

POLSKIE TOWARZYSTWO SZPITALNICTWA

Nr. 1.

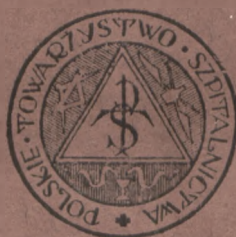
OGÓLN. ZR. 31

rok IV.

PRZEGLĄD SZPITALNICTWA

KWARTALNIK

I



1934

POLSKIE TOWARZYSTWO SZPITALNICTWA
Nr. 1. OGÓLN. ZEB. 31 ROK IV.

PRZEGLĄD SZPITALNICTWA

KWARTALNIK

I



Biblioteka Jagiellońska



1003282151

1 9 3 4

103223

II

4(1934)



3314
Nr. 30/3 ✓

Ideologia szpitala.

„Medycyna urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były: miłosierdzie i współczucie“. Temi słowy określił Wł. Biegański*) źródło medycyny. Z tego również źródła powstało szpitalnictwo.

Caritas — oto pierwsza i najogólniejsza idea szpitalnictwa. Cel szpitali był czysto dobroczynny: okazanie pomocy „ubogim, których podobało się Panu Bogu różnemi natury utrapieniami i kalectwami wieku podeszłego nawiedzić“, jak to powiedziano w przywileju Jana Księcia Mazowieckiego z dn. 10 kwietnia 1425 r., nadanym szpitalowi Św. Ducha w Warszawie. Szpitale dawniejsze były raczej przytułkami, w których znajdowali schronienie ubodzy, nędzą, wiekiem lub kalectwem dotknięci, dzieci bezdomne, podrzutki, sieroty, pątnicy i ubodzy podróżni, wreszcie — i to może w liczbie najmniejszej — chorzy. W aktach erekcyjnych niektórych tylko szpitali spotykamy zastrzeżenia, że są one przeznaczone nie tylko do dania schronienia ubogim, lecz i do leczenia chorych. W tych szpitalach były specjalne izby, przeznaczone wyłącznie dla chorych — *stubae infirmorum* alias niemocnice“. U nas — podobnie jak na Zachodzie — szpitale powstawały przeważnie z inicjatywy duchowieństwa i z fundacyj dobroczynnych a zamożnych osób, jak: królów, ziemian, bogatych mieszczan. Wskutek takiego stanu rzeczy opieka i zarząd szpitali należały do Kościoła, to też w większości przypadków zarządzały szpitalami zakony, bractwa, a po wsiach i miasteczkach poszczególni proboszczowie.

Najstarszym szpitalem w Polsce miał być — podług Długosza — szpital Św. Michała w Poznaniu, ufundowany i hojnie wyposażony w r. 1170 przez Mieszka Starego. Odtąd liczba szpitali stale się zwiększała, tak, że przy każdym niemal kościele parafialnym istniał przytułek, w którym biedota znajdowała schronienie i utrzymanie; w większych miastach, zwłaszcza w stolicach: w Krakowie, Warszawie, Poznaniu, w Wilnie, bywało po kilka szpitali.

„Deputacja ogólna do wejrzenia w stan i fundusze wszystkich w kraju szpitali“, ustanowiona przez Komisję Policji w r. 1791, czyli już po pierwszym rozbiorze Polski, zebrała wiadomości o liczbie istniejących szpitali i naliczyła ich w prowincji Wielkopolskiej 90, w prowincji Małopolskiej — 213, w Wielkiem Księstwie Litewskiem — 194, czyli razem na całym ówczesnym już okrojonym wybitnie obszarze

*) Władysław Biegański — „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej“ Warszawa. 1899. str. 91; to samo w wydaniu II z przedmową Wł. Szumowskiego. Częstochowa. 1925. str. 103.

Rzeczypospolitej — 497 szpitali. W tych szpitalach było 5621 pensjonarzy, czyli przeciętnie po 11 pensjonarzy w każdej instytucji, z czego widać, że w znacznej większości były to zakłady małe, dające przytułek niewielkiej liczbie ubogich. Oczywiście byłoby szpitali więcej, gdyby wszystkie dawne szpitale do tego spisu dotrwały. Wiele jednak szpitali przestało już przedtem istnieć, nie zostawiwszy po sobie żadnego śladu; po innych pozostał pewien ślad w kronikach miejskich, jak to możemy się przekonać z badań *Fr. Giedroyc**), który w swych „Zapiskach do dziejów szpitalnictwa“, skąd czerpiemy wiadomości historyczne, podaje 544 miejscowości w Polsce, w których istniało różnemi czasy 635 szpitali.

Z powyższych danych widać, że pod względem ilościowym szpitalnictwo nasze dorównywało w dawnej Polsce innym kulturalnym krajom Europy i świadczyło o szeroko rozpowszechnionej idei dobroczynności.

Prócz szpitali-przytułków, w których znajdowali schronienie — między innymi — i chorzy, istniały w dawnej Polsce szpitale specjalne, przeznaczone dla przyjmowania chorych umysłowo i zakaźnie. Zaraza morowa, trapiąca Europę w wiekach XIV, XV, XVI, a dalej trąd, syfilis, ospa, zmuszały do zakładania szpitali specjalnych. Te szpitale były zakładane przeważnie przez urzędy miejskie, i przy ich powstawaniu grała główną rolę nie idea dobroczynności, lecz strach: zakładano te szpitale nie dla dobra chorych, lecz zdrowych, aby uchronić zdrowych od zakażenia.

Wogóle i u nas, podobnie jak na Zachodzie, w wiekach XVII, XVIII wraz z zapanowaniem ciemnoty, barbarzyństwa i upadkiem obyczajów zanika również i miłosierdzie: szpitale tracą swe uposażenia, nikt nie dba o środki dla nich, panuje w nich brud, głód i nędza, chorzy pozostają bez żadnej opieki, a zamieszkali w szpitalach ubodzy muszą utrzymywać się sami z jałmużny.

„Więc cokolwiek szpitalów fundowanych u nas
Niemał wszystkich intraty w niwecz poginęły.
Bo czegoż długo w Polsce, Jedni nie wydają
Czynszów, tak że fundusze giną. Sami często
Proboszczowie rozbiorą, co ubogim dano“.

„tak mówi *Opaliński*, a dość przejrzyć“, pisze *Giedroyc* „księgi miejskie Starej Warszawy, by się przekonać, że satyryk wbrew swemu zwyczajowi, bynajmniej nie przesadza. Księgi owe zawierają bardzo dużo akt szpitalnych, i treścią ich są głównie sprawy o odzyskanie należności“.

*) *Fr. Giedroyc* — „Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce“ — stron 132 — Warszawa — 1908.

Wobec takiego stanu rzeczy nie dziwnego, że już na Synodzie w Piotrkowie w r. 1628 wydano postanowienie o opiece i zarządzie nad szpitalami: „Wielką podporą dla biednych — powiada uchwała Synodu — jest litość prawowiernych, tudzież troskliwy i należyty szpitali zarząd“. „A nasamprzód, gdzie na mocy statutu, przywileju lub fundacji niemasz stałych administratorów szpitali, niech się starają poruczyć ten obowiązek mężom zacnym, przezornym, obrotnym, wszakże nie zbytnio za takowym obowiązkiem ubiegającym się, lub też szpitalowi jakimbądź tytułem obowiązany, zmieniając ich w lat trzy. Ci zaś będą powinni corocznie sporządzać inwentarz wszystkich rzeczy i przedstawiać takowy miejscowemu biskupowi lub też jego wizytatorom, niemniej też składać rachunki z wpływów i darów.“*) Widzimy, że uchwała ta dążyła do ujednostajnienia administracji szpitalnej w Polsce i do roztoczenia należytej kontroli nad prowadzeniem i funduszami szpitali. To samo miało na celu następne, świeckie już prawo szpitalne, prawo Sejmowe r. 1768, które nakazywało komisarzom na Komisje Boni Ordinis wyznaczyć się mającym, „żeby wraz cum Ordinariis locorum w fundację szpitalów wszelkich po miastach, miasteczkach i wsiach wejrzeli, czyli im się zadosyć dzieje uznali i na przyszły czas porządek ku wygodzie chorych i ubóstwa według przepisu fundatorów i sposobności ex statu praesenti tychże fundacji wynikającej, pomnożeniu dochodów przez jaknajlepszą administrację, jako im to instrumentem osobliwym przepisano będzie, ustanowili.“

Przybliżają się nowe czasy, wieje z dalekiej Francji powiew nowych idei, i nietylko nad Sekwaną zdobyto Bastylję, nietylko tam wydano deklarację praw człowieka, w której czytamy, że „l'organisation des secours publics est considérée comme une dette sacrée de la Nation“, lecz i u nas ogłoszono wiekopomną Konstytucję 3-go Maja, i nad Wisłą zdobyto Bastylję ciemnoty i barbarzyństwa przez utworzenie Komisji Edukacji Narodowej — tego pierwszego na świecie Ministerjum Oświecenia i przez wydanie w r. 1775 Konstytucji Szpitalnej, na zasadzie której państwo objęło opiekę nad szpitalami. Polska była pierwszym państwem w Europie, które wydało ogólne prawo o urządzeniu i prowadzeniu szpitali. Zostały wtedy utworzone dwie komisje nad szpitalami: jedna w Koronie, druga — w Wielkiem Księstwie Litewskiem. Komisje te, prócz uporządkowania finansów szpitali, miały między innemi za zadanie przedsięwzięcie starań o to, aby w każdym województwie mógł być przynajmniej jeden szpital gene-

*) Przytaczam podług pracy *Bolesława Jakimiaka*: „Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa Warszawskiego“ — Warszawa. 1926. str. 86.

ralny, „a w czem potrzebować będą wsparcia na sejmach przekładać to powinny; na takie szpitale kolegja pojezuickie, nieużyteczne dla Komisji Edukacyjnej, obracane być mają; obywatele województwa ubożsi mają być darmo przyjmowani w czasie choroby, opatrzeni lekarstwami i należycie usłużeni: nie mający świadectwa ubóstwa za pieniądze tę usługę mieć mogą; wszystkie brzemienne ubogie i skrzywdzone (defloratae), jako też sieroty i porzucone dzieci przyjęte być mają.“ Dalej Konstytucja poleca Komisjom: „że w każdym szpitalu doktor i felczer być powinien, oba wcale umiejętni, a drugi aby oraz przy położach koniecznie dopomagał; każdy szpital ma mieć swoją aptekę, nad którą doktor będzie miał dozór i aptekarz jemu rachunki zdawać będzie.“ Jak widać z tych kilku wskazań, konstytucja szpitalna dążyła do stopniowego przeistoczenia szpitali z instytucyj przytułkowych w zakłady lecznicze, zbliżone do szpitala współczesnego, dbając o należyty dobór lekarzy szpitalnych, skoro poleciła komisjom, „aby wyznały Kolegium Doktorów, mające władzę wybierania zdatnych doktorów i aptekarzów do szpitali, a zakazywania wdawania się w leczenie nieumiejętnym tułaczom, karania szarlatanów i t. p.“

Z przytoczonych kilku wskazań, któremi miały się kierować Komisje nad Szpitalami, i wobec tego, że Komisje do swych obowiązków w pewnej mierze zaliczały również higienę społeczną (jak to widać z następującego wskazania: „dzieciom ospa szczepiona będzie; felczerowie i białogłowy do położu wydoskonalone po miastach rozesłane będą; doktor w czasie łożnych (zakaźnych) chorób powiat objedzie, nawet gdy na bydło zaraza panować będzie) — możemy sądzić, że twórcy Konstytucji Szpitalnej z r. 1775 już nie uważali szpitali wyłącznie za zakłady dobroczynne, lecz za instytucje użyteczności publicznej, za instytucje opiekuńcze w tem znaczeniu, że opieka nie jest tylko synonimem dobroczynności, lecz zawiera ideę obowiązku społecznego, pomocy i zapobiegania.

Można śmiało powiedzieć, że gdyby samodzielny był Polski nie był przerwany i gdyby prawodawstwo polskie było w dalszym ciągu udoskonalane, idea opieki społecznej znalazłaby już dawno szerokie zastosowanie w rozwoju i organizacji szpitalnictwa. Utwierdzają nas w tem mniemaniu takie objawy samopomocy społecznej, jakie wyraz dali górnicy olkuscy już w wieku poprzednim. Górnicy w Olkuszu mieli dwa szpitale: katolicki i luterski. Katolicki Św. Ducha istniał już w wieku XV, luterski powstał przy kościółku Św. Krzyża w r. 1580. W dniu 13 lutego 1671 r. zapadła następująca uchwała górników tutejszych:

„...póki Pan Bóg miłościwy skarbu swego w górach tutejszych olukskich pożyczac y udzielać będzie raczył, wiecznemi czasy wkładamy y postanawiamy y niezłomnie to laudum mieć chcemy. A to na potrzeby nas wszystkich górników tak na prawne nakłady i koszty... jako też dla ubogich i nędznych górników, chorych y niedołącznych, albo których góra przytlucze, pokaliczy, na opatrzenie ich w chorobach, alias na pogrzeby ciał grzesznych, wdów y sierot ratunku potrzebujących, których rodzice w niedostatku odumierają, na wyżywienie y wychowanie ich, y na insze wszystkie potrzeby górnicze, żeby wszyscy... od każdego złotego zarobionego na każdy tydzień przy płacy... grosz jeden od jednego złotego, od dziesiątka groszy jeden szeląg dawali... do rąk pisarza naszego pod surowym karaniem y winą czternastu grzywien.“*)

Niestety, samodzielna polska myśl społeczna nie mogła zrealizować się we własnem państwie przez przeszło sto lat. Późniejsze ustawy szpitalne z r. 1832 i 1842, które do pewnego stopnia można uważać za prawa polskie, gdyż zostały wydane specjalnie dla ziem polskich i przy udziale Polaków, aczkolwiek zawierały wiele cennych wskazówek co do organizacji, urządzenia i prowadzenia szpitali i nadały szpitalom właściwy charakter zakładów leczniczych, jednak odsunęły miasta i powiaty od zarządu szpitalami; nie nałożyły na nie obowiązku utrzymania szpitali i oparły byt tychże przeważnie na ofiarności prywatnej, własnych funduszach szpitalnych, wreszcie na zasiłkach skarbowych, żadnego stałego źródła dochodów dla szpitali nie obmyślono. Sprawiedliwość jednak nakazuje zaznaczyć, że ten brak wynika zresztą logicznie z pojęć współczesnych, według których szpital jeszcze powszechnie na Zachodzie był tylko instytucją dobroczynną. Idea opieki społecznej zrodziła się później, tak np. we Francji dopiero w konstytucji z r. 1848 użyto po raz pierwszy w języku urzędowym wyrazu „opieka” — „assistance” — w znaczeniu mniej więcej takim, jakie mu nadaje nasza współczesna ustawa o opiece społecznej z r. 1923, podług której „opieką społeczną jest zaspakajanie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą, jak również zapobieganie wytwarzaniu się stanu, powyżej określonego.”

