, az itthon maradt nők és gyermekek jelentkeztek, kiket a gépekkel szinte összeolvasztva, termelési eszközökké formált a nagyipar. A háború után a hadsereg felbomlasztva érkezett haza, a hadigépek kioltották a kohók

¹⁾ Dr. Zentay Dezső: A munkanélküliség alakulása a szellemi pályák körében Budapesten. Statisztikai Közlemények. 1930.

tűzét, bezárták a műhelyek ajtajait s erre a munkapiacon duzzadt a munkakereslet, annál inkább, mert azt még a hadiiparból kiszorult olcsó munkakerők is zsúfolták. A »békeszerződések« durván széttörték a régi gazdasági kereteket. Európa szegény lett, a legyőzött azért, mert kifosztották, a győztes azért, mert elveszett a fogyasztási piaca. A tőke szívósan és szívét teljesen elveszítve védekezett a haszon csorbulása ellen. Kartellek, trösztök alakultak, megindult a rationálás, a létszámapasztás, az automatagépek szaporítása, mindez csakis azért, hogy a termelést a fogyasztáshoz és a fogyasztók zsebéhez alkalmazva igazítsák. Erre természetesen kiszélesedett a munkanélküliség és veszedelmesen sorvadt a fogyasztás. Az új idők gazdasági válsága már nem a termelés, hanem a fogyasztás krízise.

Régen ismert szociális jelenség, hogy a nagy tömegmozgalmaknak mindig erőteljes szociális eltolódások a kísérői. Egyes társadalmi rétegek emelkednek, mások s rendesen idetartoznak a tömegek, süllyednek. A foglalkozások eltolódásában végbemenő változások értékes kultúrtörténeti jelenségek és egyúttal alkalmas indikátorok a tömegmegfigyelésben. Szükség van ilyen különleges mérőeszközökre, mert a társadalom szociális helyzetét és gazdasági viszonyait az egyes rétegek szerint vizsgálni egyike a legnagyobb feladatoknak. Nehéz az adatgyűjtés szervezése, mert az adatszolgáltatók az életkörülményeiket feltárni kívánó kérdőpontokkal szemben begombolkoznak vagy könnyen a hamiskodás sekélyes vágányára csúsznak át. Ennek ellenére a kezdet nehézségeivel küszködő kezdeményezések nyomai már a múlt század végén is megtalálhatók, mert a gazdasági körülmények szorítása kényszerítette a státusférfiakat a szociális viszonyok pontosabb kivizsgálása felé. Ilyen törekvések összegyűjtött eredményeit megtaláljuk az orvosi rend életével foglalkozó közleményekben. Jurkiny már 1896-ban számításokkal igazolta, hogy a népességnek közel $\frac{4}{5}$ -e volt a szociális biztosításba beszervezve és hogy egy család orvosi ellátásáért egész évre 1 forint és 7 krajcár, egy rendelésért átlagban 14·5 krajcár volt a honorárium.

A rend gazdasági helyzetének ilyen elképesztő süllyedése érlelte meg az első komoly szociometriás kísérletet, melyet dr. Grósz Emil professzor kezdeményezésére az Országos Orvosszövetség 1899-ben hajtott végre. Erről az akcióról, Grósz Emil közlése nyomán,¹⁾ történeti jelentősége miatt részletesebben kell beszámolnunk. Az akciót szükségessé tette az orvosok már akkor fokozódó gazdasági romlása, melynek okait leginkább az orvosi rend helytelen topografiai megoszlásában kellett látni. Budapesten 667.000 lakóra 1300-nál több, a vidéki városokban egy és fél millió lakóra 2000 és a 14 és fél milliónyi vidéki népességre 3000 orvos jutott. Egy orvosra a vidéki városokban 750 lélek, Budapesten 500 lélek, vidéken 5000, egyes helyeken 10.000 lélek jutott. Az orvosok topografiai megoszlása még romlott, mert 1893-ban a városban működő orvosok még csak 31%-ot, 1900-ban már 40%-ot

¹⁾ Dr. Grósz Emil: Magyarország orvosainak keresete. M. O. O. Sz. 1900. 2. sz. Statisztikai Közlemények.

reprezentáltak. A vidék elhanyagolt orvosellátása mellett a városokban összezsúfolódott orvosok demoralizálódása volt szembeötlő. Ezek voltak azok az okok, melyek miatt az orvosok kereseti viszonyairól tájékozódást kívántak szerezni. Az 1899 esztendő végén 15 kérdésből konstruált 4500 darab kérdőlapot küldtek szét s teljes diszkréciót biztosítva a válaszküldőtől a nevét se tudakolták. A kérdőpontok a következők voltak: 1. Hány éves? 2. Nős? 3. Hány gyermeke van? 4. Hol végezte tanulmányait? 5. Melyik évben promoveáltak? 6. Volt-e kórházi orvos? 7. Hol és meddig? 8. Milyen hivatalos állásokat töltött be? 9. Milyen hivatalos állása van most? 10. Mi a fix jövedelme? (fizetés, lakbér, útiátalány). 11. Kitől kapja ezeket? 12. Mi az összes orvosi keresete évente? 13. Mennyi a látogatási díja? 14. Mennyi lakbért fizet? 15. Tart-e kocsit és mennyibe kerül?

Az 1899. évi december hó 31-éig 610 válasz érkezett be, a szétküldött kérdőlapoknak alig 13·6%-a, ami úgyszólván a teljes részvétlenséget és megnemértést bizonyítja. Amint a beszámoló felemlíti, sokan nem bíztak a diszkrécióban s ezért tartózkodtak az adatszolgáltatástól. A kérdőíveket három csoportban dolgozták fel: Budapest, vidéki városok, községek. Ezzel is dokumentálni akarták, hogy mennyire különbözik a városi orvos sorsa a vidékitől, ki valóban missziót teljesít s ezért a társadalom támogatására joggal számíthat.

Meglepő, hogy a székesfőváros 1300 orvosa közül csak 51 küldte be a választ, ezek közül is egy olyan, ki gyakorlatot nem folytat. Az anyag tehát következtetésekre egyáltalában nem volt alkalmas. Különben is a fővárosi orvosnyomor okát már akkor is kizárólag a zsúfoltságnak tudták be. A vidéki városokból összesen 130 válasz érkezett be, a kiküldött körülbelül 2000 lapnak csak 6·5%-a. Ebből az anyagból megállapították, hogy évi 4000 koronánál kevesebbet keresett az orvosok 22%-a, 2000 koronánál is kevesebbet 8%-a, 4000—8000 koronát 43%-a s 8000 koronán felül 25%-a. A látogatási díj egy helyen 40 filléren alul maradt, 24%-ban 40 fillér és 1 korona, 75%-ban 1 koronán felül volt. A városi orvosok 10%-a természetben kapott lakást, 24%-a saját házában lakott, 66%-a pedig 600 koronánál magasabb lakbért fizetett. Kocsit 1000—1400 korona költséggel az orvosok 28%-a tartott a városokban. Az orvosok 19%-a volt nőtlen és 30%-a gyermektelen. A kereset maximumát a 30—50 korévek határolták, azonfelül a kereset már csökkent. Jellegzetes, hogy akkor az orvosok 75%-a kórházi gyakorlat után kezdte meg magánygyakorlatát. Számos esetben megállapították, hogy a lakbér és kocsitartás több, mint a jövedelem felére rúgott, amiből következik, hogy az illető orvosok más jövedelmüket is kénytelenek voltak életfenntartásukra fordítani (vagyon, takarékpénztári igazgatóság). A városi orvosok helyzete nem mutatkozott feltűnő rossznak s csak olyan helyen volt sok panasz, ahol indokolatlanul sok orvos telepedett le. A vidéki orvosok összesen 424 választ adtak a körülbelül 3000 vidéki orvos közül 13·6%.

Ebben a csoportban már kifejezésre jut az orvosnyomorúság, mert kitűnt, hogy a vidéki orvosok 75%-ának jövedelme nem érte el a 4000 koronát, sőt 44%-ának a 3000, 12%-ának még a 2000 koronát se. Összesen mindennel együtt csak 24% keresett 4000—8000 koronát s ennél többet meg épen csak 0·5 százalék. A községi és körorvosok 20%-a természetbeni lakásban, 15%-a saját házában lakott s a legtöbb 200—600 korona évi lakbért fizetett. A nagy körzetben dolgozó vidéki orvosoknak csak 20%-a tudott 800—1000 korona költséggel kocsit tartani s útiátalányára kivétel nélkül mind ráfizetett. A vidéki orvosok 11·5%-a volt nőtlen, 30%-a gyermektelen, további 30%-ának viszont kettőnél is több gyermeke volt. Kereseti viszonyaik általában kedvezőtlenek voltak, fixumaik átlagban 1200 koronánál is kevesebb, nem egy esetben 200—400 korona évente. A vidéki orvosok csak 9%-ának volt 1 korona látogatási díja, 15%-a még 40 fillért se kapott egy-egy látogatásért. Az ötvenévesek keresete már rohamosan csökkent, ami annál nagyobb veszedelem volt, mert abban az időben a községi és körorvosok még semmiféle nyugdíjra se számíthattak. Volt olyan, aki biztosítási ügynökséggel, postamesterséggel foglalkozott. Egyik 45 éves 12 gyermekkel megáldott orvos, ki 15 községben dolgozott és 2000 koronát keresett (ebből 200 korona lakbér, 300 fuvar) a megjegyzés rovatba azt írta, hogy sorsa: nyomorúság, éhező és neveletlen gyermekekkel. A vidéki nyomorúság okát a felvétel eredményei alapján a csekély fixumokban, az alacsony látogatási díjakban s a rendezetlen nyugdíjproblémákban kellett megállapítani.

Majdnem harminc esztendőn keresztül nem találkozunk olyan kíséreltet a szakirodalomban, mely a magyar orvosi rend gazdasági viszonyait igyekezett volna feltárni. Csak 1929. évi április hó 16-án tartott előadást a Budapesti Orvosi Kaszinóban Flesch Nándor, az Országos Orvosszövetség volt alelnöke, a szövetségi eszme régi harcosa, ki a kamara ellen már 1896-ban leszavazott.¹⁾ Nagy szorgalommal végzett egyéni adatgyűjtés alapján tárta fel a budapesti orvosok aktuális gazdasági helyzetét és fejtegette annak három évtizedre viszonyuló okait. Értékes anyagának részletes tárgyalását most mellőzzük, mert arról későbbben a székesfőváros statisztikai hivatal által végrehajtott adatgyűjtés eredményeivel párhuzamosan fogunk illendőképen megemlékezni.

Már ugyanakkor, mikor Flesch Nándor érdekes előadását tartotta. beható tárgyalások folytak a végett, hogy a budapesti orvosok szociális és gazdasági viszonyait átfogó és széleskörű adatgyűjtés keretében feltárjuk, Ezek eredményeképpen Illyefalvi I. Lajos dr.-nak, a székesfőváros statisztikai hivatal kiváló igazgatójának előzetes engedélyével a Belvárosi Orvostársaságban 1929. évi május hó 16-án előadást tartottam a problémáról és azt

¹⁾ Dr. Flesch Nándor : A budapesti orvosok gazdasági helyzete. Therápia. 1929. 8. sz.

a javaslatot terjesztettem elő, hogy a nagyszabású szociometriás kísérlet végrehajtására a Budapesti Orvosszövetség útján a székesfőváros statisztikai hivatalának igazgatóját kérjük fel. Schmidlechner Károlynak, az orvostársaság nobilis elnökének megértése lehetővé tette, hogy előadásomat a Budapesti Orvosok Szövetsége gazdasági bizottságában megismételhettem, ahonnan javaslatom a szövetség választmánya elé került. A Budapesti Orvosok Szövetségének választmánya 1929. évi november hó 8-án tartott ülésében Jacobi József választmányi tag minden részletre kiterjedő referátuma után az indítványt magáévá tette s haladéktalanul felkérte Illyefalvi I. Lajos dr.-t az adatgyűjtés foganatosítására s azt egyalkalommal a Szövetség erkölcsi védelme alá helyezte.

Illyefalvi I. Lajos dr. a Budapesti Orvosok Szövetségének felkérését nagy örömmel fogadta, mert az orvosi rend szociális és gazdasági viszonyainak felkutatása szervesen beleillett abba a nagy szociális programba, melyet még 1926-ban megtervezett s melynek lényege a székesfőváros népességének széleskörű szociometriás kutatása volt. Valóban megöröklítésre érdemes az a nagy lelkesedése és szaktudása, mellyel a társadalmi statisztika kutatási körét annyira kiszélesítette, hogy a régi reprezentatív adatgyűjtések helyett olyan felvételeket tudott organizálni, melyek nagyhorizontú s mégis aprólékos betekintést engedtek a székesfőváros népességének a trianoni tragédia óta idült vergődésébe. A nagyvonalú akció keretében egymásután tárult fel a munkások, iparosok, kereskedők, magántisztviselők, köztisztviselők súlyos szociális és gazdasági helyzete. Most pedig az orvosi rend helyzetének elemzésével, melyhez gyors ütemben az ügyvédeké és mérnököké is társult, úgyszólván a székesfőváros népességének minden megfogható rétege bekapcsoltatott a tudományos kutatásba.

Az 1930. évi május hó 12. és 18. között végrehajtott adatgyűjtést a székesfőváros statisztikai hivatala a legnagyobb körültekintéssel hajtotta végre s annak lebonyolításában a diszkrécióra a legnagyobb figyelmet fordította. Ebből a célból a kérdőlapokon az adatszolgáltatók neve és lakás-címe egyáltalában nem szerepelt és hiányoztak a terjedelmes kérdőlapról mindazok a pontok, melyekből az adatszolgáltató kiléte megállapítható lett volna. Még ennél is messzebbmenőleg biztosította az adatgyűjtés titkosságát az a körülmény, hogy Illyefalvi I. Lajos dr. különös előékenységből a kérdőívekhez borítékokat mellékeltek, mellyel a kitöltött ív a hivatal címére ajánlva volt feladható. Az Orvosszövetség által approbált kérdőívet, melyen 69 pont szerepelt, a statisztikai hivatal alkalmazottai osztották szét és gyűjtötték össze néhány nap múlva azoktól az orvosoktól, kik a postai beküldés titkosságát nem vették igénybe. Az alatt bemutatott kérdőlap kitöltése nem jelentett nagy munkát az adatszolgáltatókra, mert legtöbb kérdést egyszerűen a dült betűvel szedett válaszok aláhúzásával

Orvosok számlálólapja.

Kitöltendő a székesfővárosban lakó orvosokról, kivéve a tényleges szolgálatban álló katonatorvosokat.

Kérdés	Fellet
1. Neme?	<i>férfi — nő</i>
2. Születési helye ?	ország,.....vármegye.város, község
3. Születési éve?	év.....hónap
4. Vallása?	<i>rom. kat. — gör. kat. — gör. kel. — ág. ev. — ref. — uniol. — izr. — egyéb és pedig :.....</i>
5. Anyanyelve?	
6. Anyanyelvén kívül mely más nyelveken beszél még?	
7. Családi állapota?	<i>nőtlen — hajadon — házas — férjezett — özvegy — törvényesen elvált</i>
8. Állampolgársága?	
9. Hol végezte az egyetemet és mikor?	városbanévben
10. Van-e az orvosi diplomáján kívül más oklevele és milyen?	
11. Hány évig működött klinikán? Hány évig működött kórházban?	évigévig
12. Hány éve folytat magángyakorlatot?	éve
13. Van-e állandó jellegű alkalmazása és hol?	
14. Milyen cím illeti meg?	<i>orvostanár — főorvos — rendelő-főorvos — adjunktus — tanársegéd — gyakornok — alorvos — segédorvos — egészségügyi főtanácsos — egészségügyi tanácsos — vagy egyéb és pedig :.....</i>
15. Ha hivatalnok - orvos, akkor milyen közület alkalmazottja?	<i>állam — város — vármegye — MÁV — posta — egyéb és pedig :.....</i>
16. Melyik betegpénztár, egyesület, bank, részvénytársaság vagy más intézmény orvosa?	
17. Hivatalos állása mellett folytathat-e magángyakorlatot?	<i>igen — nem</i>
18. Tényleg szolgálatot teljesít, vagy nyugállományban van?	<i>tényleges — nyugdíjas</i>
19. Mikor lépett a 15. pontban megnevezett közület szolgálatába?	évben
20. Ha nyugállományban van, mely évben nyugdíjazták?	évben

Kérdés	Felelet
21. Milyen szakorvos? Ha a 149.000/1924. N. M. M. rendelethen megnevezett két rokonszakkával foglalkozik, akkor mind a kettő megjelölendő.	belbetegségek — elmebajok — idegbetegségek — gyermekbetegségek — sebészet — testgyógyászat — hügy- és ivarszervi bántalmak — szülészet és nőgyógyászat — szemészet — orr- és gégebetegségek — fülbajok — bőr- és buja betegségek — fogászat — természetes gyógy módok (fizikoterápia) — Röntgen- és rádiumsugaras eljárások — kórszöveti és körvegyi vizsgálatok
22. Kizárólag csak szakorvosi gyakorlatot folytat?	
23. Orvosi műszerei milyen értékűek?	pengő
a) Van-e röntgenje?	van — nincs
b) Van-e kvarclámpája?	van — nincs
c) Van-e diathermia-készüléke?	van — nincs
d) Van-e laboratóriuma?	van — nincs
24. Magánrendelésén hány segéderővel dolgozik?	asszisztens.....asszisztensnő
25. Van-e műtőoklevele, tisztí orvosi, törvényszéki orvosi, egészségügytanári képesítése?	műtőoklevél — tisztí orvosi képesítés — törvényszéki orvosi képesítés — egészségügytanári képesítés
26. Atyja állásának (foglalkozásának) megnevezése?	
27. Mióta lakik Budapesten?	éve
28. Ha szolgálata folyamán költözött Budapestre, ideköltözése előtt hol szolgált utoljára?	vármegyeközség
29. A számlálólapon kitöltőjének vagy feleségének van-e háza, földje, földbérlete?	háza van — házrészre van — telke van (.....-öl) földbirtoka van (.....kat. hold) — földbérlete van (.....kat. hold)
30. Van-e életbiztosítása?	van — nincs
a) Milyen összegekről szóló?	pengő
31. Hány gyermeke van?	
Ezek közül iskolába jár?	
32. Ha házas (férjezett), van-e házastársának állandó foglalkozása?	van — nincs
33. Részesül-e családi támogatásban?	igen — nem
a) Ki részesíti családi támogatásban?	szülők — gyermekek — más hozzátartozók
b) Miben nyilvánul ez a támogatás?	természetbeni támogatás — készpénzsegély
34. Jegyzett-e hadikölcsönt?	nem — igen és pedig.....pengőértékben
35. Mennyi értéke vesztett el	pengőértékben
a) fixkamatotású értékpapírokban?	
b) életbiztosításban?	pengőértékben
c) takarékbetétekben?	pengőértékben
36. Mennyi honorárium-künnlevősége van?	pengő
Ebből előreláthatólag mennyi a behajthatatlan?	pengő
37. Mi címen lakik a lakásban?	tulajdonos — hasznélvező — főbérlet — családtag — albérlet — ágybérlet — egyéb és pedig.....

Kérdés	Felelet
38. Ha mint főbérlet lakik, akkor mennyi volt a lakásbére az 1930. évi májusi negyedben?	pengő
a) Egyszerre fizet vagy részletre?	egyszerre — részletekben
39. Hány helyiségből áll a lakása?	szoba,.....konyha,.....cselédszoba,.....előszoba,.....fürdőszoba,.....kamra,.....klozet.....egyéb
40. Van-e lakásában víz-, gáz-, villanyvezeték?	vízvezeték: van — nincs; gázvezeték: van — nincs; villanyvezeték: van — nincs
41. Hányan laknak a lakásban a számlálólap kitöltőjével együtt?	összesen:.....; ebből:.....családtag,.....albérlet,.....ágybérlet,.....háztartási alkalmazott.....vendég, egyéb és pedig:.....
42. Hány szoba van albérletbe kiadva?	
43. Biztosítva van-e a lakás tűz ellen s ha igen, milyen összegre?	nincs — van és pedig:.....pengőre
44. Biztosítva van-e a lakás betörés ellen s ha igen, milyen összegre?	nincs — van és pedig:.....pengőre
45. Vezet-e önálló háztartást?	igen — nem
46. Tart-e háztartási alkalmazottakat?	nem — igen és pedig:.....
47. Tart-e bejárónőt?	igen — nem
48. Ha albérlet, hány szobát vagy egyéb helyiséget bérlet?	szobát,.....konyhát,.....egyéb helyiséget és pedig:.....
a) mennyit fizet albérleti bér fejében havonként?	pengőt
b) mit kap ezért ellenszolgáltatásul?	lakást — fűtést — világítást — takarítást — reggelit — konyhahasználatot — fürdőszobahasználatot — mosást, egyebet és pedig:.....
49. Együtt van-e lakása a rendelőjével?	igen — nem
a) ha igen, akkor hány szobát használ a rendeléshez?	szobát
b) ha nem, akkor hány helyiségből áll a külön rendelője?	szoba,.....cselédszoba,.....előszoba
50. Hány órát rendel naponta	délelőtt.....órát délután.....
a) magánbetegeknek?	
b) pénztári, egyleti betegeknek?	délelőtt.....órát délután.....
51. Hány órát dolgozik naponta a szakirodalmi működésen kívül?	órát
52. Volt-e szabadságon az 1929. évben?	igen — nem
a) hány napig volt szabadságon?	napig

Kérdés	Felelet
53. Járt-e külföldön tanulmányúton?	<i>igen — nem</i>
a) államköltségen vagy saját költségén?	<i>államköltségen — saját költségén</i>
54. Tart-e autómobil, kocsit?	autómobil: <i>tart — nem tart</i> kocsit: <i>tart — nem tart</i>
55. Van-e telefonja?	<i>van — nincs</i>
56. Járat-e napilapot vagy folyóiratot?	napilapot: <i>igen — nem</i> folyóiratot: <i>igen — nem</i>
57. Van-e könyvtára?	<i>van — nincs</i>
58. Folytat-e szakirodalmi tevékenységet?	<i>igen — nem</i>
59. Hányszor vett részt orvosi továbbképző-tanfolyamon?	
a) legutoljára melyik évben?	
60. Tagja-e társadalmi vagy tudományos egyesületnek?	társadalmi egyesületnek: <i>igen — nem</i> tudományos egyesületnek: <i>igen — nem</i>
a) melyik tudományos egyesület tagja?	<i>kir. orvosegyesület — orvosszövetség — orsz. közegészségi egyesület — természettudományi társaság — orvosi kör — orvosi kaszinó — MONE — közkórházi orvostársulat egyéb és pedig:.....</i>
61. Volt-e hosszabb ideig tartó betegsége az 1929. év folyamán?	<i>igen — nem</i>
a) ha volt, mennyi ideig tartott betegsége?	<i>.....napig</i>
62. Megélhetésének biztosítására kénytelen-e betegen is gyakorlatot folytatni?	<i>igen — nem</i>
63. Volt-e katona?	<i>igen — nem</i>
64. Részt vett-e a világháborúban?	<i>igen — nem</i>
65. Nem lett-e rokkant?	<i>igen — nem</i>
66. Milyen hadikitüntetésekert kapott?	
67. Volt-e hadifogságban?	<i>igen — nem</i>
68. Tagja-e a vitézi rendnek?	<i>igen — nem</i>
69. Hány betege volt 1930. május hó 12-ől 18-ig bezárólag?	<i>.....pénztári.....magán</i>
a) fekvőbeteg?	
b) járóbeteg?	<i>.....pénztári.....magán</i>

lehetett elintézni. A kérdőívekhez két körlevelet mellékel a statisztikai hivatal. Egyiket a Budapesti Orvosok Szövetsége bocsátotta ki s abban az adatgyűjtést tagjainak szíves jóindulatába ajánlotta a következő szöveggel:

Igen tisztelt Kartárs úr!

A székesfőváros statisztikai hivatala által mellékelten küldött kérdőívet szíves jóindulatába ajánljuk, kérve, hogy annak minden egyes rovatát pontosan kitölteni méltóztassék. Nyomós okok szólnak a mellett, hogy az orvosok gazdasági helyzete statisztikai módszerekkel megfigyeltessék, hogy ezáltal az orvosok súlyos helyzetéről világos képet nyerjünk s így annak enyhítésére törekedhessünk.

A kérdőíveken név nem szerepel. A kérdőíveket a székesfőváros statisztikai hivatalának tisztviselői osztják ki, szedik be, de aki óhajtja, az a kitöltött kérdőívet a mellékelt borítékba zárva ajánlott küldeményként postán is beküldheti a székesfőváros statisztikai hivatalának. A feladóvevény a beküldés megtörténtét igazolja.

Budapesten, 1929. évi november hó 9-én.

**A Budapesti Orvosok Szövetsége
választmányának nevében:**

Grosch Károly dr. s. k.,
főtítkár.

Gerlőczy Zsigmond dr. s. k.,
elnök.

E mellé még a statisztikai hivatal az alanti saját körlevelét is hozzáfűzte:

385/1930. szám.

Körlevél

a Budapesti Orvosok Szövetségének tagjaihoz.

A világháború és az azt követő forradalmak nyomán fellépő gazdasági válság egyaránt rányomta bélyegét az egyes foglalkozási ágakra. Majdnem kivétel nélkül érzi a gazdasági helyzet elviselhetetlen béklyóinak szorítását a főváros valamennyi polgára és úgy a fizikai munkát végző, valamint az intellektuális pályák körében elhelyezkedő, egyaránt vivja az élet nehéz harcát.

A székesfővárosi statisztikai hivatal annak tudatában, hogy az egyes társadalmi rétegek nyomasztó helyzetét mindaddig gyökeresen orvosolni nem lehet, míg azokra vonatkozólag tárgyilagos és kimerítő statisztikai adatok rendelkezésre nem állanak: munkaprogramjába illesztette az egyes társadalmi osztályok szociális és gazdasági helyzetének statisztikai felmérését és megvilágítását.

A hivatal ezen törekvésének megvalósításában hathatos segítőtársakra talált az egyes társadalmi osztályok érdekképviselőiteiben, amelyek — tagjaik érdekében — mindent elkövetnek, hogy a felvételek sikerét biztosítsák. Így járt el a Budapesti Orvosok Szövetsége is, melynek választmánya az orvosokra vonatkozó adatgyűjtést elhatározta és annak sikerét a kari becsület és kari érdekek védelme alá helyezte. E célból a mellékelt felhívásban nyomatékosan felkérte a szövetség tagjait, hogy ezen nagyjelentőségű statisztikai adatgyűjtést minden tekintetben támogassák.

Az adatgyűjtést a statisztikai hivatal a legnagyobb diszkrécióval végzi és a számlálólapok kérdései között az adatszolgáltatók neve és lakása nem is szerepel. A felvételi

nyomtatványokat a hivatal alkalmazottai osztják ki és gyűjtik össze a számlálólapokhoz mellékelte és az adatszolgáltató orvosok által lezárt borítékokban. A számlálólapok a mellékelte borítékok felhasználásával a székesfővárosi statisztikai hivatal címére postán, ajánlott levélben is beküldhetők, aminek megtörténtét a feladóvevénnyel lehet a kérdőívről jelentkező alkalmazott előtt igazolni.

Hisszük és reméljük, hogy az adatgyűjtés révén az Orvosok Szövetsége komoly hivatalos anyag birtokába jut, melyre támaszkodva, sikerrel vívhatja meg azt a harcot, amelyet az orvosok gazdasági talpraállításaért folytat.

Budapesten, 1930. évi május hó.

Székesfővárosi Statisztikai Hivatal :

Dr. Illyefalvi I. Lajos s. k.,
igazgató.

A felvétel idején a szak- és napisajtó ugyancsak közölt cikkeket, melyek a felvétel szükségességét bizonyították s felhívták az orvosok figyelmét annak sikeres lebonyolításában rejlő hasznosságra. Az ilyen nagy körülményekkel és alapos előkészítéssel történt szervezés után bízni kellett az akció sikerében.

Az adatgyűjtés tényleg sikerrel végződött! Az 1900. évi felvétel óta az orvosi rendet megtörték a sanyarú gazdasági viszonyok s erősebb kollektív szemléletre ösztönözték. Az orvosi rend átértézte, hogy a begyűjtött anyagot nem ellene, hanem az orvostársadalom érdekében kívánják felhasználni s megbízott a szervezet titoktartásában is. A budapesti orvosok széles sorokban tettek eleget önkéntes kötelezettségüknek, amivel magas szellemi színvonalukról ékesen tettek bizonyosságot s valóra váltották azt a reménységet, hogy a felvétel eredményessége nem szenved hajótörést a közönyösség és érdektelenség sziklapartján. Az orvosok szociális és gazdasági helyzetének ilyen nagyméretű vizsgálata az első ilyen akció volt a művelt világon s így annak sikerét a nemzeti büszkeség és becsület is követelte. A kérdőlapok sűrű csoportokban érkeztek vissza a székesfőváros statisztikai hivatalához s az adatgyűjtés lezárása után örömmel állapítottuk meg, hogy 3510 szétküldött kérdőívből 2697 hűségesen kitöltve érkezett vissza, tehát a kérdőlapoknak kerekén 76%-a, vagyis háromnegyede. Az 1900. évi felvétel 13·6%-ban járt sikerrel, a harminc esztendővel később indult akció már 76·8%-ban. Ez a két viszonyszám határköve egyfelől az orvosi rend szociális gondolkodásában végbement haladásnak, másfelől egymagában is bizonyossága annak a nagy viharoknak, mely az orvosi egzisztenciák egész sorát az alapfalakig szétdúlta.

A 2697 kitöltött kérdőlapot, a nagy gonddal szervezett és nagy fáradtsággal végrehajtott adatgyűjtés eredményét a székesfőváros statisztikai hivatala féltő gonddal kezelte és hetvenegy pontban dolgozta fel. Az egyes pontok az összeíró lapok kérdéseire igazodtak egybevetve minden egyes kérdést a családi állapottal és az orvosi pályán töltött idővel, ami egyúttal

nagyjában korcsoport szerinti megoszlást takar. Ez a feldolgozott anyag a székesfővárosban a 20. század harmadik évtizedének végén élő orvosok demografiájának és szociografiájának valósággal kimeríthetetlen kódexe, melyből megrajzolhatjuk a sívár jelen képét s amelyből a tanulságokat leszűrve kereshetjük az utat a budapesti orvosi rend szebb és boldogabb jövője felé.

b) *Az orvosok demografiája.*

A trianoni katasztrófa óta nagy nyüzsgés folyik a magyar társadalomban! Régen kiegyensúlyozott egzisztenciák tömegesen omlottak össze s így a társadalom széles rétegeiben sokan kényszerültek arra, hogy régi foglalkozásukat feladják s más pályán keressék boldogulásukat. Ez a cselekvés egyesekre nézve bizonyára hasznosult, nagyrészen azonban nem eléghette ki nagyobb népcsoportok munkaéhségét s így végeredményben csakis a szociális jellegű belső vándorlást táplálta. A nehézségek hatóerejét a hivatalos statisztika által regisztrált népsűrűségi arányszámok mutatják, melyek szerint 1910-ben 64·6, 1920-ban 85·8 és 1930-ban 93·4 lélek élt Magyarországon négyzetkilométerenkint. Budapesten egy hektárra 1869-ben 14·5, 1880-ban 19·1, 1900-ban 37·7, 1920-ban 49·8 s végül 1930-ban 53·8 lélek jutott a székesfőváros népességéből. Ezek a konkrét eredmények alaposan megokolják, hogy az egyes társadalomcsoportokat a tömegmegfigyelés módszerével kutatás tárgyává tegyük, mert e nélkül szó sem eshetik társadalompolitikai asszanációról, aminek megindítását pedig a tornyosuló szociális bajok felette sürgetik.

A népesség tömörülése általában veszedelmes tolongássá fajult. Még ennél is inkább az értelmiség főcsoportjához tartozó társadalmi osztályok duzzadása kelt a szakemberek körében megdöbbenést. Ez a szociális betegség szellemi munkások túlprodukciója néven lett ismertté s azt ankétek, kongresszusok egész sora tárgyalta. A Magyar Országos Orvosszövetség 1930. évi szeptember hó 7-én Miskolcon tartott kongresszusán ezzel a problémával hosszan és érdekesen Mihalkovics Elemér foglalkozott, mikor különösen az aktuális helyzetet világította meg.¹⁾ Bizonyosága ez a tény annak, hogy az orvostúlprodukció Magyarországon is egyik főoka az orvosi rend válságának. Egy okkal több arra, hogy az orvosok topográfiai és demográfiai megoszlását behatóbb tárgyalás anyagává tegyük, mert ha eddig a kultúra egyik ismérvének mondtuk, ha minél magasabb volt az orvosoknak a népességhez viszonyított arányszáma; a legutóbbi évtizedben azonban az arányszám annyira felfelé tolódott, hogy az minden államban komoly aggodalmat kelt. A túl sok orvos azt jelenti, hogy túl sok a nyomorgó orvos, ki a létért keményen kénytelen küzdeni. Ilyen helyzetben pedig végtelenül óvakodni kell attól, hogy a beteg ember élet-halál harca: az orvosok egzisztenciális harcának tárgya legyen.