Opieka społeczna — to owa druga idea, którą kierowały się społeczeństwa cywilizowane w drugiej połowie wieku XIX w organizacji szpitalnictwa. U nas zaś w tym czasie panowały rządy zaborcze, rządy biurokratyczne, które — zwłaszcza w zaborze rosyjskim — odsunęły nietylko zarządy miast, lecz wogóle społeczeństwo od wszelkiego

*) Przytaczam podług *Fr. Giedroycia* — 1. c. str. 43 i 44.

wpływu na bieg spraw szpitalnych, czem objaśnia się upadek szpitalnictwa. Gdy przy końcu wieku XVIII dorównywaliśmy Zachodowi, to przy końcu wieku XIX Zachód znacznie nas wyprzedził: tam szpitale stały się już instytucjami publicznymi, wchodzącymi w zakres działalności samorządowego społeczeństwa.

W początkach wieku XX, w niektórych krajach nawet wcześniej, zaczyna się nowy rozdział w rozwoju szpitalnictwa, gdy wraz z postępem kultury i cywilizacji wzrasta wartość życia ludzkiego, gdy zaczęto cenić zdrowie i życie poszczególnego obywatela. To wzmożenie się wartości jednostki wyraziło się w przekonaniu, że największym bogactwem Państwa jest zdrowy obywatel. Z tej idei powstał cały dział medycyny — higiena społeczna, powstały ubezpieczenia społeczne. Gdy w pojęciu opieki przyczyną, nakładającą na społeczeństwo obowiązek zajęcia się chorym, jest przede wszystkim „niemożność zaspokojenia potrzeb życiowych, a więc i leczenia własnymi środkami”, to idea społecznej wartości zdrowia jednostki każe nam na każdego obywatela, potrzebującego pomocy w chorobie, patrzeć przede wszystkim jako na chorego. Każdy obywatel ma prawo do pomocy w chorobie i powinien tę pomoc otrzymać, gdyż jego zdrowie i życie ma wartość nie tylko dla niego samego, lecz i dla ogółu, którego obowiązkiem jest zachowanie i powiększenie dobra społecznego, jakim jest zdrowie obywateli. Powinnością więc jest samorządowego społeczeństwa zakładanie szpitali publicznych, które obowiązane są „przyjmować na leczenie i pielęgnowanie lub obserwację lekarską każdą osobę zgłaszającą się lub skierowaną przez urzędy czy też instytucje publiczne, bez względu na przynależność państwową lub gminną, wyznanie, stan majątkowy i zawód”, jak to przewiduje nasza współczesna ustawa szpitalna z r. 1928, która jest jedną z pierwszych i dotąd nielicznych ustaw szpitalnych, wydanych w państwach kulturalnego świata. Idea ta znacznie pogłębiła poczucie potrzeby społecznej zakładania i utrzymywania szpitali i rozszerzyła wybitnie zasięg szpitali publicznych, zwłaszcza po wojnie w czasach obecnych, gdy wskutek powszechnego obniżenia się skali życiowej, nawet tacy obywatele, (jak mieszczenie, inteligencja zawodowa i t. d.) którzy przedtem mogli korzystać z prywatnych zakładów leczniczych, obecnie muszą udawać się do szpitali publicznych.

Tym sposobem szpitale, zarówno samorządowe i państwowe, jak społeczne i fundacyjne, stały się głównymi strażnikami i odtworicielami zdrowia narodu. Oto trzy główne idee, które przyczyniły się do powstania i rozwoju szpitalnictwa — caritas, opieka społeczna i ocena wartości zdrowia i życia jednostki. Tę drogę ideową można dostrzec

w historii szpitalnictwa nietylko Polski, lecz i innych narodów, przede wszystkim Francji, jak to przedstawili *L. Martin* i *R. Dujarric de la Rivière*.*)

Ale szpitale nie mogłyby wypełnić obowiązków, jakie nakłada na nie społeczeństwo współczesne, gdyby z mroku ciemnoty i z nędzy przesądów, z brudu i niechlujstwa nie wyrwała ich nauka, gdyby wraz z rozwojem idei społecznych nie szedł w parze rozwój wiedzy medycznej.

Nigdzie może tak jak w szpitalnictwie nie sprawdza się sentencja *Bacona*: *Sapientia est potentia*.

Pierwsze zaczątki naukowego rozwoju medycyny, zdążające do oparcia medycyny na wiedzy ścisłej przypadają na koniec wieku XVIII. Nauki przyrodnicze, chemja i fizyka zaczynają się rozwijać i znajdują wkrótce zastosowanie w medycynie, co prawda jeszcze ograniczone. Zaczęto rozumieć, że w interesie badania naukowego i kształcenia lekarzy niezbędną jest rzeczą, aby badanie i leczenie chorych odbywało się w odpowiednim miejscu i otoczeniu, co doprowadziło do lepszego zaopatrzenia i urzęduowania początkowo tylko klinicznych oddziałów szpitalnych. Jednak w pierwszej połowie wieku XIX wszystkie te dążenia i reformy miały tylko bardzo ograniczone znaczenie.

Cztery główne momenty wywołały przewrót i nadały medycynie, a co za tem idzie, i szpitalnictwu nowy kierunek. Są to 1) odkrycie środków znieczulających i usypiających; 2) odkrycie bakteryj, jako źródeł chorób zakaźnych i wprowadzenie anty — i aseptyki w leczeniu ran, w prowadzeniu porodów i połogów (*Pasteur, Lister, Koch, Semmelweis* — 1865 — 1875); 3) rozwój pielęgniarstwa (*Florencja Nightingale*) i zasadnicze postępy higieny mieszkań i osiedli ludzkich — udostępnienie zdrowej wody, czystego powietrza, światła, ciepła i wprowadzenie izolacji w budownictwie szpitali; 4) wreszcie odkrycie promieniotwórczości — rentgenodjagnostyka i terapia, curieterapia (*Roentgen, Piotr Curie, Marja Skłodowska-Curie*).

Dopiero teraz szpitale mogły wejść na drogę rozwoju, po której kroczą obecnie.

Dawniej szpitale były złem niezbędnem, przybytkiem nędzy i rozpacz, gdzie panowały najzłośliwsze choroby, były zakładami, nad których drzwiami można było umieścić napis: „Lasciate ogni speranza voi ch'entrate.”

Dziś szpitale dzięki postępom higieny, architektury, inżynierji i techniki szpitalnej stały się wzorowymi instytucjami sanitarnymi, da-

*) *Louis Martin* et *R. Dujarric de la Rivière*: „Hygiène hospitalière — Paris“ 1927 str. 416.

jącymi chorym możliwie najlepsze warunki zdrowotne i pomagającymi w zwalczaniu epidemij.

Wiedza lekarska przemieniła szpitale z biegiem czasu w zakłady lecznicze i badawcze, w których chorzy mogą osiągnąć poprawę zdrowia lub zupełne wyleczenie. Potrzeba przygotowania kadr odpowiedniego personelu uczyniła ze szpitali warsztaty pracy pedagogicznej, miejscami kształcenia lekarzy i pielęgniarek.

Gospodarcze i techniczne metody organizacji i prowadzenia nadały szpitalom charakter przemysłowy, wyrażający się głównie w koncentracji chorych w wielkich szpitalach, w racjonalizacji prowadzenia (częste obłożenie łóżek, krótszy pobyt chorego, lepsze wykorzystanie urządzeń technicznych i leczniczych), w różnorodności oddziałów szpitalnych i tworzeniu szpitali specjalnych, oraz w podziale funkcji i zadań między poszczególne oddziały i szpitale.

Wreszcie wobec stałego wzrastania kosztów budowy, urządzenia i prowadzenia szpitali i zwiększania się liczby różnorodnego personelu w zakładach leczniczych, szpitale stały się terenem pracy dla polityki gospodarczej państwa i samorządu, specjalnego prawodawstwa szpitalnego oraz specjalnej ochrony pracy.

Nie dziw przeto, że tworzy się nowa gałąź medycyny — *noso-komjologia* — nauka o budowie, urządzeniu, prowadzeniu i organizacji szpitali; powstają specjalne czasopisma, poświęcone tej gałęzi wiedzy, organizują się odrębne narodowe towarzystwa z Międzynarodowem Towarzystwem Szpitalnictwa na czele, specjalne zjazdy krajowe i międzynarodowe. Oto czem stał się szpital w pierwszych latach wieku XX-go. Zdawałoby się, że należy tylko wyżej wymienione zadania realizować, pracować dalej w myśl wskazań nauki klinicznej, technicznej i ekonomicznej, a ideał szpitala zostanie osiągnięty. Niestety, zaczęło się dziać inaczej: szpitale — jak wszystko w naszej epoce — zostały ogarnięte tendencją mechanistyczną, industrjalizmem. Podobnie jak wielka i świetlana postać *św. Wincentego à Paulo* nie uchroniła szpitali od upadku, w jakim znalazły się w wieku XVIII-m, tak i dzieło *Florencji Nightingale*, która w połowie wieku XIX-go obudziła szpitalnictwo ze snu średniowiecza i usiłowała pogłębić i udoskołać je nie tylko technicznie lecz i etycznie, nie zapobiegło zmaterjalizowaniu szpitalnictwa. Obraz szpitala, jako miejsca cierpienia, jako zakładu humanitarnego został odsunięty na plan zbyt daleki. Jako przykład zmiany charakteru szpitala może służyć zestawienie dwu ustępów z akt prawodawczych:

W instrukcji Rady Głównej Opiekuńczej z r. 1832 czytamy: „Przyjmuje się jako ogólne prawidło, że w razie ubiegania się o miejsce nie-

zajęte w szpitalu ubogich z takimi, co mogą składać opłatę, ubodzy z awsze pierwszeństwo mieć powinni" (podkreślone w Instrukcji).

Artykuł zaś 32 „Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych” głosi: „Koszty leczenia oraz koszty utrzymania osób towarzyszących pobiera się zgóry, przyczem przy przyjmowaniu pobiera się kosztą conajmniej na okres dwutygodniowy. Dyrektor szpitala w wyjątkowych wypadkach może odstąpić od powyższej zasady. Na najniższej klasie koszty leczenia winny być w zasadzie uiszczane również zgóry, jednak nie można od zapłaty zgóry czynić zawisłem przyjęcie chorego do szpitala”. Jednem słowem, to, co dziś jest wyjątkiem, dawniej było zasadą.

Może ktoś powiedzieć, że dziś ubogini zajmują się specjalne organizacje i instytucje społeczne i samorządowe, które obowiązane są szpitalowi za swych ubogich płacić. Ale sam fakt, że szpitalowi publicznemu jest niejako zabronione udzielać miejsca bezpłatnie, że za każdego chorego szpital musi otrzymać zapłatę, świadczy dobitnie o nabraniu przez szpitale cech zakładów przemysłowych, prowadzonych zresztą bez celu osiągnięcia zysków.

Że jednak współczesna organizacja spraw finansowych szpitala nie odpowiada życiu i jego potrzebom, o tem przekonywują nas czasy obecne, czasy kryzysu. Wiadomo powszechnie, że liczba łóżek szpitalnych jest u nas zbyt mała. Zdawałoby się, że w czasie ubóstwa materialnego, bezrobocia, głodu mieszkaniowego, szpitale będą przepełnione; tymczasem w licznych szpitalach jest wiele łóżek niezajętych. Dzieje się to dlatego, że chorzy nie mogą leczyć się w zakładach leczniczych: z jednej strony skutek zubożenia nie mogą sami opłacać pełnej taksy szpitalnej, z drugiej nie są jeszcze w takiej nędzy, aby opieka społeczna za nich opłacała pobyt w szpitalach, te ostatnie zaś nie rozporządzają funduszami, aby mogły bezpłatnie, lub za zmniejszoną opłatą przyjmować chorych niezamożnych. Dzieje się jeszcze gorzej: komunalne organizacje opieki społecznej nawet za tych chorych, za których zobowiązały się płacić, nie uiszczają opłaty szpitalom, zwłaszcza stołecznym, i stąd powstały wielomiljonowe wierzytelności szpitali publicznych.

Jest to zło, wypływające z ustroju społecznego „gasnącego światła”. Zamiast powiększać środki publiczne — państwowe i samorządowe — na walkę z nędzą i chorobą w czasie wielkich klęsk, do jakich bezwarunkowo zaliczyć należy obecny kryzys, robi się „oszczędności” przedewszystkiem właśnie na tych działach gospodarki społecznej, które mają za zadanie walkę tę prowadzić. Często jeszcze urzędy państwowe, samorządowe i ubezpieczeniowe uważają się za dobroczyńców

ludzkości, a nie za wykonawców praw narodu. Fundamentem zaś wszelkiej opieki społecznej powinien być stosunek, oparty na obowiązku i prawie. Niestety, czasy obecne wykazały dobitnie, że prawo do opieki szpitalnej w czasie ciężkiej choroby jest przyznane każdemu obywatelowi tylko teoretycznie, gdyż niema jeszcze powszechnego poczucia obowiązku społecznego, aby dać mu możliwość korzystania z tego prawa. Choć w obliczu choroby, jak przed prawem wszyscy ludzie powinni być równi, jednak jest to ta sama równość, z której drwił *Anatol France*, mówiąc, że i milioner i żebrak mają równe prawo spać pod mostem. Dopóki łóżko szpitalne niewiele różniło się od noclegu pod mostem, a nawet było od niego niebezpieczniejsze, dopóty równość ta istniała, tylko że człowiek zamożny nie chciał z niej korzystać, a biedny z konieczności, choć ze zgrozą i strachem, korzystał z „dobrodziejstw” dawnych szpitali. Teraz, gdy łóżko szpitalne jest niejednokrotnie lepsze i bezpieczniejsze od łóżka w warunkach domowych, już tej równości niema: jest wielu chorych, którzyby chcieli i powinni leczyć się w szpitalach, lecz nie mogą z powodu środków materialnych. Dopiero gdy poczucie solidarności społecznej będzie wzmożone, gdy odpowiedzialność zbiorowości za los jednostki i rodziny wzrośnie, wtedy przyjdzie powszechne zrozumienie, że pojęcie opieki społecznej w czasie ciężkiej choroby powinno być rozszerzone, że „prawo do zaspakajania potrzeby opieki szpitalnej ze środków publicznych” ma nie tylko zupełny nędzarz, lecz i ten, którego środki materialne nie wystarczają na pełną opłatę za pobyt w szpitalu, kto bez pomocy publicznej może wprowadzić życie i pracować, ale chorować i leczyć się w szpitalu nie może. Jasne jest wtedy stanie, że szpitale nie mogą być prowadzone bezdeficytowo i być upodobnione do zakładów przemysłowych, o ile mają nie tylko przyjmować i leczyć wszystkich, którzy się zgłoszą bez względu na ich stan majątkowy, jak głosi prawo, lecz i wypełniać inne, niezmiernie wagi zadanie w zakresie kształcenia personelu, szerzenia wiedzy higienicznej oraz badania naukowego. Te braki w ustroju finansowym szpitali mogą być łatwo usunięte wtedy, gdy idea wartości życia i zdrowia jednostki i rodziny dla narodu i państwa stanie się ideą czołową, kierowniczą w całej polityce ekonomicznej i ludnościowej, gdyż jest to idea państwowa w najgłębszym i najogólniejszym znaczeniu tego wyrazu.

Ale nie tylko w tych brakach materialnych należy szukać ciemnych stron szpitalnictwa współczesnego. Nie w tym czysto zewnętrznym stosunku finansowym wyraża się osłabienie humanitaryzmu szpitala, lecz w stosunku wewnętrznym, w nastawieniu całej organizacji i prowadzenia szpitala, a przede wszystkim w stosunku pracujących lekarzy i pielęgniarek do chorego, jako do osobowości.

Zgóry zastrzegam się, że istniało i istnieje teraz wiele szpitali, które są przesiąknięte ideami humanitarnymi. Ale my wszyscy jesteśmy dziećmi swojego wieku, oszołomieni postępami techniki, dążącymi tylko do tego, co uchwytne i materialne, i często zapominamy, że człowiek to nie maszyna, lecz złożona całość psychofizyczna, będąca stale pod wpływem niezliczonych sił dziedziczności, indywidualnej konstytucji i otoczenia. Chory wchodzi do szpitala nie jako idealny nosiciel różnych cielesnych i duchowych cnót, lecz jako człowiek z jego słabościami i błędami, z jego potrzebami, nędzą i cierpieniem. Chory szuka nas nie z powodu zmian jakiegoś narządu, lub jakiegoś procesu chorobowego, lecz przede wszystkim dlatego, że cierpi, że mu coś dolega, że już nie może wykonywać swoich obowiązków. Dla zrozumienia człowieka w chorobie nie wystarcza znajomość świata bakterji, anatomji, fizjologii i patologji poszczególnych narządów. Wiemy już dzisiaj, że złe warunki materialne i mieszkaniowe, nieodpowiednie odżywianie, wadliwy tryb życia, złe przyzwyczajenia i nałogi, uciążliwa praca, zaniedbywanie potrzeb ciała i ducha, że strach i gniew, wesołość i smutek, kłopoty i zmartwienia wywołują choroby, pogarszają je, utrudniają zdrowienie. Jakość zaś i natężenie cierpienia chorego zależy wprawdzie również i od stanu jego narządów, od zachowania się jego organizmu, lecz głównie od momentów psychicznych, od jego osobistego nastawienia do życia, do choroby, do zdrowienia, od jego samopoczucia. Oto co w tej kwestji przed kilkunastu laty pisała *Zofja Szlenkierówna**) „Rzeczą niewątpliwą i ogólnie uznaną jest wpływ stanu samopoczucia chorego na cały przebieg choroby oraz na wyniki stosowanego leczenia. Na dobre samopoczucie składają się zarówno czynniki fizyczne, jak i psychiczne, te zaś w znacznym stopniu są uzależnione od środowiska, w jakim znajduje się dany chory. Gdy zatem mamy do czynienia czy to z chorym poszczególnym, czy też z większym zbiorowiskiem chorych — szpitalem, musimy szczególnie liczyć się z tak ważnym czynnikiem, jakim jest wywołanie, względnie podtrzymanie dobrego samopoczucia chorego“. „W danym wypadku mamy na uwadze przede wszystkim szpitalę; tu zatem w tym przybytku cierpienia, należy stworzyć takie warunki, aby chory, wstępując w jego progi, a następnie opuszczając je, nie odbierał i nie wynosił z sobą tego właśnie wrażenia, że jest to przybytek cierpienia; lecz przeciwnie, ażeby, o ile przed przybyciem do szpitala znajdował się w warunkach pomyślnych, nie odczuł tu zmiany na gorsze, a natomiast, jeżeli uprzed-

*) *Zofja Szlenkierówna*: „Humanitaryzm szpitala a pielęgniarstwo oraz reforma *Florence Nightingale*“ — w „Księdze Pamiątkowej Wszechnicy Warszawskiej“ — zbiorze prac współpracowników D-ra *J. Brudzińskiego*, Warszawa, 1916.

nio był w warunkach niekorzystnych, by uczył tu pod każdym względem zmiany na lepsze. Osiągnięcie tego zadania w całej rozciągłości nie jest rzeczą łatwą; uwzględnione tu być muszą rzeczy zasadnicze — całe rozplanowanie i organizacja szpitala oraz jego życie, które powinny być przeprowadzone z najściślejszą konsekwencją w najdrobniejszych nawet szczegółach. Należy podnieść kulturalny i humanitarny poziom szpitala na najwyższy szczebel... Jedynie wówczas choremu będzie dobrze w szpitalu, gdy, troszcząc się o jego dobro fizyczne i duchowe, myśleć o nim będziemy, jak o osobie bliskiej nam i drogiej, z tą samą troską serdeczną i wytężeniem wysiłków, by mu przynieść ulgę. Skoro taki bieg myśli i odczuwań narzucił tym wszystkim, którzy wchodzi w jakąkolwiek styczność z chorymi, stworzymy w ten sposób środowisko i atmosferę, zapewniające im dobre samopoczucie“.

Niestety w szpitalach zbyt często o tem wszystkim zapominamy. Chory staje się przypadkiem, materiałem naukowym, ale nie gościem, jak sama nazwa — *hospitium* — wskazuje, gościem, który powinien być otoczony całkowitą opieką, opartą na wyczuciu jego potrzeb, zarówno cielesnych, jak i psychicznych i społecznych, i zmierzającą do okazania mu pomocy w usunięciu tego wszystkiego, co go gnębi i trapi.

Aby szpital mógł to zadanie wykonać, aby mógł poznać całego chorego i jego warunki bytu w celu ustalenia socjalnej etiologii cierpienia i zalecenia socjalnej jego terapii, aby mógł przejść od leczenia narządów do leczenia człowieka, aby mógł wykonać swe zadania nie tylko ściśle lecznicze, lecz i zapobiegawcze, jak również higieniczno-wychowawcze musi szpital przede wszystkim wyjść ze swej izolacji, musi znacznie rozszerzyć ramy swej działalności i stać się ogniwem w łańcuchu różnorodnych środków publicznej ochrony zdrowia, musi stworzyć, prócz istniejących trzech służb: lekarskiej, pielęgniarskiej i administracyjno gospodarczej, jeszcze jedną czwartą służbę opiekuńczo-społeczną.

Jeżeli zaś szpital, jako ośrodek opieki zdrowotnej, chce pracować społecznie, higienicznie i opiekuńczo, chce być nie tylko „*nosokomeion*“ lecz i „*higieion*“ — musi przede wszystkim zdobyć dla siebie duszę chorego, w myśl zasady kierowniczej, że „zdrowie duszy jest duszą zdrowia“ (Alter), „Nieuduchowiona higiena socjalna, nieuduchowiona opieka zdrowotna — są nasionami na glebie kamienistej, z których nigdy nie dojrzeją owoce“ (Alter).

To uduchowienie szpitala powstanie wtedy, gdy zapamiętuje w nim nie duch łzawej litości, lub cikliwej dobroczynności, lecz duch czynnej miłości. Poziom kulturalny i humanitarny szpitala jest

zależny przedewszystkiem od tego, jakim jest poziom osób, opiekujących się chorymi. Lekarze i pielęgniarki w ciągłej walce z samymi sobą powinni zdobywać codziennie taką dawkę współczucia i miłości, zainteresowania i ukochania człowieka, aby móc mu służyć i otoczyć go całkowitą opieką. Musimy dążyć do naukowego poznania jego cierpień i jego nędzy, aby umiłować go tem mocniej i służyć mu tem owocniej. „Miłosierdzie jest dzieckiem wiedzy. Im wiedza jest głębsza, tem płomienniejsza miłość“ powiedział *Leonardo da Vinci*.

Od dobroczynności poprzez opiekę społeczną i ocenę wartości zdrowia i życia ludzkiego do uduchowienia — oto droga ideowa rozwoju szpitalnictwa.

Nie powrót do ponurego średniowiecza, ale również nie czołobitność przed mechanizacją i industrializacją. Nie ocena wartości człowieka, jako liczby, jako siły roboczej, jako maszyny, lecz uznanie człowieczeństwa w człowieku bez rasy i klasy, ujęcie go, jako najcenniejsze dobro, wymagające planowej i organizacyjnej opieki, zrozumienie, że szczytem idei państwowej i narodowej jest pielęgnowanie człowieka, celowa ochrona każdego obywatela — od dzieciństwa do starości — przed zachorowaniem, a gdy jest chorobą zagrożony, dążenie do zachowania jego sił życiowych i do uzdrowienia go, o ile wiedza lekarska na to pozwala.

Gdy w tym duchu wszyscy będziemy pracowali, nie będziemy potrzebowali mówić, że jesteśmy zbyt biedni na to, aby należycie dbać o zdrowie i życie współobywateli. Właśnie dlatego, że jesteśmy biedni, jesteśmy obowiązani uczynić na polu szpitalnictwa, jako najważniejszego działu opieki zdrowotnej, wszystko, co leży w ludzkiej możliwości. Jest to prawda, a „Każda prawda — mówi Mickiewicz — żyje i utrzymuje się tylko pracą, która także jest bólem i cierpieniem“, a „zasady niestosowane w praktyce stają się bezowocnymi“. Więć pracujmy wszyscy dla dobra człowieka, aby stał się silniejszym, zdrowszym i piękniejszym na duszy i ciele i szczęśliwszym.

Szpital przed stu laty był przytułkiem ubóstwa i nędzy, był „seminarium mortis“, szpitalowi z przed ćwierćwiecza groziło stanie się fachowym warsztatem lub fabryką naprawy zdrowia, a raczej naprawy poszczególnych narządów ciała, szpital współczesny i szpital przyszłości obejmuje swą opieką całego człowieka, uwzględniając jego potrzeby zarówno cielesne, jak i psychiczne i społeczne i tym sposobem staje się macierzą chorych — *alma mater aegrotorum*.

Dr. K. Orzechowski.

Reorganizacja szpitali m. st. Warszawy i zamierzenia na najbliższą przyszłość.

Szpital Warszawski posiadają wspaniałą tradycję i bogatą przeszłość. Organizacja ich w chwili obecnej stanowi niejako dalszy etap rozwoju na który złożyły się warunki społeczne, polityczne i ekonomiczne kraju, oraz ta okoliczność, kiedy dany szpital powstał.

Rozwój i organizacja szpitali.*)

Najstarszym z istniejących szpitali w Warszawie jest szpital św. Ducha. Najdawniejszy dokument dotyczący powstania tego szpitala odnosi się do roku 1413 i wydany został przez Janusza księcia Mazowieckiego z okazji nabycia gruntu pod szpital przy ulicy Piwnej. W roku 1861, po parokrotnej zmianie miejsca, szpital św. Ducha został ostatecznie przeniesiony do budynków przy ul. Elektoralnej. W końcu XVIII stulecia szpitalowi groziła utrata majątków fundacyjnych (Piaseczno, Mienia i t. p.). Szpital w Warszawie przejęli Prusacy, a majątki przeszły do Austrii. Ratuując majątki, siostry miłosierdzia urządziły naprędce mały szpital w Mieni i wyjednały prawo własności do wspomnianych majątków. W ten sposób powstał dodatkowy szpital pod wezwaniem św. Józefa. Z chwilą utworzenia Księstwa Warszawskiego i połączenia obu części kraju z prawej i lewej strony Wisły, dobra fundacyjne Piaseczno, Mienia i inne zostały zwrócone szpitalowi św. Ducha w roku 1810 dekretem króla Saskiego -- księcia Warszawskiego. Szpital św. Józefa stał się filją szpitala św. Ducha i był obowiązany utrzymywać 20 chorych.

Drugim z kolei, co do czasu założenia, jest szpital św. Łazarza. Powstał on w roku 1595 dzięki staraniom Bractwa Miłosierdzia, założycielem którego był ks. Piotr Skarga. Szpital początkowo mieścił się przy ulicy Piwnej na rogu Dunaju i wreszcie po parokrotnych przenosinach został ulokowany w gmachu własnym przy ul. Książęcej i Smolnej.

W roku 1650 powstał szpital Jana Bożego na placu ofiarowanym Ojcom Bonifratom. W roku 1728 Zakon ten wybudował szpital wraz z kościołem i klasztorem na Nowem Mieście t. j. przy ul. Bonifraterskiej 12 i w roku 1796 przeznaczył go wyłącznie dla chorych umysłowo.

W roku 1707 przy kościele ks. Misjonarzy św. Krzyża powstał szpital św. Rocha. Dzięki staraniom Bractwa Miłosierdzia św. Rocha

*) Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa warszawskiego — Dr. B. Jakimiak.

i następnie dzięki hojnym ofiarodawcom, jakimi byli książę Sanguszko, biskup Tarło, książę Czartoryski i inni, — szpital ugruntował się ostatecznie.

W drugiej połowie XVIII stulecia powstał szpital Dzieciątka Jezus przez rozbudowę domu podrzutków, założonego w roku 1732 dzięki staraniom ks. Boduena. Szpital mieścił się początkowo w śródmieściu, na dawnym placu Wareckim i zajmował dużą przestrzeń, wychodzącą poza granice obecnego placu Napoleona. Dopiero w roku 1901 przeniesiono go na folwark Święto Krzyski do gmachów, specjalnie w tym celu wybudowanych.

W roku 1799 powstał szpital dla starozakonných dzięki zabiegom ściślejszego grona działaczy żydowskich pod przewodnictwem Dawida Koenigsberga. Pierwotnie szpital otwarto przy ulicy Nowolipie, następnie przeniesiono go na specjalnie zakupioną posesję przy ul. Marszałkowskiej, w kilkanaście lat potem do domu przy ul. Zielnej i wreszcie do wynajętego domu przy ul. Pokornej, gdzie pozostawał przez kilkadziesiąt lat. W roku 1902 szpital został przeniesiony na Czyste do specjalnie w tym celu wybudowanych gmachów.