¹⁾ Dr. Mihalkovics Elemér: Az orvosi túlprodukció. M. O. O. Sz. 1930. 19. sz.

Az orvosok számáról néhány európai államban a következő adatok nyújtanak tájékoztatást (1926):

Állam	Népszám ezrekben	Orvosok száma	Orvosok száma ‰/ea
Anglia	44.000	40.160	1·0
Svájc	3.936	3.460	0·9
Dánia	3.000	2.500	0·8
Németország	63.000	47.715	0·8
Hollandia	7·500	4.884	0·7
Magyarország	8.750	5.850	0·7
Franciaország	40.743	25.700	0·6
Lettország	1.857	1.062	0·6
Csehország	13.600	7.500	0·6
Norvégia	2.600	1.400	0·5
Svédország	6.000	2.100	0·4
Jugoszlávia	13.200	3.700	0·4
Oroszország	144.000	38.000	0·3
Lengyelország	28.500	7.500	0·3
Finnország	3.500	856	0·2
Bulgária	5.500	1.300	0·2

A nemzetközi orvosszövetség adatai szerint a szegény Magyarország orvosainak a népességre vonatkoztatott arányszáma tekintetében tehát a gazdag Hollandia és a még gazdagabb Franciaország közé került a nemzetközi rangsorban. Alig kell bővebben magyarázni, hogy ez olyan túlzás, ami már közegészségügyi szempontból se előnyös. Annál fontosabb lesz ezekután az orvosi rend számszerűgyarapodását Magyarországon a multra nézve végigpillantani:¹⁾

Év	Orvosok száma	Orvosok száma ‰/ea	Évi szaporodás vagy csökkenés
1895	4.424	0·3	—
1901	5.091	0·3	+ 111
1906	5.176	0·3	+ 56
1911	5.458	0·3	+ 56
1913	5.758	0·3	+ 150
1917	4.829	0·3	— 186
1921	4.489	0·6	—
1923	4.850	0·6	+ 123
1925	5.716	0·7	+ 433
1926	5.850	0·7	+ 134
1927	6.727	0·8	+ 877
1928	7.403	0·9	+ 676
1929	7.745	0·9	+ 342
1930	8.196	1·0	+ 451

Az orvosok száma a történelmi Magyarországon 1895-től 1917-ig a szükségletekhez mérten, a közegészségügyi kívánalmaktól ugyan kissé elmaradva, de akként fejlődött, hogy a rend gazdasági válságának erősebb forrása nem lehetett. Az 1917. évben Nagy-Magyarországon 4829 orvos működött, igaz, hogy ez háborús esztendő volt, amikor sok orvos nem volt otthon, mégis szembeötlő, hogy a hivatalos statisztikai regisztrálás 1921-ben majdnem ugyanannyi orvost jegyzett fel az egyharmadára zsugorodott a csonka országban. Az ezer élőre számított arányszám 1917-től 1921-ig természetesen duplájára ugrott fel. Ezzel együtt kezdődik az orvosi rend létszámának amerikai méretű szaporodása, mely tíz esztendő alatt 82·6%-kal

¹⁾ Dr. Szél Tivadar: Egészségügyi statisztika. Budapest, 1930.

emelte fel a rend létszámát. Az évi szaporodás Nagy-Magyarországon se volt egyenletes, a csonka országban azonban ettől eltekintve is jóval magasabb nívón mozog s különösen 1926-ról 1927-re és 1927-ről 1928-ra mutat szédületes szaporodást, ami ugyan 1929-ben jóval visszaesett, de 1930-ban megint felfelé lendült.

Már az Országos Orvosszövetség 1900. évi adatközlése kiemelte, hogy helytelen és a szükségletekkel nem harmonizáló az orvosok topográfiai megoszlása Magyarországon. Szükségesnek látszott tehát, hogy harminc esztendő leforgása után az új helyzetet is megállapítsuk.

4. Az orvosok topográfiai megoszlása és halandósága Magyarországon törvényhatóságokint. 1929—1931.

Megnevezés	Népesség 1930	Orvosok száma						Orvosok halálózása					
		abszolút			‰			abszolút			‰		
		1929	1930	1931	1929	1930	1931	1929	1930	1931	1929	1930	1931
Magyarország.....	8.688.319	7.571	8.053	8.343	0·9	0·9	0·9	93	99	105	12·3	12·3	12·6
Budapest	1.004.772	3.344	3.510	3.642	3·3	3·5	3·6	36	38	38	10·8	10·9	10·5
Abauj-Torna vm.	91.428	33	40	36	0·4	0·4	0·4	—	—	—	—	—	—
Bács-Bodrog vm.	109.468	45	44	48	0·4	0·4	0·4	—	2	—	—	45·5	—
Baja tjt.	27.935	39	41	39	1·4	1·5	1·4	1	1	—	25·6	24·4	—
Baranya vm.	249.997	84	86	88	0·3	0·3	0·4	1	2	4	11·9	23·3	45·5
Pécs tjt.	61.663	131	130	163	2·1	2·1	2·6	1	1	1	7·6	7·7	6·1
Békés vm.	330.656	209	219	226	0·6	0·7	0·7	7	2	3	33·5	9·1	13·3
Bihar vm.	176.002	75	75	78	0·4	0·4	0·4	—	1	1	—	13·3	12·8
Borsod, Gümör és Kishont vm.	296.721	97	96	95	0·3	0·3	0·3	1	1	2	10·3	10·4	21·1
Miskolc tjt.	61.559	105	113	108	1·7	1·8	1·8	1	2	4	9·5	17·7	37·0
Csanád, Arad és Torontál vm.	174.318	95	95	97	0·5	0·5	0·6	2	—	—	121·1	—	10·3
Csongrád vm.	148.529	73	80	84	0·5	0·5	0·6	3	—	—	441·1	—	47·6
Hódmezővásárhely tjt.	60.342	54	62	65	0·9	1·0	1·1	1	1	—	18·5	16·1	—
Szeged tjt.	135.071	179	196	197	1·3	1·4	1·5	5	2	2	27·9	10·2	10·2
Fejér vm.	230.469	92	96	96	0·4	0·4	0·4	1	1	—	10·9	10·4	—
Székesfehérvár tjt. ...	40.714	60	61	67	1·5	1·5	1·6	1	2	—	16·7	32·8	—
Győr, Moson és Pozsony vm.	154.587	58	57	58	0·4	0·4	0·4	1	1	1	17·2	17·5	17·2
Győr tjt.	50.881	94	100	102	1·8	2·0	2·0	—	—	—	—	—	—
Hajdú vm.	178.523	77	77	82	0·4	0·4	0·5	1	—	—	13·0	—	—
Debrecen tjt.	117.275	195	212	226	1·7	1·8	1·9	5	—	3	25·6	—	13·3
Heves vm.	316.929	152	160	168	0·5	0·5	0·5	1	4	3	6·6	25·0	17·9
Jász-Nagykún-Szolnok vm.	412.509	220	227	232	0·5	0·6	0·6	1	4	1	4·5	17·6	4·3
Komárom és Esztergom vm.	179.121	93	100	97	0·5	0·6	0·5	—	—	2	—	—	20·6
Nógrád és Hont vm. ...	222.921	98	109	108	0·4	0·5	0·5	—	4	5	—	36·7	46·3
Pest-Pilis-Solt-Kiskún vm.	1.367.501	700	810	851	0·5	0·6	0·6	6	10	13	8·6	12·3	15·3
Kecskemét tjt.	79.467	59	60	57	0·8	0·8	0·8	1	2	1	16·9	33·3	17·5
Somogy vm.	385.635	172	192	202	0·4	0·5	0·5	1	3	—	5·8	15·6	—
Sopron vm.	143.366	39	44	46	0·3	0·3	0·3	1	1	1	25·6	22·7	21·7
Sopron tjt.	35.895	52	52	52	1·4	1·4	1·4	1	1	2	19·2	19·2	38·5
Szabolcs és Ung vm. ...	394.924	163	182	181	0·4	0·5	0·5	4	2	5	24·5	11·0	27·6
Szatmár, Ugocsa és Bereg vm.	149.642	46	50	53	0·3	0·3	0·4	1	—	—	21·7	—	—
Tolna vm.	269.194	121	135	142	0·4	0·5	0·5	2	1	1	16·5	7·4	7·0
Vas vm.	275.021	151	163	168	0·5	0·6	0·6	2	3	1	13·2	18·4	6·0
Veszprém vm.	243.700	118	130	133	0·5	0·5	0·5	2	1	2	16·9	7·7	15·0
Zala vm.	365.266	155	159	168	0·4	0·4	0·5	1	3	3	6·5	18·9	17·9
Zemplén vm.	146.318	93	90	88	0·6	0·6	0·6	1	3	1	10·8	33·3	11·4
Vármegyék	7.012.745	3.259	3.516	3.625	0·5	0·5	0·5	40	49	54	12·3	13·9	14·9
Tjt. városok	670.802	968	1.027	1.076	1·4	1·5	1·6	17	12	13	17·6	11·7	12·1

Az orvosok létszámát több forrásból állapíthatjuk meg, de az így összevetett adatok merőben eltérnek egymástól. A m. kir. központi statisztikai hivatal 1930-ban az orvosok létszámát 8196-ban állapította meg, ezzel szemben a 42. évfolyamában megjelent Pesti Alfréd-féle évkönyv 8053 orvost sorolt fel. A fenti tábla adatai a Pesti Alfréd-féle évkönyvből származnak, ami ugyan nem hivatalos kiadvány, de az orvosok halálozását csak ebből mérhetjük fel. A hivatalos évkönyvek ugyanis foglalkozás szerint a halandóságot nem bontják alapelemeire s közegészségügy cím alatt az orvos, gyógyszerész és baba halottakat együttesen jegyzik fel. A Pesti Alfréd-féle évkönyv szerint az orvosok száma 1929-től 1931-ig 772 fővel emelkedett, de ez a népességre vonatkoztatott arányszámot ($0.9^0/_{00}$) nem érintette. Jóval magasabb a törvényhatósági jogú városok arányszáma ($1.5^0/_{00}$) és Budapest indexe ($3.5^0/_{00}$), a vármegyéké viszont jóval mérsékeltebb ($0.5^0/_{00}$). A Budapesten és a törvényhatósági városokban való orvostömörülés tehát 1930-ban is igen kifejezett volt.

Az orvosoknak a lélekszámhoz mért arányszáma a törvényhatósági jogú városokban bennünket közelebből érint, miért is ezeket alant nem csak 1930-ban, hanem 1926-ban is felsorakoztatjuk:

Törvényhatósági jogú város	1926 Orvosok létszáma $^0/_{00}$	1930 Orvosok létszáma $^0/_{00}$	Emelkedés vagy süllyedés $^0/_{00}$
Budapest	2.8	3.5	+ 0.7
Pécs	2.5	2.1	— 0.4
Győr	1.5	2.0	+ 0.5
Miskolc	1.4	1.8	+ 0.4
Debrecen	1.5	1.8	+ 0.3
Székesfehérvár	1.4	1.5	+ 0.1
Baja	1.5	1.5	+ 0.0
Szeged	1.1	1.4	+ 0.3
Sopron	1.0	1.4	+ 0.4
Hódmezővásárhely	0.7	1.0	+ 0.3
Kecskemét	0.5	0.8	+ 0.3

A törvényhatósági városok orvoslétszámindexe 1930-ban Kecskemét kivételével elérte az $1.0^0/_{00}$ -et Anglia 1926. évi általános arányszámát. Jellemzőes továbbá, hogy csökkenés csakis Pécsnél mutatkozik, Baján változatlan az arányszám, egyebütt pedig általános az emelkedés s ebben is Budapesté az elsőség. Világos tehát, hogy az orvostömeg a törvényhatósági városokba, elsősorban Budapestre koncentrálódik. Az orvoskongresszusok felszólalásai-ból, szakközleményekből jól ismerjük, hogy az ország orvosokkal eléggé el van látva, helyesebben mondva a valóságot, mindenütt van már orvos, ahol meg tud élni. Vidékre ma már csak azzal a tudattal mehet a fiatal orvos, hogy esztendőig nyomorognia kell, míg megélhetéshez jut. A fiatalság általános véleménye az, hogy nyomorogni egyelőre még Budapesten is lehet, ahol jól forogva még hamarabb lehet valamiféle boldogító fixumot szerezni.

Ezzel szemben a külföldi államokban az orvosoknak nagyvárosokba tömörülése nem ilyen kifejezett. Néhány adattal ezt is illusztráljuk :

V á r o s	Népszám ezrekben	O r v o s o k s z á m a			e/ea 1930
		1928	1929	1930	
Budapest	1.005	3.110	3.241	3.436	3·5
Bécs	1.848			4.763	2·5
Berlin	4.296	6.071	6.314		1·5
Hamburg	1.116	1.612	1.669	1.728	1·6
Boroszló	528	1.104	1.043	1.155	2·1
Bréma	289	358	439	481	1·7
Magdeburg	298	449	453	447	1·5
Nürnberg	397	379	390	396	1·0
Lipcse	693	638	646		0·9
Amsterdam	759	613	625	629	0·8
Anvers	299	669	661		2·2
Brüsszel	211	363	347		1·6

Budapest messze kiemelkedik a fenti táblázatból 3·5⁰/₀₀-es arányszámmal. A hozzá legközelebb eső Bécs indexe messze elmarad Budapesté mögött. Berlinben egészen kiváló lehet ebben a tekintetben a helyzet, ha 1929-ben 1·5⁰/₀₀ volt az index. Boroszló arányszáma elég magas (2·1⁰/₀₀) s nagyon jellemző, hogy a német városok között Boroszlóból hangzik el az orvosok részéről a legtöbb panasz. Ebből következik, hogy az orvoslétszám indexe elég hűséges indikátora az orvosnyomornak.

A m. kir. központi statisztikai hivatal 1928. évi március hó 1-én ország-szerte számbavette a szellemi munkásokat, azzal a céllal, hogy a szellemi munkanélküliség mérvére vonatkozólag adatokat gyűjtsön.¹⁾ Ez alkalommal összesen 277.343 egyént írtak össze, kiknek foglalkozás szerint való megoszlása a következő volt :

F o g l a l k o z á s	Abszolút	%
1. Őstermelés	3.892	2·0
2. Bányászat és kohászat	1.060	0·5
3. Ipar	20.267	10·5
4. Kereskedelem	16.433	8·5
5. Pénz-, hitel- és biztosításügy	12.378	6·4
6. Közlekedés	15.637	8·1
7. Közszolgálat és szabadfoglalkozások	94.836	49·2
8. Véderő	3.124	1·6
9. Nyugdíjas és nyugalmabavonult	25.157	13·1
10. Egyéb	126	0·1
Összesen.....	192.910	100·0

A 7. pontban szereplő szellemi munkások között 6251 orvos adott be használható összeírólapot s ezek közül Budapesten élt 2757, azaz 44·1%. A Pesti Alfréd-féle évkönyv az 1928. esztendőről több orvost regisztrált :

¹⁾ Dr. Kovács Norbert : A szellemi munkások összeírása 1928-ban. M. kir. Központi statisztikai hivatal. 1930.

Magyarországon 7166-ot, Budapesten 3134-et, a kettő százalékos viszony-száma azonban 43·7%, ami igen közel esik a nagyszabású állami felvétel idevágó megállapításához. A felvétel eredményeire még később időnkint visszatérünk.

Már az eddig felsorakoztatott eredmények is megokolják, hogy a budapesti orvosok demográfiai viszonyait érdemes volt pontosabban megfigyelni. Amint említettük a székesfőváros adatgyűjtésében az 1930-ban megközelítő pontossággal 3510 orvos közül 2697 küldött vissza kitöltött lapot, tehát a budapesti orvosok 76·8%-a, több, mint háromnegyede. Ez az eredmény feljogosít bennünket arra, hogy a nyert eredményeket az ismert kereken 77%-ról az ismeretlen 23%-ra is óvatosan kiterjesszük. Felvételünk alaperedményeit következőképen foglalhattuk össze:

5. Az orvosok megoszlása nem szerint a székesfővárosban. — 1930.

Megnevezés	Nőtlen, hajadon		Nős, férjezett										Összesen	
			gyermek nélkül		1—2		3—4		5—		együtt			
					gyermekkel									
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Férfi	925	87·3	530	88·0	765	90·6	157	96·3	29	100·0	1.481	90·4	2.406	91·0
Nő	134	12·7	72	12·0	79	9·4	6	3·7	—	—	157	9·6	291	9·0
Összesen ...	1.059	100·0	602	100·0	844	100·0	163	100·0	29	100·0	1.638	100·0	2.697	100·0

Az orvosok túlnyomó többsége Budapesten férfi, bár a százalékos viszonyszám (91·0% férfi) egy árnyalattal alacsonyabb az országos felvétel eredményénél, amennyiben 1928-ban 6251 orvos közül 5787 (92·6%) volt férfi és 464 (7·4%) nő. A nők számaránya az orvosavatások statisztikájában a századunk második, háborús évtizedében emelkedett, mert míg az 1910—1911 tanévben 3, addig 1915—1916-ban 43 nőt avattak orvostudorrá. A világháború után arányuk megint csökken, amennyiben a nőorvossá avatások száma 1920—1921-ben még 21, 1925—1926-ban már csak 14 volt. Ha a nők arányát az orvosi pályán való működés kombinációjában elemezzük, akkor kitűnik, hogy a húsz esztendőnél régebben működő orvosok között 2·6%, 15—20 éve működők között 6·3%, a 10—15 éve működők között 16·9% s az 5—10 éve működők között 14·0% volt a nők részvétele. A maximum a 10—15 éve működők csoportjára esik, tehát megfelel a háborús periódusnak.

A népesség családi állapot szerint való megoszlását 1930-ban még nem ismerjük, különösen nem korcsoporttal való kombinációban s így csak annak felemlítésére szorítkozhatunk, hogy Budapest orvosainak 60·8%-a volt nő vagy férjezett, beleértve az özvegyeket és elváltakat is és 39·2%-a volt nőtlen, illetőleg hajadon. A férfiak 61·7% volt nős, a nők között csak 54·0% férjezett, ami az orvosnőknek az anyakönyvi hivataltól való lemaradását iga-

zolja. Az orvosi hivatás nehéz s aránylag csak keveseknek adatik meg, hogy foglalkozásuk mellett a háztartást is adminisztrálhassák. Az országos felvétel szerint 1928-ban házassok aránya általában alacsonyabb volt 58·5%, viszont valamivel magasabb az orvosnők csoportjában s ebből következik, hogy inkább vidéken élnek a férjezett orvosnők, mint Budapesten, ahol nemcsak a magán-élet, hanem a hivatás gondjait is megosztják férjükkel. Általában az orvosnők kis töredékét teszik az orvosi rendnek!

A gyermekáldás nem nagyon gyakori a budapesti orvoscsaládokban! A házasságban élt orvosok 37%-a volt gyermektelen, 51%-ának egy-két gyermeke, közel 10%-ának három-négy gyermeke s csak 29 orvos akadt, akinek öt vagy több gyermekről kellett gondoskodnia. Az orvosnők házassága meg épen mentes a gyermekgügyögéstől, mert 46%-ban meddő és csak 3·5%-ban három vagy négygyermekes.

Az orvostársadalomban felvételünk szerint nem magas az özvegyek aránya, mert míg a népességben 1920-ban 7·3% volt özvegy, addig az orvosok között csak 1·7%. Az elváltak arányában már az orvosok »javára« mutatkozik eltolódás és pedig a népesség 1·0%-áról (1920) 2·7%-ra. Aki az orvosi pályára lép az nem gondolhat korai családalapításra. Ezt a tételt felvételünk mindenben igazolja, mert a nőtlenek, hajadonok aránya az orvosi működés tartamának emelkedésével is csak lassanként esik lefelé. Imígyen:

	Orvosi pályán működik					
	—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—
Nőtlen, hajadon (%) ...	83·0	62·2	49·3	25·6	21·8	12·5

Ebből azt kell következtetnünk, hogy az orvostársadalomban sok aggregénynek kell lennie. Az örökös izgalommal, állandó permanenciával és tanulással járó orvosi foglalkozás nem alkalmasít a családi életre. Ebből magyarázható az a tény is, hogy az orvosházasságoknak általában 36·7% volt gyermektelen.

Felvételünk adatai szerint Budapest népességét aránylag fiatal orvosok gyógyították, hacsak fel nem tételezzük, hogy épen az öregek húzódtak távol az adatszolgáltatástól. Korcsoportok szerint a megoszlás százalékokban a következő volt:

Korcsoport	—30	30—40	40—50	50—60	60—
Százalék	11·0	46·6	18·2	10·6	13·6

Budapest orvosainak zöme, 57·6%-a negyven esztendőn aluliakra esik, ami egymagában is az utóbbi évtized veszedelmes orvostúlprodukciónak bizonyítja. A régi idők normálisnak mondható természetes váltógazdaságát íme néhány esztendő leforgása alatt valóságos megrohanás mosta el. Hogy ennek a jelenségnek milyen közelebbi okai voltak, arra még később visszatérünk.

Az 1928-ban végrehajtott országos felvétel eredményeiből örömmel kell kiolvasnunk, hogy a fiatal orvosok tekintélyes része mégis kiment a falura. Ezt a megállapítást a következő eredmények támogatják:

Korcsoport	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—
Orvosok megoszlása (%)	27·0	42·8	13·2	9·6	6·5	0·9

Az országos viszonylatban jóval magasabb (27·0%)-a fiatalok aránya, mint Budapesten (11·0%), tehát több fiatal orvos talált vidéken munkakört és kenyeret.

A budapesti anyag körültekinthető feldolgozása lehetővé teszi, hogy a családi állapot és korviszonyok korrelációját is megfigyeljük:

Korcsoport	—30	30—40	40—50	50—60	60—
Nőtlen, hajadon (%)...	25·0	56·6	9·6	4·7	4·1
Házass, férjezett (%)...	1·9	40·0	23·9	14·6	19·6

Ebből a csoportosításból is kitűnik, hogy a legkedvezőbb korban, harminc esztendőn alúl milyen feltűnően alacsony a házasságban élő orvosok és orvosnők aránya. Csak a harminc-negyven évesek rovatában emelkedik az arány, amikor pedig legjobb esetben is csak három gyermek születése várható. Ilyen körülmények között az orvoscsaládok nem lehetnek népesedési szempontból produktívak.

A világháború megbolygatta a magyar fiatalság életét, mert esztendőkre kiemelte az ifjúság javát az egyetemekről s csak későn — ha egyáltalában — négy-öt esztendő után bocsátotta vissza. Ezt a zavaros állapotot adatgyűjtésünk hűsége sen visszautkrözi, mert feltünteti, hogy sok orvos már meghaladott korban lépett pályájára. A 30 évesek zöme három esztendeje praktizált 1930-ban, a 40 éveseké már 5—15 év óta, a 45 éveseké 15—20 év óta s végül az 50 éven felüliek majdnem kizárólag több, mint húsz éve működtek az orvosi pályán. És mégis akadt 18 negyven éves orvos, aki csak alig 3 esztendeje, 35, aki csak 3—5 esztendeje és 222, aki csak 5—10 esztendeje folytatott gyakorlatot. Ezek voltak azok az orvosok, kiknek tanulmányi idejét úgyszólván derékban törte ketté a világháború.

A budapesti orvosok korösszetételének megváltozásával szervesen összefügg az az eredményünk, hogy azok legnagyobb csoportja 50·8%-a az 1910—1924. években fejezte be egyetemi tanulmányait. A részletesebb indexszámokon is érdemes végig síklani:

Évcsoport	—1889	1890—1899	1900—1909	1910—1914	1915—1919	1920—1924	1925—1930
Végzett orvosok száma (%)	5·5	21·8	2·0	12·2	13·2	25·4	19·2

Az 1930-ban működött budapesti orvosok 41·5%-a a még a világháború előtt, 13·2%-a a világháború alatt és 44·6%-a már utána végzett. Érdekes az orvosi pálya favorizálásának hullámszáma! A múlt század végén a közegészségügyi fellendülés erős vonzást gyakorolt az ifjúságra, amit a 20. század elején

a gazdasági élet megtorpanása és a magyar közegészségügy haladásának ellankadása fékezett le. A világháború előszele ismét az egyetem kapuja felé terelte a középiskolát végzett ifjúságot s annak felvonulása később valószínűsággá rohammá fajult.

Látva azt a mindjobban növekedő társadalomcsoportot, mely Budapest népességének egészségét szolgálja, most már fel kell vetnünk azt a kérdést is, hogy honnan származnak a székesfőváros orvosai? Felvételünk adatai szerint 1930-ban Budapest orvosai születéshely szerint százalékokban így tagozódtak:

Csonka-Magyarország	Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye	Budapest	Elcsatolt országrészek	Európa többi részei	Ismeretlen
69·1	6·4	32·4	28·5	1·5	0·9

Csak 23 orvos nem adott erre a kérdésre választ s így az anyag elég teljes. Míg a népességnek 1925-ben 39·4%-a volt bennszülött, addig 1930-ban az orvosoknak csak 32·4%-a, alig egyharmada. Már közel 40%-a Budapesten és a körülötte fekvő Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegyében született, kikre részben a székesfőváros szívó hatása legközvetlenebbül érvényesült. Az elcsatolt országrészekből származóan közel olyan orvostömeg telepedett le Budapesten, mint amilyen helyben született. Ezek között szerepelnek a menekült orvosok, de valószínűleg nem sok. Ha pedig a születés hely szerint csoportosított anyagot az orvosi pályán való működés tartamával párhuzamosan vizsgáljuk, akkor az a benyomásunk, hogy a helyben születettek aránya emelkedik, mert a 0—3 éve működők között 37·5%, viszont a 20 évnél régebben praktizálók között csak 26·9%. Ezzel szemben az elvesztett területek kapcsolata idők folyamán meglazul, amennyiben az öreg orvosoknak még 34·4%-a született a megszállott országrészekben, a legfiatalabbaknak pedig csak 22·2%-a s a csökkenés elég folyamatos, ami igazolja, hogy az évezredek kötelekeit erőszakkal is csak lassan lehet szétbontani. A Budapest körüli vármegyében szülöttek aránya ennek folytán az öregebből a fiatalok felé ugyancsak emelkedett 4·8%-ról 7·5%-ra. Mindezekből azt a következtetést kell vonnunk, hogy a helyben született orvosok aránya valószínűleg azért is emelkedik, mert a fokozódó gazdasági nehézségek miatt inkább azok tudnak elhelyezkedést találni, kiket már amúgy is családi hajszálgökök kötnek a székesfőváros talajához.

Még érdekesebbek azok az eredmények, melyek a budapesti orvosoknak közelebbi, az egyes társadalmi kategóriák szerint megállapított származását illusztrálják. Az orvosok, ügyvédek és mérnökök szociometriás adatgyűjtéséből ezt az anyagot Laky Dezső professzor már előre kiemelte és fényes okfejtéssel taglalta.¹⁾ Az idetartozó eredményeket annak a kérdőpontunknak válaszaiból állítottuk össze, mely az orvosokat atyjuk foglalkozása tekintetében examinálta. Erre a kérdőpontra már aránylag kevés válasz érkezett s az ismeret-

¹⁾ Dr. Laky Dezső: Adalékok Budapest társadalmának összetételéhez. Városi Szemle. 1932. 1. sz.

lenek rovata már 21·8%-ra emelkedett, tehát minden ötödik orvos adós maradt a válasszal. Rá kell tehát mutatnunk a szociális adatgyűjtésnek arra a hibaforrására, mely minden titkosság biztosítása mellett is előretör az adatszolgáltatók érzékenységeből. »A gyermek restelli bevallani atyja foglalkozását és nem szívesen gondol arra a társadalmi rétegre, melyből kiemelkedett, holott a társadalmi közösség szemében értéke csak fokozódik akkor, ha az akadályokat leküzdve, magasabbra kúszik fel, mint ahol atyja állott.« A hivatás öröklődése legerősebb volt az orvosi rendben, amennyiben az orvosok 9·0%-ának apja is orvos volt, az ügyvédek megfelelő aránya csak 7·8%, a mérnököké meg épen csak 5·2% volt. Az 1930-ban foglalkozási főcsoportok szerint megállapított százalékos viszonzyszámok ezt a képet tájálják fel:

Foglalkozási főcsoportok	Östermelés	Bányászat	Ipar	Keresk. és hitel	Közlekedés	Közigazgatás	Igazságügy	Tanügy	Közegészségügy
Orvosapák aránya (%)	6·5	0·2	7·1	15·2	2·2	5·5	4·2	5·3	10·2

Foglalkozási főcsoportok:	Irodalom és művészet	Mérnök, építész, vegy.	Egyéb értelmiség	Védőerő	Nap-számos	Szolga, cseléd, hordár	Nyugdíjas
Orvosapák aránya (%).....	0·5	1·6	1·2	0·6	0·0	0·2	9·6

Foglalkozási főcsoportok:	Vagyonából élő	Magántisztviselő k. m. n.	Egyéb foglalkozású	Ismeretlen
Orvosapák aránya (%)....	3·2	4·4	0·5	21·8

Az őstermelés rovatának arányszáma elég magas, ami szorosan összefügg azzal a fentebbi megállapításunkkal, hogy Budapest orvosai között sok a bevándorolt. Meglepő, hogy az orvosok 22·3%-ának apja iparral, kereskedelemmel és hitellel foglalkozott. Úgy látszik ennek a társadalomcsoportnak nagy a felfelé törekvő energiája, mert ebből származott 1930-ban a mérnökök 28·4%-a, az ügyvédeknek meg épen 33·4%-a, kereken egyharmada. A közigazgatásban és az igazságügy szolgáltatában álló apák fiai közül tíz százalék állott be az orvosok rendjébe. A nyugdíjasok rovatában látható magas arány is ezzel áll összefüggésben. Jellegetes, hogy az orvosapák aránya messze elmarad a kereskedőapáké mögött, ami a hivatásöröklés alkonyának bizonyága. A még részletesebb adatokból kiolvashatjuk, hogy úgy az iparban, mint a kereskedelemben az önállók rovatába tartoztak az orvosapák.

Még tanulságosabb az az adattárunk, mely az orvosapák foglalkozását az orvosfiú működésének időtartamával veti egybe. Az őstermelés aránya a fiatal és öreg orvosok között alig változott (6·8—8·7%). Hasonlóképpen kicsi az eltolódás az ipar főcsoportjában is (5·2—8·5%). A kereskedelem és hitel főcsoportjában rejlő arányszámok már határozott csökkenést rögzítenek, mert a 10—20 éve praktizáló orvosoknak még 16·3—19·9%-ban a 3—5 éve működőknek már csak 12·8—15·2%-ban volt az apjuk kereskedelemmel és hitellel foglalkozó. Valószínűleg ez az 1920 : XXV. t.-c. szigorú végrehajtása-

nak következménye! Valamint csökkent az orvosi rend hivatásszerete is, mert a magasabb korú orvosok között a foglalkozás öröklésének aránya 9·8—12·4% volt, a fiatalabbak között pedig 8·3—8·5%. Nagyon kiemelkedik a nyugdíjasok főcsoportjában az orvosfiúk működési időtartamához mért arányszámok felkúszása. A régi orvosoknak alig 1·7%-ban volt apja nyugdíjas, a fiataloknak már 18·7%-ban. A sok idő előtt nyugdíjazott közhivatalnok nyomát kell az itt besorozott indexekben megtalálnunk.

A régi idők orvosdinasztiái — úgy látszik — kihalnak s az orvosok meleg hivatásszeretete is elkopik az örökös permanenciában, az életnívóért folytatott kemény harcban s így az orvosi rend is osztályosává válik a társadalmi rétegek újkori erős keveredésének, mely a pályacserében keresi a könnyebb boldogulás lehetőségeit.