Z późniejszych szpitali powstał w roku 1826 Instytut Oftalmiczny dzięki ofierze 60 tysięcy rubli, złożonej przez księcia Edwarda Lubomirskiego. Wykonawcy tak hojnego zapisu założyli szpital dla chorych ocznych najpierw przy szpitalu Dz. Jezus. Następnie szpital przeniesiono do domu Nr. 119 przy ul. Marszałkowskiej i wreszcie w roku 1871 wybudowano specjalny gmach na nabytej posesji przy ul. Smolnej, na której do dziś dnia się znajduje.

Szpital Przemienienia Pańskiego na Pradze zajmuje teren, który niegdyś w początkach XIX wieku stanowił fortyfikację m. Warszawy. Stały tam koszary wojskowe, a jeden z budynków był zajęty przez szpital wojskowy. W roku 1866 podczas epidemii cholery w Warszawie gmach ten szpitalny służył jako pomieszczenie dla chorych cholerycznych. W następnych latach umieszczono chorych tyfusowych, urządzono oddział chirurgiczny, wybudowano baraki, otwarto nowe oddziały dla chorych i w ten sposób stworzono podstawę dla istniejącego obecnie szpitala.

Następny z kolei szpital Wolski otwarty został w roku 1877 pod nazwą „Szpitala czasowego przy Domu przytułku i pracy“ powstałego z funduszy zapisanych przez Stanisława Staszycę. W następnych latach przebudowano gmach frontowy Domu przytułku i pracy i w jednej połowie urządzono oddział dla chorych, a w drugiej warsztaty dla starców. Wreszcie w późniejszych latach cały gmach przeznaczono na szpital t. zw. Wolski.

Założenie szpitala św. Stanisława miało miejsce w roku 1881 dzięki specjalnej komisji pod przewodnictwem prezydenta miasta, która uznała za konieczne zwiększenie liczby łóżek szpitalnych w Warszawie. Początkowo szpital uruchomiono pod nazwą zapasowego dla chorych zakaźnych w wynajętej nieruchomości, t. zw. Kolonji Oma przy ul. Wolskiej, a w roku 1894 nabyto na własność posesję i urządzono szpital na stałe. W kilka lat później dokonano remontu budynków i budowy nowych baraków Dekera i nadano szpitalowi nazwę: „Warszawski szpital miejski św. Stanisława“.

Przechodząc z kolei do zakładów położniczych należy na wstępie zaznaczyć, że do roku 1882 sprawa ta na terenie m. Warszawy była ujęta w bardzo skromnych ramach. Specjalny Instytut położniczy na 5 łóżek został założony dopiero w roku 1802 wraz ze szkołą dla akuserek przy ul. Marszałkowskiej. W parę lat później Instytut przeniesiono na Nowe Miasto, a w roku 1818 oddano Uniwersytetowi i przeniesiono na ul. Jezuicką. Wreszcie w roku 1840 połączono instytut ze szpitalem, Dzieciątka Jezus i w roku 1901, wraz z innymi zakładami szpitala przeniesiono do nowego gmachu przytem liczbę łóżek powiększono do 50.

Prócz tego, poza Instytutem położniczym, który rozporządzał w początkach 5—12 łózkami było 10 łóżek w szpitalu Starozakonnych.

Dopiero pod koniec roku 1882 Magistrat m. Warszawy otworzył 5 przytułków położniczych, z których każdy posiadał początkowo 5, a potem 10 łóżek. W roku 1882 otworzono 6 ty przytułek. Pomieszczenie każdego z przytułków składało się z kilku pokoi z kuchnią, wynajętych obok mieszkań prywatnych, przytem w fatalnych warunkach higienicznych. To też rzeczą pierwszorzędną wagi było wybudowanie specjalnego zakładu położniczego. Dzięki ofierze złożonej przez Leona Goldstanda i dzięki zabiegom dr. Zaborowskiego i innych, Magistrat opracował projekt Zakładu położniczego św. Zofji przy ul. Żelaznej. Następnie przeznaczył fundusz jaki był potrzebny dodatkowo ponad 35000 rb., ofiarowany przez L. Goldstanda i przy końcu roku 1911 całkowicie zrealizował budowę zakładu obliczonego na 25 łóżek.

Prócz tego pod pretekstem uczczenia urodzin następcy tronu wielkiego księcia Aleksego Mikołajewicza, Magistrat postanowił już w roku 1904 wybudować zakład położniczy, obliczony na 35 łóżek. Projekt ten Magistrat zrealizował przy końcu 1912 r. budując specjalny gmach przy ul. Karowej i zapoczątkował w ten sposób obecny Zakład położniczy Anny Mazowieckiej.

Wreszcie Zakład położniczy św. Elżbiety na Pradze został założony w roku 1882 przy ul. Targowej 66. Początkowo był urządzony na 25 łóżek, lecz wkrótce okazał się za mały i w roku 1924 został

przeniesiony do gmachu przy ul. 11 Listopada 5 i jednocześnie powiększony do 50 łóżek szpitalnych.

Szpital przy ul. Złotej, przeznaczony obecnie dla przewlekłych chorych, przed rokiem 1910 był traktowany jak szpital czasowy dla przewlekłych chorych cholerycznych i dopiero przy końcu 1910 roku, zgodnie z postanowieniem Magistratu, urządzono w tym samym gmachu na stałe oddział wewnętrzny, wchodzący w skład szpitala Dzieciątka Jezus.

Do nowszych szpitali należy szpital im. Karola i Marji dla dzieci przy ulicy Leszno róg Żytniej. Budowę tego szpitala rozpoczęto w roku 1911, a wykończono w 1913. Szpital został wybudowany przez Zofję Szlenkierównę dla uczczenia pamięci zmarłych rodziców i w poczuciu potrzeby społecznej. W dniu 1 lutego 1913 roku fundatorka darowała na rzecz miasta Warszawy wybudowany przez siebie kosztem 557.447 rb. szpital na warunkach, zastrzeżonych w specjalnym akcie notarialnym. Szpital składa się z pawilonów i mieści w sobie 100 łóżek szpitalnych.

Jako ostatnie i najpóźniej wybudowane jest dotychczas Uzdrowisko Miejskie w Otwocku, przeznaczone dla chorych gruźliczych. Uzdrowisko to, wybudowane w roku 1929, urządzone zostało według najnowszych zasad techniki szpitalnej. Pojemność uzdrowiska wynosi 250 łóżek szpitalnych.

Z uwagi na to, iż dawne szpitale powstawały przeważnie dzięki ofiarności rozmaitych osób, bardzo często ze sfer pracujących i organizowały się dzięki zabiegom i staraniom osób duchownych oraz Sióstr Miłosierdzia i innych zakonów, zarząd tych szpitali był nieomal wyłącznie w rękach duchowieństwa zakonnego i świeckiego, lub też Zgromadzeń Sióstr i Bractw Miłosierdzia, św. Łazarza, św. Rocha i innych. Nie było jednak żadnej centralnej organizacji, ani też nie było zarządzeń, któreby zmierzały do ujednostajnienia pracy w szpitalach. Dopiero w pierwszej połowie XVII stulecia można odnotować pewne dążenie do ujednostajnienia organizacji szpitali. W roku 1628 Synod w Piotrkowie, pod przewodnictwem arcybiskupa Wężyka, wydaje postanowienia dotyczące opieki i zarządu szpitali. W tych wypadkach, gdzie niema Statutów i Aktów erekcyjnych, oddających zarząd szpitali w pewne określone ręce, Synod zaleca, ażeby obarczyć tym obowiązkiem mężów zacnych, przecznych, obrotnych, wszakże nie zbytnio za takowym obowiązkiem ubiegających się. W tym celu ustanowiono specjalne rady szpitalne. Pozatem Synod uchwała, by kobiety i mężczyźni byli umieszczani w szpitalach oddzielnie, jak również by chorzy zaraźliwi byli od sobnieni.

Drugim z kolei poczynaniem, zmierzającym do ujednostajnienia i uporządkowania szpitali fundacyjnych, było prawo Sejmowe z roku

1768, które powołało komisję Boni Ordinis i poruczyło im wejrzeć w gospodarkę fundacji i ustalić odpowiednią administrację.

Z chwilą gdy został dokonany rozbiór Polski i część ziem dostała się pod panowanie Austrii, Prus i Rosji, również i szpitale znajdujące się na tych ziemiach podporządkowano obcemu prawodawstwu. Reszta szpitali, między innemi warszawskie, korzystała nadal z prawodawstwa polskiego.

W roku 1775 ogłoszono konstytucję szpitalną, to jest prawo szpitalne, w myśl którego powołano komisję nad szpitalami i powierzono jej ustalenie funduszów szpitalnych, oszacowanie pensji i gruntów, wydzierżawienie a nawet sprzedaż części majątków po to, by otrzymane pieniądze obrócić na rozbudowę szpitali.

Prawo szpitalne przewidywało potrzebę budowy szpitali z tem obliczeniem, by każde województwo posiadało przynajmniej jeden szpital ogólny. Prócz tego regulowano kwestję przyjmowania chorych, opłat i t. p. Postanowiono, by w każdym szpitalu był doktor i felczer i polecono komisjom szpitalnym, by powołały kolegium doktorów, mające wybierać lekarzy i aptekarzy szpitalnych.

W kilka lat później nadzór nad szpitalami powierzono zpowrotem komisji Boni Ordinis, a w roku 1791 zgodnie z uchwałą sejmową, szpitale zostały podporządkowane komisji policji, która dla każdej prowincji wyznaczyła deputacje szpitalne.

Z organizacji społecznych lekarskich pierwsza w roku 1808 Rada Ogólna Lekarska otrzymała mandat do wejścia w stan ogólny szpitali i złożyła Ministerstwu Spraw Wewnętrznych dokładny projekt na prawy szpitali.

W roku 1815 ogólny nadzór nad szpitalami powierzono Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Policji. Stało się to za czasów Królestwa Polskiego. Wkrótce powołano do życia Radę Ogólną Dozorczą Szpitali przy wspomnianej Komisji i Rady Dozorcze szczególne przy Komisjach Wojewódzkich. Okres ten trwał do roku 1832 i obfitował w wiele prac nad ogólnem uporządkowaniem szpitali. Jedynie działalność Rad Dozorczych szczegółowych przy Komisjach Wojewódzkich, luźno związanych ze szpitalami, nie wykazywała większej żywotności. Rady te nie roztaczały należytego nadzoru nad szpitalami.

To też już w roku 1832 przyjęte zostało przez Radę Administracyjną Królestwa nowe prawo szpitalne. Na zasadzie tego prawa powołano Główną Radę Opiekuńczą przy Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, Duchownych i Oświecenia Publicznego i Rady Opiekuńcze Szczegółowe przy każdym szpitalu. Z mocy dodatkowego postanowienia Rady Szczegółowe szpitali, przez Siostry Miłosierdzia zawiadywanych,

ograniczać się miały do udzielania pomocy i rady nie wdając się w szczegóły administracji. Po dziesięcioletniem doświadczeniu zaprojektowano pewne zmiany i poprawki do ustawy i przygotowano projekt nowej Ustawy dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem, która została zatwierdzona i wydana w roku 1842 dnia 18 lutego.

W Ustawie tej wydano bardzo szczegółowe przepisy, odnoszące się do zarządu szpitali, urządzenia i policji lekarskiej, przepisy szczególne dla szpitali specjalnych, przepisy wewnętrznego gospodarstwa i rachunkowości szpitalnej, obowiązków osób należących do wewnętrznej służby szpitalnej, oraz zbiór różnych wykazów i schematów.

Na podstawie tej Ustawy, Rada Opiekuńcza Główna i Rady Szczegółowe rozwinęły bardzo żywą działalność, dużo zrobiły w kierunku uporządkowania spraw szpitalnych i przyczyniły się do rozbudowy szpitalnictwa.

Jednak względy polityczne sprawiły, iż w roku 1870 Rady Opiekuńcze skasowano, a nadzór nad szpitalami oddano specjalnie utworzonym Radom Dobroczynności Publicznej Gubernjalnym, a w Warszawie Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej, przytem bezpośredni zarząd w sprawach administracyjno-gospodarczych poruczono naczelnikowi zakładów dobroczynnych, a w sprawach lekarsko-farmaceutycznych — inspektorowi lekarskiemu szpitali cywilnych w Warszawie. Analogicznie w każdym ze szpitali sprawy lekarskie należały do lekarza naczelnego, a sprawy administracyjne do intendenta. Dualizm ten wyraźnie był zaznaczony w ustawie szpitalnej z 1842 r., i przetrwał aż do czasu wprowadzenia w życie Rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej o Zakładach Leczniczych z roku 1928.

Stan szpitalnictwa Warszawskiego za czasów Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej zaczął chylić się ku upadkowi i finanse szpitalne były do tego stopnia zagrożone, że władze zaborcze zmuszone były oddać większość szpitali pod Zarząd m. st. Warszawy. Istotnie w roku 1907 w dniu 1 listopada Magistrat m. Warszawy objął faktyczny zarząd szpitali na zasadzie Ukazu Najwyższego z dnia 11 sierpnia tegoż roku.

Zwykły skład Magistratu, przy rozpatrywaniu spraw dobroczynności publicznej, powiększono przez zaproszenie członków z pośród obywateli miasta w liczbie 4 do 6 i kuratorów szpitali i innych zakładów dobroczynnych. Dla wykonania rozporządzeń i uchwał Magistratu i bezpośredniego zarządu szpitalami, powołano specjalny Wydział Dobroczynności Publicznej.

Oddano do dyspozycji Magistratu m. Warszawy około 2650 łóżek i finanse szpitalne w opłakanyim stanie.

Wydział Dobroczynności, którego pierwszym naczelnikiem był K. Koralewski, rozwinął pracę w trzech kierunkach. Przystąpił niezwłocznie do uregulowania finansów, do intensywnej rozbudowy szpitali i do podniesienia ogólnego poziomu szpitalnictwa. Powołano do współpracy najlepsze siły lekarskie, zawiązano liczne komisje, w których zavrzała intensywna praca przygotowawcza, a jednocześnie rozpoczęto realizację opracowanych projektów.

W najbliższych kilku latach wybudowano i odpowiednio urządzono dwa zakłady położnicze: św. Zofji i Anny Mazowieckiej, wybudowano pawilony szpitala Dzieciątka Jezus, otwarto filję tegoż szpitala przy ul. Złotej, rozbudowano szpital św. Stanisława, Starozakonnych, Przemienienia Pańskiego i św. Ducha.

Opracowano plan inwestycji szpitalnych na najbliższy okres czasu i liczne projekty wprowadzono w życie.

Na oczach wielu z nas ukończono budowę pawilonu w szpitalu św. Stanisława, wzniesiono piękny gmach — sanatorium w Otwocku i rozpoczęto budowę domu administracyjnego przy szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze.

W okresie mniej więcej 20 lat doprowadzono liczbę łóżek do 5½ tysięcy.

Dobry ogólny stan finansowy miasta i możność otrzymania pożyczek zagranicznych sprzyjały znakomicie rozwojowi Szpitalnictwa Warszawskiego w ostatnich latach wspomnianego okresu.

Jednak już od roku 1929/30 sytuacja finansowa miasta, a w związku z tem i szpitali, zaczęła ulegać stopniowo zmianom na gorsze. W ciągu trzech lat budżetowych 1928/1929, 1929/1930, 1930/1931 dopłaty do utrzymania szpitali wyniosły 37,5 miliona zł.

Reorganizacja szpitali.

Zasza potrzeba jednolitej i sprężystej organizacji szpitalnej, która by potrafiła przystosować się do nowej konjunktury, wprowadziła radykalne oszczędności, zmniejszyła deficyty szpitalne, a jednocześnie utrzymała szpitale na należytych poziomie rozwoju, a nawet porobiła zmiany na lepsze.

Niebezpieczeństwo, jakie zaczęło grozić szpitalom nietylko w Warszawie, ale i w innych miastach Polski, zostało w znacznej mierze zażegnane przez zrewidowanie dotychczasowych zasad administracji szpitalnej.

W dniu 22 marca 1928 roku ogłoszono rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych. Ustawa ta wylicza szczegó-

łowo obowiązki i uprawnienia szpitali. Artykuł 11 tej Ustawy głosi, iż koszty leczenia w szpitalach publicznych są należnościami publiczno-prawnymi, a artykuł 9, — iż świadczenia są odpłatne, a koszty leczenia mają stanowić równoważnik świadczeń szpitali na rzecz chorego. Ustawodawcy wyraźnie chodzi o niezależność finansową szpitali i dlatego w art. 19 mówi, iż budżet każdego szpitala publicznego, pozostającego w zarządzie związku komunalnego, winien być wyodrębniony z ogólnego budżetu tego związku, do którego wchodzi, z wyjątkiem tej sumy, jaką Związek Komunalny przyczynia się do utrzymania szpitala. Nie wszystkie wydatki, połączone z prowadzeniem i urządzeniem szpitala mogą być wliczane do ustalenia opłat szpitalnych i dlatego szpitale nie mogą być instytucjami samowystarczalnymi.

Drugą ważną podstawą, zmierzającą do nadania daleko posuniętej samodzielności szpitalom, jest nowa administracja szpitalna. W art. 20 tegoż rozporządzenia Pana Prezydenta jest wyraźnie zaznaczone, iż na czele szpitala publicznego stoi dyrektor-lekarz. Dyrektor jest przedstawicielem szpitala nazewnątrz, odpowiedzialnym kierownikiem szpitala oraz zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej, administracyjnej i gospodarczej. Takie ujęcie sprawy zmierza wyraźnie do nadania szpitalowi jednolitego kierownictwa, odpowiedzialnego za całość kształt gospodarki szpitalnej.

Te radykalne zmiany, jakie wprowadziła ustawa do administracji szpitalnej sprawiły, iż nie mogła się nadal utrzymać dotychczasowa organizacja Wydziału Szpitalnictwa i Opieki Społecznej.

W skład Wydziału wchodziły liczne sekcje i referaty do spraw personalnych, budżetowo-gospodarczych, opieki społecznej, szpitalnictwa i windykacji opłat szpitalnych. Do personelu Wydziału Opieki Społecznej i Szpitalnictwa należał Inspektor Szpitalnictwa, powołany do sprawowania zwierzchniego nadzoru nad personelem lekarskim, pomocniczo-lekarskim, farmaceutycznym, nad pielęgowaniem i odżywianiem chorych oraz przeszkalaniem personelu szpitalnego. Ponadto Inspektor szpitali był powołany do udzielania wszelkich opinii fachowych Zarządowi Wydziału.

Rozdwojenie kompetencji w łonie Wydziału, niemożność ścisłego rozgraniczenia obowiązków i odpowiedzialności Naczelnika Wydziału i Inspektora szpitali, jak również trudności w skoordynowaniu działalności poszczególnych sekcji sprawiły, iż praca Wydziału nie mogła być sprężystą, dokładną i wydajną.

To też Magistrat w dniu 27 stycznia 1931 roku uchwalił i ogłosił regulamin Inspektoratu Szpitalnictwa, w myśl którego Inspektor szpitali objął ogólne kierownictwo i zwierzchni nadzór nad całym perso-

nelem zakładów leczniczych oraz gospodarką szpitalną. Biuro Inspektoratu zostało częściowo wyodrębnione ze składu Wydziału. Niektóre sekcje stanowiły nadal wspólne jednostki z sekcjami Wydziału, a niektóre zostały wyodrębnione w całości. Wszelkie sprawy, dotyczące szpitalnictwa, referował na posiedzeniach Zarządu Wydziału i Magistratu i podpisywał Inspektor Szpitalnictwa.

Budżet Szpitalnictwa i Opieki Społecznej ze względów technicznych musiał pozostać wspólny aż do dnia 1/IV.1932 roku, t. j. do następnego roku budżetowego.

W dniu 26 października 1931 roku Magistrat uchwalił zasadę rozdzielienia zupełnego spraw opieki społecznej i szpitalnictwa, a w dniu 18 stycznia 1932 roku zatwierdził Statut organizacyjny Wydziału Szpitalnictwa, który rozpoczął swoje czynności z dniem 1 stycznia 1932 roku, dysponując oddzielnym budżetem dopiero od 1 kwietnia tegoż roku.

Jednym z pierwszych posunięć usamodzielnionego Inspektoratu było uregulowanie sprawy pokrywania kosztów leczenia za ubogich mieszkańców m. Warszawy przez Wydział Opieki Społecznej.

Już w budżecie na rok 1932/1933 przewidziano kredyt w wysokości zł. 6.431.169 na pokrycie opłat szpitalnych za tych chorych, którzy nabyli prawo do opieki ze strony miasta i otrzymali odpowiednie zaświadczenie ze Stacji Opieki Społecznej.

W ten sposób rzucono światło na istotę deficytów szpitalnych i wykazano, co było źródłem i przyczyną tych znacznych dopłat ze strony miasta do utrzymania ambulatorjów, zakładów położniczych i szpitali. Deficyty te w latach 1928/1929, 1929/1930, 1930/1931, według zamknięć rachunkowych, wyniosły 37,5 miliona złotych. Szpitale leczyły niepotrzebnie wielką liczbę przypadków, które mogły być z powodzeniem traktowane ambulatoryjnie i przetrzymywały przypadki przewlekłe, które również powinny były znaleźć miejsce w innych tańszych zakładach. Jednocześnie dostęp do szpitali dla osób, potrzebujących naprawdę opieki szpitalnej i mogących naówczas płacić, był wybitnie zahamowany. Innymi słowy szpitale spełniały w znacznej mierze rolę zakładów opiekuńczych, zamiast roli nowoczesnych zakładów leczniczych, działających celowo, szybko i wydajnie. Do Warszawy napływały tysiące ludności pozamiejskowej, szukającej opieki i pomocy w chorobie i przyjmowanej przez szpitale często bez żadnych dokumentów.

Drugim momentem, niezapobiegającym powstaniu deficytów szpitalnych, było ześrodkowanie windykacji kosztów kuracyjnych w Wydziale Opieki Społecznej i Szpitalnictwa w t. zw. sekcji windykacyjnej. Napozór mogło się wydawać, iż utworzenie centralnego organu windykacji powinno zapewnić lepsze wyniki, niż wykonywanie tej pracy

przez poszczególne szpitale. Nadzieje i przypuszczenia nie ziściły się. Okazało się, iż pomimo niezłej konjunktury gospodarczej i względnego dobrobytu, wpływy szpitalne z tego tytułu były niewielkie. Sekcja windykacyjna przy Wydziale Opieki Społecznej i Szpitalnictwa, powołana do rozwiązania tego zagadnienia w listopadzie 1929 roku w ciągu krótkiego czasu była zarzucona tak wielką liczbą spraw, że nie mogła opłacać nadesłanego przez szpitale materiału. Zaczęły się wytwarzać duże zaległości. Nie zdołano ustalić należności za lata ubiegłe, a to co ściągnięto, stanowiło zaledwie nieznaczną sumę, otrzymaną na poczet dawnych i bieżących długów od osób prywatnych t. j. samopłacących, Kas Chorych, organizacji oraz gmin obcych.

Widząc beznadziejny stan i nie otrzymując żadnych danych, ustalających całkowitą należność za leczenie, Magistrat postanowił przekazać sekcję windykacyjną Wydziałowi Finansowemu w tem mniemaniu, że praca windykacyjna będzie przez Wydział lepiej prowadzona. Zgodnie z tem postanowieniem w dniu 1/VIII.1931 roku sekcja windykacyjna przeszła do Wydziału Finansowego i pozostawała tam do dnia 1/IV 1932 roku. Jednak sprawa windykacji nie posunęła się naprzód. Stracono kilka miesięcy czasu na reorganizację, nie nawiązano bliższego kontaktu ze szpitalami i doprowadzono do tego, iż wpływy szpitalne zaczęły się zmniejszać.

W dniu 1 kwietnia 1932 roku, na zasadzie uchwały Magistratu z dn. 14 marca 1932 r., windykacja kosztów leczenia została przekazana Wydziałowi Szpitalnictwa.

Materiały dotyczące się należności zaległych, t. j. powstałych przed 1 kwietnia 1932 roku, Wydział Szpitalnictwa powierzył do ostatecznego opracowania i zlikwidowania referatowi windykacyjnemu, zorganizowanemu przy Wydziale, natomiast ściąganie należności bieżących przekazał zarządom szpitali.

W związku z tą zmianą Wydział Szpitalnictwa opracował przepisy o ściąganiu należności i po zatwierdzeniu przez Magistrat przesłał je do szpitali do ścisłego stosowania.

Pod względem fiskalnym, chorych w szpitalach podzielono na trzy grupy: chorych samopłacących, chorych ubezpieczonych na wypadek choroby i chorych ubogich, za leczenie których ma płacić gmina m. st. Warszawy, bądź też inne obce gminy.

Ustalenie stanu materialnego mieszkańca m. Warszawy przekazano Stacjom Opieki przy Wydziale Opieki Społecznej.

Referat Windykacyjny, utworzony przy Wydziale Szpitalnictwa, miał przedewszystkiem uporządkować i opracować materiał odnoszący się do Kas Chorych, organizacji państwowych i samorządowych,

pomocy lekarskiej i innych instytucyj prywatnych, a następnie przejść do materiału tyczącego się gmin obcych.

Z chwilą gdy dowody, będące w posiadaniu referatu windykacyjnego zostały rozsegregowane i dwa wspomniane zagadnienia możliwie opracowane, Wydział Szpitalnictwa wyłonił w dniu 20 sierpnia z pośród urzędników referatu trzy grupy pracowników, po dwie osoby w każdej grupie i wydelegował ich do gmin obcych i do Dyrekcji Kas Chorych. Delegaci zostali upoważnieni do ustalenia rzeczywistej należności i do zawarcia odpowiedniej umowy odnośnej spłaty.

Akcja ta przeprowadzona w ciągu 6 tygodni dała w swoim wyniku ustalenie 3 milionów złotych należności i pozwoliła na zawarcie z gminami umów, które przewidywały czasokres spłaty od roku do 10 — 15 lat.

Dalsze kontynuowanie tej akcji w ciągu 6 miesięcy doprowadziłoby do ostatecznego ustalenia należności za leczenie i do zawarcia odpowiednich umów z gminami i Kasami Chorych.

Miało się wrażenie, iż sprawa likwidacji należności wkroczyła na właściwe tory i powinna była dać konkretne rezultaty w najbliższej przyszłości.

Wkrótce jednak wyszło rozporządzenie, mocą którego umorzono należności za leczenie od gmin obcych, przypadające przed 1 kwietnia 1931 roku. Skutkiem tego wpływy szpitalne z tego tytułu znacznie zmalały.

Należy nadmienić, iż referat windykacyjny, wchodzący w skład Wydziału Szpitalnictwa, ze względu na zakres swej pracy, musi być uważany jako tymczasowy i uległ musi całkowitej reorganizacji z chwilą, gdy wykona to zadanie, jakie zostało mu zlecone.

Przechodzę z kolei do organizacji Wydziału Szpitalnictwa¹⁾.

Organizacja Wydziału Szpitalnictwa, powołanego w dniu 1 grudnia 1931 roku przedstawia się w sposób następujący:

Na czele Wydziału stoi Dyrektor Wydziału, którego kompetencje określa ściśle specjalny regulamin, ogłoszony Dz. Zarz. M. § 59 z dnia 15/VI.1931 roku. Dyrektor sprawuje ogólne kierownictwo nad wszystkimi zakładami leczniczymi, które należą lub pozostają pod zarządkiem gminy m. st. Warszawy.

Dyrektor jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu biura wydziału i sprawuje nadzór nad personelem wszystkich zakładów, wchodzących w skład Wydziału.

¹⁾ Już w roku 1917 powołano do życia odrębny Wydział Szpitalnictwa, pierwszym naczelnikiem którego został Dr. *Męczkowski Wacław*. Wydział ten przetrwał do roku 1923-go.

Biuro Wydziału Szpitalnictwa składa się z trzech sekcji, mianowicie: sekcji ogólnopersonalnej, budżetowo-gospodarczej i higieniczno-lekarskiej.

Sekcja I ogólnopersonalna sporządza wykazy spraw rozważanych na posiedzeniach Magistratu, prowadzi sprawy personalne, biuro informacji, dziennik przychodzącej i wychodzącej korespondencji, ekspedycję, archiwum, bibliotekę.

Sekcja II budżetowo-gospodarcza prowadzi obrachunki z klinikami Uniw. Warsz., sprawy zakupów i dostaw, rozbudowę i budowę nowych szpitali, remonty, opracowuje budżety szpitalne i sprawuje nadzór nad całą gospodarką szpitalną. Poza tem przy sekcji tej jest czynne biuro likwidacyjne zaległych kosztów leczenia w szpitalach miejskich.

Sekcja III higieniczno-lekarska załatwia sprawy związane z leczeniem, pielęgniarstwem, dietetyką, opracowuje statystykę lekarską i sprawozdania oraz współdziała z pokrewnymi instytucjami i organami służby zdrowia.