Különösen a művészek rajzottak át a világháború után az országhatáron s kerestek tehetségüknek érvényesülési teret. Egyes külföldi államokban, főleg Németországban olyan nagy volt a bevándorlás, hogy a helybeliek lázadó követelésére a Monroe elvet kezdik érvényesíteni, hogy ezáltal a külföldi konkurrenciát letörjék. A budapesti orvosok sorsán az idegen állampolgárságú orvosok kitelepítése se segítene; mert 1930-ban csak 1 csehországi és 1 németországi állampolgárságú orvos működött Budapesten. Megfigyelésre érdemes azonban, hogy mindakettő csak alig három esztendeje működik s lehet új fecskéje egy meginduló beáramlásnak.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem vonzóereje erős tényezője az idegenből származó orvosok Budapesten való intenzívebb letelepedésének. A vidékről az egyetemre került orvostanhallgató belekóstol a nagyvárosi élet előkelőbb szellemi és mindenekfelett luxuriózusabb életébe s azt már nehezebben tudja elhagyni. Budapest orvosainak 86·4%-a a székesfővárosban szerezte oklevelét, elenyésző csekély töredékei Szegeden és Debrecenben (1·1 és 0·4%). Mégis 183 orvos akadt, kinek diplomája Pécsen kelt (6·8%). Az oláhok által lefoglalt kolozsvári egyetem Budapest orvosai közül 68-nak adott diplomát (2·5%-a) s a rövid néhány esztendőig magyar imperium alatt működött pozsonyi egyetemnek két oklevele nyújt jogalapot orvosi gyakorlatra Budapesten. A magyar orvosképzés előkelő fejlettségét igazolja, hogy aránylag kevés, csak 72 orvosunk szerzett külföldön oklevelet, az orvosoknak alig 2·8%-a. Ha most már ezt az anyagot vizsgáljuk a gyakorlat időtartama szerint, akkor kiderül, hogy a 10—20 éve praktizáló orvosoknak kevéssé 96%-a szerzett Budapesten oklevelet s abból 4·0%-kal a kolozsvári egyetemen végzett orvosok részesedtek. A tíz esztendőnél rövidebb idő óta működő orvosok között már megváltozott a helyzet, mert a budapesti egyetemen oklevelet nyert orvosok száma visszaesésű volt először az 5—10 éve működők között 93·7%-ra, a 3—5 éve működők között 74·6%-ra, majd a három esztendőnél rövidebb ideje praxisban levők között 65·5%-ra. A budapesti egyetemi oklevél lassan elvesztette egyeduralmát s adataink szerint

ezt a pécsi egyetemről származó oklevelek előretörése okozta, mert a szegedi és debreceni egyetemről kiállított oklevelek szaporodása csekély s a külföldi egyetemeké se emelkedett. A 3 évnél rövidebb ideje működő orvosok 30·0%-a, a 3—5 esztendeje praktizálók kereken 20·0%-a nyert Pécsen oklevelet. Valószínűnek kell tartanunk, hogy a budapesti egyetemről kiszorult orvostanhallgatók nagy részét a pécsi egyetem orvosi fakultása vette pártfogásába.

A székesfőváros statisztikai hivatala által 1930-ban végrehajtott adatgyűjtés Budapest orvosainak azt a kérdést is feltette, hogy mióta tartózkodnak Budapesten. Erre a kérdésre majdnem mindegyik orvos válaszolt s kitűnt, hogy születése óta 2697 orvos közül 785, tehát 29·1% élt állandóan Budapesten. Az orvosi rendnek körülbelül fele (48·2%) már 10—40 esztendeje a székesfőváros állandó lakosa volt. Ennek az anyagnak a foglalkozás időtartamával való kombinációjából azt az érdekességet hámozhatjuk ki, hogy akadt 22 olyan húsz esztendőnél régebben működő orvos, ki csak 5—10 esztendeje lakott a székesfővárosban és 37 olyan, aki csak 10—15 esztendeje. A menekültek számát tehát 60-nál okvetlenül kisebbre kell taksálnunk. A tényleges szolgálatban álló 1096 közhivatalnokorvos közül 79·4, kereken 80% állandóan Budapesten működött. A húsz esztendőnél régebben működőknek 17·7%-a, vagyis 53 orvos az elszakított területen működött előzőleg s a 15—20 éve praktizálók 7·3%-a, 8 orvos, ami megerősíti azt a feltevésünket, hogy a Budapestre menekült és még 1930-ban is gyakorolt orvosok száma körülbelül 60 lehet.

A trianoni békeszerződés Magyarországot úgyszólván homogén nemzeti állammá tette. Hatvan esztendő alatt Budapest is teljesen magyar várossá változott, mert míg 1880-ban 56·7%, 1900-ban 79·6%, 1910-ben 85·9%, addig 1930-ban már 94·3% volt a magyarság arányszáma. Anyanyelvét illetőleg felvételünk alkalmával az orvosok majdnem kivétel nélkül vallomást tettek. E szerint az orvosok között még magasabb (98·2%) a magyarság aránya, mint az össznépsességben. Az idegen anyanyelvűek aránya elhanyagolhatóan csekély s így meg kell állapítanunk, hogy az orvosi rend a székesfőváros népségének egyik legteljesebben magyar anyanyelvű kategóriája. És ebben a tekintetben nincs eltérés a fiatal és öreg orvosok között se.

Budapest orvosainak hitfelekezetek szerint való tagozódása egyáltalában nem követi a népség hitfelekezetei szerint való megoszlását. Az 1930. évi népszámlálás idevágó eredményeire támaszkodva a következő képet nyerjük:

Hitfelekezetek	Róm. kat.	Ág. ev.	Ref.	Izr.
Népségben (%).....	60·7	5·0	12·1	20·3
Orvosi rendben (%).....	37·6	7·6	10·4	42·2

Csak a reformátusok aránya egyezik körülbelül a népségben mért viszonysszámmal, az ágostai evangélikusok és izraeliták aránya magasabb, a katolikusoké alacsonyabb mint azt a népszám szerint számítanánk. Jellemző, hogy

a sokgyermekes orvosok legnagyobb tömege volt katolikus (58·7%), viszont ugyanebben a kategóriában a protestáns hitfelekezetek számaránya (10·3%) még az izraelitáénál (17·3%) is alacsonyabb. Az 1928. évi március hó 1-én végrehajtott összeírás a következő eredményeket találta:

Hitfelekezetek	Róm. kat.	Ág. ev.	Ref.	Izr.
Orvosok aránya (%).....	38·8	7·3	13·4	38·1

Ezek az arányszámok nem sokban térnek el a székesfővárosi felvétel alkalmával kiszámoltaktól, legfeljebb annyi az eltérés, hogy a reformátusok aránya annyit emelkedett, amennyit országos vonatkozásban az izraelitáké csökkent.

A székesfőváros orvosainak demográfiáját a hitfelekezetek kombinációjában tanulságosan világítják meg a működés tartamához csoportosított arányszámok.

Hitfelekezetek	Orvosi pályán működik évek szerint					
	—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—
Római katolikus	50·0	39·9	42·7	29·1	30·1	32·6
Ágostai evangélikus ...	4·8	9·3	8·0	6·1	5·5	9·6
Református	11·2	9·6	11·7	10·7	9·7	9·3
Izraelita	31·5	39·2	35·8	51·4	52·3	45·9

A fenti arányszámok bizonyára az 1920: XXV. t.-c. hatása folytán alakultak ki, mert míg az izraeliták aránya az öregebb orvosok között 45·9—52·3% volt, addig a fiatalok között csak 31·5—39·2%. Az apadás igen kifejezett s azt a katolikus orvosok erőteljes, a református orvosok mérsékeltebb előretörése kompenzálta. Ezt az adatcsoportot helyesnek kell tartanunk, mert a kérdőívnek ezt a pontját csak a megfigyelt orvosok 0·5%-a nem töltötte ki.

Az orvostudomány a természettudományok sorába tartozik, amelynek nemzetközi jellegéhez szó se férhet. Nemzetközi jellegű tudományos ismereteket pedig idegen nyelvek tudása nélkül megtanulni és művelni nem lehet. A budapesti orvosok magas műveltségének bizonyossága, hogy az 1930-ban végrehajtott felvétel tanúsága szerint csak az orvosok 5·9%-a nem beszélt idegen nyelvet. Egy idegen nyelven beszélt az orvosok 40·9%-a, két nyelven 31·3%-a, három nyelven 16·4%-a s ennél is több nyelvismeretet szerzett 5·5%-a. Akadt még 1 olyan orvos is, aki nyolc idegen nyelvet sajátított el. A nemzetiségi vidékek leszakadásával magyarázható, hogy a fiatalok között jóval magasabb (15·0%) az idegen nyelvet nem beszélők aránya, mint az öregek között (3·3%). Ezzel szemben egy idegen nyelven értők aránya a fiatal korcsoportban emelkedett 33·3%-ról 47·7%-ra. A több idegen nyelv birtoklásában azonban már megint az öregeké az elsőség. Az öregebbek az élet nyugodtabb atmoszférájában több időt tudtak erre fordítani. A budapesti orvosok nyelvismeretének elbírálásában azt se szabad figyelmen kívül hagyni,

hogy elég sok orvos vándorolt ki az utóbbi tíz esztendőben, kik ezzel mind az idegen nyelveket tudók arányszámát rontották.

Az orvosi foglalkozás egész embert kíván s teljes odaadás szükséges ennek a hatalmas diszciplinának elsajátításához is. Kevesen vannak Budapest orvosai között olyanok, kik győzték idővel, költséggel és munkaenergiával s az orvosi diplomán kívül még más oklevelet is szereztek. Az meg az orvosképzés gyakorlati rendje mellett egyenesen ki van zárva, hogy az orvostanhallgató egyidejűleg más tanulmányokat is folytasson. Az adatgyűjtésben aktíve résztvett 2697 orvos közül csak 31 akadt, kinek más oklevele is volt (1·1%). Kiemelkedik ezek közül az a 17 orvos, kinek az orvosi diplomán kívül tanítói oklevél volt birtokában. Jog- és államtudományi oklevelet összesen 3 orvos szerzett. A több diplomával rendelkező orvosok azok között foglalnak helyet, akik rövidebb idő óta működnek az orvosi pályán : a 31 többokleveles orvos közül 23 kevesebb, mint tíz esztendeje praktizált.

Az összes eddig felsorakoztatott adatainkból szembeszökően emelkedett ki az a tény, hogy Budapesten nemzetközi viszonylatban is sok orvos tömörült össze és hogy az orvosok száma annyira emelkedik, hogy ezt már komoly foglalkozásetikai ártalomnak kell tekintenünk. Ezt a túlprodukciót az egyetemek alimentálják.

Már a világháború előtt fanatikus ostrom indult meg az értelmiségi pályák felé s ebben nemcsak régi elemek, hanem egészen új elemek is mozgásba léptek. A háború után ez a folyamat csak erősödött, mert mindenki a legmagasabb képesítésre törekedett abban a hitben, hogy ezzel elhelyezkedését és boldogulását elősegíti. Különösen az orvosi fakultások felé indult meg a fiatalság, az orvosi foglalkozást, nagyon tévesen, még mindig lukratívnak tartva. Ennek illusztrálására emelünk ki Laky Dezső kiválóan értékes munkájából¹⁾ néhány adatot, melyek a magyar egyetemi hallgatók létszámának emelkedéséről tájékoztatnak :

Tan év ötöd	Hallgatók összes száma	Orvostanhallgatók száma	Joghallgatók száma	Műegyetemi hallgatók száma
1870—1875	4.728	574	3.087	598
1880—1885	4.721	1.068	2.442	497
1891—1895	5.607	1.025	3.075	771
1900—1905	10.233	842	6.080	1.442
1910—1915	11.893	2.836	5.354	1.919
1920—1925	15.126	4.429	3.781	3.469
1925—1930	12.778	2.466	4.893	1.680

Az egyetemi ifjúság létszáma háromszorosára szökött fel, de míg a joghallgatók száma csak 58·5%-kal gyarapodott, addig az orvostanhallgatók létszámemelkedése 329·6%. Míg a hetvenes, nyolcvanas években az orvosi diploma kenyeret is jelentett, addig manapság csak nagy harcot,

¹⁾ Dr. Laky Dezső : A magyar egyetemi hallgatók statisztikája. Magyar Statisztikai Közlemények. 1931. és Az értelmiség válságának gazdasági és társadalmi háttere. Társadalomtudományi füzetek. 1931 : 14—16. sz.

melynek árán egy falatot lehet leszelni a már működő orvosok száraz kenyéréből. Négy egyetem ontja az orvosokat, holott a szükséglet aránylag csekély. Munkánkban ebben a fejezetében közölt táblázat kimutatta, hogy Csonka-Magyarországon esztendőnkint átlag 100 orvos elhalálzására lehet számítani. Arra, hogy mint régen, egyesek visszavonulnak, már aligha építhetünk, mert az öreg orvosok vagyona is elégett az infláció görögtüzében s így addig kénytelenek dolgozni, ameddig bírnak. Tehát nagyjából az évi orvosszükségletet legfeljebb 120-nak lehet kalkulálni. Ezzel szemben Flesch Ármin jeles előadásában kimutatta, hogy a magyar egyetemek oklevél-produkciója félelmetes magasra emelkedett. Imígyen:

Tanév	Orvosi oklevél	Jogi oklevél	Műegyetemi oklevél
1913—1914	414	448	375
1921—1922	463	541	400
1922—1923	597	504	446
1923—1924	681	425	478
1924—1925	670	410	603
1925—1926	414	488	484
1926—1927	681	418	455
1927—1928	643	506	452
1928—1929	540	615	411
1929—1930	488	578	356
1930—1931	425	707	422
1921—1931	5.602	5.192	4.507

A magyar egyetemek kevesebb jogi oklevelet adtak ki, mint orvosit, annak ellenére, hogy a jogi oklevél messzemenően szélesebbkörű elhelyezkedésre képesít: a közszolgálattól a bankokon át az ügyvédi és bírói foglalkozásig, mint az orvosi diploma. Hasonlóképpen jóval kisebb volt a technikus diplomák szaporodása is. Ha most elismerjük, hogy Csonka-Magyarországon évente átlagban 100 orvos hal meg, akkor az 1921/1922—1925/1926. tanévekre 500 halálesetet kell számítanunk. Tehát valósággal megfoghatatlan, hogy az 500 a természet rendje szerint a praxisból kilépett orvos helyébe 2825 nyerjen elhelyezkedést. Adataink szerint az 1926/1927. tanévtől az 1930/1931. tanévig 2777 orvosi diplomát produkáltak a magyar egyetemek, ami erre az évtödre 2277 többletet jelent. Ezek szerint a legutóbbi teljes évtized többletprodukciónak 4602, a praxisért tolongó orvos reprezentálja. Ennek a többletnek jelentékeny zöme Budapesten telepedett le s leste fokozódó aggodalommal, sőt idő multával kétségbeesve az elhelyezkedés lehetőségét. Világosan demonstrálják ezek az adatok, hogy orvosképzésünk túlméretezett s a szükségletet maga az ősegyetem is fedezni tudná. A hiba abban van, hogy a hallgatóság megoszlása nem racionális, mert a vidéki egyetemek hallgatólétszámának a budapestiek rovására való emelkedése a tanítás intenzitását és belső értékét nagyban növelné. Ezt azonban egyéb okok mellett a gazdasági nehézségek is elfojtják.

Ezzel a budapesti orvosok demografiáját az 1930-ban végzett adatgyűjtés eredményeire támaszkodva feltártuk. A sok adat közül is dermesztően meredt eléink az a tény, hogy a magyar orvosok hallatlan méretű túlprodukciójával állunk szemben, mely méreteivel és arányaival legkifejezettebben, sőt legveszélyesebben a székesfőváros orvosainak egzisztenciáját fenyegeti.

c) Az orvosok lakásvizonyai 1930-ban.

A lakáskérdés a társadalompolitika egyik legégetőbb problémája! A domasztikáció ténye óta a társadalmi békének egyik legfőbb követelménye, hogy minden embernek megfelelő és egészséges lakása legyen. A kapitalizmus és szocializmus hatévtizedes küzdelme alatt se sikerült elérni, hogy a bérviszonyok a legelemibb létfeltételek egyikének kielégítésére módot nyújtsanak. Az idültté nehezedett gazdasági pangás a megindult javulás megakadályozásával fenyeget, annak eillenére, hogy a probléma megoldása ma már a népjóléti állam szociális programjának élén áll.

A lakás a település változatos folyamatának alapegysége, de míg külső formájának csak topografiai jelentősége van, addig minősége és belső tartalma már szociális szempontból is kiemelkedően fontos. A lakások és lakrészek, valamint bennlakók száma azok a tényezők, melyeket a régebbi időkben a megfigyelés feljegyzett. Újabban azonban a kutatás kiterjeszkedik a lakás felszerelésére és a háztartási üzemvitel egyéb aprólékosságaira is.

A 20. századforduló óta erőteljesen megindult szociálpatológiai vizsgálódás megfigyelési körét az ember teljes miliőjére terjesztette ki s folyamatos haladásában a miliőhatás elemzésében három tényezőt különített el, melyeknek az ember biológiai életére komplex befolyásuk van. Ezek többé-kevésbé mégis szétbonthatók s egymástól függetlenül felmérve is jellemzők a szociális helyzetre. A szociálpatológia ugyanis külön választani törekszik azokat az ártalmakat, melyek a nem kielégítő táplálkozásból, egészségtelen lakáskörülményekből és az egyes foglalkozási típusokból származnak. Mind a három tényező hűséges indikátora a szociális helyzetnek, mérhetőségükben azonban már lényeges különbség mutatkozik. A népesség táplálkozási viszonyainak a tömegmegfigyelés módszereivel való nagyvonalú feltárása egyelőre még nem sikerült s ebben a tekintetben csak szűkebb körben gyűjtött reprezentatív anyagra vagyunk utalva. A foglalkozási viszonyokat a népszámlálások elég pontosan regisztrálják, de az időközi sokszor igen élénk hullámozás elcsúszik a megfigyelés teleszkópja előtt. De ettől eltekintve is a foglalkozás csak durva indikátora a szociális helyzetnek, mely az egyes csoportok belső differenciáit nem jelzi. A harmadik tényező a lakás, az előbbieknél sokkal inkább alkalmas periódikus és időszakos megfigyelésre, mert aránylag primitív módon felmérhető s ugyancsak elég jellegzetes tényezője a szociális miliőnek. Ezért a népesség s egyes népcsoportok lakáskörülmé-

nyeinek vizsgálata már aránylag értékes multa tekint vissza és már jó egynehány évtizede, hogy a begyűjtött adatokból megállapította Schwabe a róla nevezett törvényt, hogy minél kisebb valakinek a jövedelme, ennek annál nagyobb kontingensét kénytelen a lakásbér fizetésére fordítani.

Az 1930. évben a székesfőváros statisztikai hivatala által az orvosok szociális és gazdasági viszonyainak kutatásában nagyon fontos részlet volt a lakáskörülmények megfigyelése is. A kérdőlapon 12 pontban voltak az idetartozó kérdések felvéve, melyekre elenyészően csekély kivételekkel kimerítően válaszoltak Budapest orvosai. Minden adottság megvan tehát ahhoz, hogy a budapesti orvosok lakáskörülményeit részletezve, mélyebb bepillantást nyerjünk az orvosi rend szociális körülményeibe.

A kérdőlap 45. pontjára 2697 orvos közül 1161, tehát 43·0% azt a választ adta, hogy önálló háztartást nem vezet. Családi állapot szerint szétbontva ezt az eredményt, elének tűnik és pedig nem kis meglepetésünkre, hogy még a házasságban élt orvosok 16·3%-a, 267 orvos sem vezetett önálló háztartást. Az viszont természetes, hogy a nőtlenek, hajadonok, legnagyobb tömege (84·4%) háztartást nem vezetett s annak gondjait csak a kisebbség (15·6%) vállalta. Adatgyűjtésünk 3 ötgyermekes orvost is feljegyzett, akiknek önálló háztartásuk nem volt. Ezt az adattömeget az orvosi pályán működés tartamával is sikerült kombinálni. Az önálló háztartást vezetőik aránya az orvosi működés időtartamával párhuzamba állítva ezt a sort adja :

Orvosi működés időtartama	—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—
Önálló háztartást vezető orvosok aránya (%)	12·2	36·4	37·5	72·7	78·6	88·3

A kiegyenlítettnek látszó sorban egy nagy ugrás mutatkozik, amely azt dokumentálja, hogy amíg a háború előtt letelepedett orvosok 78·6%-a élvezi az önálló háztartás előnyeit, addig a háború utáni orvosgenerációnak ez az előny már csak 37·5%-ban jutott osztályrészül.

Budapest székesfőváros statisztikai hivatala 1930-ban megállapította, hogy a székesfővárosban 17.194 lakónak volt háza, tehát a népesség 1·7%-ának. Az átlagarányszámnál jobb az orvosoké, mert a népszámlálás eredményei szerint a budapesti orvosok 7·5%-a volt háztulajdonos. Lakbérleti viszony szerint a következő arányszámokat állapíthattuk meg :

Lakhérleti viszony :	Tulajdonos	Haszonélvező	Főbérő	Főbérő családtagja	Albérő	Albérő családtagja
Arányszám (%)	4·6	1·5	60·1	16·8	7·1	0·3

Az orvosok legnagyobb tömege 76·9%-a tehát főbérletben élt, mint főbérő vagy mint annak családtagja. Kereken csak 200 orvos élt 1930-ban albérletben, közel ugyanennyi, 207 orvos intézeti tag volt, ami azt igazolja,

hogy a kórházi és klinikai orvosok meglehetősen szimpátiával kísérték az adatgyűjtést. Ezek az eredmények az orvosi praxis időtartamával kombinálva a következő képet adják százalékokban :

Megnevezés	Az orvosi pályán működik						ismeretlen	összesen
	—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—		
Tulajdonos	0·5	1·3	3·3	4·1	3·1	10·1	0·0	4·6
Haszonélvező	1·3	0·3	1·2	1·4	2·0	2·4	0·0	1·5
Főbérő	20·0	40·2	52·8	70·2	79·3	82·8	72·2	60·1
Főbérő családtagja	35·2	29·9	20·5	15·4	8·4	2·7	11·1	16·8
Albérő	17·5	8·3	9·8	4·4	4·5	1·2	0·0	7·1
Albérő családtagja	0·0	0·3	0·7	0·9	0·3	0·0	0·0	0·3
Intézeti tag	20·2	16·2	10·7	2·7	1·0	0·2	5·6	7·7
Egyéb	0·0	0·0	0·2	0·0	0·0	0·0	0·0	0·0
Ismeretlen	5·3	3·5	0·8	0·9	1·4	0·6	11·1	1·9

Ezekből az adatokból egész határozottan domborodik ki az öregebb orvosok jobb sorsa. Az öregek között volt a legtöbb háztulajdonos, 124 közül 98, ami bizonyosága annak, hogy Galenus valamikor adott kincseket. Azóta megváltozott a világ sora s ma a tágas főbérlet is boldogság tanyája. Ehhez is elsősorban az öregek jutottak, a húsz évnél régebbi doktorok aránya 82·8%, a fiataloké 20·0—40·2%. Az albérő aránya viszont a korral csökkenik, a 191 albérő közül 96 esett az egész fiatal s még további 57, összesen 153 a tíz évnél rövidebb ideje működőkre. A fiatalok számára a praxishoz nélkülözhetetlen főbérleti lakás megszerzése is a kelleténél jóval nagyobb probléma.

Menjünk most közelebb a főbérőkhöz s az adatgyűjtés tükrében a főbérleti lakásokat igyekezzünk pontosabban szemügyre venni. Az orvosi praxishoz elméletileg legalább három helyiség kell: várószoba, rendelőszoba és lakószoba. Ha pedig az orvosnak családja is van, akkor még gyermekszobára is szüksége van ahhoz, hogy családját a behurcolható fertőzéstől csak valamennyire is védje. A családi állapottal való kombinációban a felvétel alapján százalékokban kiszámolva a következő eredményekre bukkantunk :

Lakás lakószobával	Nőtlen, hajadon orvos	Nős, férjezett orvos	Együtt
1 szobás	6·8	0·6	1·9
2 „	34·7	7·8	13·5
3 „	38·3	25·7	28·4
4 „	13·7	37·9	32·7
5 „	4·5	19·6	16·3
5-nél több szobás	0·7	8·2	6·7

Családos, pláne gyermekkel megáldott orvosnál egyáltalában nem fényűzés a négyszobás lakás s bizony az orvosok 34·1%-a még ezt se tudta megszerezni, sőt a nőtlenek 41·5%-a meg éppen egy- és kétszobás lakásokban szorongott. Az ötgyermekes orvosok közül 2 kétszobás, 3 háromszobás

lakásban volt kénytelen meghúzódni. Általában az orvosok fele 3—4 szobás lakásokban élt, tehát egyáltalában nem luxuslakásban. Valamennyire vigasztaló, hogy 1930-ban még mindig akadt 117 orvos, akinek 5-nél több szobás lakásra tellett (6·7%), kissé pesszimistább hangulatba ringatnak azonban azok az arányszámok, melyeket az orvosi praxis időtartamának figyelembevételével állíthatunk össze :

Megnevezés	Orvosi gyakorlatot folytat					
	0—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—éve
1 szobás lakás.....	12·6	3·3	3·0	0·8	1·3	0·6
2 „ „	39·1	22·9	22·1	16·4	7·8	5·4
3 „ „	25·3	45·1	35·7	29·2	31·9	21·1
4 „ „	14·9	25·4	29·9	33·2	35·2	36·1
5 szobánál nagyobb lakás	4·6	3·3	9·0	19·0	23·8	36·5

Vitán felül áll, hogy az idősebb orvosok kényelmesebben laknak. Ők még élnek annak a praxis-aureának morzsáiból, melyet a multból még hozzájuk fűz a bizalom s amelyet a kollektív gyógyítás nagyüzeme sem tudott egyelőre szétmarni. Bizony négyszobás lakásban csakis azoknak az orvosoknak zöme tudott elhelyezkedni, kik már legalább ötesztendő óta praktizálnak.

A nagyvárosi embernek kultúrigényei vannak. Fizikai tekintetben ezek kielégítéséhez tartozik, hogy lakásában vízvezeték, klozet, villanyvilágítás és gázvezeték legyen. Az orvosfőbérlok erről is vallomást tettek, mint arról az alanti arányszámok tanuskodnak :

Megnevezés	Villanyvilágítás	Gázvezeték	Vízvezeték	Klozet
Van (%)	99·1	88·8	99·8	94·1
Nincs (%)	0·9	11·2	0·2	5·9

Az 1930. évben 16 főbérlok orvos lakásában nem volt villany, kereken 200 lakásában nem volt gázvezeték, 4 orvos lakásában még vízvezeték sem. Valósággal kultúrbotrány, hogy 105 olyan orvosfőbérlok nyomorgott Budapestben, kinek lakásában még klozet se volt beszerelve. Ezek pedig valóban az elemi lakáshigiéne követelményei. Megint a fiatalok nehéz sorsát igazolja, hogy a legtöbb klozetnélküli lakásban inkább a fiatalok voltak kénytelenek elhelyezkedni.

A főbérlok orvosok tájékoztatást nyújtottak a kérdőlapon a lakásukban lakó személyek számáról is. A főbb eredmények a következők :

A lakásban	1 személy	2 személy	3 személy	4 személy	5 személy	5-nél több személy
Nőtlen, hajadon orvosoknál (%).....	15·0	16·3	33·3	16·8	6·1	5·1
Nős, férjezett orvosoknál (%)	0·9	5·7	23·3	23·9	20·2	24·5
Együtt (%)	4·0	7·9	25·5	22·4	17·2	20·3

Ha visszagondolunk, hogy a főbérlok orvosoknak fele lakott csak 3—4 szobás lakásban, akkor most azt figyeljük, hogy az egyes főbérleti lakásokban közel 60%-ban 4 és 4-nél több személy lakott; tehát nem mondhatjuk,

hogy az orvosok társadalomcsoportjából a zsúfoltság teljesen eliminálódott. Még érdekesebb a főbérlo orvosok lakásában lakott személyeknek az ottartózkodás jogcíme szerint való százalékos megoszlása :

Főbérlo	Főbérlo családtagja	Albérlo	Háztartási alkalmazott	Vendég
24.6	42.8	3.6	26.5	1.0

Az 1786 főbérlo orvos 1924 háztartási alkalmazottat tartott, nagyon valószínű, hogy mégis sok olyan orvoscsalád élt Budapesten, amelynek még háztartási alkalmazottja se volt, mert viszont fent láttuk, hogy 117 orvos hatnál több szobás lakásban lakott s ezeknek bizonyára legalább 3 személyzetük volt. Erre enged következtetni az a tény is, hogy a háztartási alkalmazottak arányszáma alig magasabb, mint a főbérloké. A felett se térhetünk egyszerűen napirendre, hogy 158 budapesti orvosnak albérletet kellett lakásába fogadnia, bizonyára abból a célból, hogy ezáltal lakbérigondjain könnyítsen. Az 1786 főbérlo orvos közül 158 tartott albérletet s ezek között 157 pontosabban is megjelölte, hogy hány szobát ad albérletbe. Ebből tudjuk, hogy 90 orvos 1, 45 orvos 2, 8 orvos 3 szobáját gazdaságosította azzal, hogy abba albérletet fogadott. Ezeknek az orvosoknak legnagyobb része, 73 orvos már több, mint húsz esztendeje praktizált s bizonyára régi gyakorlatához szabott s a háború után túlméretezettnek bizonyult lakásának terheit kellett ilyenképen csökkenteni.

A fentebb felsorakozott eredményeket a praxis időtartama szerint véve szigorú vizsgálat alá, akkor megint azt kell először is megállapítanunk, hogy az öregek rovatában jóval nagyobb a háztartási alkalmazottak aránya, mint a fiataloknál, amiből megint a kezdő orvos nehéz sorsára kell következtetnünk. A 264 albérlo az egyes időtartamcsoportokra elosztva ezt a tagozódást mutatja :

Orvosi pályán működés tartama	—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—
Albérlo (szám szerint)...	25	20	35	29	27	124

Nem kell különösebb fantázia annak lerögzítéséhez, hogy az idősebb orvosok a régi időkben viruló praxishoz mértén rendezkedtek be, abban a boldog hiedelemben, hogy gyakorlatuk csak fejlődhetik. De nem így történt! És így gondjaik enyhítésére ma már albérlok befogadására szorulnak.

Ezekután már rátérünk a még sokkal kényesebb pénzügyi kérdésekre s mindenekelőtt a székesfővárosi főbérlo orvosok lakbéréit fogjuk letárgyalni. Az erre a célra szolgáló arányszámok alant sorakoznak :

Lakbérösszeg negyedévenként	Nőtlen, hajadon orvosoknál	Nős, férjezett orvosoknál	Együtt
— 150	2.6	0.9	1.3
151— 275	11.0	5.3	6.5
276— 550	44.4	33.9	36.2
551— 800	23.9	28.5	27.5
801—1.300	6.0	17.5	15.1
1.301—	2.1	3.0	2.8

Az orvosok keresetét a lakbér erősen terheli! A részletes adatok szerint ugyanis a budapesti orvosok 20%-a 401—550, 30%-a pedig 551—800 pengő lakbért fizetett negyedévenként. Az évi 2000—3000 pengős lakbérköltség a mai megcsappant kereseti lehetőségek mellett rettenetesen nagy terhe a háztartásnak, különösen akkor, midőn foglalkozástechnikai okokból ezen a téren racionalizálni nem lehet. Ebben a tekintetben csak az ügyvédek hasonlíthatók az orvosokhoz, mert miként orvosi munkát rendelő nélkül, úgy ügyvédi munkát iroda nélkül folytatni nem lehet. Hogy a lakás egyúttal az orvos munkahelye, bizonyítja, hogy már a kezdő orvosoknak több, mint 20%-a 401—550 pengőt volt kénytelen a negyedévi lakásbérré fordítani. A 3—5 esztendeje működő orvosoknak közel a fele, 47·5%-a már 401—800 pengő negyedévi lakbérrel volt terhelve. A 800 pengőn felüli negyedévi lakbér teljesítésére adataink szerint 15—20%-ban csakis az idősebb, 15 évnél régebben praktizáló orvosok voltak képesek. A magas lakbér aránya a praxis időtartamával teljes párhuzamosságot, felfelé több, mint százszázalékos emelkedést mutat.

A főváros társadalmának ugyan csak 3·5 ezrelékét kitevő orvosi rend nagyjelentőségű szakmunkásságán felül még jelentős közgazdasági tényező, mert megközelítő számítás szerint a budapesti orvosok 1930. évi május hó 1-én 998.470, tehát közel 1 millió pengőt fizettek lakbér fejében. Ezt a fizetést is pontosan, sőt legnagyobb részben egyszerre teljesítették. Az orvosok 9·3%-a lakbért, mint háztulajdonos és haszonélvező természetesen nem volt köteles fizetni, az orvosoknak azonban több mint a fele, 58·1%-a, dacára a nehéz viszonyoknak, egyszerre és rendszeren tett eleget lakbérfizetési kötelezettségének. Persze ez nem jóindulat, hanem anyagiak dolga s azért ennek az aránynak megítélésénél figyelembe kell vennünk, hogy az orvosi rend széleskörű államosítása mellett a magas arányszám kialakulásában a fixjövedelmű s a lakbért is egyösszegben kézhez vevő alkalmazott orvosok jelentékeny kategóriája is beleszólt. Részletekben az orvosok 31·9%-a volt kénytelen lakbérfizetési kötelezettségét teljesíteni. Itt is teljes parallelizmus mutatkozik az orvosi praxis időtartamával, amennyiben az öregebb orvosok 63·7%-ban, a fiatalok csak 44·8%-ban fizették egyszerre lakbérüket. A részletben fizetők aránya ezzel együtt a fiataloktól az öregek felé, 47·1%-ról 22·7%-ra esik vissza.

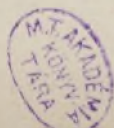
Az orvosok lakásában általában nagy a forgalom s nem annyira magánbetegek, — mint manapság — hanem inkább egyetiek annál nagyobb tömegekben koptatják a küszöböt. A nagy forgalom az utca piszkát, porát szállítja be. Az orvosi foglalkozás pedig a higiéné, a tisztaság tekintetében a közönség részéről sok kívánsággal találkozik. Közérdekből is fontos, hogy a betegeket az orvos jó példával tisztaságra, lakáshigiénére nevelje. A tisztaság fenntartása állandó küzdelem a por és piszok ellen, tehát olyan háború, amihez személyzet és pénz kell. Az 1930. esztendőben az orvosok 14·0%-a bejárónőt és

60·5%-a háztartási alkalmazottat tartott s ha levonjuk eszmeileg azokat, kik a bérleménnyel együtt takarítást is kaptak, mégis valószínű, hogy az orvosok közel tíz százaléka semmiféle személyzetet se tudott tartani. Nagyon természetes, hogy a családos orvosokat a szükség inkább kényszeríti személyzet felfogadására, mint a nőtleneket és hajadonokat. A családosak 84·8%-a tartott háztartási alkalmazottat és 14·5%-a bejárónőt, tehát összesen 99·3% tartott személyzetet. A többes személyzet tartása már nem gyakori, mert az orvosoknak fele (54·2%) minden háztartási alkalmazottat tartott. Csak 353 orvos tartott szakácsnét, szobalányt (21·6%) és csak 17 arisztokrata orvos akadt (1·0%), aki inast tudott alkalmazni. A régi idő óta működő orvosok személyzet tekintetében is nagyobb kényelemben éltek, mert a háztartási alkalmazottak foglalkoztatásának arányszáma a praxis időtartamával megint emelkedik:

Az orvosi gyakorlat tartama évek szerint	—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—
A háztartási alkalmazottak foglalkoztatása (%)	15·5	39·5	53·2	75·1	79·2	84·1

Ha még messze vagyunk az amerikai viszonyoktól, ahol nem az autóbiltartás a fényűzés, hanem a háztartási alkalmazott, mégis meg kell állapítanunk, hogy a fiatalok nehezen szerzik meg ezt a kényelmet is.

A mai nehéz időkben nagy értéket jelentenek azok az ingóságok, melyek részben a kultúrember életének nélkülözhetetlen kellékei, részben pedig megkívántatnak ahhoz, hogy a lakás, melyben sokat tartózkodik, a lehetőségekhez mérten csinos legyen. Említettük már, hogy a lakás ezen felül az orvosnak egyúttal munkahelye, melynek egyik helyiségében betegek — ha vannak — várakoznak, másokban pedig a betegek vizsgálása és kezelése folyik. Az emberi fináncszellem már réges-régen igyekezett annak a veszélynek kiegyensúlyozására, mely az egyént ingóságainak akcidentális elvesztésével fenyegeti s a rizikó elosztására megszületett a lakásbiztosítás szervezete. Az orvosok — úgy látszik — ezt az intézményt nem nagyon vették igénybe, mert úgy tűz (58·4%), mint betörés ellen (52·4%) a budapesti orvosoknak fele biztosította lakását. Bizonyosságul szolgál ez arra, hogy a budapesti orvosok lakásai legnagyobb tömegükben kispolgári háztartások, melyekben műkincsek, nagyobb, könnyen eléghető vagy elmozdítható értékek nincsenek. Ennek a feltevésnek ékes tanúsága, hogy még azoknak az orvosoknak, kik lakásukat tűzkár ellen biztosították s vagyongájukat gondosan őrizték, jelentékeny hányada 5000—35.000 pengőre szóló biztosítást kötött, amely összegből csak igen szerény háztartást lehet manapság berendezni, amikor azt is tudjuk, hogy ebben még a költséges orvosi felszerelések is bennfoglaltatnak. Csak 202 olyan orvost (11·4%) jegyzett fel adatgyűjtésünk, aki lakását 35.000 pengőn felüli összegre biztosította és 44 olyan orvost (2·5%), ki ingó vagyonát 70.000 pengőnél többre volt kénytelen



értékelni. A minden részletre figyelő adatgyűjtésünk azt is kimutatta, hogy a fiatal orvosok 59·7%-a nem találta lakását tűzkár ellen biztosításra érdemesnek, ezzel szemben a húsz esztendőnél régebben praktizálóknak csak 32·8%-a. A fiatalok általában alacsony összegű, az idősebbek magasabb értékelésű tűzkár elleni biztosításban kerestek gazdasági védelmet. Abból a 44 orvosból, ki a legmagasabbra értékelte lakását a tűzkár elleni biztosítás szempontjából, 29 régebben praktizált húsz esztendőnél.

Ha a tűzkár elleni biztosítást az orvos szempontjából még jelentősebbé teszi az a körülmény, hogy a gyakran folytatott laboratóriumi vizsgálódás nagyobb tűzveszéllyel jár, akkor a betörés elleni biztosítás szükségét pedig az aránylag nagy forgalom teszi kívánatossá. Az orvosi rend gazdasági helyzetére nem vet előnyös fényt az a megállapításunk, hogy a felvételbe bekapcsolódott 1786 orvos közül csak 935 (52·4%) vette igénybe a betörés ellen való biztosítást. Bizonyára a csökkent kereset az oka annak, hogy a ma gondjainak enyhítése a lényeg s nem a bekövetkező kellemetlenség legalább pénzben való preventív elhárítása. A biztosításnak ebben a formájában is hasonló viszonyokkal találkozunk, mint a tűzkár elleni biztosításban. Nevezetesen betörés ellen is 5000—35.000 pengő erejéig biztosították Budapest orvosai a lakásukat. Csak 152 orvos értékelte ingóságait ennél magasabbra. Megemlítsre érdemes, hogy a közép-biztosításokban a fiatal és öreg orvosok arányszámai már nem mutatnak olyan lényeges eltérést, aminek valószínűleg az az oka, hogy a tűzkár esetén elpusztuló berendezési tárgyak nagyobb értéket jelentenek, mint az eltulajdonítható ingóságok.

Eddig főleg a főbérlo orvosok lakásviszonyaival foglalkoztunk, most még rá kell térnünk az albérlo orvosok lakáskörülményeinek tüzetesebb taglalására. Valószínű, hogy ebben a tekintetben adatgyűjtésünk hiányos, mert speciális akció lévén, az egyes orvosokat külön kellett felkeresni, ami csakis az orvosi évkönyv címjegyzéke alapján történhetett. Nem lehet azonban kétséges, hogy épen az albérlo orvosok címe hiányzott leginkább a címtárból s így ez alkalommal minden propaganda dacára nem volt a tömegmegfigyelés módszerével elérhető. A budapesti orvosok közül adatgyűjtésünk 191-et talált albérletben, a 2697 orvos 7·1%-át. Ebben a gazdaságilag gyengébb kategóriában is különbségeket kell tennünk. Nevezetesen ezek közül 10 orvos 3 szobát bírt albérletben s így ezek korántsem tekinthetők inségeseknek s albérleti elhelyezkedésüknek bizonyára más speciális oka volt. Hasonlóképen kell megítélnünk azt az 50 orvost is, akik 2 szobát tartottak albérletben. Az igazán inségeseket az egyszobás albérletben kell keresnünk, ami még a legszerényebb orvosi gyakorlatra se elegendő lokalitás. Hetvenhét ilyen egy albérleti szobába szorult orvost írt fel az adatgyűjtés, az albérlok 40·3%-át. Szerencsére ezek közül csak 10 volt házasság és csak 3 gyermekes családapa. Az orvosi gyakorlat általános leromlását igazolja,

hogy bár az albérlő orvosok legnagyobb része (153) a pályán tíz éven alul működők közé tartozott, mégis aggodalmat keltő, hogy akadt 8 több, mint 15 éve dolgozó orvos is, aki csak egy szobát tudott bérelni.

Az albérlő orvosok által fizetett albérleti díjak tanulmányozása is munkánk keretébe tartozik. Az albérleti díjak havi 50 pengőn aluli kategóriájába tartozott 35 orvos (18·3%), 51—100 pengőt fizetett 79 (41·4%), 101—250 pengőt 57 (29·9%) s ebből következik, hogy az albérlő orvosok, szerény hajlékukat is eléggé megfizették. Az orvosi gyakorlat időtartamához mért eredményekből pedig azt kell kiolvasnunk, hogy az öregebb orvosok, ha lecsúsztak az albérletbe, még annyit se tudtak fizetni, mint a fiatalok. Ez a lecsúszás a legsúlyosabb társadalmi veszedelem!

Nem lehet tagadásba venni, hogy az albérletben van valami patriarchalis jelleg is. Ezt igazolja, hogy az albérlet nemcsak lakás és fűtés, világítás szolgáltatásával van egybekötve, hanem sokszor egyéb szolgáltatásokkal is. Adataink a mellett szólnak, hogy a magas albérleti díj egyúttal tisztán rideg lakásslolgáltatást jelent s az egyéb szolgáltatások csak az alacsonyabb bérklasszisban jutnak előtérbe.

A 35 orvos közül, aki legfeljebb 50 pengő albérleti díjat fizetett 1 lakást, fürdőszobát és reggelit, 1 lakást és reggelit, 3 lakást, világítást, fürdőszobát és reggelit, 2 lakást, fűtést, világítást és reggelit kapott, 11 csak lakást, fűtést és világítást, a többi csak lakást és világítást. Az 50—100 pengős havi albérlet kategóriájában is nagyjából azonos a helyzet, legfeljebb még inkább látjuk azt a szorosabb albérleti viszonyt, mely lakás, fürdőszoba és reggeli együttes szolgáltatásában jut kifejezésre.

A budapesti orvosok lakáskörülményeiből le kell szűrünk azt a megállapítást, hogy az orvosi rend Budapesten nincs fényűzően berendezkedve. Sőt azt látjuk, hogy a fiatalság még önálló háztartáshoz sem tudott a régi arányokban hozzájutni. A budapesti orvosoknak alig 6·7%-át találtuk igazán úri kényelemben. Saját házukban, egyes kivételektől eltekintve csak idősebb, még hosszabbtartamú jóvilágot látott orvosok laktak. Lassanként kényelmes főbérletet is csak a rend kisebb töredéke fog élvezhetni. A lakásbér erősen igénybeveszi az orvosok megcsappant keresetét. Az orvosok lakásviszonyainak elemzéséből kitűnt, hogy a rend közgazdasági szempontból is értékes társadalomcsoport, mert esztendőnkint körülbelül 1 millió pengővel járul hozzá a székesfőváros házainak jövedelmezőségéhez. Annak ellenére, hogy adatgyűjtésünk az orvosi rend gyengébb finansziális tehetségű elemeit közelíthette meg nehezen, mégis azt találtuk, hogy 7·1% albérletben húzódik meg s bizony az albérlők között nemcsak fiatal, hanem öreg orvosokat is találtunk.

Budapest orvosai nem élnek luxuslakásokban, nagy kényelemben, ami egymagában is megcáfolja, hogy az orvosi pálya feltétlenül lukratív foglalkozás és azt a régi közmondást, hogy »Galenus dat opes.«

d) *Az orvosok munkakörülményei 1930-ban.*

A népjóléti principiumokra átalakult állam és a kollektivizált szellemű társadalom egyik legfontosabb szerve az orvosi rend. Erről a rendről, melynek tevékenysége a közösséget annyira szolgálja, helyes társadalompolitikai programban megfelelkezni nem lehet. A gyógyítással foglalkozó, a profilaxist munkáló, a közigazgatásban s az igazságszolgáltatásban ténykedő orvos egyaránt produktív embere a társadalomnak s ez a produkció egyszerűen mérhető a morbiditási és mortalitási statisztika számsoraiban.

Az orvosi hivatás telítve van humanitárius és filantrópikus érzésekkel, melynélfogva az orvos fogékony minden bajjal és fájdalommal szemben, mai nemes munkája közben úgyszólván egész életén át kíséri. Minden szamaritánus jellege mellett is azok közé a foglalkozások közé tartozik, melyeknek gyakorlása egyúttal kenyérkeresetet is jelent. És tekintettel arra a fontos feladatra, melyet az orvos teljesít, még külön nyomós okok is szólnak a mellett, hogy az orvosi hivatás gyakorlása tisztességes egzisztenciát teremtsen, mert csak ez az igazi profilaktuma a magasnívójú orvosi etika sértetlen fennmaradásának. Az orvostudomány elsajátításához és gyakorlati műveléséhez is bizonyosan sok lelkes idealizmus kell, de a hosszú hatesztendős egyetemjárásnak és tanulásnak nemcsak ez a hajtóereje, hanem egyúttal az a célkitűzés is, hogy aki ezt a nagy munkát teljesítette, az tanulmányainak elvégzése után tudásának felhasználásával mihamarabb becsületes egzisztenciát teremthet.

Elintézett jogi kérdés, hogy az orvoslás nem ipar, hanem oly tevékenység — azt is mondhatnánk közszolgálat —, melyben tiszta emberies jelleg uralkodik. Az orvosi gyakorlatot nem sorozza az iparüzés közé az a tény sem, hogy az orvosi tevékenységet a közigazgatásjogi rendelkezések egész sora bizonyos tekintetekben korlátozza. Az orvosnak munkájáért honorárium jár, amelyet per útján is lehet érvényesíteni. Nem állhat meg annak a bizonyos fellátnak filozófiája vagy helyesebben szofizmája, ki az orvosnak, mikor ez őt meggyógyította és ezért honorálást kért, azt felelte, hogy nem fizet, sőt ő vár ajándékot, mert kezelésével az orvos bizonyára értékes tapasztalásokat szerzett. Az orvosi rend közhasznú munkáját közelebről is meg kell vizsgálnunk s ebből a célból keressük fel az orvost munkahelyén s vizsgáljuk, hogy milyen eszközökkel mennyit dolgozik és hogy miképen oszlik meg a munka anyaga. Az idevágó adatok tömkelege lesz hivatott arra, hogy a budapesti orvosok munkakörülményeit mélyrehatóan megvilágítsa.

Az orvos tanulmányai az oklevél megszerzésével legtöbb esetben nincsenek befejezve, mert aki csak teheti, klinikai és kórházi szolgálatban tökéletesíti elméleti és gyakorlati tudását mielőtt az önálló gyakorlatot megkezdené. A klinikák és kórházi osztályok tapasztalt és tudós vezetőinek irányítása

mellett a változatos beteganyag kiválóan alkalmas a szakismeretek bővítésére. Az 1930. évben végrehajtott adatgyűjtés alkalmával arra vonatkozólag is kérdést intéztünk Budapest orvosaihoz, hogy magángyakorlatuk megkezdése előtt hány esztendőt töltöttek klinikai vagy kórházi szolgálatban. Azok, kik még ma is a klinikákon vagy kórházakban működnek, természetesen nem voltak elválaszthatók azoktól, akik csak néhány esztendőt töltöttek ott s ezért inkább azok számát kell megfigyelnünk, kik klinikákon vagy kórházban nem működtek. Erre a kérdésre csak 142 orvos nem adott választ, ennél fogva az anyag elég teljes képet nyújt. Nincsen orvos Budapesten, aki tudásának gyarapítására ezt a lehetőséget igénybe ne vette volna. És pedig az orvosok 58·1%-a működött klinikákon és 73·0%-a kórházakban. Egyetemi klinikán és kórházban tevékenykedett tehát Budapest minden orvosa. Ez is magyarázza, hogy milyen sok küzdés és fáradság után jut el az orvos addig, míg tevékenységével az önálló élet fenntartásához szükséges anyagi eszközöket előteremti.

Az orvos családja a betegek által behurcolt fertőzésektől csak akkor van biztonságban, ha a rendelő nincsen együtt a lakással. Állandó veszedelemben él az a család, amelyik a rendelés megszűnte után az orvos munkahelyiségeit is használni kénytelen. A külön rendelő ideálja Budapest orvosainak csak kis töredékét boldogította, mert 1930-ban csak az orvosok 9·4%-ának, 202 orvosnak volt a lakástól külön rendelője. Érdekes, hogy ebben a tekintetben a nőtlenek és hajadonok arányszáma (11·2%) még magasabb volt, mint a nőseké és férjezetteké (8·5%), holott erre utóbbiaknak nagyobb szükségük volna. Minden valószínűség szerint hibaforrásból származik, hogy a fiatal orvosok közül 13·4%-nak, a húsz évnél régebben működők közül csak 7·9%-nak volt külön rendelője. Ez a tényeknek aligha felel meg s valószínűleg csak a kérdés egyoldalú és téves magyarázásából származott a rendelő elhelyezésére vonatkozó válaszok egy részének helytelensége.

Azok közül az orvosok közül, kiknek lakása együtt volt a rendelővel (1946 orvos) a legnagyobb csoport erre a célra két szobát használt (1201 orvos, 61·7%), körülbelül 50 százalékkal kevesebb orvos (584 orvos, 30·0%) csak egy szobát. Az orvosi praxis gyengeségét mutatja, hogy 3 szobára csak 71 orvosnak (3·6%), 4 szobára meg éppen csak 10 orvosnak (0·5%) tellett a rendelő elhelyezését illetőleg. Az egyedülélők inkább egyszobát, a családostok pedig inkább kétszobát használtak rendelőnek. A fiatalabb generáció legnagyobb része (61·2%) egyszobával volt kénytelen beérni, lényegesen nagyobb arányszám a kétszobát jelző rovatban csak a 10—15 éve működő orvosra vonatkozólag állapítható meg (67·9%). Ebből is látszik, hogy a fiatalság kénytelen szerényebb rendelővel beérni.

Fentebb már szóltunk arról, hogy 202 orvos külön rendelőhelyiséget tartott orvosi gyakorlatának lebonyolítására. Ezek közül 44 orvos (21·8%) egy szobát, 54 orvos (26·7%) két szobát, 18 orvos (8·9%) három szobát s végül

10 orvos (5·0%) négy szobát bérelt erre a célra. Akik négy szobát béreltek, azok egynek a kivételével már több, mint húsz esztendeje folytattak gyakorlatot.

A Budapesten megfigyelt 2697 orvos közül 380 nem rendelt (14·1%), a legnagyobb tömeg azonban ezzel biztosította egzisztenciáját. A 2317 orvos közül naponta legfeljebb 3 órát rendelt 1540 (66·5%), 3—6 órát 429 (18·5%) és 6 óránál többet 173 orvos (7·5%). A megfigyelések körébe vont 2697 orvos közül 542 (20·1%) nem rendelt magánbetegeknek s a többség (2155 orvos 79·9%) 66·8%-a legfeljebb három órát, 17·7%-a három-hat órát és 7·7%-a hat óránál tovább állt a betegek rendelkezésére. Ismerve a pénztári rendszer hallatlan kiterjeszkedését, meglepődünk azon az eredményen, hogy 2697 budapesti orvos közül 1930-ban csak 648 foglalkozott pénztári betegekkel, az orvosoknak alig 24·0%-a. Az egészségügyi nagyüzem nálunk is — úgylátszik — érvényesítette azt a politikát, hogy beteganyagának ellátására lehetőleg kevés orvost alkalmaz, akiket aránylag sokkal könnyebb ellenőrizni. A pénztári betegekkel foglalkozó 648 orvos közül legfeljebb három órát rendelt 73·7%, három-hat órát 18·7% s hat óránál többet 3·4%.

A rendelőórát egyáltalában nem tartó orvosoknak közel fele a fiatalabb korosztályból került ki, mert a legfeljebb három esztendeje végzett doktorok 27·7%-a nem rendelt, a húsz éve praktizálóknak pedig csak 12·1%-a. Olyan sok az orvos, hogy a fiatalok ma már nem tartják érdemesnek a rendelőórák kitűzését, a mellett azonban a fiatal orvosok egy része a gyógyintézetekben nem is folytathat magánpraxist. Magánbetegekkel inkább a régi orvosok foglalkozhattak, akiknek még maradt anyaguk a multból s ezek természetesen több időt is fordítottak erre. A pénztári beteganyag is úgy oszlik meg, hogy abban az idősebb orvosok erősebben participálnak. Az idősebb orvosok már esztendőkkal ezelőtt elhelyezkedtek a pénztári szolgálatban s azt kénytelenek csökönyösen tartani. Azelőtt ez nem így volt, mert a pénztári orvosokban elég nagy volt a forgalom. A fiatal kezdőorvos vállalt pénztári állást, de ha magánygyakorlata megerősödött, akkor pénztári állásáról íziben leköszönt s átadta egy másik kezdőnek. Ma a nyomorúságban a sovány pénztári dotáció is olyan stallum, hogy a pénztári orvosszolgálatban hovatovább csak a halálozás biztosítja a váltógazdaságot. A mellett, hogy az idősebb orvosok intenzívebben vesznek részt a pénztári beteggyógyításban, feltűnő, hogy a fiatalok mégis többet kénytelenek dolgozni. A pénztári szolgálatban működő legidősebb orvosok 17·2%-a dolgozik 3—6 órát, a legfiatalabbaknak pedig 34·9%-a.

Évszázados szokás, hogy az orvos délelőtt betegeit látogatja s délután otthon rendel. Ezt a régi szokást ma már adataink szerint csak az orvosok 61·7%-a tartotta be, mert 1·8% csak délelőtt fogadott betegeket, 33·1% pedig délelőtt és délután.

A fiatalság megint hátrányban van, mert a kezdő orvosok több, mint felének nem volt 1930-ban állandó jellegű alkalmazása s 54·3%-os arányszámuk csakis az ötesztendőös praxis után csökken észrevehetően. A fix állások gyűjtésében szorgalmasan dolgoztak Budapest orvosai, mert az összes orvosok 60·0%-ának volt ilyen stalluma. Egy fixumot még azok a fiatalok is tudtak szerezni, kiknek az 1927 : XXI. t.-c. végrehajtása a társadalombiztosítás szervezése, alkalmával diplomájuk már megvolt. Ezeknek a már 3—5 esztendeje gyakorlatot folytatóknak aránya 54·3% volt 1930-ban, amit még az öregebb kollégáik sem tudtak elérni. Igaz, hogy ők viszont az állások magasabbrendű halmozásában kerestek és találtak kárpótlást. A két munkaadónál való állandó jellegű alkalmazás már egyenesen az idősebbek privilégiuma. Három jó fixum megszerzéséhez — úgy látszik — kellő szorgalom, jó összeköttetések és legalább 5 esztendei orvosi gyakorlat a szükséges kellékek. Utóbbi tényező szükségességéről adataink is meggyőznek. Az 1616 orvos között, kik fixállással dicsekedhetnek 1114 még magángyakorlatot is folytathatott s természetesen más fixumot is vállaltatott (68·9%).

Adatgyűjtésünk 271 olyan orvost írt össze, kiknek két fixuma volt (10·1%), 39 olyan orvost, akinek három fixuma volt (1·4%) és három olyan orvost, kinek négy fixumot sikerült megkaparintania (0·1%). Az orvosok végtelenül óvatosak az ilyen adatok közlésében, mert amióta az álláshalmozás kérdése napirenden van, az orvosok nevei mögött a Pesti Alfréd-féle évkönyvben is gyéren szerepelnek a fixállások címei, holott azelőtt ezeket inkább szívesen sorolták fel. Az évkönyv 1931. évben megjelent kötetét, tehát azt, amelyik az 1930. évi adatokat tartalmazza gondosan áttanulmányoztuk, de abban a címek szerint 271 kettősállású orvos helyett csak 28-at és 39 hármásfixum helyett csak 4-et tudtunk felfedezni. Csia Sándor, ki a miskolci kongresszuson 1930. évi szeptember hó 7-én ezt a kérdést referálta, hivatalos adatok alapján még pontosabban körvonalazta a helyzetet.¹⁾ A Magyar Országos Orvosszövetség ugyanis az Országos Társadalombiztosító Intézet, a Vállalati pénztárak, a Magánalkalmazottak Biztosító Intézete, a MÁV, a Duna—Száva—Adria vasút, a hajózási betegsegélyző és a postabetegsegélyző orvosnévjegyzékeiből kiderítette, hogy ezeknél körülbelül 3.500 rendszeresített állás van, melyek a következő halmozásokat mutatják :

Két állása volt	391 orvosnak	s ezek átlagos évi jövedelme	4.063 pengő
Három „	68 „	„ „ „ „ „ „	6.288 „
Négy „	10 „	„ „ „ „ „ „	8.542 „
Öt „	4 „	„ „ „ „ „ „	9.073 „

Természetesen ezeknek az orvosoknak még más (közhivatali, kórházi, biztosítótársasági stb.) állásuk is lehetett. Csia Sándor közlése szerint 2.500

¹⁾ Dr. vitéz Csia Sándor : Az álláshalmozás kérdése. M. O. O. Sz. 1930. 19. sz.

pénztári orvosnak csak egy állása volt s 1.046 volt a halmozók száma, a két-állásos halmozók havi keresete átlagban 338 pengő volt, az ötállásos halmozóké pedig 756 pengő. Ezek az adatok még jobban jellemzik az álláshalmozások járványos elharapozását. Egyik nemrég elhalt, különben igen érdemes orvostól csak a gyászjelentésekből derült ki, hogy 8 fixuma volt, becslés szerint több, mint 1000 pengő havi dotációval.

Arról, hogy Budapest orvosai milyen óvatosaik állásaik publikálásában, megint néhány jellemző adat felsorakoztatásával festünk képet. Nagyszabású adatgyűjtésünk a fixumokat tovább részletezte az egyes munkaadók jellege szerint. Ha az itt nyert főeredményeket a Pesti-féle évkönyv adataival összevetjük, akkor azok erős óvatossági hányadost tárnak fel:

Orvosok száma	OTI.	MABI.	MÁV.	Posta
Adatgyűjtésünk szerint	540	112	89	57
Pesti-féle évkönyv szerint	149	27	42	13

Ezek szerint az OTI-nak 391, a MABI-nak 85, a MÁV-nak 47 és a Postának 44 óvatos és titoktartó orvosa volt. Igen valószínű, hogy az álláshalmozások kérdésének napirenden való tartása még diszkrét adatgyűjtésünk pontosságát is megtámadta.

Az álláshalmozás kérdése egyik legidőszerűbb orvosszociális probléma, miért is az ezt feltáró eredményeinket részletesebben kellett bemutatnunk. Az 1616 fixállásban lévő orvos közül 1096 (67·8%) volt közhivatalnok. Ezzel szemben 757 állást (46·8%) magánintézményeknél töltötték be, ideszámítva az Országos Társadalmbiztosítóintézetnél a magán jellegű alkalmazást. A legnagyobb munkaadó az Országos Társadalombiztosító Intézet, mert a közhivatalnok orvosok 32·7%-át ez az intézmény foglalkoztatta. Ezután következik a székesfőváros, amely 352 orvosnak adott állást, a közhivatalnok orvosok 32·1%-ának. Már lényegesen kisebb az állam orvosmunkaadó jelentősége, mert Budapesten csak 238 orvos nyert állami alkalmazást (21·7%). A magánkórházaktól eltekintve a magánvállalkozások között, mint orvosmunkaadók az iparvállalatok emelkednek ki (8·2%) s a pénzintézetek részvétele ebben már mérsékeltebb (5·5%). A magánkórházak és gyógyintézetek jelentékeny orvoskontingensnek adtak keresetet, mert ezekben összesen 196 orvos működött 1930-ban, az összes fixjavadalmazású orvosoknak 12·1%-a.

Adatgyűjtésünk szerint a megfigyelt 2697 orvos közül 1303-nak volt legalább egy fixuma, 271-nek kettő, 39-nek három és 3-nak négy állandó alkalmazása. Ha ezeket összeadjuk, akkor kitűnik, hogy 2697 orvos 1974 fix alkalmazás felett rendelkezhetett s ezek szerint mindegyiknek akkor sem jutott volna állandó jellegű stallum, ha az összes álláshalmozásokat sikerül megszüntetni. Nehéz ezt a kérdést minden jogos igénynek eleget téve megoldani. A római katolikus egyház közel 1600 esztendeje küszködik ezzel

6. Az állandó alkalmazásban lévő orvosok megoszlása a munkaadó jellege szerint Budapesten. — 1930.

Megnevezés	Az orvosi pályán működik														Összesen	
	é v ó t a															
	—3		3—5		5—10		10—15		15—20		20—		ismeretlen		absz.	%
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%		
Állam	16	12·1	24	19·2	65	24·9	34	21·1	30	27·6	69	23·1	—	—	238	21·7
Vármegye	—	—	—	—	1	0·4	—	—	1	0·9	—	—	—	—	2	0·2
Város	73	55·3	49	39·2	74	28·4	43	26·7	15	13·7	97	32·4	1	11·1	352	32·1
Máv.	3	2·3	7	5·6	21	8·0	8	5·0	12	11·0	37	12·4	1	11·1	89	8·1
Posta	3	2·3	3	2·4	17	6·5	8	5·0	5	4·6	21	7·0	—	—	57	5·2
Társadalombiztosító intézet	37	28·0	42	33·6	83	31·8	68	42·2	46	42·2	75	25·1	7	77·8	358	32·7
Közhivatalnok orvos együtt	132	100·0	125	100·0	261	100·0	161	100·0	109	100·0	299	100·0	9	100·0	1.096	100·0
Ezek közül magángyakorlatot folytathat	70	53·0	61	48·8	168	64·4	103	64·0	78	71·6	213	71·2	5	55·6	698	63·7
Társadalombiztosító intézetnél magánjellegű alkalmazással	7	11·5	8	13·1	61	33·0	7	6·8	23	19·8	76	33·8	—	—	182	24·0
Magánalkalmazottak Bizt. Int.	11	18·0	9	14·8	30	16·2	17	16·7	18	15·5	23	10·2	4	57·1	112	14·8
Pénzüntézetek	—	—	1	1·6	9	4·9	8	7·9	9	7·8	15	6·7	—	—	42	5·5
Iparvállalatok	4	6·6	9	14·8	7	3·8	12	11·8	6	5·2	24	10·7	—	—	62	8·2
Kereskedelmi vállalatok	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	0·9	—	—	2	0·3
Közlekedési vállalatok	—	—	1	1·6	4	2·2	2	2·0	4	3·5	8	3·5	1	14·3	20	2·7
Betegsegélyző, biz. intézetek	1	1·6	4	6·6	7	3·8	6	5·9	3	2·6	11	4·9	—	—	32	4·2
Szanaszatóriumok	3	4·9	2	3·2	11	5·9	7	6·8	7	6·0	8	3·6	—	—	38	5·0
Magánkórházak	20	32·8	13	21·3	21	11·3	13	12·7	20	17·2	26	11·5	2	28·6	115	15·2
Magánklinikák	12	19·7	10	16·4	22	11·9	14	13·7	13	11·2	10	4·4	—	—	81	10·7
Egyéb magánegyesületek	3	4·9	4	6·6	13	7·0	16	15·7	13	11·2	22	9·8	—	—	71	9·4
Magánintézményeknél alkalmazott orvosok együtt¹)	61	100·0	61	100·0	185	100·0	102	100·0	116	100·0	225	100·0	7	100·0	757	100·0

¹) Egy-egy orvos több intézménynél is lehet alkalmazva.

a problémával, a 451-ben tartott chalcedoni zsinat óta s legújabbán csak az 1918. évi május hó 19-én életbelépett új kánonjogi kódex rendezte a kérdést, mely szerint két összeférhetetlen állást még javadalom nélkül sem vállalhat senki. Javadalmasat kettőt még akkor sem, ha nem összeférhetetlen, de az egy javadalom elegendő a tiszteséges megélhetésre. A 2396. kánon mindkét javadalomtól való megfosztást rendeli el azokra, kik ezt a rendelkezést megszegik.¹⁾ Az orvosok függetlenségi hajlama s az öregek iránti méltányosság áll szemben a nehéz idők által parancsolt beavatkozási kötelezettséggel. A szerzett jogokkal a közmorál erejét kell felhasználni. Ebben is nagyon akadályoz a méltányosság, mert adataink szerint a komolyabb fixumok s a halmozások az idősebb orvosok kezében vannak, kiknek munkaereje és készsége már gyenge ahhoz, hogy gyakorlatukat most ismét a magánbetegekre — ezeknek száma amúgy is egyre apad — építsék. Az álláshalmozások durva kinövéseit kell lenyesegetni s inkompatibilitási és álláshalmozási bizottság alakításával — mint azt Csia Sándor javasolta — meg kell teremteni az álláshalmozás profilaxisát. De nem itt van a helyzet kulcsa! A minuendo licitálás évtizedek alatt a fix orvosi díjszabást rettenetesen leszorította s ma már egy fixumból és az összezsugorodott magángyakorlatból megélni a székesfőváros orvosai nem tudnak. Ennek a helyzetnek egyéni megoldására való törekvés hozta létre az álláshalmozások özönét, melynek radikális megszüntetése érdekében a bajok gyökeréig kell hatolni s meg kell a jövőben akadályozni, hogy orvosok orvoshoz nem méltó honoráriumért vállaljanak állandó jellegű alkalmazást.