Ogólna liczba pracowników biura Wydziału Szpitalnictwa wraz z woźnym wynosi 27 osób; obowiązki i zakres zajęć każdego z pracowników określa dokładny Statut organizacyjny Wydziału.

Przy Wydziale Szpitalnictwa funkcjonuje Rada Szpitalna w postaci plenarnego posiedzenia wszystkich szczegółowych Rad Szpitalnych, działających na mocy art. 24 i 25 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1922 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. § 38 — 1928).

Plenarne posiedzenie Rad Szpitalnych jest organem opiniodawczym i wnioskodawczym.

W chwili obecnej Wydział Szpitalnictwa sprawuje kierownictwo i zwierzchni nadzór nad 17 szpitalami, Składnicą Apteczną i Szkołą Położnych. Z liczby tej dwa szpitale znajdują się poza Warszawą (Otwock i Mienia), a 15 w samej Warszawie.

Prócz tego miasto, zgodnie z uchwałą Rady Miejskiej z dnia 24 maja 1933 r., zgłosiło swoje przystąpienie do Białostockiego Związku Międzykomunalnego budowy i utrzymania Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego. To też nadzór nad działalnością Zakładu Psychiatrycznego w Choroszczy przypada również w udziale Wydziałowi Szpitalnictwa.

Prócz wykonywania stałych obowiązków, Wydział zajął się gruntowną reorganizacją administracji szpitalnej. Podstawą do przeprowadzenia reorganizacji było rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku.

Dotychczasowe prawodawstwo szpitalne wyraźnie rozróżniało dział leczniczy i dział administracyjno-gospodarczy w szpitalu.

Ustawa dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem z roku 1842 głosi, iż lekarz naczelny w szpitalu jest zwierzchnikiem służby lekarskiej i ma poruczony główny nadzór nad należytem udzielaniem pomocy lekarskiej chorym, oraz nad ściśłem wypełnianiem tego wszystkiego, co się odnosi do policii lekarskiej w szpitalu, przez wszystkie osoby do służby szpitalnej należące.

Lekarz naczelny jest zarazem stałym członkiem Rady szczegółowej Opiekuńczej szpitala i referentem wszelkich „interesów, do rzeczy lekarskiej odnoszących się“.

W rozdziale o osobach służby gospodarczej w tej samej ustawie podano, iż intendent jest głównym wykonawcą poleceń i wszelkich rozporządzeń Rady Szczegółowej Opiekuńczej Szpitala. Zawiaduje wewnętrznem gospodarstwem szpitala, o ile to mu przez Radę poruczone zostało. Sekretarz i kanceliści, ekonom, dozorczy salowi, szafarz lub szafarka, kucharze lub kucharki, dozorujący nad pralnią, praczki oraz wszyscy posługacze, posługaczki są pod zwierzchnim dozorem intendenta. Staraniom jego powierza się także wyszukanie służących, którzyby posiadali odpowiednie kwalifikacje.

Wynika z tego, iż Ustawa dotychczasowa uwzględniała dualizm władzy—lekarza naczelnego i intendenta. Każdy z nich posiadał własny zakres działania, przytem każdy był w dużym stopniu samodzielnym. Prócz tego, Zarząd szpitala należał do Rady Opiekuńczej składającej się z opiekuna-przewodniczącego (kuratora), z 1—2 obywateli, lekarza naczelnego, intendenta, starszej siostry miłosierdzia i 1—2 ordynatorów.

Przy takiej konstrukcji władz miejscowych szpitalnych trudno było dopatrzyć się osoby odpowiedzialnej za sprawność pracy w szpitalu, za jej dokładność i staranność. Podział władzy pomiędzy dwie osoby, najczęściej niewspółmierne pod względem intelektualnym, nie można uznać za trafny. Co więcej Rada Opiekuńcza — Organ Kolegjalny, składający się ze zwierzchników i podwładnych, kontrolujących i kontrolowanych nie mógł przez to przyczynić się do dobrych wyników współpracy. Możliwość tarć osobistych, brak jednolitości w działaniu i mało znacząca rola czynnika obywatelskiego, poderwały rację bytu dotychczasowej organizacji Zarządu szpitali.

Nie może chyba budzić wątpliwości zasada, że każdy szpital musi być prowadzony przede wszystkim według zasad lekarskich. Szpital ma na celu leczenie chorych i wszelkie inne dziedziny, jak administracja, gospodarka, rachunkowość i t. p. muszą służyć jednemu głównemu celowi, by leczenie i opieka nad chorym w szpitalu odbywały się w sposób jak najlepszy oraz by szpital był prowadzony według najnowszych wymagań lecznictwa i higieny.

W imię zasady, iż duszą szpitala jest lekarz wydaje się słusznem, że na czele każdego szpitala winien stać nie kto inny, jak tylko odpowiednio przygotowany lekarz.

To też stało się bardzo szczęśliwie, że obecnie obowiązujące Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych ustala, iż na czele szpitala stoi dyrektor-lekarz. Dyrektor jest przedstawicielem szpitala nazewnątrz, odpowiedzialnym kierownikiem szpitala oraz zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej, administracyjnej i gospodarczej; dyrektor zarządza bezpośrednio szpitalem pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym, układa preliminarze budżetowe, sporządza zamknięcia rachunkowe i przedkłada je właściwym władzom.

Opierając się na wspomnianem rozporządzeniu o zakładach leczniczych, inspektor Szpitalnictwa już 22 czerwca 1931 r. wystąpił do Magistratu z wnioskiem o powierzenie wszystkim dotychczasowym lekarzom naczelnym pełnienia obowiązków dyrektorów szpitali. Ponadto Inspektorat w dniu 30 czerwca 1931 roku przedłożył Magistratowi do zatwierdzenia instrukcje tymczasowe dla dyrektorów szpitali i kierowników poszczególnych działów szpitalnych, opracowane przy współudziale d-ra *Szczodrowskiego*, Dyrektora szpitala św. Łazarza.

Uchwalając powyższe wnioski, Magistrat jednocześnie przemianował intendentów szpitali na kierowników kancelarii i kierowników gospodarczych i podporządkował ich władzy dyrektorów. Część dawnych intendentów zwolniono, a na ich miejsce przyjęto nowych pracowników.

Nie ograniczono się tylko do zmiany osób i tytułów, lecz zmieniono zakres kompetencji kierowników.

W większych szpitalach zamiast etatu intendenta wprowadzono etat kierownika kancelarii i kierownika gospodarczego — dwa stanowiska nawzajem uzupełniające się i kontrolujące.

Zgodnie z instrukcją kierownik kancelarii zarządza bezpośrednio kancelarią szpitalną i jest odpowiedzialny przed dyrektorem szpitala oraz Władzami Miejskimi za sprawną działalność biurową. Kierownik kancelarii jest bezpośrednim szefem całego personelu biurowego i winien czuwać nad ścisłym przestrzeganiem statutów i przepisów Zarządu Miasta.

Kierownik gospodarczy natomiast zarządza działem gospodarczym szpitala i jest odpowiedzialnym przed dyrektorem szpitala oraz Władzami Miejskimi za prawidłowość i sprawność gospodarki szpitalnej oraz za całość powierzonego inwentarza szpitalnego. Kierownik gospodarczy jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu technicznego, oficyalistów, rzemieślników i robotników, zatrudnionych w dziale gospo-

darczym szpitala oraz wszelkiego innego personelu, przydzielonego do oddziałów dla chorych, do pracowni naukowych, ambulatorjów, apteki i kaplicy. Kierownik gospodarczy ustala czynności dla poszczególnych osób bezpośrednio podległego sobie personelu. Kierownik gospodarczy zaopatruje szpital, z wiedzą i aprobatą dyrektora, we wszystkie rzeczy niezbędne, z wyjątkiem materiałów i przedmiotów lekarskich, aptekarskich, zatem w produkty spożywcze, węgiel, drzewo, bieliznę, meble, naczynia kuchenne i stołowe i t. p.

W mniejszych szpitalach (Wolski, Instytut Oftalmiczny, św. Rocha, im. Karola i Marii, Sanatorium w Otwocku, szpital w Mieni i przy ul. Złotej) obowiązki obydwóch kierowników spełnia jedna osoba — kierownik kancelaryjno-gospodarczy.

Większe szpitale, mające dużo spraw do załatwienia i posiadające rozbudowaną kancelarię, wymagają sprężystego kierownictwa i znajomości przedmiotu. Nie można jednak wymagać, by jeden i ten sam człowiek był dobrym biurokratą-kancelistą i jednocześnie dobrym gospodarzem i by znalazł dosyć czasu na spełnienie należyte obydwu obowiązków. Dotychczasowe doświadczenie z intendentami wykazało, iż w szpitalach była postawiona lepiej albo kancelarja, albo też dział gospodarczy, a wyjątkowo tylko jedno i drugie. Pozatem utrudniona kontrola nad działalnością jednego człowieka, dzierżącego w swoich rękach tak obszerne działy — administracyjny i gospodarczy sprawiała, że niepodobna było zapobiedz różnym niedociągnięciom. Utworzenie dwu równoległych działów pracy z kierownikami na czele pozwala na dokładniejsze i prędsze załatwienie spraw i ułatwia kontrolę.

Najważniejszym odcinkiem pracy w szpitalu jest lecnictwo, sprawowane przez lekarzy ordynatorów i przez kierowników różnego rodzaju pracowni naukowych.

Dotychczas zgodnie z § 576 Ustawy szpitalnej z roku 1842 obowiązki ordynatorów polegały na zajmowaniu się leczeniem powierzonych im chorych i wskazaniu tego wszystkiego, co dla tych chorych jest potrzebne i co się w powierzonych im działach odnosi do policii szpitalnej, oraz na dopilnowaniu, aby wszystkie ich przepisy i polecenia były wypełnione.

To zbyt wąskie ujęcie obowiązków lekarzy ordynatorów nie mogło się nadal utrzymać. Chorzy w szpitalu wymagają nie tylko leczenia, zwłaszcza w tym zakresie jak to było ujmowane dotychczas, ale szeroko pojętej pielęgnacji, odpowiedniego żywienia, należytych warunków higienicznych, rozrywek kulturalnych i t. p. Tego wszystkiego nie jest w stanie dostarczyć opieka lekarska, jeżeli nie obejmuje zagadnień natury gospodarczej i administracyjnej.

To też nowa instrukcja dla ordynatora szpitala głosi, iż ordynator jest odpowiedzialnym przed dyrektorem szpitala, jako swym bezpośrednim zwierzchnikiem, oraz Władzami Zarządu Miejskiego, za prawidłową działalność swego oddziału w zakresie leczniczym, gospodarczym i administracyjnym. Ordynator jest odpowiedzialny za całość i utrzymywanie w należyтым stanie inwentarza lekarskiego i gospodarczego. Ordynator jest bezpośrednim zwierzchnikiem całego personelu, wydaje o nim opinię, oraz występuje z wnioskami w sprawie przyjmowania i usuwania, jakoteż awansowania i karania swych pracowników.

Prawa i obowiązki kierowników pracowni, zarządzającego apteką, kierownika przychodni i przełożonej pielęgniarstwa zostały ujęte w tym samym duchu. Odpowiedzialność i władza idą w parze i to daje gwarancję, iż praca w oddziałach, w pracowniach, aptekach i przychodniach potoczy się trybem normalnym.

Jak to widać na schemacie organizacyjnym, całe życie szpitalne i praca personelu szpitalnego zamyka się w trzech działach: leczniczym i naukowym, gospodarczym i kancelaryjnym.

Wszystkie wyżej wymienione działy są obsadzone przez personel kierowniczy. Kierownicy wraz z fachowym personelem pomocniczym stanowią pierwsze i najwyższe szeregi pracowników szpitalnych. Lekarze w tych szeregach odgrywają dominującą rolę.

Nie we wszystkich szpitalach liczba lekarzy była wystarczająca. W niektórych pracowniach brak było asystentów. W razie choroby kierowników były trudności w znalezieniu zastępców. Zwolnione stanowiska w pracowniach szpitalnych z trudem mogły być obsadzone przez nowe siły, odpowiednio wyszkolone. W kilku oddziałach liczba asystentów nie odpowiadała ogólnie przyjętej normie.

Zasłała konieczność zwiększenia etatów lekarskich. Do ogólnej liczby 221 etatów lekarskich w roku 1932/33 dodano w roku następnym 15 etatów. Prócz tego do 138 etatów personelu pomocniczo-lekarskiego (laborantów, instrumentariuszy, felczerów) dodano 18 etatów. W ten sposób uzupełniono przynajmniej najpilniejsze braki personelu lekarskiego i pomocniczego.

Ta okoliczność, iż poza stałymi asystentami uczęszcza prawie do wszystkich szpitali parokrotnie większa liczba lekarzy wolontariuszów sprawia, iż opieka lekarska nad chorymi w oddziałach szpitalnych w dzień jest zupełnie zadawalająca. O wiele gorzej sprawa przedstawia się w nocy, kiedy na widownię występują tylko jeden lub dwu lekarzy na cały szpital. Trudno wymagać od jednego lekarza zwłaszcza w większym szpitalu, by mógł należycie zaopiekować się chorymi i udzielić im potrzebnej pomocy. Lekarz dyżurny, nie znając wszystkich chorych

w szpitalu, nie może z własnej inicjatywy roztoczyć opieki nad tymi chorymi, którzy jej istotnie potrzebują. Interwencja jego ma miejsce tylko w tym wypadku, kiedy zostanie powiadomiony przez nocną służbę niższą, względnie pielęgniarkę, lub też kiedy otrzyma zlecenie specjalne od lekarza ordynatora. Dyżur taki nie jest pełnowartościowym i nie daje żadnej gwarancji, że opieka lekarska podczas dyżuru jest należycie rozciągana. Co więcej lekarz dyżurny zmuszony jest poświęcić dużo czasu na przyjmowanie chorych w izbie przyjęć. Wobec tego nadmiaru pracy i bardzo złożonych przepisów, obowiązujących przy przyjmowaniu chorych, czynności te nie są dokładnie wykonywane zwłaszcza przez mniej orjentujących się i mniej wprawnych lekarzy. Wywołuje to liczne sarkania ze strony chorych, narzekania i krytykę ze strony społeczeństwa i różne przykre następstwa dla administracji szpitalnej.