Aki a régi időkben róttá Budapest utcáit és sétája közben a kapuk mellé kiakasztott táblákat olvasgatta, könnyen meggyőződhetett arról, hogy az orvosok kifüggesztett tábláin az orvos neve, rendelőórájának megjelölése volt feltüntetve, legfeljebb még az az egy szó, hogy orvos. Egyesek ugyan azt is kiírták, hogy az összes gyógytudományok tudora, de ez a szokás is kisebb körre szorítkozott. Bizonyos, hogy már évtizedekkel ezelőtt egyes orvosok magukat külön szakmára képezték ki, csak arra foglalkoztak s ezt a körülményt természetesen címtábláik útján is tudatták a nagyközönséggel. A szakképzés nem volt időhöz kötve s szakorvosnak címét és jellegét valójában kollégái és a nagyközönség együttesen adományozták. A szakorvosok voltak a kivételek, mert általában minden orvos arra törekedett, hogy általános ismereteket szerezzen s gyakorlatba lépése előtt a különböző klinikákat, különféle kórházi osztályokat igyekezett végigjárni.²⁾ Ezzel szemben a világháború óta megváltozott a helyzet. Az utóbbi két évtizedben az orvostudomány erősen specializálódott s ennek jegyében fejlődött ki az általános praxis helyébe a szakorvosi rendszer, mely a régi háziorvosi szisztémát is megölte. De nemcsak a tudomány specializálódása hajtotta az orvosokat

¹⁾ Dr. Melichár Kálmán : Álláshalmozás. Katolikus Szemle. 1931. 6. sz.

²⁾ Dr. Gerlőczy Zsigmond : Elnöki megnyitó. Közhórházi Orvostársulat 1926. XII. 22.

egyes külön szakok művelése felé, hanem ebbe a változásba erősen belejátszottak a betegsegélyző pénztárak is. Ezek a kezdetben népjóléti intézmények a háború utáni esztendőök szociálpolitikai lázában mindjobban megerősödtek s ezzel együtt öncélúságuk is duzzadozott, aminek folytán az intézmény érzékelhetőbb rentabilitását szorgalmazták. Az volt a jelszó, hogy az esetben, ha a beteget nem az általános praktikus, hanem a szakorvos kezébe adják, akkor megrövidül a gyógytartam s ezzel együtt csökkentik a gyógyítás és a betegsegélyezés költségét. Megnőtt tehát a kereslet a szakorvosok iránt, aminek természetes következménye lett a szakorvosok szaporodása, sőt túlszaporodása. Németországban a pénztárak már 1920-ban lehetővé tették, hogy a beteg direkt szakorvoshoz forduljon s ezzel a kezelőorvost egyenesen kikapcsolták. A világháború után gyérült a magánpraxis és mivel a szakorvosok honoráriumai régtől fogva magasabbak voltak, tehát az orvosok jórésze szakorvosi munkával igyekezett egyre csappanó jövedelmét újra fokozni. Mindenféle körülmény összejátszott arra, hogy az általános gyakorlatot folytató orvosok száma sorvadjon s a szakorvosoké viszont emelkedjék. Az új eszmék nem respektálják az országhatárokat s így a szakorvosmozgalom rövidesen átcsapott hozzánk is olyannyira, hogy már 1924-ben a m. kir. népjóléti és munkaügyi minisztérium elérkezettnek látta az időt a problémának rendeleti úton való szabályozására. A 149.000/1924. N. M. M. számú rendelet a szakképesítés és a szakorvosi cím használatát bizonyos követelmények teljesítéséhez kötötte, de a szerzett jogok teljes épségben tartásával. Ennek azután az lett a következménye, hogy Budapesten a szakorvosok száma többszörösen meghaladja az általános gyakorlóorvosokét. Erre a körülményre az 1930. évi nagyszabású adatgyűjtés alkalmával is tekintettel voltunk s így Budapest szakorvosairól is módunk van helyzetrajzot készíteni.

Adatgyűjtésünk szerint 2697 orvos közül 2166-nak (80·3%) volt szakorvosi képesítése, tehát a régi típusú általános praktikusok száma csak 531 volt (19·7%). Ezzel beigazolódott, hogy a szakorvosi címmel és ranggal bírók száma négyszerese az általános praktikusokénak. A régebbi diplomával rendelkezők 1924-ben egyszerű bejelentés s a receptpapíros felmutatása után bejegyeztettek a szakorvosok névjegyzékébe, a fiataloknak azóta már két évi klinikai, illetve három évi kórházi gyakorlatot kell kimutatniuk. Ehhez formálódnak a praxis időtartama szerint mért arányszámok, mert míg a fiatalok aránya 45·7%, addig az idősebbeké már 91·4%-ra is emelkedett. Az egyes szakmák szerint való tagozódás a belorvosoknak juttatja az elsőséget, kik legközelebb állanak a régi praktikushoz (26·5%). A fogorvosok régebben is külön orvosfoglalkozási kört töltek be s így nem meglepő, hogy a szakcsoportban 21·7%-kal a fogorvosok következnek. A szülészek és nőgyógyászok (14·9%), a sebészek (11·9%) és az urológusok (7·4%) a szakorvosok szerint való csoportosítás további kiemelkedőbb rovatai. A gyermekorvosok, kik a régi

praktikusok másik fő munkakörét vették át, csak 8·6%-kal szerepelnek a szakorvoslistában. A felsorolt szakcsoportok voltak a gyakorlati orvostudománynak az utóbbi esztendők pangásában még a relatíve leglukratívabb szakmái, miért is az orvosok zöme ezekre tódult. A többi csoportok már csak aránylag kevés orvost fognak egybe. A régibb orvosok között feltűnően sok volt a sebészeti és testegyenészeti, valamint urológiai képesítésű orvos, a fiatalok között pedig igen sok a fogorvos és a szülész-nőorvos.

A 2166 szakorvos közül 1657-nek (76·5%) egy szakorvosi képesítése volt, 428-nak (19·8%) kettő, 53-nak (2·5%) három, ezenfelül akadt 4 orvos négyszeres és 2 orvos ötszörös szakképesítéssel. A szakorvosi képesítés rendezése alkalmával ehhez a kvalifikációhoz aránylag könnyen lehetett hozzájutni s ennek következtében a többszörös szakképzettséggel rendelkező orvosokat a régibb diplomával rendelkezők csoportjában találjuk meg. Az 53 háromszoros szakorvos közül például 32 tartozott a tíz esztendőnél régebben praktizáló orvosok csoportjába. Amint romlott a magángyakorlat, az orvosok siettek a szakorvosi képesítés megszerzése felé, mert ettől remélték, hogy keresetük úgy a magángyakorlatban, mint a pénztári szolgálatban emelkedni fog. Céltnem érhettek, mert a nagy kínálat a csekély kereslettel szemben csakis a szakorvosi honoráriumok lemorzsolódásához vezethetett. Egyes nagy hírű specialisták még ma aránylag jól keresnek, a többség azonban csak tengődik s már az utóbbi esztendőkből megint visszatért szakorvosi címének épségben tartása mellett az általános gyakorlatra, ha ugyan ezt a szakorvosság lázában egyáltalában feladta.

Már a szakorvosi rendelet életbeléptetése előtt is megvolt a lehetősége annak, hogy egyes orvosok szakképesítést szerezzenek. Ezeknek megszerzése azonban nemcsak szakgyakorlat kimutatásához volt kötve, hanem még szakvizsgálat sikeres abszolválásához is. A 19.730/1873. és 7.817/1903. V. és K. M. sz. rendeletek a műtőorvosi, a 22.925/1929. B. M. M. sz. rendelet a tisztiorvosi, a 16.379/1894. I. M. sz. rendelet a törvényszéki orvosi s végül a 20.018/1885., 48.281/1885., 13.618/1926. és a 410-05/333/1929. V. és K. M. rendeletek a közép- és népiskolai egészség-tantanári és iskolaorvosi képesítést szabályozták. Az ebbe a csoportba tartozó különleges szakképesítést 2697 orvos közül 677 megszerezte (25·1%). És pedig 515 (76·1%) egy szakképesítést szerzett, 123 (18·2%) kettőt, 36 (5·3%) hármat és végül 3 orvos (0·4%) négyet. Műtőoklevele volt 1930-ban 258 orvosnak, tisztiorvosi képesítése 252-nek, törvényszéki orvosi képesítése 48-nak s iskolaorvosi és egészség-tanári oklevele 323 orvosnak. A régi időkben nem sürgette az orvost a kenyérkereset s akkor akadt ideje nemcsak tudásának klinikai és kórházi működéssel való öregbítésére, hanem a külön szakképesítések megszerzésére abból a célból, hogyha kell, az kéznél legyen. Ennek a megállapításnak bizonyossága, hogy míg a 20 esztendőnél régibb keletű praktikusok 39·6%-ának volt ilyen képesítése, addig a legfiatalabbak közül csak 4·5%-nak, a 3—5

éve működőknek is csak 17·2%-ban. A többszörös képesítések birtoklása is az idősebb orvosok privilégiuma. Az idősebb orvosok zöme tisztiorvosi és egészségügyi tanári és iskolaorvosi képesítést szerzett, a fiatalok pedig inkább (52·6%-ban) műtőorvosi képesítést szereztek. A legutóbbi években ezeknek a képesítéseknek megszerzése megnehezült, a tanfolyamok ideje meghosszabbodott, költségesebb lett, ami ugyancsak hozzájárult ahhoz, hogy ma leginkább csak az igyekszik a szakoklevél megszerzésére, aki biztosan reméli, hogy segítségével álláshoz, egzisztenciához jut.

Az orvosi praxisból alakult ki az egészségügyi nagyüzem a tömegkezelés, a tömegrendelők formájában, a magángyakorlat azonban még ma is csak az orvos személyes munkáján nyugszik. Adatgyűjtésünk eredményei ezt is dokumentálják, amennyiben bemutatják, hogy 2155 magángyakorlattal rendelkező orvos közül 1970 (91·4%) segéderőt nem foglalkoztatott és csak 185 orvos volt kénytelen segéderőt alkalmazni. Ezek közül is 172 csak egyet, 6 kettőt, 4 hármat, 1 négyet és 2 ötöt alkalmazott. A fiatalabb generáció praxisa ezt meg se bírná s a ritka néhány kivétellektől eltekintve a segéderőt alkalmazó orvosok az idősebbek csoportjába tartoznak (118 orvos). Azok, akik több segéderővel dolgoztak, mind régebben működtek 10 esztendőnél.

Régen az orvos inventáriumát a hőmérő, a hallgatósó s néhány apró sebészeti eszköz kimerítette. Az orvostechnika haladása lassankint mind több eszközt illesztett be az orvos szekrényébe és táskájába, melyek megszerzésére azután sok költséget kellett áldozni. Az orvosi felszerelés, különösen a falura költözőké mind jobban gyarapodott egyes eszközökben, melyek azután a magángyakorlatban is úgyszólván nélkülözhetetlenekké váltak. A betegek — hála az egészségügyi propagandának — igen jól ismerik az orvosok műszertárát s elvárják, hogy azokkal az orvos ne takarékoskodjék s azokat rajtuk is — ha kell, ha nem kell — alkalmazásba vegye. Ezért elég nagyszámú műszer beszerzése nélkül a praxist meg sem lehet kezdeni, mert ma már az orvosi tekintély egyik biztosítéka lett a fehérre zománcozott vasszekrényben csillogó műszerek sokasága. Az erre vonatkozó kérdést is felvettük az orvosok számlálólapjába, bár előre sejtettük, hogy ennek megválaszolása merőben szubjektív lesz. A 2697 orvos közül 2155, tehát aki gyakorol, kivétel nélkül közölte, hogy műszerei vannak. Több, mint az orvosok fele (56·8%) műszereinek értékét legfeljebb 1000 pengőre becsülte, további egyharmada 1000—4500 pengőre, ennél többre csak közel tíz százaléka (9·8%). A fiatalság még műszerekhez sem tud manapság hozzájutni, mert míg az idősebbek 92·4%-ban voltak műszerekkel ellátva, addig a fiatalok csak 54·4%-ban. Annak ellenére, hogy ez a magángyakorlat egyik fontos kelléke. A legtöbbet költöttek műszerekre, mert még költhettek, a 10—20 év óta praktizáló orvosok. Az öregek konzervativizmusa ezen a téren is megnyilvánult, mert adataink arra utalnak, hogy az idősek már nem

nagyon vásárolgattak műszereket, megszokva az egyszerűbb inventáriummal való dolgozást.

Csak a századforduló utáni első évtized végén kezd az orvos rendelője az igazán költséges és nagyobbbszabású készülékekkel felszerelődni. Először jött a Röntgen-készülék, majd a kvarclámpa s legkésőbb a diathermiás berendezés. Az 1930. esztendőben eredményeink szerint 2697 orvos közül 3·9%-nak, 105 orvosnak volt Röntgenje, 15·6%-nak, 422 orvosnak volt kvarclámpája, 5·0%-nak, 136 orvosnak volt diathermiás készüléke s laboratóriummal is csak 135 (5·0%) rendezkedett be. Ezeket a készülékeket is leginkább a 10—20 esztendeje praktizáló orvosok rendelőjében találjuk meg, mert a fiatalok a nagy költségeket nem bírják, az öregek pedig nehezebben szoknak ezek kezelésébe s szükség esetén más, fiatalabb kollégájukat veszik igénybe. A fiatalabbak laboratóriumot sem rendeznek be s köztudomás szerint a szükséges vizsgálatokat azokban a rendelőkben végzik el, ahol egyébként díjtalanul működnek.

A huszadik század a sietség, a rohanás, a soffőr kora! A beteg is azonnal kívánja orvosát. Ennek pedig elengedhetetlen követelménye, hogy az orvosnak telefonja legyen. A telefon ma már olyan szervesen hozzátartozik az orvos inventáriumához, mint a hallgatóső vagy a szike. Ennek ellenére a megfigyelt 2697 orvos közül 905 azt volt kénytelen bejelenteni, hogy telefonja nincsen. A telefon az orvos számára nem fényűzés, hanem a gyakorlat egyik kelléke. A fiatal kezdőorvosok azt sem tudják maguknak biztosítani, mert a 3 esztendőnél rövidebb ideje működő 400 orvos közül csak 120 (30·0%) bírta el ezt az anyagi befektetést. A 3—5 esztendeje működők fele s az idősebbek háromnegyede volt már betegéhez telefonon hívható.

Az orvostudomány ügyszólván napról-napra halad s aki ezt nem követi, az hamarosan lemarad a nívóról. A betegek kutató szeme ezt tüstént észreveszi, úgyhogy a haladás szorgos követése nemcsak szaki és morális, hanem önmagával szemben gazdasági jellegű kötelessége is az orvosnak. Az orvosi tudomány haladását a továbbképző tanfolyamok, a szaklapok, szakkönyvek s a tudományos egyesületek előadó estjei közlik a nehéz munkában fáradó orvosok zömével. Adataink szerint a továbbképző tanfolyamokat kereken az orvosok 30·0%-a látogatta, mégpedig inkább az 1928—1930. években, amikor különben már a gyérülő praxis erre is időt engedett. Az orvosok kultúrnívóját igazolja, hogy csak 17·0%, valószínűleg a legszegényebb réteg nem járatott lapot. A többségből 12·2% csak napilapra, 13·5% csak folyóíratra s végül 56·8% napilapra és folyóíratra is fizetett elő. Eddigi adataink ismeretében nem meglepetés most már számunkra az a tény, hogy a legfeljebb 3 esztendeje működő fiatal orvosok 46·0%-a, közel fele nem tudott lapra előfizetni, de jellemző tanulni vágyásukra, hogy az, aki tudott fizetni, napilap helyett inkább folyóíratot járatott. Csak napilapra általában ez orvosok 10·0%-a fizetett elő, folyóíratot napilap nélkül azonban inkább a fiatalok,

mint az idősek. A húsz esztendőnél régibb praktikusoknak 75·6%-a lapot és folyóiratot egyaránt előfizetett. A tudomány haladásához való ragaszkodás másik eszköze a szakkönyvek olvasása. Budapesten hatalmas könyvtárak szolgálják a népesség és a szaktársadalomcsoportok tudásának gyarapítását. Ennek ellenére azt látjuk, hogy Budapest orvosainak háromnegyedrésze hozott könyvtár létesítésével áldozatot a tudomány oltárán. Ebben is eltolódás van az idősebb orvosok javára, mert míg ezek 92·0-ának volt könyvtára, addig a kezdők alig felének (47·0%).

Az orvos nem kapcsolódhatik ki a társadalom kollektív életéből. A társadalmi egyesületekben azért kell forgolódnia, hogy ismerjék s ezzel praxisát alimentálja, a rendi egyesületekből gazdasági érdekei nem engedik kiszorulni s végül a tudományos egyesületekben való részvétele kapcsolja a tudomány haladásához. Adatgyűjtésünk igazolja, hogy Budapest orvosainak csak 5·1%-a nem élt a társadalmi és rendi kapcsolatokkal. Ettől és valószínűleg kényszerűségből a fiatalok tartózkodtak, mert ezek 13·3%-a nem volt egyesületi tag. A részletes eredmények szerint 1539 orvos (57%) legfeljebb 3 egyesületnek volt tagja, 118 orvos (4·3%) 4—6 egyesületnek, sőt akadt 7 orvos, aki hét egyesületnek volt tagja. A további részletezés arról tanuskodik, hogy legtöbb tagja a Budapesti kir. Orvosegyesületnek volt (1218), a Kir. Magyar Természettudományi Társulatnak (569), a Közkórházi Orvostársulatnak (420) s végül az Országos Közegészségi Egyesületnek (318) volt. Bár bizonyos, hogy az orvosi tudományos és rendi közélet atomizálódása úgy szellemileg, mint gazdaságilag súlyosan terheli Budapest orvosi rendjét, mégis kultúrnívóról tanuskodik, hogy Budapest népességének 3·5 ezreléke napjainkban a székesfővárosban, a nehéz közállapotok dacára kereken 50 rendi, tudományos és szociális célú egyesülés fennmaradását tudja biztosítani.

Az orvostudomány haladásának egyik erős rúgója az a körülmény, hogy ebben a munkában igen sok orvos működik közre. Azokon az egyéni lapokon, melyeken 1930-ban 2697 vallomást tett, fel volt jegyezve, hogy 2697 orvos közül 1408 (52·2%) nemcsak passzíve, hanem aktíve is foglalkozott a tudománnyal, mert állandó szakirodalmi tevékenységet fejtett ki. Örömmel kellett feljegyeznünk, hogy ebben a munkában öregek és fiatalok egyaránt résztvesznek. A fiatalok még duzzadó munkaerejüket, az öregebbek sok tapasztalásukat adják a tudománynak, az emberiség szolgáltatásának.

Inkább kísérletképen kértünk 1930-ban nyilatkozatot arra nézve, hogy Budapest orvosai 1930. évi május hó 12-étől 18-áig hány fekvő és járó, hány pénztári és hány magánbeteget gyógyítottak, hogy az orvosok munkakörülményeit ezáltal még pontosabban megrajzolhassuk. Az orvosok ennek a kérdésnek szociális jelentőségét is megértették és csak 26 orvos nem adott választ erre a kérdésünkre. Megdöbbenést keltőn mered eléink az a tény, hogy egy hét leforgása alatt az 1930. év május havának második hetében

a rendelő 2317 orvos közül 515-nek egyáltalában nem volt betege. Elég tekintélyes tehát azon orvosok száma (515), akiknek betegük egy hétig nem akadt. Fekvő pénztári betege nem volt az ilyen betegeknek rendelő 648 orvos közül 306-nak (47·2%), fekvő magánbetege nem volt 2155 orvos közül 1028-nak (47·7%). Járó pénztári beteget nem kezelt 171 és járó magánbeteget nem gyógyított 638 orvos. Ezek az eredmények is igazolják, hogy a pénztári orvosi szolgáltatban Budapest orvosainak csakis kisebb csoportja van beszerelve. A magánpraxis pedig leginkább a pénztári kezeléssel szemben megnyilvánuló bizalmatlanságból táplálkozik. Az összes betegeknek a praxis tartamához mért megoszlását a következő adatok részletesen is előtárják:

7. Az orvosok számának megoszlása az 1930. május második hetében kezelt betegek szerint.

Megnevezés	Az orvosi pályán működik															
	-3		3-5		5-10		10-15		15-20		20—		Ismeretlen		összesen	
	é v ó t a															
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%
—25 beteg . . .	138	47·7	145	60·1	293	56·1	175	52·7	130	48·5	284	43·8	5	29·4	1.170	50·5
26—50 „ . . .	8	2·8	13	5·4	42	8·1	41	12·4	49	18·3	72	11·1	1	5·9	226	9·8
51—100 „ . . .	6	2·1	17	7·1	44	8·4	18	5·4	16	6·0	48	7·4	3	17·7	152	6·6
100— „ . . .	5	1·7	17	7·1	49	9·4	39	11·7	34	12·7	81	12·5	3	17·7	228	9·8
Ismeretlen	—	—	—	—	—	—	11	3·3	—	—	15	2·3	—	—	26	1·1
Betege nem volt . .	132	45·7	49	20·3	94	18·0	48	14·5	39	14·5	148	22·9	5	29·3	515	22·2
Összesen	289	100·0	241	100·0	522	100·0	332	100·0	268	100·0	648	100·0	17	100·0	2.317	100·0

Azok között az orvosok között, akik 1930. évi május hó második hetében betegekkel foglalkozhattak, a beteglétszám tekintetében meglehetősen differencia mutatkozik. Az eltolódást egymagában is jellemzi az a tény, hogy a fiatal orvosok jóval nagyobb kontingense nem jutott beteghez, mint az öregeké, mert míg a fiatal kezdők 45·7%-a nem látott egy hét leforgása alatt beteget, viszont az idősebbeknek csak átlagban 22·9%-a. Ami a fiataloknak jutott az is kevés volt, mert 47·7%-ának is legfeljebb csak 25 beteg jutott hetenkint. Heti ötven beteg kezeléséhez adataink szerint több, mint 10 évi, heti száz vagy még több beteg kezeléséhez meg épen legalább 15 esztendő praxis kellett. Nagyjából ezt a megoszlást mutatják a pénztári és magánbetegek szétbontásával összeállított eredmények is legfeljebb azzal a különbséggel, hogy a pénztári betegek még jobban az idősebb orvosok rovataihoz tapadnak, mint a magánbetegek.

Arra a kérdésre, hogy az orvos hány órát dolgozik naponta, nehéz feleletet adni. Az orvosi hivatás gyakorlása nem a munkaórákhoz, hanem a betegek szükségletéhez idomul. Ennek következtében járványok, súlyos betegségek grasszálása idején még minimális pihenése sincsen az orvosnak. Ha azonban a morbiditás alacsony, akkor meg többet is kénytelen a kelletténél pihenni. Ezért nem válaszolt 934 budapesti orvos erre a kérdésre s így

csak nagy általánosságban mondhatjuk, hogy az orvosok több, mint egy-ötöde 8—12 órát kénytelen naponta dolgozni, természetesen a fiatalok többet, az öregek kevesebbet.

Nincs semmiféle szociális jelentősége az arra a kérdésre adott válasznak, hogy az orvost milyen cím illeti meg. A főorvosi címnek is olyan változatos a tartalma, a rendelő főorvostól kezdve a közkórházi vezető főorvosig, hogy teljes részletességet az adatgyűjtésből várni nem lehetett. Így egyszerűen annak regisztrálására szorítkozunk, hogy 1930-ban 183 alorvos (6·8%), 20 ellenőrző orvos (0·7%), 319 főorvos (11·8%), 257 gyakornok (9·5%), 11 honvédorvos (0·4%), 17 igazgató-főorvos (0·6%), 139 orvostanár (5·2%), 37 osztályvezetőhelyettes (1·4%), 24 osztályvezető orvos (0·9%), 156 rendelő orvos (5·8%), 9 rendőrorvos (0·3%), 258 segédorvos (9·6%), 195 tanársegéd (7·2%), 20 tiszti orvos (0·7%) és végül 24 egészségügyi főtanácsos (0·9%) volt szíves számlálólapjainkat kitölteni a kisebb címkategóriák mellett. Jellemző címekkel díszített századunkra, hogy csak 916 orvost (34·0%) nem illetett meg külön címzés. Megállapíthattuk még végre ebből a felsorolásból azt is, hogy felvételünk valóban reprezentatív jellegű, mert abban rendünknek úgy szólván minden kategóriája, nagyjából számarányának megfelelően képviselve volt s így az adatgyűjtésből vont következtetések aggodalom nélkül általánosíthatók a megfigyelés alól kicsúszott gyenge húszszázaléknyi orvoscsoportra.

A humanitárius jelleggel telített és csak idealizmussal gyakorolható orvosi hivatás ma már alig tud a székesfőváros népessége három és fél ezrelékének tisztességes megélhetést nyújtani. A hosszú tanulmányi időn keresztül vergődő, sokféle felszerelést és megfelelő rendelőhelyiséget igénylő, élethossziglan tanulni kénytelen orvosok tekintélyes csoportja alig keres annyit, hogy tengődhessék. Bizonyosága ennek, hogy az 1930. esztendő május havának második hetében 515 orvosnak nem akadt se pénztári, se privát betege a székesfővárosban. Nagyon félő, hogy különösen a fiatalság életereje öröklődik fel a nehéz küzdelemben és hogy ezért gondolkodása az elkeseredéstől fűtve és kritikáját elvesztve a reménytelenségbe radikalizálódik. Azon se lepődhettünk meg, hogy amennyire megváltozott körülöttünk a társadalmi és gazdasági élet berendezése, olyannyira átalakult az orvos is homo oeconomicussá s ha más módja nem volt, apró állások halmozásával igyekezett sikert elérni a kisemberek irdatlan életversengésében.

e) *Az orvosok részvétele a világháborúban.*

Tiszennégy esztendeje annak, hogy az emberiség legborzalmasabb háborúja reánk nézve katasztrófálisan befejeződött. Ebben a hosszú és lankadatlanul folytatott harcban az ágyúk, akna- és lángvetők, valamint a kézifegyverek ezrei és százezrei megszámlálhatatlan tömegű embert és

vagyonértéket pusztítottak el. Hozzávetőlegesen harminc millióra becsülik a világháború emberáldozatainak a számát. Pontos adatok még ma se állanak rendelkezésre, annál kevésbbé, mert az ilyen adatgyűjtés töméntelen pénzbe kerül. Ma elsősorban az élőket kell ellátni s nem juthat arra költség — bármennyire kívánja is a kegyelet — hogy a háború veszteségeit, a harc-tereken elpusztult katonákat pontosabban számba vegyük. Ennélfogva részben a külföldi államok adatközléseiből, részben hazai, leginkább becslésen alapuló vagy megközelítő számítással nyert adatokból alkothatunk fogalmat arról, hány emberéletet oltott ki és nyomorított meg a világháború.

A német közlések szerint a harctereken 46.867 német tiszt és 1,723.823 német közlegény fejezte be hősi életét. Ezenfelül 89.344 német tiszt és 4,187.684 német közlegény szerzett olyan sebesülést, mely haláláig tartó háborús emléke marad. Kereken egymillió tiszt és közlegény került az antant fogságába s így a németek összes vesztesége 6,970.000 volt. Igaz, hogy a hadifoglyok túlnyomó tömege a háború után szülőföldjére visszatért. Franciaország vesztesége is alig volt kevesebb, mert 31.300 francia tiszt és 1,425.700 közlegény esett el a világháborúban, a teljes francia veszteség 5,187.300 volt. Anglia már jóval kevesebb véráldozatot hozott és nem vesztett többet, mint összesen 3,049.946 katonát s ebből is körülbelül 658.000 volt a harc-teren elesettek száma. A magyar-osztrák monarchia veszteségeiről ennyire pontos adatok nincsenek. A régi közös hadügyminisztérium szerint 5,060.521 katona volt a veszteség, körülbelül a népesség 10%-a. Néhány esztendővel ezelőtt azután Mike Gyula és katonai szakírók¹⁾ is kimutatták, hogy a magyarság jóval nagyobb véráldozatot hozott a monarchia keretében a világháború alatt, mint amennyi népességének arányában a magyarságot illette volna.

A halál ilyen nagymérvű aratása és a tömeges betegedések és sebesülések közepette az orvosok emberfeletti erőfeszítésére volt szükség. Egyik legnagyobb érvünk azon igazságunk mellett, hogy egyáltalában nem készültünk háborúra épen az, hogy katonai egészségügyi szolgálatunk alig volt megszervezve s az állam az első időkben teljesen felkészületlenül állott a harcterekről tömegesen hazatranszportált betegekkel és sebesültekkel szemben. Eleinte mindent improvizálni kellett s csak lassan alakult ki az a hatalmas hadikórház és hadiüdülő rendszer, melyben azután a betegek és sebesültek helyet találhattak. Nemcsak a sebesültek töltötték meg a hadikórházakat, hanem nagy számban belsőbetegségben szenvedők is, mert a háború sok viszontagsága és nélkülözése a fegyverekkel okozott

¹⁾ Dr. Mike Gyula : A magyar birodalom és a mai Magyarország vérvesztesége a világháborúban. Magyar Statisztikai Szemle. 1927. — Dr. Kemény Gyula : Az orvos szerepe a lövészárkok csapatainál. Magyar Katonai Közlöny. 1927. 5—7. sz. — Dr. Sőtér Elek és dr. Suhay Imre : Honvédorvosok világháborús tapasztalatai. Magyar Katonai Közlöny. 1926. 7—10. sz.

sérüléseken felül is sok emberáldozatot követelt. Minél inkább húzó-dott a háború és minél lejjebb kellett a hadszolgálatra való alkalmasság kritériumát szállítani, annál inkább növekedett a belső betegségekben szenvedők aránya.

Az orvosok a legnagyobb önfeláldozással végezték hivatásukat s tevékenységük kiválóságát mi sem jellemzi jobban, mint az a katonai megállapítás, hogy az utánpótlás 70%-át a meggyógyult sebesült katonákkal látták el. Az ilyen önfeláldozó munka azután jelentős orvosvesztést is okozott. Kemény Gyula őrnagyorvos közlése szerint a központi hatalmak orvosvesztése a következő volt :

Megnevezés	Németország	Magyar-osztrák monarchia
Behívott orvosok száma	33.406	9.163
Ebből megsebesült	2.171 (6.5%)	711 (7.8%)
elesett	1.837 (5.5%)	624 (6.7%)
eltűnt	1.169 (3.5%)	421 (4.6%)
Összes veszteség	5.177 (15.5%)	1.756 (19.1%)

Az orvosok munkája az egyre terjedő járványos betegségek következtében egyre súlyosabb és egyre veszedelmesebb lett. Hogy mennyire pusztították a kolera és a kiütéses tifusz az orvosokat, itt csak arra a kegyetlen példára hivatkozunk, hogy a háború alatt kiütéses tifusznak esett áldozatul maga a német Jochmann professzor is, a járványos betegségek nemzetközi jelentőségű tekintélye.

Budapest orvosai is derekasán kivették részüket a világháború fájdalmait és szenvedéseit enyhítő munkájukból. Az 1930. évben készült adatgyűjtésünk eredményei világosan demonstrálják, hogy 2697 orvos közül 1655, tehát 61.3% vett részt a világháborúban. Egyáltalában jellemzi a budapesti orvosok szomatikus kondícióját, hogy az orvosok 68.6%-a közel háromnegyedrésze bevált katonának. Hogy mennyire szükség volt orvosokra, annak ékes tanubizonysága, hogy még a 737 húsz éve praktizáló orvos közül is 485 teljesített a világháború alatt katonai szolgálatot (66.0%), a tizenöt-húsz év óta a pályán működő orvosoknak meg egészen közel 100 százaléka működött a világháború alatt a katonai egészségügyi szolgálaton.

Az orvosok lelkes, áldásos és emberfeletti tevékenységének ismeretében szinte természetesnek kell tartanunk, hogy ezt a munkát legfelsőbb helyen is teljesen méltányolták. Ebből következik, hogy a budapesti 2697 megfigyelésünk körébe vont orvos közül 1294-nek (48.0%) van hadikitüntetése. Legfeljebb három kitüntetése volt a kitüntetettek közül 954-nek (73.7%), 4–6 kitüntetése volt 315 orvosnak (24.3%), sőt volt 10 orvos (0.8%), kinek mellét hét—tíz kitüntetés díszítette. A háborúban dekorált orvosok természetesen már inkább a legalább öt esztendeje praktizáló orvosok között találhatók meg. Budapest orvosait még a hadifogságba jutás se kímélte meg, amennyiben

az 1655 hadviselt orvos közül 140 (8·2%) volt hadifogságban, ezek között volt 27 már olyan, aki 1930-ban már húsz esztendeje folytatott Budapesten gyakorlatot. Az 1655 hadviselt orvos közül 214-et ért olyan károsodás (12·8%), hogy ennek alapján őket hadirokkantakká kellett nyilvánítani. Ezek legnagyobb része mégis munkára képes, sőt háromnegyedrésze nős, felének otthonát még gyermekek is boldogabbá teszik. A hadirokkant orvosok közel 90%-a 1930-ban már 5 esztendőnél régebben működött pályáján.

Kiváló katonai szolgálatának jutalmául az 1655 hadviselt budapesti orvos közül 30-at a vitézi rend tagjai közé avattak fel (1·8%).

Budapest orvosai becsülettel kivették részüket a világháború küzdelmeiből és szenvedéseiből s egyrészüket a maradandó károsodástól a genfi konvenció se védte meg. Áldozatkészségükkel mindenesetre jobb sorsot érdemeltek, mint amilyen a világháború után osztályrészükül jutott.

f) *Az orvosok elszegényedése a világháború után.*

Több, mint négy esztendeig szinte fokozódó erővel dúlt a világháború. Az 1914-ben bátor bizakodással indult hadseregek legnagyobb része többször felcserélésre szorult a nagy veszteségek: elesettek, sebesültek, betegek tömegei miatt. Az utánpótlás nemcsak technikailag ütközött mind nagyobb nehézségekbe, hanem az újból kivonuló csapattestek katonái se voltak már harckészség tekintetében olyan erőteljesek, mint elődeik. Az évekig húzódó lövészárokháború, az ellátás egyre gyengülése megtörte a katonák testét, lelkét s fogékonnyá tette a mögöttes országrészekből indított bomlasztó agitációra. Az 1918. esztendő végén bekövetkezett sikertelen támadások a védekezés szilárdságát is meggyengítették olyannyira, hogy a központi hatalmak védővonala egyszerre szinte katasztrófálisan összeomlott. A katonai összeomlás teljes politikai zavart okozott és hatalomra segítette azokat a komolytalan elemeket, melyek fantasztikus eszmékkel telítve és az államkormányzás minden ismerete nélkül tobzódtak s hónapok alatt kiszolgáltatták az országot a győztes hatalmak imperializmusának. A katonai és politikai összeomlás magával temette a magyar gazdasági életet is, melynek évtizedek alatt a húszmilliós országra szétágazó rendszerét a megszállás és végül a trianoni megcsonkítás alapjaiban dúlta szét.

Közel hat esztendőn keresztül tengődtünk, szinte a teljes reménytelenség sívárságában, míg végre megindult a rekonstrukció munkája. Addig is a magyar társadalom régi értékeinek feláldozásából és régi — nagyon csekély — készleteinek teljes kiaknázásából tengődött. A szakemberek tanítása szerint ilyen körülmények között legsúlyosabban szenved mindig a középosztály, mely alig képes a fizetési eszközök labilitását és a termelvények árának rapszódikus emelkedését elviselni. Így a magyar középosztály is áldozatául esett a világháborút követő zavaros időknek és a régi gazdasági rend összeomlásának.

A magyar orvosi rendet két irányból sujtották ezek a sorscsapások. Gazdasági helyzete már a világháború előtt se volt kedvező, ehhez járult még a hadiszolgálat, mely az orvosok nagy részét polgári keresőmunkájából kiszakította s pusztán a katonai fizetésre szorította. A gazdasági összeomlás a legnagyobb nyomást a középosztályra gyakorolta, amely pedig a régi időkben az orvosok megélhetésének legszilárdabb támasza volt. Ezek a súlyos események szorították az orvosnyomor problémáját a napirendre, honnan úgyszólván tíz esztendeje le nem kerülhetett. A középosztály folyamatos elszegényedése, az orvosok létszámának gyarapodása olyan szakadékokat ástak, melyet betömni eddig még megközelítőleg sem sikerült. Az orvosok, kik mások bajaival legtöbbször eredményesen megküzdének, a maguk baját még mindig nem tudták orvosolni. E helyett helyzetük egyre romlott, mert a politikai és társadalmi tényezők egyre jobban igyekeztek a szociális terheket az orvosi hivatás gerincére, a humanitásra ráhelyezni. Még a nagyközönség is észrevette, hogy az orvosi túlprodukció miatt jól ki lehet aknázni azt a körülményt, hogy a szabad szellemi pályákon működők díjazását nem a szolgáltatott szellemi vagy fizikai energia szerint szabják meg, hanem az igénybevevő vagyoni helyzete szerint. A társadalom elszegényedett, tehát jogot formált arra, hogy betegség esetén ingyen vagy nagyon mérsékelt díjazásért jusson orvosláshoz. Sikerült is tíz esztendő alatt a szociális biztosítást annyira kiterjeszteni s az ingyenrendelők forgalmát annyira megnövelni, hogy a magánorvoslás már alig talált foglalkozást az államosított paciensek tömekegében. Ezzel még az általános nyomorúságon felül külön orvosnyomor alakult ki, mert a társadalom az orvosi rend gyenge szervezettségét és társadalompolitikai tájékozatlanságát kiaknáztta. Egy szóval megfeledezett a társadalom arról, hogy az orvos is jogosan olyan öncélú polgára az államnak, aki azért dolgozik, mert élni akar.

Az előző fejezetekben előterjesztett adataink igazolták, hogy az orvosok lakáskörülményei minden fényűzéstől távol állanak, sőt legnagyobb részben csak szerény igényeket elégítenek ki. Bizonyos mértékig már aggódással láttuk az idősebb orvosoknak, mint albérlőtartóknak kibontakozását is. Az orvosok munkakörülményeinek tüzetesebb vizsgálata pedig feltárta, hogy 1930-ban már 353 olyan orvos élt Budapesten, kinek egy hétig nem akadt betege s a kényszerű tétlenségre volt kárhoztatva. Lassanként az orvosi munkanélküliség terjedésének sötét képe rajzolódik a jövőző horizontjára.

Abból a két nagyszabású adatgyűjtésből, melyet a székesfőváros statisztikai hivatala az 1926. évi december hóban, illetve egy esztendővel később 1928. évi február hóban a munkanélküliség felmérése céljából végrehajtott, nem sikerült az orvosokat illető adatokat találni. Az 1928. évi március hó 1-én végrehajtott országos összeírás azonban 10.304 (5·2%) munkanélküli szellemi munkás között már 52 orvost jegyzett fel, akik közül 42 Budapesten

lakott. Közülük 1 rokkantság, 2 hadirokkantság és 3 betegség miatt lett munkanélkülivé, a többi csak munkahiány miatt. Az 52 orvos közül 46-nak nem volt eltartott családtagja. Más kegyelemkenyerére szorult 35 orvos (67·3%), a többi részben még megtakarított pénze, részben szórványos mellékfoglalkozás, részben közsegélyek engedték vegetálni vagy szak-tudásánál és képességénél sokkal alacsonyabb napi, mondhatjuk napszámos munkát volt kénytelen vállalni.

Valószínű, hogy az adatgyűjtés csak azért sorolt fel 52 orvost, mert általános dolog, hogy az intellektuális társadalmi rétegek sokáig rejtegetik sebeiket s csak akkor tárják fel, amikor a körülmények azt már valósággal kikényszerítik. Nem szubjektív megállapítás, ha azt mondjuk, hogy a világháború után egyik társadalmi osztály se sínylette meg az áldatlan közállapotokat annyira, mint épen az orvosi rend. Csak azért törnek most annyira elő a panaszok, mert a fiatalság már egyáltalában nem tud praxishoz jutni s az öregek pacientúráját is annyira lesorvasztották a pauperizmus és a szociálpolitikai intézmények, hogy már-már a létminimumot se tudják megkeresni. Hogy az orvosnyomor megfestése nem az osztályegoizmus műve, azt legszembeötlőbben az adóstatistika rendelkezésre álló eredményei dokumentálják.

8. Az orvosokra kivetett általános kereseti adó Budapesten kerületenkint. — 1929.

Megnevezés	K e r ü l e t e k										Összesen	
	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	absz.	%
0 pengő	1	9	7	16	25	104	8	40	45	9	264	9·2
1— 10 pengő.....	5	—	—	—	1	5	4	—	—	1	16	0·6
10— 20 «	20	21	5	9	10	68	68	6	44	10	261	9·1
20— 50 «	56	21	8	103	123	115	194	119	53	19	811	28·4
50— 100 «	47	19	20	65	91	123	149	223	37	16	790	27·6
100— 150 «	42	13	4	40	86	59	55	68	9	7	383	13·4
150— 250 «	11	10	8	39	57	31	34	39	4	3	236	8·3
250— 350 «	1	1	1	7	17	3	6	7	—	—	43	1·5
350— 450 «	1	—	1	9	3	5	1	5	—	—	25	0·9
450— 550 «	—	—	—	2	4	1	2	2	—	—	11	0·4
550—1.000 «	1	—	—	3	4	1	3	3	—	—	15	0·5
1.000— «	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—	3	0·1
Összesen	185	94	54	294	421	515	525	513	192	65	2.858	100·0

Az adóhivatalok kötelességüket szorgalmasan teljesítik annál inkább, mert az állam és törvényhatóságok egyre fokozódó kiadásainak fedezéséről csak az adócsavar megfeszítésével lehet gondoskodni. De ezt követelték a külföldi hitelezők is, mert a legterhesebb kölcsönöket is csak az állam és a városok háztartásának, kiegyensúlyozott költségvetésének szigorú biztosítása mellett nyújtották. Ezenfelül ezt követelte még a pengő értékének stabilizálása is. A Flesch Nándor érdekes előadásából kiemelt fenti táblázat

eredményei azt mutatják, hogy ennek ellenére kereset hiányában 264 orvost (9·2%) egyáltalában nem lehetett az adóalanyok közé beállítani. Jellegzetes továbbá, hogy a rigorózus kivetés mellett is az orvosadóalanyok 53·0%-ától nem lehetett többet, mint évi 20—100 pengő kereseti adót követelni. Ez azt jelenti, hogy az orvosi rend fele nem keresett egyedenként többet évi 2000 pengőnél, ami a hivatalosan megállapított évi napszámos keresetnél, évi 1880 pengőnél alig magasabb. Évente 3000—5000 pengőt alig tudott a budapesti orvosok 8·2%-a megkeresni. A családos orvosnak legalább 6000 pengőre van esztendőnként szüksége, hogy szellemi nivójához mérve, szerényen egyensúlyban tudja háztartását tartani. Ezt a keresetet az adóstatisztika szerint Budapesten 1929-ben csak 97 orvos érte el (3·2%), tehát csak az orvosok kis töredéke. Csak 15 orvos akadt, aki 11.000—20.000 és csak 3, aki 20.000 pengőn felüli kereset után volt megadóztatva. Ha az adófelügyelőség, melynek az adóalanyok alapos kutatása a feladata, így intézkedik, akkor bizonyos, hogy Galenus non dat opes!

Az adóstatisztika eredményeihez nehéz hozzáférni s annál nagyobb érdeme Flesch Nándornak, hogy a fentebb ismertetett adatokat kiásta. A székesfőváros statisztikai hivatalának erős szociális érzékű igazgatója, Illyefalvi I. Lajos dr. már esztendőkkal felismerte az adóstatisztikák feldolgozásának közérdekű jelentőségét s amit csak lehetett közleményeiben a szakkörök rendelkezésére bocsátott.¹⁾ Egyik adatgyűjteményéből megállapíthatjuk, hogy a székesfőváros értelmiségéhez tartozó adóalanyok az 1928. évben a következő általános kereseti adóval voltak megadóztatva:

Megnevezés	Esetek száma	Összesen	Kereseti adó pengőben		
			minimum	maximum	átlag egy adózóra esik
Festő- és szobrászművész...	297	19.556·95	5·80	2.000·—	65·85
Gyógyszerész	169	87·067·75	11·50	4.000·—	515·19
Író és zeneszerző	252	35.858·10	10·—	5.000·—	142·29
Közjegyző	13	6.449·—	300·—	1.500·—	496·08
Magániskolatulajdonos	67	8.389·95	15·—	600·—	125·22
Magánmérnök	377	111.180·65	11·50	3.608·—	294·91
Magántanító	497	29.770·90	2·—	1.140·—	59·90
Művész	192	14.869·50	10·—	534·—	77·45
Orvos	2.407	238.955·81	6·—	1.673·—	99·28
Ügyvéd	2.720	493.064·00	10·—	14.279·50	181·27
Zene- és nyelvtanár	315	15.196·50	5·—	1.000·—	48·24

Az 1928. esztendőben Budapest adóalanyai összesen 11,415.161·53 pengő általános kereseti adóval voltak megterhelve s ebből az orvosi rend 238.955·81 pengővel, tehát az orvosi rend, a népesség 3·30/00-e fizette az általános kereseti adó 2·1%-át. Az ügyvédek után tüstént az orvosok következtek az értelmiségi csoportok kereseti megadóztatásában. Az orvo-

¹⁾ Dr. Illyefalvi I. Lajos: Budapest székesfőváros statisztikai és közigazgatási évkönyve. XVII. évfolyam. 1929.

sok maximális kereseti adója 1673— pengő volt, ami 33.260 pengő keresetnek felel meg, minimális kereseti adója 6— pengő volt, ami pedig azt mutatja, hogy a legalacsonyabb megadóztatott orvoskereset 122 pengő volt. Átlagban az orvosok kereseti adója (99·28 pengő) már jó hátra szorult ennél kisebb csak művészeké, magántanítóké, festő- és szobrászművészeké volt. Az átlageredmény szerint a budapesti orvosok évi keresete az 5% kereseti adókulcs alapján kiszámítva, 1985 pengőre rúgott, ami igen szerény kereset és a létminimumon alul van, mert mint említettük a napszámkeresetet (1800 pengő) alig haladja meg.

Teljesen hasonló kép alakul ki a budapesti orvosok 1930. évi kereseti adójának pontosabb kutatása alapján. Az adóalanyok száma és az adóalap kerületenként 1930-ban így alakult :

Kerület	Adóalany	Adóalap (pengő)	Átlagos adóalap (pengő)
I.	156	156.122	1.000
II.	102	54.543	534
III.	28	25.589	915
VI.	300	749.293	2.491
V.	357	579.902	1.626
IV.	477	463.263	971
VII.	442	452.302	1.023
VIII.	516	502.235	973
IX.	200	151.672	758
X.	47	40.862	869
Összesen.....	2.625	3.175.783	1.210

Pontosabb számítással tehát arra az eredményre kell jutnunk, hogy Budapesten 1927-től 1930-ig elsősorban gyenge keresetű elemekkel szaporodott az orvosi rend, ami a túlprodukciónak élénk bizonyossága.

Van a magyar gazdasági életnek egy másik adóterhe, mely Laky Dezső megállapítása szerint a helyett, hogy élénkítené, inkább bénítja a magyar közgazdaságot és így fokozza az elégedetlenséget. Ez az 1921. : évi XXXIX. t.-c.-kel statuált általános forgalmi adó. Teljes joggal viseli ez az adónem az általános címet, mert általános forgalmi adó alá esik mindenki, minden természetes és jogi személy egyaránt, aki belföldön (az östermelést kivéve) bevétel elérésére irányuló bármely önálló kereseti tevékenységet fejt ki. Az általános forgalmi adó tárgya az önálló kereseti tevékenység körében történő áruszállítás vagy bármely más munkateljesítés. Ennek folytán az orvosi hivatás gyakorlása is az általános forgalmi adó tárgya lett s eleinte Budapest orvosai is kénytelenek voltak a forgalmi adó bélyegben való lerovására feljegyzéseket vezetni, végre azonban az orvosi titoktartás megóvása érdekében előterjesztett kérelemnek a pénzügyi kormány helyt adott s a forgalmi adóellenőrök zaklatása helyébe az átalányozási rendszer lépett.

Laky Dezső professzor vaskos kötetben¹⁾ foglalkozott a forgalmiadó problémájával és részletes adatgyűjteményéből sikerült az orvosok forgalmi adójáról tájékozódni az 1927. esztendőre vonatkozólag :

Megnevezés	Esetek száma	Összesen	Forgalmi adó (pengőben)		
			Minimum	Maximum	Átlag egy adózóra esik
Orvosok	1.579	85.879·00	—·10	1.917·80	35·55
Összes adóalanyok ...	51.848	55,664.988·25	—·10	989.566·00	1.073·62

Az orvosok ezek szerint a székesfőváros forgalmi adójának 0·1%-át viselték és pedig olyan módon, hogy a minimum 0·10 pengő, a maximum 1917·80 pengő volt, átlagban 35·55 pengő. Az átlagos forgalmi adóból a 3%-os kulcs alkalmazásával ismét kísérletet tehetünk a budapesti orvosok átlagos keresetének megállapítására. Az az orvos, aki 1917·80 pengő forgalmiadót fizetett, a számítás szerint 63.927 pengőt keresett, ami jóval magasabb, mint ahogyan azt (33.260 pengő) a kereseti adókulcs alapján számítottuk. Az átlagot a 35·55 pengő egy főre eső forgalmi adó alapján kiszámítva, azt találjuk, hogy 1927-ben Budapesten az orvosoknak átlagban 1185 pengő keresetük volt, jóval alacsonyabb, (1985·00 pengő), mint azt a kereseti adókulcs mutatta.

Sikerült ezenkívül a székesfővárosi orvosok forgalmi adóját jellemző adatokat az 1929., 1930. és 1931. évekről kerületenként is megszerezni, mint azt az alanti tábla szemlélteti.

9. A budapesti orvosok forgalmi adója kerületenként. — 1929—1931.

Megnevezés	1929				1930				1931			
	Előírás		Lerovás		Előírás		Lerovás		Előírás		Lerovás	
	pengő	f	pengő	f	pengő	f	pengő	f	pengő	f	pengő	f
I. kerület	6.394	74	4.158	64	6.861	50	3.853	94	7.249	40	4.772	90
II. «	1.701	95	1.396	55	2.521	78	2.989	21	4.047	69	3.480	04
III. «	1.911	14	1.364	76	1.893	68	1.594	66	1.932	74	995	33
IV. «	15.214	—	10.635	—	16.603	—	7.957	—	19.082	—	18.935	—
V. «	15.133	90	16.434	96	17.545	86	19.402	93	19.361	90	12.507	24
VI. «	12.395	10	14.452	82	15.233	—	18.603	26	18.283	90	13.348	11
VII. «	11.010	62	9.247	88	12.533	40	15.839	82	13.556	34	11.442	50
VIII. «	13.248	26	20.685	47	18.394	42	21.412	77	23.348	77	14.670	35
IX. «	2.818	82	2.621	21	4.861	30	4.150	42	5.262	96	5.599	66
X. «	1.222	92	1.273	36	1.585	02	1.560	28	1.419	30	1.488	48
Összesen	81.051	45	82.270	65	98.032	96	97.364	29	113.545	—	87.239	61

Ezekből az adatokból, különösen az előzőkhöz mérve, igen érdekes következtetéseket vonhatunk. Ha a 3%-os kulcs alapján az orvosok keresetét kutatjuk, akkor kitűnik, hogy az orvosok együttesen 3,267.765 pengőt kerestek az 1930. évben. Az 1930. évben körülbelül 3500 orvos működött a székesfővárosban, kereken 500 magángyakorlatot nem folytatott s így

¹⁾ Dr. Laky Dezső : Az általános forgalmi adó Budapesten 1921—1927. Statisztikai Közlemények 1929.

3000 orvos között az összkeresetet elosztva, egy orvos átlagos keresete 1080 pengő volt, tehát alacsonyabb, mint 1927-ben (1185 pengő). A kereset tehát még jobban elmaradt a napszámkeresettől. Valószínű, hogy számításunk helyes, mert az orvosok forgalmi adóját az 1927. év 85.879·00 pengőről 1930-ban 98.032·96 pengőre emelték, 12.153·96 pengővel 10·4%-kal, ezzel szemben az orvosok létszáma 1927-ben összesen 2898 volt, 1930-ban már 3436 s így az emelkedés itt 18·5%. Az orvosok létszámának növekedése meghaladja a forgalmi adó emelkedését, amiből az következik, hogy az orvosi rend a három esztendő alatt főképen olyan gazdaságilag gyenge elemekkel gyarapodott, akik a forgalmi adóalanyok közé se voltak besorozhatók.

Az egyes kerületekben a forgalom alapján adózó orvosokról nincsen pontos statisztikánk, de, ha az egyes kerületek forgalmi adóját a nyilván tartott orvosok teljes létszámára vonatkoztatjuk, még akkor is érdekes tájékozódást nyerünk az orvosok keresetének topografiai megoszlásáról az 1930. évben :

Megnevezés	Orvosok száma	Általános forgalmi adóelőírás (pengő)	Egy orvosra jut (pengő)
I.	296	6.861·50	23·2
II.	151	2.521·78	16·7
III.	74	1.893·68	25·6
IV.	306	16.603·—	54·2
V.	448	17.545·86	39·2
VI.	525	15.233·—	29·0
VII.	792	12.533·40	15·8
VIII.	550	18.394·42	33·4
IX.	214	4.861·30	22·7
X.	80	1.585·02	19·8
Összesen.....	3.436	98.032·96	28·5

A tapasztalati tényeknek is megfelel, hogy a IV. és V. kerületben lakó orvosok gyakorlata még ma is sokkal lukratívabb, mint a III. vagy a X. kerületek orvosaié. Ennek megfelelően egy belvárosi orvosra majdnem kétszer akkora általános forgalmi adófejkvóta esik, mint a kőbányaira vagy óbudaira. Meglepő a II. kerület orvosainak alacsony forgalmi adóarány száma, aminek nem lehet más magyarázata, mint az, hogy az ott működő orvosoknak különösen gyenge praxisuk van.

Miközben a budapesti orvosok adóját az adóstatisztika eredményei alapján számígtattuk, jelent meg Finkenrath tanulságos közleménye,¹⁾ amelyben ugyancsak hasonló módszerrel igyekezett a német orvosok kereseti viszonyaiba betekintést nyerni. Finkenrath is megállapította, hogy se a kereseti, se a forgalmi adóstatisztika nem öleli fel az összes orvosokat, mert a forgalmi adóstatisztikából a csak fixkeresetűek maradnak ki, a

¹⁾ Dr. Finkenrath Kurt : Einnahmen der Ärzte in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1932. 34. sz.

kereseti adó statisztikájából pedig azok, akiknek 8000 M-nál kisebb volt a keresetük. A Németországban az 1927. esztendőben nyilvántartott 47.338 orvos közül a kereseti adó statisztikájában csak 37.258 orvos, a forgalmi adó statisztikájában pedig még ennél is kevesebb, csak 34.803 orvos szerepelt.

Az orvosok egész forgalma 540 millió márka volt, ebből 310 millió (60%) a társadalombiztosításból származó forgalmi adómentes nyersbevétel. A kereseti adó szerint 470 millió volt a német orvosok keresete. A kereseti adó a foglalkozáshoz tapad s így elég helyesen mutatja az orvosi foglalkozásból származó keresetet. Figyelni kell azonban arra, hogy a német adóstatisztika az adóbevételből a behajtási és egyéb költségeket levonja. Ez a levonás átlagban 25—30%, miért is a nyers keresetet 600—700 millióra kell becsülni, ami kizárólag orvosi foglalkozásból származik. Az 1928. évi esztendő kedvezőbb volt Németországban az orvosok keresetére, mint az 1927. évi s az adatok ezzel egyeznek. Az 1927. évi forgalmi adatok százalékos aránya a következő volt :

Kereset	%
— 5.000 márkáig	17.0
5.000— 20.000 „	58.5
20.000— 50.000 „	22.0
50.000—100.000 „	2.0
100.000 márkán felül	0.5

A forgalmi adóból számított kereset aránya szerint a német orvosok zöme, 58.5%-a mérsékelt 5000—20.000 M keresettel elhatárolt csoportba tartozott.

Az 1928. évi kereseti adóstatisztika szerint így alakultak az egyes csoportok :

Csoportok kereset szerint	Orvosok abszolút szám	%
— 1.500 márka	1.362	3.65
1.500— 3.000 „	1.952	5.24
3.000— 5.000 „	3.141	8.43
5.000— 8.000 „	5.335	14.32
8.000— 12.000 „	9.253	24.84
12.000— 16.000 „	6.838	18.35
16.000— 25.000 „	6.607	17.73
25.000— 50.000 „	2.466	6.62
50.000—100.000 „	276	0.74
100.000— „	28	0.08
Németország	37.258	100.00

Kiderül tehát, hogy az orvosok legnagyobb része Németországban is az alacsonyabb keresettel bírók csoportjába tartozik, mert a 8000—12.000 márkát keresőkébe tartozott az orvosok egynegyede, sőt az orvosok egyharmada még ezt a keresetet se érte el. A nagy német birodalomban is csak

28 orvosnak volt 100.000 márkánál magasabb évi jövedelme. Topografiaiilag is nagy eltérések vannak, mert az átlaggal szemben Wiesbadenben 11.836 M, Ludwigshafenben 27.273 M, Berlinben 13.599 M. volt az átlagos kereset. Finkenrath adatai szerint az orvosok bevétele falun csekély, a kisebb városokban kedvezőbb, a nagyvárosokban a túlsúlyfolttság miatt ott is gyenge. Ezt a következő tanulmány adatai igazolják :

Település helye	Átlagkereset
— 2.000 lakóig	9.222 márka
2.000— 5.000 «	11.394 «
5.000— 10.000 «	12.863 «
10.000— 25.000 «	13.770 «
25.000— 50.000 «	14.138 «
50.000—100.000 «	13.330 «
100.000— «	13.283 «
Németország	12.616 márka

Berlinben az 1927. évi forgalmi adóstatisztika a következő adatokat állapította meg :

Csoportok a kereset alapján	%
— 5.000 márkáig	24·06
5.000— 20.000 «	61·40
20.000— 50.000 «	11·91
50.000—100.000 «	1·83
100.000 márkától felfelé	0·80

Berlinben tehát magasabb arányszámok húzódnak meg az alacsonyabb forgalmi adóklasszisokban. Mindebből következik, hogyha a német orvosok gazdasági helyzete valamivel kedvezőbb is, mint a magyaroké, mégis minden okuk és joguk megvan arra, hogy anyagi helyzetük javulását szorgalmazzák.

Az 1928. évben a szellemi munkások országos összeírása alkalmával az is kutatás tárgya volt, hogy azok a pusztán szellemi munkájukból éltek-e avagy abból csak kisebb részben. Az orvosokra vonatkozó eredmények a következők :

Megnevezés	Orvos		Orvosnő		Együtt	
	absz.	%	absz.	%	absz.	%
Szellemi munkája után kapott keresetéből élt :						
kizárólag	4.733	81·8	238	51·3	4.971	79·5
túlnyomóan	579	10·0	64	13·8	643	10·3
kisebb részben	475	8·2	162	34·9	637	10·2
Összesen	5.787	100·0	464	100·0	6.251	100·0

Az orvosoknak ezek szerint 81·8%-a, tehát kereken 80 százaléka keresetéből volt kénytelen élni s csak gyenge 10·0% volt olyan, amelyik még egyéb jövedelemre is számíthatott és csak további 8·2% élt kisebb

részben szellemi munkája után nyert keresetéből. Ez a megállapítás azonban a többségben lévő férfiorvosokra vonatkozik. Az orvosnőknek csak a fele élt kizárólag keresetéből, egyharmaduk viszont csak kisebb részben építette egzisztenciáját orvosi keresetére.

A budapesti orvosok adatgyűjtésünk szerint közel 20 százalékban ugyancsak segítséget találtak házastársuk kereső munkájában. Vonatkozik ez nemcsak az orvosnőkre, hanem a férfiorvosokra is, amennyiben az orvosok feleségeit is megtalálhatjuk ma már elég sűrűn a kereső nők hatalmas táborában. Az orvosoknak általában 19·0%-nyi csoportja támaszkodott házastársának keresetére, ez az arányszám a fiataloktól az idősebbek felé haladva, erős csökkenést mutat, imígyen:

A házastárs állandó foglalkozásának aránya (%)		Az orvosi pályán való működés évei					
		0—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—
		38·7	35·2	27·3	28·9	16·0	7·1

Ezek az eredmények arról tanuskodnak, hogy a családalapításnak az esetek jelentékeny számában a mai nehéz időkben egyik sarkalatos feltétele, hogy a házastárs is bekapcsolódjék a kereső munkába.

Az 1930. évi felvétel alkalmával az összeírólap az orvosok ingatlanvagyonát is tudakolta s valószínűleg a felvétel diszkrét szervezésének köszönhető, hogy erre a kérdésre is elegendő válasz érkezett be. Kitűnt először is, hogy csak 155 orvosnak (5·8%) van háza, csak 199-nek házrésze (7·4%), 2342-nek (86·8%) azonban se háza, se házrésze. Nem rendelkeztek Budapest orvosai földtulajdonnal se, mert alig 2·1%-nak volt 50 holdja, 0·7%-nak legfeljebb 100 holdja és csak 8 orvos élt 1930-ban a székesfővárosban, akinek 200 katasztrális holdnál nagyobb birtoka volt. Földbérlettel csak egy orvos foglalkozott, de úgy látszik, aki tehette, az kertet, telket vásárolt, mert mégis 131 orvos legalább törpeingatlant szerzett. Ha az orvosi gyakorlat tartamával párhuzamosan vizsgáljuk a budapesti orvosok ingatlanbirtokát, akkor ez alkalommal is arra az eredményre bukkanunk, hogy az ingatlanokat az idősebb orvosok birtokolják. A 155 háztulajdonos közül 131 már tíz esztendőnél régebben praktizált, a 199 házrésztulajdonos közül 141, a 86 földtulajdonos közül pedig 58 tartozott ebbe a kategóriába. Még a 131 telek- és kerttulajdonos orvos közül is 95 volt idősebb, régibb praxisú orvos. A régi praxis megszűnt s a fiatalabb generációknak meg kell elégedniük azzal, ha szerény háztartásuk egyensúlyát zökkenő nélkül fenntarthatják.

Az idősebb budapesti orvosok családi támogatásra sem nagyon számíthattak, mint azt eredményeink tanúsítják. A 2697 orvos közül 686 kapott családi segítséget, de jelentősebb mértékben természetesen csak a fiatalok, mert az arányszám a kezdőorvosok csoportjában 53·5% volt, a 20 évnél régebben működőknél 9·8%. Az arányszám csökkenése egészen fokozatos a fiatalok rovatától az öregeké felé. A szülei 522 orvost támogattak, 23-at pedig a gyermekei. A társadalom karitatív energiájának megfogyatkozása-

sából magyarázható, hogy a segélyek 54·7%-a természetbeni segély volt és csak 44·3%-a készpénzsegély. Ezek az adatok egyúttal megvilágítják azt is, hogy a kereset nélkül vergődő fiatal orvosok legnagyobb része honnan merít pénzügyi támaszt életének fenntartására.

Az orvosi hivatás a múlt század végén nemcsak életpályát jelentett, hanem egzisztenciát. Minden orvos azonban hivatásánál fogva is jól tudta, hogy ereje korának emelkedésével gyengül s ha betegség vagy baleset éri, akkor támasz nélkül marad. Ezért már a Bach-korszakban, az 1857. esztendőben az Orvosi Hetilap 1. számában Nádherny Károly, Túróc vármegye cs. kir. főorvosa megpendítette az orvosi nyugdíjintézet létesítésének eszméjét. Valamivel később 1863-ban Poór Imre újból sürgette a kérdés megoldását s a pesti vándorgyűlésen bizottságot küldöttek ki az alapszabályok elkészítésére, melyeket azután a kormány 1867-ben jóváhagyott. Az orvosi rend akkor még nem sejtette sívár jövőjét s alig törődött a nyugdíjintézménnyel, annak ellenére, hogy alaptőkéjéhez Flór Ferenc 200 aranyat, Poór Imre pedig 300 forintot adott.