Fakt ten skłonił władze szpitalne do zrewidowania obecnego stanu rzeczy i do ujęcia tego zagadnienia w sposób odmienny. Już przed wojną istniały w szpitalach warszawskich stanowiska lekarzy miejscowych. Obowiązki ich były dość uciążliwe, gdyż byli zmuszeni b. często dyżurować i nie mogli w dostatecznej mierze poświęcać się pracy klinicznej. Naogół w szpitalach małych było tylko po jednym lekarzu miejscowym. Obecnie powrócono do organizacji lekarzy miejscowych, jednak obowiązki ich ujęto w sposób nieco inny i zarazem ogólną ich liczbę zwiększono znacznie. Lekarz miejscowy pełni obowiązki asystenta szpitalnego i czuwa nad stanem sanitarnym i porządkiem w oddziale i w tym zakresie jest jednym z głównych pomocników ordynatora. Ma on nadzór nad stanem sanitarnym tych ogólnych urzędzeń szpitalnych, które są mu powierzone przez dyrektora szpitala. Oprócz tego, lekarz miejscowy pełni w określone dni dyżury szpitalne. Ze względu na to, iż w małych szpitalach t. j. od 100 do 250 łóżek przewiduje się 3 lekarzy miejscowych, w średnich t. j. od 250 do 500 łóżek mniej więcej 5-ciu a w dużych szpitalach do 1000 łóżek mniej więcej 8 lekarzy miejscowych, dyżury przypadają na każdego lekarza co 3-ci, 5-ty lub 8-my dzień. Nie będzie to już zbyt uciążliwym dla lekarzy miejscowych, zwłaszcza, że do każdego z nich będzie przydzielony lekarz-stażysta, jako jego bezpośredni pomocnik.

Na zasadzie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25.XI.1932 r. młodzi lekarze, po otrzymaniu dyplomu lekarskiego, obowiązani są odbyć praktykę w ciągu 9 miesięcy na różnych oddziałach szpitalnych. Instytucje takie, jak szpitale, które z racji swego przeznaczenia opierają swoją działalność na lekarzach, są w pierwszym rzędzie powołane do zaopiekowania się stażystami i do odpowiedniego wyko-

rzystania ich pracy. Zgodnie z zatwierdzonymi budżetami szpitale miejskie przewidują przyjęcie około 40 stażystów rocznie z tem obliczeniem, iż na każdego lekarza miejscowego przypadnie jeden stażysta. Podczas swego pobytu w szpitalu stażysta będzie miał możność zapoznania się z pracą w oddziale, w laboratorjach, izbie przyjęć i z ogólnymi urządzeniami szpitalnymi. W budżetach szpitalnych preliniuje się wydatki związane z żywieniem i mieszkaniem dla stażystów, natomiast nie przewiduje się dla nich wynagrodzenia pieniężnego. Stażysta, wraz z wolontariuszami i płatnymi asystentami tworzyć będą liczny zastęp młodych lekarzy, którzy pod kierunkiem ordynatorów i kierowników pracowni powinni przyczynić się do rozwoju nauki lekarskiej i do roztoczenia dodatkowej opieki nad szeroką rzeszą chorych, szukających pomocy szpitalnej.

Drugim potężnym i istotnym czynnikiem w życiu szpitalnem są pielęgniarki. W szpitalach warszawskich pracują dwie kategorie pielęgniarek, pielęgniarki zakonne i świeckie. Dotychczas nie ustalono jeszcze ilu chorych może obsłużyć pielęgniarka w szpitalu. Zależnem jest to od wielu czynników i dlatego rozpiętość w ujmowaniu tego zagadnienia przez różne kraje i miejscowości jest bardzo wielka. Wchodzą tu w grę wiek, wykształcenie, cechy rasowe, chorobowość, warunki społeczne, warunki klimatyczne i warunki techniczno-budowlane poszczególnych szpitali. Nie może być przeto mowy o jakiejś normie dla wszystkich a raczej w każdym szpitalu sprawa ta musi być traktowana indywidualnie. Jednak można stwierdzić, iż prawie we wszystkich krajach liczba pielęgniarek w oddziałach szpitalnych wraz z uczenicami znacznie przewyższa liczbę niższej służby, nieposiadającej odpowiednich kwalifikacji. Miarodajną w tym względzie jest statystyka, ogłoszona w marcu 1931 r. przez p. *Cristiane Reimann* — sekretarkę sekcji pielęgniarskiej przy Lidze Narodów. Przytoczę dane przeciętne, odnoszące się do bardzo aktualnych kwestyj z dziedziny pielęgniarstwa szpitalnego — liczby pielęgniarek w obliczeniu do 100 chorych i rozpiętości czasu pracy. Pragnę dać porównanie sytuacji, jaka istniała w roku 1931 w niektórych krajach Europy i Ameryki Północnej, z tym stanem rzeczy, jaki mieliśmy w roku 1933/34 w szpitalach miejskich warszawskich. Tablica, jaką podaję, obejmuje nie tylko pielęgniarki i uczennice, ale również personel niższy pomocniczy, związany z salą chorych.

Z zestawienia podanych tablic wynika, iż szpitale Warszawskie mają najmniej liczną obsługę chorych z pośród wymienionych krajów Europy i Ameryki Północnej. Najwięcej są one zbliżone pod względem liczby obsługi z Czechosłowacją, Szwajcarią, Austrią i Niemcami. Sto-

Wykaz personelu pielęgniarskiego i niższego salowego (oddziałowego) w stosunku do 100 chorych
na rok 1931 w szpitalach zagranicznych i na rok 1933/34 — w Warszawskich.

L. p.	NAZWA KRAJU	Wewnętrzny			Chirurgia			Dziecięcy			Położniczy			Średnio perso- nelu razem
		Pielęgniarki i uczenie	Niższa służba salowa (oddz.)	Razem	Pielęgniarki i uczenie	Niższa służba salowa (oddz.)	Razem	Pielęgniarki i uczenie	Niższa służba salowa (oddz.)	Razem	Pielęgniarki i uczenie	Niższa służba salowa (oddz.)	Razem	
1	Anglja	36,5	7	43,5	36,5	7,1	43,6	40,3	6,8	47,1	40,3	6,2	46,5	45,2
2	Austria	25,7	11,5	37,2	28	8,9	36,9	39,9	6,4	46,3	25,7	4,4	30,1	37,6
3	Czechosłowacja . .	19	18	37	19,5	17,1	36,6	31,5	13,7	45,2	14,7	—	14,7	33,4
4	Dania	27,4	10,7	38,1	26,6	9,6	36,2	36,3	9,5	45,8	33,7	7,8	41,5	40,4
5	Francja	15,3	23,4	38,7	18,6	26,8	45,4	28,3	29,8	58,1	19,7	25,4	41,5	46,8
6	Holandja	49,4	9,8	59,2	53,1	6,2	59,3	52,4	6,8	59,2	76,1	10,6	86,7	66,1
7	Niemcy	22,1	10	32,1	21,5	12,4	33,9	44,9	7,3	52,2	31,4	12	43,4	40,4
8	Szwajcaria	21,7	17,7	39,4	26,8	12,1	38,9	24,8	7	31,8	27,4	4	31,4	35,4
9	St. Zjednoczone . .	43,2	17,7	60,9	45,4	17	62,4	59,2	18,2	77,4	38,3	12,8	51,1	62,9
10	Włochy	31,4	14,8	45,2	28,8	12,5	41,3	52,9	15,7	68,6	—	—	—	51,7
11	Polska (Warszawa) .	8,5	14,5	23,0	12,5	15,2	27,7	29,5	12,5	3,20	3,60	11,3	47,3	32,5

surek ten wynosi 32, 33, 35, 37, 40. Różnica ta jednak zwiększy się na niekorzyść Warszawy gdy uwzględnimy tę okoliczność, że czas pracy personelu w szpitalach warszawskich jest krótszy, niż przeciętna w tych krajach, z którymi przeprowadzamy porównanie.

Dla zobrazowania czasu pracy przytaczam tablice porównawcze:

Wykaz godzin pracy w ciągu dnia:

	Pielęgniarki:	Służba salowa niższa:
Anglja	8, $\frac{1}{6}$	9
Austrja	9, $\frac{1}{3}$	8
Czechosłowacja	9, $\frac{5}{6}$	11
Danja	9, $\frac{5}{6}$	9
Francja	8, $\frac{2}{3}$	8, $\frac{1}{4}$
Holandja	8, $\frac{5}{6}$	8, $\frac{2}{3}$
Niemcy	9, $\frac{2}{3}$	9
Szwajcarja	11, $\frac{1}{2}$	11
St. Zjednoczone	8, $\frac{1}{2}$	8
Włochy	8, $\frac{1}{2}$	8, $\frac{1}{3}$
Polska (Warszawa) 8 (świeckie) i 12 (zakonne)		8

Z tablic tych wynika, że przeciętna liczba godzin pracy wynosi powyżej 8 godzin dla pielęgniarek i dla służby niższej salowej, a dla uczenia waha się znacznie.

Co więcej, we wszystkich krajach przyznany jest pielęgniarkom przeciętnie jeden dzień wolny w tygodniu, a pomocniczej służbie oddziałowej dają przeważnie 1 — 2 dni w miesiącu. W szpitalach warszawskich jedni i drudzy, z wyjątkiem Sióstr Miłosierdzia, otrzymują 4 dni wolne w miesiącu. Zachodzi wskutek tego potrzeba angażowania zastępców w stosunku 1 do 7 osób służby stałej.

Wszystkie czynniki razem wzięte sprawiły, iż opieka pielęgniarska w szpitalach warszawskich musi pozostawiać wiele do życzenia i wykazuje duże braki pod względem ilościowym i jakościowym. Nic też dziwnego, iż prace reorganizacyjne w szpitalnictwie miejskiem musiały dotknąć tak ważnego zagadnienia, jakim jest pielęgniarstwo.

Jednem z większych posunięć było zwiększenie w szpitalach liczby pielęgniarek dyplomowanych i Sióstr Miłosierdzia przeszkolonych. Dokonano tego przez stopniowe zmniejszanie ogólnej liczby personelu służby niższej i zwiększanie wzamian za to liczby pielęgniarek świeckich i Sióstr Miłosierdzia. Zmiany przeprowadzono dość znaczne.

W budżecie na rok 1933/1934 w szpitalu Dzieciątka Jezus zamiast dotychczasowych 60 Sióstr Miłosierdzia preliminowano 80, w szpitalu Przemienienia Pańskiego zamiast 20 przewidziano 47, w szpitalu św. Ducha zamiast 20 — 30, w szpitalu św. Stanisława zamiast 19 — 40, w szpitalu Wolskim zamiast 10 — 15, w Uzdrowisku w Otwocku zamiast 15 — 18 i t. d. Ogółem we wszystkich szpitalach liczba Sióstr Miłosierdzia została powiększona o 91 osobę.

Ponadto w szpitalu Starozakonnych 78 etatów pielęgniarskich powiększono do 122, a w szpitalu św. Łazarza wprowadzono po raz pierwszy pielęgniarki świeckie w liczbie 28 osób — razem ogólna liczba pielęgniarek świeckich wzrosła o 72 osoby. W rezultacie na początku 1934/35 roku wprowadzono do szpitali 163 pielęgniarki świeckie i zakonne, a skasowano 241 etatów służby niższej. W ten sposób szpitalnictwo miejskie przechodzi stopniowo na obsługę wykwalifikowaną, zmniejszając mniej wartościowy personel niewykwalifikowany.

Dzięki tym posunięciom można było poprawić opiekę pielęgniarską nad chorymi w nocy. Dotychczas szpitale z małymi wyjątkami rozporządzały zaledwie 1 pielęgniarką (Siostrą Miłosierdzia) dyżurną nocną na cały szpital. Obecnie każdy szpital ma kilka dyżurnych pielęgniarek w zależności od tego, ile oddziałów szpitalnych posiada. Naogół prawie w każdym oddziale jest dyżurna Siostra Miłosierdzia lub pielęgniarka świecka.

Zwrócono uwagę na odpowiednie przygotowanie personelu pielęgniarskiego. Na nowo utworzone stanowiska pielęgniarek świeckich są przyjmowane wyłącznie pielęgniarki dyplomowane, które ukończyły dwuletnią szkołę pielęgniarską.

W myśl obowiązującej instrukcji stanowisko pielęgniarki szpitalnej może objąć osoba stanu wolnego, bez rodziny, posiadająca państwowy dyplom pielęgniarski.

Ze względu na charakter pracy pielęgniarka szpitalna obowiązana jest mieszkać i stołować się w szpitalu. Podczas dyżuru nocnego pielęgniarka obowiązana jest obchodzić systematycznie sale i pokoje dla chorych, nie czekając na wezwanie, oraz doglądać szczególnie osoby ciężko chore. Spanie w czasie dyżuru jest jej surowo wzbronione. Obowiązki pielęgniarek szpitalnych są szczegółowo ujęte w specjalnej instrukcji dla pielęgniarek.

Dla Sióstr Miłosierdzia, zajmujących stanowiska w szpitalach, urządza się kilkumiesięczne kursy przeszkoleniowe i jako zasadę przyjęto, iż rok rocznie kurs taki będzie powtarzany.

Prócz tego istnieją kursy pielęgniarskie dla Sióstr Miłosierdzia przy szpitalu św. Rocha. Program tych kursów jest przystosowany do

programu dwuletniej Szkoły Pielęgniarskiej i nauczanie trwa dwa lata. Przed rokiem szkoła została rozszerzona i jest w możności szkolić 40 uczeniec jednocześnie. Dla wszystkich uczeniec jest internat na miejscu w szpitalu.

Należy żywić nadzieję, iż w najbliższych latach uda się zaopatrzyć szpitale w dostateczną liczbę wyszkolonych pielęgniarek świeckich i zakonnych, a gdy nastąpi ogólna poprawa stanu finansowego doprowadzić do norm zapewniających należytą opiekę pielęgniarską w szpitalach.

Przechodzę skolei do tych niedomagań i zmian organizacyjnych, które odnoszą się do ogólnej gospodarki szpitali i ich działalności.

Komisja Rewizyjna Rady Miejskiej w sprawozdaniu swem z lustracji szpitali w roku 1929 wyraźnie podkreśliła, iż na czoło niedomagań szpitalnictwa warszawskiego wysuwa się brak łóżek szpitalnych i te wielkie trudności, jakie napotyka chory by trafić do szpitala. W jednym tylko 1928/1929 roku szpitale wydały 13900 kart odmownych — głównie z braku miejsc.

Poza zbyt niską ogólną liczbą łóżek szpitalnych w Warszawie, jedną z główniejszych przyczyn tego niedomagania było to, iż chorzy z przewlekłymi chorobami lub też nieuleczalni zbyt długo pozostawali w szpitalach.