Az 1873-ban alakult Budapesti Orvosi Kör 1880-ban alakította meg Országos Segélyegyesületét, mely évtizedek óta a rendelkezésére álló anyagi erőhöz mérten folyamatosan segélyezte az orvosözvegyeket és árvákat. A múlt század nyolcvanas éveiben alakította meg Chyzer Kornél a zemplénmegyei orvos és gyógyszerész segélyegyesületet, mely a békeidőkben 2000 koronát osztott ki évente. Ugyancsak ebben az időben Schulhof Jakab kezdeményezésére 1888-ban alakult a Budapesti Gyakorlóorvosok Segélyző Egyesülete s 1913-ban ennek B) osztálya, amelynek az a feladata, hogy a tagok halála esetén az özvegyet egyszeri segítségben részesítse. S végül 1924-ben Bergsmann Jakab, Csillag Jakab és Friedrich Vilmos agitációjára megalakult a keresetképtelen orvosokat segélyző egyesület.

A Caritas jegyében fogant egyesületek mellett már 1900-ban Jendrasik Ernő a szövetség akkori főtitkára szervezte meg az Országos Orvosszövetség nyugdíj- és segélyző intézményét. Ezenkívül az egyes betegsegélyző pénztárak orvosai is belátták, hogy mindjobban zsugorodó jövedelmükből öreg napjaikra elegendő tőkét gyűjteni nem tudnak, miért is egymásután alakították meg a munkásbiztosító pénztár, a Ferenc József betegsegélyző egyesület, valamint más vállalati pénztárak orvosai önálló nyugdíj- és nyugdíjpótló egyesületeiket. A háború és az infláció ezeket az egyesületeket elpusztította, mert a járulékok papírkoronákban folytak be s a nyugdíjigénylők is ebben a pénzben kapták meg járandóságaikat. A nyugellátás kátyuba jutott s az intézmény a csőd szélére. Az országos munkásbiztosító pénztár orvosai nyugdíjintézetének is ez lett a sorsa, mely az 1907 : XIX. t.-c.-kel létesített pénztári alkalmazottak nyugdíjintézetétől 1920-ban különvált. A nyugdíjas orvosok jogos elégtelenségükben sikerrel támadták a királyi bíróságnál a pénztárt. Ezt az intézményt az 1927 : XXI.

t.-c. felszámolásra ítélte. Csilléry András lelkes munkájának volt az eredménye, hogy Vass József akkori népjóléti miniszter engedélyezte, hogy az Országos Orvosszövetség által minden terhével és vagyonával együtt átvett nyugdíjintézetbe az OTI 350.000 pengővel, a MABI pedig 100.000 pengővel alapító tagul beléptek. Ez alkalommal kimondották, hogy a pénztári orvosok ugyancsak 350.000 pengővel, a MABI orvosok pedig 60.000 pengővel járulnak hozzá a nyugdíjintézet megalapozásához. A szilárdabb alapokra fektetett intézmény a régi nyugdíjasoknak 30%-os valorizációs kulccsal megállapított előlegeket utalt ki 1928. évi január hó 1-től s mihamarabb a kulcsot 50%-ra emelte. Az 1928. évi április hó 22-én megtartott kongresszus által jóváhagyott alapszabályt a kormányhatóság 196.367/1928—VII. B. M. szám alatt jóváhagyta s azóta a három osztályból (vegyes, kötelező és segélyző) álló intézmény felvirágzásnak indult, néhány esztendő előtt nagyértékű belvárosi ingatlanokat vásárolt s jövője minden tekintetben biztosítottnak látszik.¹⁾

Az orvosok nyugdíjügye, mint láttuk, csak a legutóbbi időkben jutott szilárd alapra, addig az orvosok és orvoscsaládok sorsa meglehetősen bizonytalanságban volt. Ebben a helyzetben, aki tehette természetesen a biztosítás adottságait, mint magánember igyekezett kihasználni. Ennek tudatában az 1930. esztendőben végrehajtott adatgyűjtés alkalmával ezt a kérdést is felvettük a számlálólapok kérdőpontjai közé. A begyűjtött adatok feldolgozása után némi meglepetéssel kellett megállapítanunk, hogy az orvosoknak csak 24·2%-a, mindössze 654 orvos kötött életbiztosítást. Csak minden negyedik orvos élete volt biztosítva és pedig a biztosítottak fele, 327 orvos (12·1%) csak legfeljebb 10.000 pengőre, további 6%-a, 162 orvos legfeljebb 20.000 pengőre és végül 5·8%-a, 157 orvos ezen felüli összegre. Természetes, hogy a nők és férjezettek kategóriájának aránya (32·7%) magasabb volt, mint a nőtleneké és hajadonoké (11·2%). A húsz esztendőnél régebben pályán levő orvosok biztosítási aránya magasabb volt, mint az átlag. A 10—20 év óta pályán működő orvosok biztosítási aránya volt a legmagasabb, ami mutatja, hogy a világháború után valorizációs alapon kötött biztosítás láza a budapesti orvosokat is megfogta. A fiataloknak nincs biztosításuk, mert, mint már láttuk, megfelelő keresetük sincs a biztosítási díjtételek fizetéséhez. Az is kitűnik a felvétel eredményeiből, hogy az idősebb orvosok jóval magasabb összegekre kötöttek életbiztosítást, mint akár a középkorúak, akár a fiatalok.

A magyar kormány már a világháború második esztendejében a hadiköltségeket belső kölcsön segítségével tudta csak fedezni s a háború folyamán nyolc alkalommal bocsátotta piacra hadikölcsön kötvényeit, melyeket jegyezni hazafiúi kötelezettség és a haza iránti áldozatkészség volt. Buda-

¹⁾ Dr. Csilléry András: Az orvosi nyugdíjkérdés a társadalombiztosítási szolgáltatásban. Társadalombiztosítási orvosok évkönyve. Budapest, 1929. — Dr. Walkó Rezső: Orvosi nyugdíj és segélyző intézetek története, fejlesztése, egységesítése. Orvosi Hetilap, 1925. 19. sz.

pest orvosai nemcsak tudással, egészségük és praxisuk elhanyagolásával, sőt elég sok esetben életük feláldozásával vettek részt a világháborúban, hanem e mellett hadikölcsönjegyzési kötelezettségeiket is teljesítették. Adataink szerint a budapesti orvosok 51·3%-a jegyzett hadikölcsönt, 1384 orvos. De tüstént egészen más arányok bontakoznak ki, ha az igazság útján járunk és levonjuk azoknak az orvosoknak a számát, akik tíz év előtt még a pályán nem működtek. Ekkor megtudjuk, hogy tíz esztendővel ezelőtt csak 1406 orvos működött, tehát ebből következik, hogy a tíz esztendővel a felvétel előtt tevékenykedett 1406 orvos közül 1384 jegyzett hadikölcsönt és csak 22 nem vett részt ebben az áldozatban. A legtöbb orvos, 361, (13·4%) 10.000—50.000 korona értékűt jegyzett, 268 orvos (9·9%) 1000—5000 koronát, 169 orvos (6·3%) 5000—10.000 koronát, 117 orvos (4·3%) 100.000—400.000 koronát, sőt 10 orvos még ezen felüli összegűt is. A nagyszámú hadikölcsönjegyzéseket úgyszólván kivétel nélkül az idősebb orvosok teljesítették, ami köztudomás szerint elveszett vagyon s így nagyon megértjük, hogy az idősebb orvosok miért kénytelenek még akár csekély fixumú állásaikhoz ragaszkodni és miért vállalnak alacsony díjszabású fixumokat. Az elveszett tőkevagyon a régen takarékos s jövőjüket emberi számítás szerint biztosított orvosokat is proletarizálta.

A hadikölcsön elértéktelenedésén kívül Budapest orvosai jelentékeny tőkevagyonot veszítettek fixkamatozású papírokbán, életbiztosításban és takarékbetétekben is. Ilyen súlyos anyagi veszteség ért általában 1116 orvost, a budapesti orvosok 41·4%-át. És nem jelentéktelen összegekről volt szó, mert 222 orvos (8·2%) legfeljebb 5000 koronát, 336 orvos (12·5%) már 10.000—50.000 koronát, 158 orvos (5·9%) 50.000—100.000 koronát, 187 orvos (6·9%) 100.000—350.000 koronát és végül 40 orvos (1·5%) még ennél is magasabb összeget veszített el. Különösen fixkamatozású papírosokban és takarékbetétekben veszítettek sokat Budapest orvosai.

10. A budapesti orvosok tőkevagyonvesztése az orvosi pályán való működés szerint. — 1930

Megnevezés	Az orvosi pályán működik														Összesen	
	—3		3—5		5—10		10—15		15—20		20—		ismeretlen			
	é v ó t a															
	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%	absz.	%		
Értékben nem veszített	369	92·3	244	83·9	452	75·3	214	59·1	127	43·9	163	22·1	12	66·7	1.581	58·6
Értékben veszített és pedig:																
— 5.000 K-t.	11	2·8	22	7·6	64	10·7	46	12·7	41	14·2	38	5·2	—	—	222	8·2
5.001—10.000 „	4	1·0	7	2·4	17	2·8	21	5·8	25	8·7	36	4·9	—	—	110	4·1
10.001—50.000 „	10	2·5	16	5·5	38	6·4	43	11·9	50	17·3	179	24·3	—	—	336	12·5
50.001—100.000 „	3	0·7	—	—	8	1·3	11	3·0	14	4·8	122	16·5	—	—	158	5·9
100.001—350.000 „	2	0·5	1	0·3	9	1·5	11	3·0	15	5·2	145	19·7	4	22·2	187	6·9
350.001— „	—	—	—	—	1	0·2	1	0·3	4	1·4	34	4·6	—	—	40	1·5
Ismeretlen	1	0·2	1	0·3	11	1·8	15	4·2	13	4·5	20	2·7	2	11·1	63	2·3
Összesen	400	100·0	291	100·0	600	100·0	382	100·0	289	100·0	737	100·0	18	100·0	2.697	100·0

Az értékvesztések minden kategóriájában azt látjuk, hogy az idősebbek a nagy szenvedők, kiket nemcsak évtizedek becsületes munkájának gyümölcsétől fosztott meg a gazdasági helyzet kirobbanó felbomlása, hanem akik már egyúttal azt a reménységüket is elvesztették, hogy anyagi kárukat helyrepótolhatják. Ennek a lelki momentumnak, nemkülönben az általában rossz kereseti viszonyoknak ismeretében az állásukhoz ragaszkodó idősebb orvosok felett nem mondhatunk ítéletet. Bizonyos, hogy szívesen visszavonulnának, mert vágnak az életben lerobotolt esztendők után a pihenésre s ettől őket pusztán a kérlelhetetlen szigorúsággal jelentkező kenyérgondok tartják vissza.

Nemcsak az a csapás érte Budapest orvosait, hogy nagyrészüik vagyონát elvesztette és hogy beteglétszámuk megfogyatkozott, mert ehhez járul még az a tény, hogy a betegek nagy része igénybe veszi orvosát, de a honorárium fizetésétől húzódozik. Valósággal szállóige lett Magyarországon a pácienseknek az a stereotip kijelentése, hogy »addig is köszönöm.« Az »addig« pedig még felszólításokra sem akar bekövetkezni. A tömegmegfigyelés alkalmával tett kérdésünkre beérkezett válaszok dokumentálják, hogy a székesfőváros orvosainak jelentékeny összegű künnlevőségei vannak. Az orvosok 61·1%-a jelezte, hogy künnlevősége van és pedig 1428 orvosnak (52·9%) 5000 pengő erejéig, 91 orvosnak (3·4%) 5000—10.000 pengő erejéig, 49 orvosnak (1·8%) 10.000—50.000 pengő erejéig és végül 4 orvosnak (0·1%) ezenfelüli összegig. A legszomorúbb tény, hogy maguk az orvosok az 5000 és annál jóval nagyobb összegeket legnagyobb részben behajthatatlannak mondták. Ez is az idősebb orvosokat sújtotta, akiknek még volt — bár, mint az adatok mutatják jelentékeny részben nem fizető — patientúrájuk.

A régi időkben fogalom volt az elegáns egylovaskocsin betegeit látogató budapesti orvos. Az orvosok ma már gyalogjáró kispolgárok lettek egyrésről azért, mert munkájukat így is meggyőzik, másrésről azért, mert praxisuk és vagyonuk elvesztése miatt a járműtartás költségeit nem bírják meg. A megkérdezett 2697 orvos közül 1930-ban még 97 orvos (3·6%) tartott közlekedési eszközt. És pedig 4 orvos kocsit, 90 orvos automobilt és 3 motorkerékpárt. Az automobilos orvosok közül csak 4 működik a pályán 5 esztendőnél rövidebb idő óta s ezeknek valószínűleg a meglévő magánvagyonuk teszi lehetővé az automobiltartást. A 90 automobilon járó orvos közül 66 több, mint tíz éve működött az orvosi pályán. Az a 4 orvos, aki kocsit tartott természetesen a legidősebbek csoportjába tartozott. Bizonyos, hogy az orvosok legnagyobb tömege gyalogjáró és boldog, ha praxisa estére kifárasztja.

A rossz gazdasági közviszonyok az szigorúan végrehajtott valutakiutalási korlátozásoknál is szigorúbban elzárják orvosainkat a külföldtől, holott nemzetközi jellegű tudomány művelésének elengedhetetlen követelménye a külföldi

szakösszejövedeleket, kongresszusok és szakintézmények látogatása. A budapesti orvosok közül 1113 (41·3%) járt külföldi tanulmányúton, de hogy az a régi világban volt, bizonyítja, hogy az idősebbek aránya ebben is kiemelkedik. A húszévnél régebben pályán voltak 52·8%-a járt külföldi tanulmányúton, a fiataloknak csak 21—30%-a. A mai nehéz időkben erről is le kell orvosainknak mondaniok!

Az orvosok elszegényedésének egyik legsúlyosabb bizonyítéka, hogy Budapest orvosainak 40·4%-a, azaz 2697 orvos közül 1089 nem volt 1929-ben szabadságon. Budapest orvosainak közel fele ezt az elemi szükségletet sem biztosíthatta magának, annak tudatában, hogy a szabadság költséget okoz s egyúttal keresetvesztést. Az orvosok közül 565 (20·9%) három heti, 953 (35·3%) mégis hatheti szabadságon pihenhetett ki fáradalmait és csak 53 orvos (2·0%) jutott ennél hosszabb pihenőhöz. Az idősebb orvosok közül is aránylag kevés volt szabadságon (56·6). Élhettek ezzel rövid időre a fiatalabbak is, akiket a »praxis« amúgy sem tartott nagyon vissza.

Ahhoz, hogy ugyancsak egyik legszomorúbb adatcsoportunkról szólhassunk, még az orvosok betegedéséről kell megemlékeznünk. Az 1929. esztendő folyamán a sok fertőzésnek és hőártalomnak exponált budapesti orvosok közül 458 (17·0%) volt beteg. Ebből is 135 (5·0%) legfeljebb 3 hétig, 129 (4·8%) legfeljebb 6 hétig és 170 (6·3%) annál is hosszabb ideig. A dolog természetével jár, hogy az idősebbek többet betegeskedtek, mint a fiatalok. Ezzel kapcsolatban kértünk nyilatkozatot minden orvostól, hogy megélhetésének biztosítása érdekében kénytelen-e betegen is gyakorlatot folytatni. Ez a kérdés azt a tényt kívánta tisztázni, hogy az orvosok milyen tömegének van olyan egzisztenciája, amely betegség esetén fel nem borul. A válasz egyenesen lesújtó és egyúttal tanúsága az orvosok gazdasági helyzete labilitásának. Kiderült ugyanis, hogy a budapesti orvosok 49·1%-ának nincs olyan egzisztenciája, mely betegség esetén lehetővé teszi azt, hogy orvos önmagát ápolthassa. A 20 évnél régebben pályán levő orvosok se szerezhettek elég fixumot ahhoz, hogy az átlagnál nagyobb arányban mentesüljenek ez alól a keserves kötelesség teljesítés alól. A csak 10—20 esztendeje működőknek már ez sem sikerült.

Feltártuk az orvosi rend elszegényedését jellemző adattárunk minden fiókját. Ezzel akartuk demonstrálni, hogy Budapest orvosainak keresete meggyengült, hogy Budapest orvosai a gazdasági összeomlás következtében vagyonukat elvesztették, továbbá, hogy betegek adósak maradnak, miért is gazdasági helyzetük annyira labilis, hogy jelentékeny tömegben még betegen is kénytelenek dolgozni. És mégis Budapest orvosai lankadatlan akarással gyalog és alacsony díjakért róják az utcákat, látogatják a betegeket, mert minden csapás és veszteség ellenére szemek előtt ma is az ideális hivatásteljesítés magasztos kötelessége lebeg.

V.

Az orvosi rend válságának okai és a kibontakozás útja.

A nagyipar kifejlődése megváltoztatta a gazdasági élet termelési rendjét. Kialakulásának első periódusában folyamatosan mind több embert állított be a termelésbe, majd később a munkagépek tömeges alkalmazása, a taylorizmus, a fordizmus, a racionalás lettek a termelés vezérmotívumai, amelyek viszont a munkászekeknek a termelésben való közreműködését korlátozták. Ebből az új termelési rendből születtek az égető szociális problémák, melyeknek érdemleges orvoslása még ma sem sikerült teljesen.

Ebben a társadalmi forrongásban az orvosi rend szociális és gazdasági helyzete is megingott és sikamlós lejtőn csúszik lefelé. Az orvosi hivatás gyakorlása mindig nehéz pálya volt, állandó tanulást és ismeretgyűjtést igényelt, de legalább szerény megélhetést nyújtott. Ma a diploma jelenthet tudást, képzettséget, de biztos egzisztenciát már nem. Esztendők telnek el, amíg a diplomás orvos szerencsés körülmények között is tisztességes megélhetést tud szerezni. Más értelmiségi pályákon is vannak hasonló bajok, azonban ezek az orvosi rendre különösen veszedelmesek, mert megingatják az etikai nívót, ami nemcsak az orvosi rend, hanem a társadalom egyetemes értéke. A nagyközönség azután mind több igénnyel lép fel az orvosokkal szemben s valósággal előírja, hogy az orvosoknak legalább szakképesítésük legyen, ha már ennél magasabb egyetemi grádusuk nincsen. Amiként régen a beteget orvosához bizalom kapcsolta, akként most majd minden beteg bizalmatlan orvosával szemben. Az egészségügyi népnevelés túlzásai túlon-túl nagy önbizalmat csepegtettek az emberek lelkébe a betegség diagnosztikáját és a gyógyítás módját illetőleg. A beteg ma már nemcsak páciense, hanem ellenőre is az orvosának, kit — ha módjában áll — legalább valamelyik ingyenrendelőben eszközöltetett vizsgálattal ellenőriz. Tehát a beteg és orvos közé a bizalmatlanság fullánkja furakodott be a gyógyítás mérhetetlen kárára.

A mechanika bevonult az orvostudományba is, melynek terjedése Rathenau szerint a népesség szaporodásából folyó szükségszerűség.¹⁾ A technika haladása emelte ki a kórházakat is a régi aszilmokból s tette bizalmat keltő gyógyintézményekké. A kórházi gyógyítással az egyéni orvoslás ma már nem versenyezhet s így a kórházak nagyarányú fejlődése egyik legkorábbi tényezője volt a háziorvoslás letörésének. Régen a kórházak a házi-orvost képző intézmények voltak, ma már a magánorvoslás leküzdhetetlen konkurrensei. Csonka-Magyarország kórházrendszerének fejlődése olyan jelentékeny méreteket öltött — az ágyak száma 1921-től 1928-ig 8770 ágygal

¹⁾ Dr. Braun H.: Die Mechanisierung der Heilkunde und der praktische Arzt. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1926. 1. sz.

37.347-re (30·6%) gyarapodott, a 100.000 lakásra eső arányszám 358-ról 400-ra —, hogy nem lehet vitás az orvosi rend tevékenységének ezen az úton történt korlátozódása. Az utóbbi esztendőekben különösen kórházba menekül a szegény, hol nemcsak gyógyítást, hanem egyúttal ápolást és ellátást talál.¹⁾

Annak ellenére, hogy az egészségügyi állapotok a háború megszűnése óta mérhetően megjavultak, az orvosok száma erősen emelkedett. Az 1920—1930. években számításaink szerint legfeljebb ezer orvos halt meg Magyarországon s ezzel szemben körülbelül 5000 orvosi diplomát adtak ki az egyetemek. Egy meghalt orvos helyére tehát tüstént öt pályázó akadt. Az orvosok arányszámának növekedése elég hűségeen jellemzi az orvosnyomor terjedését. Mihákovics Elemér az 1930. évi orvostudományi kongresszuson tartott előadásában az összes orvosi állásokat Magyarországon körülbelül 8500-ra becsülte, tehát ebben az esztendőben mind a 7403 orvosra kivétel nélkül juthatott volna egy-egy állás. Az egyes állások anyagi értéke tekintetében azonban igen lényeges eltérések vannak, mert Mihákovics csak 4700-ra becsülte azoknak az állásoknak a számát, amelyek valamelyes szerény egzisztenciát biztosítanak. Csak az esetben lehetne szó a fixumokról, mint az orvosok egzisztenciájának alapjairól, ha minden orvosi állást az orvosi hivatás értékéhez és a megélhetés szükségleteihez méltóan honorálnának. Az ilyen állások szaporodására, az egészségügyi szolgálat fejlesztésére egyelőre azonban kilátás sincsen. Nagyon akadémikus érvényűek azok a számítások, melyek azt mutatják, hogy Magyarországon legfeljebb 5000 orvos számára nyílik gazdasági jellegű érvényesülés s most legalább 3000 felesleges orvos van. Ezzel számolni kell s nem elegendő a prevenció megszervezése, hanem most már az orvosnyomor terápiájáról is gondoskodni kell. Az orvosok létszámemelkedésének irama az 1939—1943. tanévben bizonyosan megtorpan, mert ekkor már az 1914—1918. esztendők gyenge születési évjárata kerül ki az egyetemről. Az 1939—1943. tanévek után azonban megint erősebb korosztály éri el majd azt a kort, melyben a diplomát megszerezheti.²⁾ Azok a javaslatok, melyek az orvosi pályára való lépést a — non fit, sed nascitur — jelígéjével szelekciós vizsgáktól akarják függővé tenni, ugyancsak a jövőendő, a profilaxis szempontjából kerülhetnek szóba. Ugyanezen elbírálás alá esnek az orvostudomány elsajátítási idejének hat esztendőre való felemelésére és a vizsgálatok szigorítására vonatkozó javaslatok is. A Magyar Országos Orvosszövetség néhány esztendővel ezelőtt pályázatot hirdetett olyan munka megírására, mely az egyetemre tóduló fiatalság előtt az orvosi hivatás etikai és gazdasági vonatkozásait, valamint a ma kezdő orvos reményégeit őszintén feltárja. Róth János pályadíjnyertes műve mindenesetre alkalmas volna,

¹⁾ Dr. Melly József: A megelőző orvostudomány és a gyakorló orvosok. Gyógyászat, 1925. 36. sz.

²⁾ Dr. Melly József: Az orvosi túlprodukciónak. Mone. 1931. 7. sz.

hogy kivonatban az iskolai esztendők végén vagy akár kezdetén a napilapok útján szélesebb publicitáshoz jusson.¹⁾

De nemcsak a profilaxis szervezése a cél, hanem a mai orvosnyomorúság gyógyítása, tehát másfelé is kutatnunk kell a válság okait, hogy a helyes diagnózis alapján okszerű gyógyításhoz foghassunk. Az orvostúlprodukción megváltozhatatlan tény és pedig úgy országos, mint helyi vonatkozásokban, amivel minden gyógyakció szervezésében, mint adottsággal kell számolni. Még a profilaxis szempontjából is veszélyeztetőbb helyzetben van az egyke-elleni küzdelemben élen álló orvosi rend, mint más értelmiségcsoportok.

Már az 1896. évi orvosi és közegészségügyi kongresszus panaszkönyvének jó néhány lapja azokkal a panaszokkal volt tele, melyek a szegénygyógyítás illegitim tömeges igénybevételét nehézményezték. Az első segítségnyújtás törvényben előírt kötelesség, a szegények gyógyítását pedig az orvosi rend évezredes morális kódexe vezette be és tartotta fenn. Jurkiny Emil panaszolta, hogy az egyetemek és a gombamódra szaporodó poliklinikák ambulanciái sok fizetőképes beteget vonnak el a magánpraxistól. Rámutatott arra a helytelen megokolásra is, mellyel az ambulatóriumok létesítését keresztülvitték. Azt hangoztatták ugyanis, hogy az egyetem csak olyan orvost habilitálhat, akinek beteganyaga van, holott az ambulatóriumok anyaga komoly észlelésre nem is alkalmas. Ezeknek az intézményeknek felállítását feleslegesnek tartotta a kongresszus, mert ezek csak az orvosi gyakorlatot rombolják s a szegénybetegek orvoslása szempontjából feleslegesek, mert azok gyógyítása a hivatalos szegényorvosok s a már meglévő egyetemi és kórházi ambulanciák feladata. Ha alakulásuk idején az ingyenrendelőknek volt még valami létjogosultságuk, mert a kórházi férőhelyek száma kisebb volt s mert akkor még a kezdet-kezdetén állott az intézményes társadalombiztosítás, ma már ezek fejlesztésére, fenntartására semmi szükség sincsen. Az ingyenrendelők fenntartása közegészségügyi szempontból nem megokolt, működésük az orvosi rend gazdasági helyzetére meg egyenesen káros. Csapodi István már 1896-ben ajánlotta, hogy az egyetemek és kórházak ambulanciái is csak olyan rendelvevényeket adjanak ki, melyeknek tetején nagy betűkkel van rányomva, hogy a rendelvevény szegény betegekre szól.²⁾ Loewy Lipót pedig már 1896-ben fájdalommal állapította meg, hogy az önfeláldozás bajnokai ime már létfenntartásukért kénytelenek harcot vívni.³⁾ A szegénygyógyítás hivatalos szervezése azonban az orvosi rend érdekét szolgálta, mert az orvosi állásokat gyarapította s olyan terhet vett le az orvosi rendről, melyet az évszázadok óta amúgy is díjmentesen viselt. Az 1898 : XXI. t.-c. megalkotása, melyet a 6000/1931. M. E. rendelet alapjaiban csak legújabbban módosított, az orvosi rend ellenzésével nem találkozhatott.

¹⁾ Dr. Róth János : A pályaválasztás előtt álló ifjúsághoz. M. O. O. Sz. 1932. 8. sz.

²⁾ Dr. Csapodi István : Ingyenes orvosi segélynyújtás. A millenniumi közegészségi és orvosi kongresszus tárgyalásai. Budapest, 1897.

³⁾ Dr. Loewy Lipót : Ingyenes orvosi segélynyújtás. U. o.

Az orvostudomány specializálódása azonban új lökést adott az ingyenes ambulatóriumok fejlődésének. A specialista orvosok konzultálása a betegnek sok járás-kelést és sok költséget okoz, ami alól menekülni sokaknak célja és gyakorlata. Az ambulatóriumban a jól képzett specialista orvosok serege áll rendelkezésre s minden technikai eszköz, ami csak a diagnosztikát és terápiát szolgálja. Az ambulatórium nemcsak ingyen gyógyító intézmény lett, hanem egyúttal a közönség kényelmét is szolgálta, tehát ne csodálkozzunk, ha a rend vitális érdekeivel nem számoló orvosok jóvoltából az ambulatóriumok száma és forgalma amerikai méreteken növekedett. Nemcsak a társadalom pauperizálódása, hanem ezek a tényezők is erős hajtórúgói voltak az ingyenrendelő intézetek előretörésének. Ezzel a kérdéssel sokat foglalkozott Schuschny Aurél dr., kinek adatai szerint az 1928. évben ezeket az intézményeket 708.106 új beteg vette igénybe s az összes rendelések száma 1,700.000-re rúgott. Ebből az egyetemre jutott 225.292, a székesfővárosi közkórházakra 69.478, az egyéb kórházakra 110.074, a poliklinikákra 330.262 új beteg. Az 1930. esztendőben a hivatalos statisztikai évkönyv már 1,146.816 járóbetegét regisztrált, melyből 266.156 esett a klinikára, 98.067 a közkórházakra, 736.490 a magánkórházakra. Csik László adatai szerint ma már 250 ingyenrendelő működik Budapesten, melyeknek tevékenysége intézményes és egyéb hibákból hatalmas beteganyagot von el az orvosi magángyakorlat elől.¹⁾ Néhány adat élénken jellemzi az ingyenrendelők forgalmának emelkedését :

Poliklinika (Megnyílt 1883. évi augusztus hó 15-én)			Charité poliklinika (Megnyílt 1892. évi május hó 28-án)		
	új beteg	összes rendelés		új beteg	összes rendelés
1883	1.074	8.695	1892	748	4.859
1890	18.817	118.632	1900	8.708	35.932
1900	35.145	135.188	1910	14.315	74.176
1910	52.665	152.967	1920	17.954	106.055
1920	58.382	242.028	1930	30.499	102.672
1930	52.556	145.664			

Ezek az adatok mutatják, hogy a betegek milyen nagy részét vonta el csak két nagy ambulatórium a magángyakorlattól s hogy ezek között jelentékeny kontingens nem volt szegény, azt a szaksajtóban és orvosgyűléseken hangzott panaszok igazolják. Az ingyenrendelők praxisrombolásának jelentőségét még fokozza az a tény, hogy ezek orvosait egyáltalában nem honorálják, mert az előkelő címek adományozása honorálásnak nem tekinthető. Egyetlen igazi érték van az ingyen ambulatóriumban és ez a szakorvosok helyi kooperációja.

A régi időkben az orvosok magángyakorlatának legfeljebb mustármagja volt az ingyenes gyógykezelés szolgáltatásában való közreműködése. A mag kikelt, terebélyes fává gyökeresedett, de az ember, aki idealizmussal ültette,

¹⁾ Dr. vitéz Csik László : Az orvosi munkanélküliség okai és az állástalan orvosok elhelyezésének kérdése. Mone. 1932. 3—4. sz.

kénytelen most már erőszakkal nyirbálni durva vadhajtasait. Még azzal a nehézséggel is számolni kell az ingyenrendelők túlkapásainak megrendszabályozásában, hogy a nagyközönség ezeket nagyon szívébe zárta, mert azok sok mindent nyújtanak ingyen vagy perselyezés ellenében: orvost, szakorvosokat és a gyógyítotechnika minden vívmányát. A helyzeten változtatna, ha sikerülne az ambulatóriumokat a szegények gyógyítására korlátozni, de ebben a tekintetben még a Magyar Országos Orvosszövetség 1930. évi május hó 11-én tartott kongresszusa által Hüttl Hümér professzor jeles előadása után elfogadott pontozatok¹⁾ sem jelentenének teljes garanciát, akár a Schuschny Aurél által javasolt bojkott mozgalommal együtt se. Az átmeneti megoldás tekintetében csakis akkor lehetne az ingyenrendeléseket a jogos szegényekre korlátozni, ha a betegkönyvbe a szegénységi bizonyítványok számának bejegyzését kötelezővé lehetne tenni s e bejegyzések helyességét időnként ellenőriznék. Az elsősegély nyújtásra az ambulatóriumok is kötelesek, de ennek jogossága tekintetében a bejegyzett diagnózisok s azok gyakorisága adhatna kontrollt. A gyökeres megoldásnak csak egy módja kínálkozik és ez az ingyen ambulatóriumok községeztése, beszerzése a hivatalos szegénygondozásba, melynek amúgy sincsen szakorvosi kara. Ezzel a szegények gyógyítása szakszerűsödnék, a kórházak ambulanciái és osztályai tehermentesülnének s ami ugyancsak nem közömbös, az orvosi rend is gazdagodnék egynéhány díjas, megélhetést nyújtó állással. Ennek elvi vagy törvényes akadálya nem lehet, sőt morális okok szólnak mellette, mert amiképpen az egyéb közterheket is elosztják a társadalom minden egyes kereső tagja között, akként a szegénygyógyításnak is minden vonatkozású költségét a közteherviselésre kell róni s nem lehet abban kizárólag az orvosi rendet részletetni.

Az orvosgazdasági problémák egész sora van időnként több-kevesebb aktualitással a napirenden. A társadalombiztosítás kérdése azonban közel negyven esztendeje nem kerülhetett le onnan. A multszázad derekán egyre-másra alakultak a kisebb betegsegélyző egyesületek, amelyeknek jogviszonyait Baross Gábor miniszter az 1891 : XVII. t.-c.-kel szabályozta. Majd húsz esztendővel később az 1907 : XIX. t.-c. adott új keretet és fejlődési energiát a társadalombiztosításnak, melyet a 1927 : XXI., 1928 : XL. és az 1925 : XXXIV. t.-c.-ek megalkotása tetőzött be. Nincsen terünk a szociális biztosítás könyvtárra rúgó irodalmának, valamint a pénztári adminisztráció és az orvosi rend évtizedes harcának ismertetésére s így csak ismételtlen utalunk a társadalombiztosítás fejlesztésének politikai motívumaira és inkább aktuális helyzetképet festünk az időszakos ütközőpontokról.²⁾ Az egyre erősödő

¹⁾ Dr. Hüttl Hümér : Az ingyenrendelések kérdése és az orvosi magángyakorlat. M. O. O. Sz. 1930. 10. sz.

²⁾ Dr. Gellért Elemér : A szabad orvosválasztás kérdése a társadalmi biztosításhoz. M. O. O. Sz. 1930. 10. sz. — Dr. Thaly Lóránt : A kötött orvosi rendszer a társadalmi biztosításban. M. O. O. Sz. 1930. 10. sz.

pénztári rendszerrel szemben az orvosi rend szívós harcot vívott évtizedeken keresztül. Az egyik ütközőpont újabban ismét a szabadorvosválasztás kérdése, mely valamennyire biztosítaná azt a bizalmi helyzetet, mely a régi idők betege és orvosa viszonyának jellegzetes sajátossága volt. A mai pénztári rendszer topografiai körzeteket határol el s egy-egy körzet betegeinek gyógyítására alkalmaz orvost, kik azt elfogadni tartoznak. A szabadonválasztás rendszerében a beteg pedig maga választhatná meg orvosát s a pénztár a betegforgalom arányában fizetné a honoráriumot. A szabad orvosválasztás rendszere egyszer már 1892-ben a budapesti kerületi pénztárnál érvényben volt, de végrehajtásában oly sok nehézség és visszaélés mutatkozott, hogy a pénztár egy esztendő után áttért a kötött rendszerre, mely állandósult. A szabad orvosválasztás propagálói arra a kétségtelenül elemi emberi jogra hivatkoznak, mely mindenkit megillet orvosának kiválasztásában, ezenfelül pedig tiltakoznak az ellen a rendszer ellen, mely a pénztári beteganyagot az orvosi rend egy részének monopóliumává teszi. A régi kötött rendszer orvosai természetesen féltik évek óta élvezett fixumaikat s ezért húzódoznak a szabad orvosválasztás rendszerétől. Teljesen szabad orvosválasztás különben is utópia, mert azt többféle körülmény korlátozza. Először is a pénztári betegek Németországban is csak azokat az orvosokat választhatják, akik erre vállalkoznak. Bármennyire biznék valaki idegen városbeli orvosban, mégse hívhatja ilyen messziről a betegágyához. S végül Németországban egy bizonyos helyen csak egy bizonyos számú orvost engednek pénztári gyakorlatra. Tehát az utóbbi erőszakos korlátozástól eltekintve is van természetszerű korlátozása a szabad orvosválasztásnak. Mindezek alapján a németek által organizált szabad orvosválasztásnak nevezett rendszert az orvosok morális okokból is propagálni kötelesek, mert mégis visszafelé térést jelent a felé az ideális állapot felé, midőn a beteg és orvos viszonya a patriarchalis bizalmon épült fel. A Magyar Országos Orvosszövetség 1925. évi szegedi kongresszusa ilyen indokolással a szabadorvoslás rendszere mellett foglalt állást, amit az 1931. évi kongresszus is megerősített. De nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a szabadonválasztás rendszere elsősorban a biztosítottak érdeke s így kiharcolása azok feladata.

A másik nagy kérdés, mely sokszor állt kemény ütközet pergőtüzében, a pénztári orvosok honoráriumai. A pénztárak ebben a kérdésben is makacsul szembeállottak az orvosi rend jogos kívánságaival. Arra nézve, hogy az Országos Társadalombiztosító Intézet orvosai milyen szánalmas honoráriumban részesültek, már 1929-ben Flesch Nándor közölt érdekes adatokat. Kimutatta, hogy 1928-ban egy tag, illetőleg család után az orvosnak egy esztendőre 7 pengőt fizetett a pénztár. Az egyes betegsegélyző intézmények dotációja között lényeges eltolódások vannak, mint arról a következő táblázatból is meggyőződhetünk.

11. A legnagyobb biztosítóintézetek működése. — 1928—1931.

Megnevezés	Taglétszám	Tisztviselő orvosok száma	Szerződéses orvosok száma	Járműkebevélet	Összes kiadás	Adminisztrációs költség	Tisztviselő orvosok fizetése	Szerződéses orvosok fizetése	Gyógyászati költség	Kórházi ápolási költség	Üdültetés (szanatórium, fürdők)	Tápellátás
P e n g ő												
1. Abszolút számokban.												
1928.												
OTI.....	794.508	159	2.186	52.867.538	55.263.574	8.000.476	—	6.584.535	5.687.809	6.147.652	1.920.481	17.666.191
MABI.....	44.348	4	144	5.241.274	—	—	—	677.841	837.888	752.134	960.694	—
MÁV.....	103.128	9	487	6.579.295	6.329.240	—	—	611.310	352.934	958.717	249.901	956.309
Posta.....	30.347	—	961	1.814.716	1.758.233	—	—	399.993	408.610	380.989	173.475	28.868
Főváros.....	—	—	—	2.051.306	2.487.123	—	—	340.982	72.954	71.249	53.429	—
1929.												
OTI.....	770.472	174	2.282	60.356.337	66.845.630	11.008.654	—	7.810.540	7.032.374	7.384.954	2.845.693	21.051.635
MABI.....	52.954	4	173	7.288.987	6.679.042	738.258	28.727	838.235	556.161	930.509	513.996	1.592.636
MÁV.....	102.718	9	497	6.776.557	6.399.893	—	—	1.092.999	1.347.378	1.006.141	—	949.667
Posta.....	27.025	—	903	1.892.797	1.866.660	—	—	353.567	408.810	428.514	215.113	35.494
Főváros.....	13.612	—	1.477	2.017.316	2.091.900	—	—	479.463	213.308	159.720	87.187	—
1930.												
OTI.....	720.997	175	2.346	46.161.388	59.382.716	8.039.088	—	6.675.999	5.321.048	10.390.922	82.561	17.967.855
MABI.....	53.521	9	184	6.973.349	7.172.322	758.181	34.278	801.935	575.384	1.008.806	801.425	1.615.153
MÁV.....	97.689	9	509	6.456.209	6.373.586	—	—	1.112.603	1.247.539	1.077.723	30.454	820.415
Posta.....	28.141	—	909	1.897.946	1.881.108	—	—	341.630	400.728	485.754	159.496	41.663
Főváros.....	14.227	4	1.580	2.151.370	2.519.342	—	—	626.248	311.793	312.593	152.035	—
1931.												
OTI.....	666.771	167	2.336	43.061.720	49.566.098	8.346.231	—	6.450.000	4.431.823	10.090.714	155.939	14.549.121
MABI.....	53.521	9	184	6.973.349	7.172.322	758.181	34.278	801.935	575.384	1.008.806	801.425	1.615.153
MÁV.....	94.952	9	513	6.242.502	6.219.597	—	—	1.095.401	1.137.069	1.589.503	56.791	832.848
Posta.....	28.635	—	931	1.892.797	1.866.660	—	—	353.567	408.810	428.514	215.113	35.494
Főváros.....	14.644	4	1.735	1.948.457	2.144.818	—	—	660.792	397.037	278.428	125.139	—
2. Százalékokban.												
1928.												
OTI.....	—	—	363	—	100.0	14.5	—	11.9	10.3	11.1	3.5	31.9
MABI.....	—	—	308	—	100.0	—	—	—	—	—	—	—
MÁV.....	—	—	212	—	100.0	—	—	9.7	21.4	15.1	3.9	15.1
Posta.....	—	—	32	—	100.0	—	—	22.7	23.3	21.7	9.9	1.6
Főváros.....	—	—	—	—	100.0	—	—	13.7	2.9	2.9	2.1	—
1929.												
OTI.....	—	—	338	—	100.0	16.5	—	11.7	10.5	11.0	4.3	31.5
MABI.....	—	—	306	—	100.0	11.1	0.4	12.6	8.3	13.9	7.7	23.9
MÁV.....	—	—	207	—	100.0	—	—	17.1	21.0	15.7	—	14.8
Posta.....	—	—	30	—	100.0	—	—	18.9	21.9	23.0	11.5	1.9
Főváros.....	—	—	9	—	100.0	—	—	22.9	10.2	7.6	4.2	—
1930.												
OTI.....	—	—	307	—	100.0	13.5	—	11.2	8.9	17.5	1.4	30.3
MABI.....	—	—	291	—	100.0	10.6	0.5	11.2	8.0	14.1	11.2	22.5
MÁV.....	—	—	192	—	100.0	—	—	17.5	19.6	16.9	0.5	12.9
Posta.....	—	—	31	—	100.0	—	—	18.2	21.3	25.8	8.5	2.2
Főváros.....	—	—	9	—	100.0	—	—	24.9	12.4	12.4	6.0	—
1931.												
OTI.....	—	—	285	—	100.0	16.8	—	13.0	8.9	20.4	0.3	29.4
MABI.....	—	—	—	—	100.0	—	—	—	—	—	—	—
MÁV.....	—	—	185	—	100.0	—	—	17.6	18.3	25.5	0.9	13.4
Posta.....	—	—	31	—	100.0	—	—	—	—	—	—	—
Főváros.....	—	—	9	—	100.0	—	—	30.8	18.5	13.0	5.8	—
3. Egy tagra jut.												
1930.												
OTI.....	—	—	—	64.0	82.3	11.2	—	9.3	7.4	14.4	0.1	24.9
MABI.....	—	—	—	130.2	134.0	14.2	0.6	15.0	10.7	18.8	15.0	30.2
MÁV.....	—	—	—	66.1	65.2	—	—	11.4	12.8	11.0	0.3	8.4
Posta.....	—	—	—	67.4	66.5	—	—	12.1	14.2	17.2	5.7	1.5
Főváros.....	—	—	—	151.2	177.1	—	—	44.0	21.9	22.0	10.7	—

¹⁾ Adminisztrációs költségekben belfoglaltatik. — ²⁾ Csak gyógyfürdő, ellátás, többi a kórházi költségekben. — ³⁾ Még nem volt megállapítható. — ⁴⁾ A MÁV viseli. — ⁵⁾ A székesfőváros viseli. — ⁶⁾ Egy orvosra jut biztosított tag.

A hivatalos adatokból kitűnik, hogy 1930-ban az OTI-járulék bevételeinek 15·5%-át, a MABI 10·9%-át s a Posta betegsegélyzője 9·9%-át fordította adminisztrációs költségekre. Az OTI adminisztrálása tehát a legdrágább volt. Ezzel szemben orvosait az OTI az összes kiadások 11·2%-ával, a MABI 11·5%-ával, a MÁV 17·5%-ával, a Posta 18·2%-ával s a Fővárosi Segítőalap 29·1%-ával honorálta. Ezek szerint egy tagra jutott az OTI-nál 9·3, a MABI-nál 15·0, a MÁV-nál 11·4, a Postánál 12·1 és a Fővárosi Segítőalapnál 44·0 pengő évi orvosi honorárium. Az orvosok honoráriumáról még pontosabban is tájékozódhatunk:

Intézmény	Egy orvosra jut beteg	Egy betegre jutó honorárium pengő	Évi orvosi honorárium pengő	Havi orvosi honorárium pengő	100 betegre eső havi honorárium pengő
OTI.	307	9·3	2.855·—	237·—	77·02
MABI.	291	15·0	4.335·90	361·30	124·01
MÁV.	192	11·4	2.169·60	180·80	94·01
Posta.	31	12·1	375·10	31·20	100·—
Főváros.	9	44·0	396·—	33·—	366·66

Az azonos célzatú intézmények működési adataiból teljesen azonos számítással nyert eredmények szerint azonos munkáért az OTI-orvos 77 pengőt, a MABI-orvos 124 pengőt, a MÁV orvosa 94 pengőt, a Postáé 100 pengőt s végül a Fővárosi Segítőalapé 366 pengőt kap. Ebből következik, hogy az OTI-orvos a pénztári szolgálat igazi napszámosa. S ha most arra gondolunk, hogy a németországi biztosítás összkiadásainak, a Fővárosi Segítőalap kivételével, nem 11·2—18·2%-át, hanem megbízható közlések szerint 25—40%-át fordítják a szerződéses orvosok dotálására, akkor teljes egészében kibontakozik az a nagy adó, melyet az orvosi rend a betegek nagybérlőjének, a társadalombiztosításnak fizet. A Németországban legalacsonyabb orvosi dotálás kulcsát Magyarországon csakis a Fővárosi Alkalmazottak Segítőalapja éri el.

Ha a szabad orvosválasztás rendszere lépne életbe s az orvosi »tömeg« nem emeltetnék, akkor legfeljebb 2400 orvos helyett 5000—6000 orvos dolgoznék a pénztári szolgálatban ugyanazon járadéktörödéért s a magyar orvosi rend 2400 gyenge egzisztenciát elvesztve, kétszerannyi koldussal lenne gazdagabb. A magyar orvosi rend humanitásból annak idején még virágzó praxisa mellett alacsony honoráriumért vállalta a biztosítottak orvoslását. Az idők megváltoztak, mert Flesch Nándor adatai szerint Budapest népességének összesen 82%-a van a különféle biztosítási intézményekben és egyletekbe beszerelve, aminek következtében a magánpraxis eszmeileg is a népesség 18%-ára zsugorodott össze. Ha a magánpraxis ennyire törpült, akkor jogos az a kívánság, hogy az orvosi rend eddig önzetlenül és olcsón adott szolgáltatása valorizáltassék. Ha az orvosi tömeg méltányos emelésével a biztosítás eleget tesz az orvosi rend iránti köteletségének, akkor teljesítheti a biztosítottak jogos és emberi követelését, a szabadorvoslás bevezetése

tekintetében is. Ez megtörténhetik akár olyan csekély korlátozással, mint arra a Székesfőváros Segítő Alapja mutatott példát. Az egyes pénztárak orvosi dotációja között mutatkozó eltérések felvetik azt a gondolatot, hogy eme méltánytalanság eliminálására célszerűbb lenne az egyes pénztárak egységesítése, ami egyebeken kívül a társadalom homogenizálását is szolgálná, megszüntetvén sok megokolatlan szolgáltatási különbséget. Aki kollektív gyógyítást vesz igénybe, az csak egytípusú elbánásra tarthat számot.

A továbbá nagy probléma a biztosítottak censusának szabályozása. Az orvosi rend joggal nehezményezi, hogy jelentékeny tömegű szociális biztosításra nem szoruló egyént vontak be a biztosító intézményekbe. Az intézmények vezetősége ezzel szemben azt hangoztatja, hogy ezeknek a magas járuléka tartja az intézményt egyensúlyban, mert maguk amúgy sem veszik a szolgáltatásokat igénybe. Sokkal humánusabb és valószínűleg célravezetőbb megoldás lenne, ha a census fixiroztatnék, illetőleg leszállíthatnék s a társadalombiztosítás fenntartása céljából a nem tagoktól is a jövedelmi adó alapján progresszíve szednék hozzájárulását. Ezzel a megoldással megszűnnék az az igazságtalanság, hogy a szociális biztosítás fenntartásával éppen a legtehetősebb társadalmi kategóriák nincsenek megterhelve. Nagyon kíváncsok volna egyébként, hogy az orvosszövetségnek az a határozata mielőbb és teljesen végrehajtsák, mely szerint

«kimondja a kongresszus, hogy :

1. a betegek, az ország köz- és szociális egészségügye, továbbá az orvosi gyógyító tudomány zavartalan fejlődés érdekében a szabad orvosválasztás törvényes biztosítását kívánja ;

2. a Magyar Országos Orvosszövetség éberem őrökdiék azon, hogy oly törvényes rendelkezések, amelyek minden embert mint természeti személyt megilletnek, így azt is, hogy a beteg orvosát szabadon választhassa, bármily irányban se korlátozzák ;

3. orvosi gyógyító tevékenységet — természetben — ezentúl semmiféle alakulat, amely betegségi biztosítással foglalkozik és nem az 1927 : XXI. t.-c. alapján működik, nem nyújthat ;

4. az 1927 : XXI. t.-c. alapján létesült azon betegsegítő intézeteknél, »különálló betegségi biztosító intézeteknél«, amelyek eddig bérhatár nélkül működnek, bérhatár megállapítását kéri. Utasítja e célból az elnökséget, hogy az 1927 : XXI. t.-c. 3. §-ának 3. bekezdése értelmében intézzen felterjesztést a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszterhez. Ha a bérhatár megállapítása akadályokba ütköznék, úgy felhívja az elnökséget, hogy a fenti különálló betegsegítő intézetekkel létesítsen olyan megállapodást, hogy azok a tagjaik, akiknek javadalmazása az Országos Társadalombiztosító Intézet-nél mindenkor érvényben levő bérhatárt meghaladja, betegségiük esetén az orvosi gyógyítást ne természetbeni szolgáltatásként kapják, hanem e helyett készpénztérítésben részesüljenek. Ezek számára a különálló betegsegítő intézetek orvost nem ajánlhatnak ;

5. azon betegségi biztosító és segélyző alakulatokat, amelyek nem az 1927 : XXI. t.-c. alapján létesültek, hívja fel a Magyar Országos Orvosszövetség elnöksége alapszabályaiknak záros határidőn belüli megfelelő módosítására ; olyan alakulatoknál, mely továbbra is természetben akarja az orvosi gyógyító tevékenységet nyújtani, a Magyar Országos Orvosszövetség tagja nem működhetik. A megfelelő alapszabálymódosítás

keresztülvitelével kapcsolatban, az ilyen egyesületeknél működött orvosok szerzett jogai megővandók. Megüresedett vagy újonnan szervezett állást ilyeneknél szövetségi tag nem vállalhat ;

6. utasítja a Magyar Országos Orvosszövetség elnökségét, hogy azon tag ellen, aki ezen határozatoknak magát alá nem veti, az alapszabályszerű eljárást haladéktalanul tegye folyamatba.«

Semmiesetre sem tűrheti meg mai súlyos helyzetében az orvosi rend, hogy az önkéntbiztosítás olyan méretekben terjeszkedjék, mint Finkenrath adatai szerint Németországban, ahol is az önkéntes biztosítottak száma az 1885. évi 4 millióról 1928-ban 22 millióra szaporodott.

A szociális biztosítás demoralizáló hatását : a betegségi arányszámok emelkedését, a gyógytartam kitolódását, az intézmény túlzott kihasználását a biztosítottak részéről tagadni nem lehet. Ezen legfeljebb a Baeumer-rendszer bevezetésével lehetne valamelyes javulást elérni. Leszorítja az orvosi rend morális erejét is, mert elnapoztatja az orvosok nagy tömegeit. *Paupertas est magna meretrix!* Az sem egészen hiteles eredmény, hogy az egészségügyi közállapotok javulása a szociális biztosítás okszerű következménye. Az Amerikai Egyesült-Államok kiváló morbiditási és mortalitási arányszámai kötelező szociális biztosítás nélkül születtek. Legnagyobb hibája ezenfelül, hogy ráneveli a közönséget az orvosi tevékenység pekuniális lebecsülésére.¹⁾

És mindezek ellenére a pénztárakat is adottságoknak kell elfogadnunk. Számolnia kell az orvosi rendnek azzal, hogy a szociális biztosítás maradandó alkotás, melyet lehet faragni, de amelyet megszüntetni aligha lehet. Ez talán nem is volna kívánatos, annál inkább a beható reformálás. Meg kell szűnnie azonban annak, hogy a biztosítópénztárak vezetősége az orvosi munkát árúnak tekintse s az orvosi renddel a hatalom jogán tárgyaljon. Az orvosi rend munkája teljes erkölcsi és anyagi elismerést kíván s meg nem okolható eljárás, ha az orvosokat az orvosi tömeg kulcsának csökkentése és a járulékbévételek csökkenése révén kétszeresen adóztatják a nehéz viszonyokra való hivatkozással. Még akkor sem vindikálhat jogot a szociális biztosítás arra — ha kétszer annyi orvosnak ad is szárazkenyeret — hogy működési körét alapítványként terjessze s az orvosi rendet megélhetésének alapjaiban továbbra is károsítsa. E helyett a szociális biztosítást vissza kell szorítani azokra a társadalmi kategóriákra, melyeknek biztosítását alacsony bérük megokolja. Ilyen rétegek gyógykezelésének viselését az orvosi rend mindenkor szívesen vállalta és vállalja, mert csak az ellen tiltakozik, hogy szociális és karitatív jellegű hivatását megokolatlanul kihasználják.

Minden erővel arra kell törekednünk, hogy a magyar társadalmat észszerűen és a közérdeknek megfelelően is három részre bontsuk: 1. a magán

¹⁾ Dr. Baeumer W. : Die Krankenversicherung jetzt ein Fluch, umgestaltet ein Segen für das Volk. München, 1930. — Dr. Jacobs Carl : Arztum in Not. Leipzig, 1929. — Dr. Liek Ervin : Das Wunder in der Heilkunde. München, 1930.

gyakorlatba tartozó elemekre, 2. a szociális biztosítást igénylőkre, 3. a szegény gyógyítás karitatív munkájára szorulókra. Csakis ilyen, a közérdekkel harmónikus keretekben találhatja meg az orvosi rend megillető egzisztenciáját, a társadalom pedig a garanciáját annak, hogy az *ars et scientia medica* sem süllyed szimplex kereső foglalkozássá.

Magyarországon az orvosi állások honoráriumai általában alacsony s meggyökeresedett az orvosok tevékenysége részleges kihasználásának szisztémája. Nincsen olyan társadalmi kategória, mely olyan sok ingyen és olyan sok gyengén honorált munkát végezne, mint az orvosi rend. Ennél fogva igen helyes volt, hogy a Magyar Országos orvosszövetség kongresszusa 1930-ban Tanárky Árpád javaslatára azt határozta, hogy

»kimondja, hogy a Szövetség tagjai sem kórházaknál, sem rendelő- vagy más gyógyintézeteknél, vagy egyesületeknél ingyenes orvosi állást, vagy ingyenes orvosi munkát nem vállalhatnak.

Minden intézet adjon az orvosnak az általa végzett munka arányához képest fizetést és nyugdíjat. Ha önálló nyugdíjintézete nincs, úgy léptesse be orvosát a Magyar Országos Orvosszövetség Nyugdíj- és Segélyezőintézetébe és fizesse érte a járulékok felét.

Kivételt képeznek azok a fiatal orvosok, akik tanulmányaik folytatásaképpen gyakorlatuk kibővítése céljából látogatnak valamely intézetet és ott önálló gyógyító vagy adminisztratív munkát nem végeznek.«

Az álláshalmozások kérdését még mindig nem sikerült teljesen feltárni. Valószínűleg több az állaskumuláló orvosok száma, mint amennyit az eddigi adatgyűjtések összefogtak. Rendkívül nehéz kérdés, mert az orvosok nagy része végtelenül alacsony díjszabás mellett dolgozik s így az álláshalmozás sem más, mint profilaktikuma az orvosok megélhetésének. Ebben a kérdésben a helyes úton jár Csilléry Andrásnak, az Országos Szövetség elnökének az a javaslata, hogy megürült állást csak állástalan orvossal lehet betölteni, továbbá, hogy a 65 éves és 35 évet meghaladó szolgálattal bíró orvosok nyugdíjazását megfelelő kártalanítással kellene végrehajtani s végül, hogy különösen a szegénygondozás keretében minél több új és becsületesen dotált orvosi állás létesítésére kell törekedni. Meg kell szűnnie annak az állapotnak, hogy orvosok csak három-négy gyenge állás kumulálásával tudjanak vegetálni.

Kísérletet kell tenni a régi háziorvosi rendszer restaurálására még akkor is, ha erre kevés a reménységünk.¹⁾ A legnagyobb akadálya ennek a szakorvosi rendszer, amely lehetővé teszi, hogy ma már nem a háziorvos irányítja a beteget a szakorvoshoz, hanem annak kikapcsolásával az egészségügyi népnevelés. A háziorvos nemcsak a betegség esetén foglalkozott a családdal, illetőleg annak egyik vagy másik tagjával, hanem állandóan végezte a család egészségügyi preventív gondozását. A mai helyzeten tehát változtatni kell olyképen, hogy az egészségügyi propaganda programjára is fel kell venni az orvosi rend tekintélyének helyreállítása felé irányuló akciót.

¹⁾ Dr. Fritz Sándor : A háziorvosi rendszer helyreállítása. Magyar Orvos. 1927. 9. sz.

Az orvosképzés kazuisztikán alapszik. Ezért van zavarban az orvos, ha közfeladatok teljesítésében kell résztvennie. Meg kellene ismernie az orvosnak a társadalom nagy kérdéseit, az állam szervezetét s e célból a társadalomegészségtant és az egészségügyi közigazgatást a kötelező tantárgyak közé kellene az orvosegyetemen előléptetni. Ilyen előképzettség mellett az orvos is megtalálja majd szakműveltségének megfelelő helyét a politikai életben, aminek a rend morális és gazdasági élete nagy hasznát veszi.¹⁾

Meg kell mielőbb szervezni az orvosok letelepedési tanácsadását azok számára, akik szubjektív okoknál fogva gyengéknek érzik magukat az önállósítás nehézségeiben jelentkező küzdelemre. Ebből a célból adatgyűjtést kell szervezni, mely iránymutatás lesz a jövőben. Arra kell törekedni, hogy az orvosok és pedig az állami szolgálatban állók az állami szervezet, az önkormányzati szolgálatban állók az önkormányzati szervezet keretében egy státusba kerüljenek, hogy ezáltal részükre a fokozatos előlépés lehetővé váljék és módot kell nyújtani arra is, hogy a faluból a város felé a kulturális és pénzügyi progresszió előrehaladás útja nyitva legyen. Így valószínűleg jobban sikerül a városok orvosszűfoltóságát megszüntetni. A falvak és tanya-vidékek kulturális elmaradottságát és bajait csak legújában tárták fel, melyek között elől állanak a közegészségügyi kívánalmak.²⁾ Ezek a megismerések annál fájdalmasabbak, mert a vidéken él Magyarország népességének, államfenntartó elemeinek zöme. Az ilyen nehéz körülmények között működő községi és körorvosokat annál inkább meg kell becsülnünk, mert tevékenységüket bátran egyenrangúnak tekinthetjük a városi hatósági orvosok munkájával. Fel kell venni a programra a közhatósági orvosi állásoknak a székesfővárosi tisztiorvosi állások mintájára való átszervezését. Ha kapcsolunk teljesfizetésű orvosokat a magángyakorlatból, akkor javítjuk az eszkimók és fókák fenyegető aránytalanságát.

Az iparegészségügyi szolgálatot a dolgozók egészségvédelme érdekében két irányban kellene fejleszteni. Egyfelől az iparfelügyelet keretében kellene a szociálegészségügyi szempontokat orvosiparfelügyelők alkalmazásával is érvényesíteni, másfelől pedig a nagyobb iparvállalatokat kell arra szorítani, hogy orvoshigiénikusokat alkalmazzanak. Az élelmiszeripar tekintetében ez máris parancsoló szükségesség!

Az orvosnyomor terjedése mellett azt kell látnunk, hogy az egészségügyi segédszemélyzet közhatósági képzése és fejlesztése előkelő helyen szerepel az egészségügyi politikában. A kérdés tárgyalása alkalmával mondtotta igen helyesen Madarász Erzsébet dr., hogy minek erőszakolják az általános védőnőképzést, mikor erre a munkára orvosok is szívesen vállalkoznak.³⁾

¹⁾ Dr. Melly József: Néhány gondolat az orvosi rend válságának megoldásához. M. O. O. Sz. 1931. 4. sz.

²⁾ Dr. Weis István: A mai magyar társadalom. Budapest, 1930.

³⁾ Dr. Madarász Erzsébet: A magyar orvosnők szociális helyzetének ismertetése. Mone. 1929. 10—11. sz.

Az orvosnyomor aktuális szanálásának ebben az irányban is lehetősége kínálkozik.

Az orvosok kedvezőtlen gazdasági és szociális helyzete kétségtelenül szorosan összefügg az általános gazdasági pangással. Ha ezt javulás váltja fel, akkor enyhül az orvosélet válsága is. De ezenfelül van külön orvosnyomorúság, aminek orvoslása csakis a rend magatartásán és szervezettségén múlik.¹⁾ A rendi öntudat és aktív kooperáció szüntetheti meg kizárólag annak a káros akciónak folytatását, mely erősen csorbítja az orvosi rend közvagyonát, ha folytatja a megélhetést nyújtó állások további lebontását.²⁾

A társadalom az orvossal szemben valóban hálátlan! Már Hippokrates panaszkodott, a miatt, hogyha betegek meggyógyult, akkor azt az istenek kegyének tudták be, ha meghalt, akkor az orvost hibáztatták. Ez a felfogás nem változott ma sem, ami bizonyosága annak, hogy az orvosi rend sorsának javulása tekintetében ne várjon senkitől sem segítséget, hanem csak saját erejére támaszkodjék. Még nem késő, mert az orvosi rend sorsa még mindig az orvosok kezében van. De ehhez a rendnek tisztába kell jönnie önmagával! Fel kell ismerni, mint arra Weis István már 1927-ben olyan helyesen rámutatott, hogy az orvosnyomort nem az orvosi pályáról való elrettentéssel, az új tehetségek elzárásával kell megoldani, hanem olymódon, hogy az orvost erősebben neveljék szociális hivatásra. Ki kell építeni a szakprevenciót, hogy ezzel is sok orvost helyezhessünk el.

A szakvédelmen alapuló egészségvédelmi szervezkedés s ezzel együtt új nyílt védelmi intézmények: anya- és csecsemőgondozók, tüdőbeteg-gondozók, nemibeteg-gondozók létesítése adnak új lehetőséget az ezer gonddal küszködő orvosok elhelyezkedésére. A leginkább ideiglenes és átmeneti jellegű kórházi elhelyezkedéssel szemben ez végleges érvényű s ezzel megalapozza egy-egy orvosegyszisztencia kiépítését. Ezért volna végzetes hiba a szakvédelmi intézmények vezetését az egyéb tömegfeladattal terhelt hatósági orvosokra hárítani.

Az orvos is vezetéshez juthat a közegészségügy irányításában, ha megszerzi a szükséges jogi és társadalompolitikai ismereteket, amelyek birtokában kiemelkedik a régi orvosok individualizáló gondolkozásából. Ezek az orvosok majd erőteljesebben tudják az egyetemes és a rendi érdekeket egymás sérelme nélkül szolgálni.

Nem az orvosok szocializálása, hanem a betegek szocializálása a veszelem. Az állami, törvényhatósági szervezkedésbe bekapcsolódott orvos tüstént valamelyes egyszisztenciához jut. Ha ellenben a betegek további tömegei kerülnek be a szociális biztosításba, akkor az orvosi hivatás mihamarabb megszűnik s a gyógyítómunkát is orvoshivatalnokok fogják elvégezni, annak

¹⁾ Dr. Róth János: Van-e külön orvosnyomor? M. O. O. Sz. 1932. 15. sz.

²⁾ Dr. Melly József: A magyar közegészségügy lebontása. Orvosi Hetilap. 1932. 13. sz. és Az egészségügyi közigazgatás racionalizálása. M. O. O. Sz. 1932. 13. sz.

ellenére, hogy ez sem a betegnek, sem az orvosnak nem érdeke. A szociális haladás útjába állani nem lehet, de igenis kötelessége minden orvosnak, hogy a rend nemes hagyományait : a beteg legfőbb üdvét és a maga öncélúságát védje. Ehhez elegendő erőt ma csak az átfogó és hatalmas érdekképviselői szervezkedés nyújthat, melyet mielőbb meg kell szervezni. A kamara az a szervezeti forma, mely határozottan tudja képviselni a rend egyetemes érdekét befelé és kifelé egyaránt és ezzel egyedül tudja biztosítani, hogy az orvosi rend minden sajnó szociális és gazdasági fájdalma enyhüljön és idővel megszűnjék.¹⁾

Az orvosi kamara megalkotásának kérdése a napirenden van. A magyar orvosok túlnyomó többsége átérti és szükségesnek tartja a kamara létesítését, mert meg van győződve arról, hogy ez lesz az a szervezet, mely valóban hivatott arra, hogy az orvosi rendet megillető társadalmi és politikai pozíciót kivívja, a rend kulturális előrehaladását biztosítsa és gazdasági bajait orvosolja. Addig is, míg a kamara felállítható lesz és a hivatása körébe eső feladatok megoldását megkezdheti, a sürgető szükség követeli, hogy ebben a szerény munkánkban feltárt kérdésekkel és azok megoldásának részleteivel az orvosi rend mai érdekképviselői szerve, a Magyar Országos Orvosszövetség, továbbra is lankadatlanul foglalkozzék.

Ha megépül a magyar orvosi kamara erős szervezete, akkor a rend történetének eljövendő krónikása már nem hivatkozik Tognio Lajos tanárnak közel százestendős kijelentésére, mely ekként szól : »Magna est medicorum Hungariae desolutio, quae perniciosa est medicis, medicinae et generi humano.«

¹⁾ Dr. Székely Ágoston : Orvosi Kamara. Mone. 1924. 2. sz.