Chcąc zwolnić szpitale od tej kategorii chorych postanowiono ześrodkować ich w jednym ze szpitali. W roku 1931 przeznaczono na ten cel szpital przy ulicy Złotej, uruchamiając w nim 150 łóżek. Pozwoliło to na zabranie 150 chorych z różnych szpitali i przeniesienie ich do instytucji o połowę tańszej, niż inne szpitale ogólne. Prócz tego szpital przy ulicy Złotej stał się centralnym punktem odbiorczym dla Zakładów Opiekuńczych, tym ogniwem łączącym szpitale z zakładami Wydziału Opieki Społecznej. Przy końcu roku 1932/33 Opieka Społeczna zabrała 173 kalek i starców i przyczyniła się do dalszego odciążenia szpitali i racjonalniejszego wykorzystania łóżek szpitalnych. Niestety już wkrótce nastąpiła przerwa w odbiorze chorych nienadających się do leczenia szpitalnego i wyłoniło się niebezpieczeństwo ponownego zablokowania szpitali.

Dążąc usilnie do odciążenia szpitali włożono na ordynatorów oddziałów obowiązek, by w przypadku, gdy zachodzi potrzeba leczenia ponad 6 tygodni, uzyskiwali każdorazowo zgodę dyrektora szpitala na przedłużenie kuracji. W przeciwnym razie chory powinien być niezwłocznie wypisany przez Zarząd szpitala.

Wobec braku wolnych miejsc w szpitalach narodziła się potrzeba pewnej inowacji w gospodarce szpitalnej.

Ażeby ułatwić chorym, istotnie potrzebującym, dostanie się do szpitala, żeby usunąć niepożądane poszukiwanie przez chorych miejsc wolnych, niekiedy za pośrednictwem osób wpływowych, uruchomiono na początku roku 1932 biuro informacji. Do zakresu działania biura należy zbieranie danych ze szpitali, ile jest wolnych łóżek i umieszczanie w szpitalach wszystkich nadających się przypadków, które zgłaszają się do biura bądź telefonicznie, bądź też osobiście.

Biurem informacyjnym kieruje jeden z lekarzy Wydziału. Jak się okazało, interwencja biura okazała się bardzo pożyteczna. Może najwięcej trudności nastroczało umieszczenie w szpitalu lub w Sanatorium chorych na gruźlicę. I w tym wypadku biuro informacyjne odegrało poważną rolę.

Dla zobrazowania stanu walki z gruźlicą na odcinku sanatorjów i szpitali w roku 1931 niechaj posłuży fakt, iż wyodrębniony Wydział Szpitalnictwa przejął od Wydziału XVII zgórą 300 spraw niezalatwionych. Chorzy czekali na wyjazd do sanatorjów po kilkanaście miesięcy. O zwiększeniu liczby łóżek sanatoryjnych i opłacaniu ich przez Wydział Opieki Społecznej nie mogło być mowy wobec katastrofalnego stanu finansowego miasta. Należało szukać innego wyjścia z tej trudnej sytuacji. Przedewszystkiem zaprowadzono dokładną ewidencję chorych, wysyłanych do sanatorjów. Zapobiegło to stałej wędrówce wielu chorych od jednego sanatorium do drugiego i uniemożliwiło zajmowanie przez jedne i te same osoby zbyt długo miejsc w sanatoriach. Następnie porozumiano się z kierownikami sanatorjów w tym sensie, żeby nie przedłużali kuracji chorym, o ile niema ku temu wyraźnych wskazań. Wreszcie do sanatorjów kierowano te przypadki gruźlicy, które rokowały pewną poprawę w stanie zdrowia. Pierwszorzędną rolę odegrał oddział obserwacyjny w szpitalu Woiskim, do którego kierowano przypadki wątpliwe. W ciągu jednego roku szpital Wolski wykluczył gruźlicę, jako błędne rozpoznanie w 45 przyp., ustalając inną chorobę.

Wszystkie te posunięcia sprawiły, iż udało się opanować tę wielką falę petentów i możliwie zaspokoić potrzebę leczenia sanatoryjnego. Wadą tego systemu było to, iż nie wszystkie przypadki, kierowane przez lekarza biura informacyjnego do sanatorjów, mogły być przez niego należycie zanalizowane. Inicjatywa wyjazdów do sanatorjów spoczywała nadal w rękach chorego, a nie lekarza.

To też Wydział Szpitalnictwa wystąpił z projektem przekazania całej sprawy umieszczania chorych na gruźlicę w sanatoriach i szpitalach przychodniom przeciwigruźliczym. Tem łatwiej można było tego dokonać, że kierownikami przychodni zostali już przedtem mianowani ordynatorzy oddziałów gruźliczych szpitalnych.

Projekt został zrealizowany w sierpniu 1931 roku w porozumieniu z Wydziałem Zdrowia i wszyscy chorzy ubiegający się o leczenie w sanatorium na koszt miasta zostali przekazani przychodniom. Od tej pory każdy z przychodni rozporządza pewnym, zgóry określonym kontyngentem łóżek sanatoryjnych i przydziela je tym chorym, którzy tego najwięcej ze względów klimatycznych i społecznych potrzebują.

Całkowity kontyngent oddany do dyspozycji przychodniom przeciwgruźliczym wynosi 155 łóżek sanatoryjnych i prócz tego 534 łóżka gruźlicze w szpitalach.

Należy nadmienić iż jednocześnie Wydział Szpitalnictwa w ciągu ostatnich dwu lat czynił usiłowania, by liczbę łóżek gruźliczych w szpitalach i sanatorjach powiększyć i przystosować do potrzeb chwili.

Szpital dla gruźlików w Mieni wykazywał bodaj największe zaniedbanie. Niejednokrotnie na posiedzeniach Magistratu i Komisji Rady Miejskiej dawały się słyszeć głosy, przemawiające za zamknięciem tego szpitala. Stan szpitala w Mieni wywoływał słuszny niepokój Zarządu Miejskiego i mieszkańców miasta, tembardziej, iż do Mieni kierowano przypadki gruźlicy otwartej narówni z zamkniętą, a warunki higieniczne zakładu, pozbawionego światła elektrycznego, kanalizacji i wody dobrej do picia, pozostawiały wiele do życzenia. Ogólna liczba łóżek szpitalnych wynosiła 50. Jednak trudno było pogodzić się z myślą zwinięcia zakładu w chwili, kiedy miasto rozporządzało nieomal połową niezbędnych łóżek szpitalnych i znikomą liczbą łóżek przeznaczonych dla gruźlicy. Wydziałowi Szpitalnictwa musiało przyświecać hasło zachowania za wszelką cenę każdego łóżka szpitalnego. Dopiąć tego można było pod warunkiem podniesienia ogólnego poziomu higienicznego zakładu i zorganizowania opieki nad chorym w myśl nowoczesnych zasad lecznictwa. W tym celu na czele zakładu postawiono dyrektora specjalistę chorób płucnych i wyjednano dodatkowy etat dla lekarza-asystenta. Opiekę pielęgniarską poprawiono przez zwiększenie o 4 osoby personelu Sióstr Miłosierdzia.

Z uwagi na to, że chorzy nie mieli jadalni i sali rekreacyjnej oraz ani jednej leżalni, trzeba było jaknajprędziej uzupełnić te tak ważne braki. Do jednej ze ścian budynku szpitalnego dobudowano potrzebne pomieszczenia i urządzono na parterze jadalnię i salę rekreacyjną, a nad nimi otwartą werandę, przeznaczoną na leżalnię.

Prócz tego zainstalowano światło elektryczne wraz z własnym agregatorem, skanalizowano budynek szpitalny i zaopatrzono Zakład w odpowiednią wodę do picia. Teren szpitala doprowadzono do porządku i w znacznej części ogrodzono. Wreszcie wyposażono zakład

w pracownię rentgenologiczną i najniezbędniejsze narzędzia lekarskie. Ogólną liczbę łóżek powiększono do 70. •

W samej Warszawie odczuwał się również dotkliwy brak łóżek dla chorych na gruźlicę. Zachodziła konieczność nie tylko leczenia, lecz izolowania daleko posuniętej gruźlicy, zagrażającej otoczeniu.

We wszystkich szpitalach, będących pod zarządem miasta w roku 1929/30 było 372 łóżek gruźliczych: w szpitalu Starozakonnych 52, w Wolskim 56, św. Ducha 36, Przemienienia Pańskiego 65, św. Łazarza 77, św. Stanisława —, w szpitalu im. Karola i Marji 6 łóżek i w szpitalu Dzieciątka Jezus 80 łóżek.

Znamionną rzeczą było to, iż w szpitalu dla Starozakonnych nie było specjalnego oddziału i chorzy na gruźlicę byli leczeni na paru oddziałach wewnętrznych bez zachowania należytej izolacji.

Dzięki ześrodkowaniu wszystkich ostrych chorób zakaźnych w jednym szpitalu św. Stanisława, można było cały pawilon VI zakaźny w szpitalu dla starozakonnych przeznaczyć dla chorych na gruźlicę. Wszystkie przypadki gruźlicy zdjęto z oddziałów wewnętrznych tego szpitala i umieszczono w pawilonie VI. Ogólną liczbę łóżek doprowadzono do 128.

W szpitalu Wolskim rozlokowano Siostry Miłosierdzia w innych pomieszczeniach a dotychczasowe ich mieszkanie oddano do użytku chorych, zwiększając w ten sposób liczbę łóżek dla gruźlicy o 45 łóżek.

W szpitalu św. Ducha, po przeniesieniu do niego oddziału gruźliczego ze szpitala Dzieciątka Jezus, nie zmieniając ogólnego stanu posiadania, powiększono liczbę łóżek gruźlicy do 73, a w szpitalu Przemienienia Pańskiego po przeniesieniu oddziału urologicznego do szpitala św. Łazarza i zamianie na wewnętrzny wszystkich chorych gruźliczych, znajdujących się na oddziałach wewnętrznych, ześrodkowano w jednym pawilonie t. zw. Mordze, doprowadzając ogólną ich liczbę do 76.

Po dokonaniu podanych wyżej zmian ogólna liczba miejsc dla chorych na gruźlicę w szpitalach miejskich wzrosła z 372 do 534. Gdy dodamy do tego 240 łóżek w Uzdrowisku w Otwocku i 70 łóżek w szpitalu w Mieni, to otrzymamy w ogólnej sumie 844 łóżek, którymi dysponuje w chwili obecnej Zarząd Miejski w walce z gruźlicą.

Budowa tanich baraków, zmierzających do powiększenia pojemności istniejącego sanatorium miejskiego w Otwocku, mogłaby się znakomicie przyczynić do więcej wszechstronnego ujęcia sprawy zwalczania gruźlicy.

Jak już wspomniano, sprawę oddziałów gruźliczych w szpitalach miejskich udało się w znacznej mierze rozwiązać dzięki temu, iż szpital św. Stanisława został przeznaczony dla wszystkich chorób zakaźnych i przemianowany na centralny szpital zakaźny. Dotychczas w szpi-

talu tym pawilon nowy, obliczony na 200 łóżek, i odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymogom higieny szpitalnej, był czynnym tylko w okresie największego nasilenia epidemji, kiedy to i inne szpitale nie mogły pomieścić chorych zakaźnych.

Stosunek dni szpitalnych, wyrabianych przez szpital św. Stanisława, w ciągu najspokojniejszego miesiąca kwietnia do najwięcej obfitego w choroby zakaźne miesiąca października, np. w roku 1929/1930 przedstawiał się jak 1 i 4. Wskazuje to, iż wahania we frekwencji szpitalnej w ciągu roku były bardzo znaczne. Stan taki musiał słać rzeczy odbijać się niekorzystnie na całej gospodarce szpitalnej, na kosztach utrzymania chorego i na pracy całego personelu szpitala.

W związku z tem powstały duże trudności połączone ze zwijaniem i przemieszczaniem poszczególnych oddziałów dla chorych. Niepodobna pominąć milczeniem i argumentów natury czysto psychicznej — pobudowanie, bowiem, pawilonu, będącego wyrazem nowoczesnych wymagań, kosztem około półtora miliona zł. i nie oddawanie go do użytku na stałe, musiało oddziaływać deprymująco na całe otoczenie.

Nic też dziwnego, że dążeniem tak dyrektora szpitala, jak i Wydziału Szpitalnictwa musiało być uruchomienie na stałe nowego pawilonu, przyjmowanie do szpitala wszystkich chorób zakaźnych i doprowadzenie frekwencji chorych do pewnej równowagi. Należało też uwzględnić pewną rezerwę łóżek poza szpitalem, niezbędnych dla opanowania większego nasilenia epidemji.

W rezultacie doprowadzono do tego, iż poczynając od roku 1931/32 pawilon zaczął pracować bez przerwy a w szpitalu ześrodkowano leczenie chorób ostrych zakaźnych, a nawet częściowo gruźlicy. Prócz tego czystym zyskiem dla całej gospodarki szpitalnej było uwolnienie dla chorych łóżek w innych szpitalach. Ma to również dodatni wpływ na walkę z chorobami zakaźnymi, które nie ulegają większemu rozproszczeniu i są zlokalizowane w jednym specjalnym szpitalu.

Trzecie zagadnienie, domagające się od dłuższego czasu rozwiązania, dotyczy opieki nad umysłowo chorymi. Zagadnienie to na terenie m. st. Warszawy stawało się z roku na rok coraz więcej palące. Jednak finanse miasta pogorszyły się tak znacznie, że projektowana budowa większego szpitala psychiatrycznego na Bielanach stała się koncepcją nierealną.

Miasto zmuszone było umieszczać umysłowo chorych w obcych zakładach — w Choroszczy, Drewnicy, Tworkach i Otwocku. Wydatki na ten cel sięgały w ostatnich latach zgórą miliona złotych rocznie. Coprawda trudności w umieszczaniu chorych nie było, gdyż wspomniane zakłady dysponowały wolnymi miejscami, jednak byłoby krótko-

wzrocznością, gdyby nie zdawano sobie sprawy z tego, że konjunktura taka jest przemijająca.

W międzyczasie powstał w roku 1929 Białostocki Związek Międzykomunalny do budowy i utrzymania Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego w Choroszczy. Związek ten nabył w Choroszczy majątek ziemski wraz ze zrujnowanymi budynkami fabrycznymi i postanowił odbudować niektóre budynki i przystosować do potrzeb szpitalnych. W roku 1932 Związek uruchomił część zakładu na 400 łóżek, a od roku 1930/31 Zarząd miasta Warszawy mógł już skierować część swoich umysłowo chorych — w ogólnej liczbie stu kilkudziesięciu do Zakładu w Choroszczy. Resztę umysłowo chorych m. Warszawa utrzymywała w szpitalach miejskich — św. Jana Bożego i Starozakonnych oraz w szpitalu w Tworkach, w Drewnicy i Zofjówce. Wymagało to znacznych wydatków ze strony miasta, a jednak nie rozwiązywało zagadnienia opieki nad umysłowo chorymi.

Naskutek porozumienia Wydziału Szpitalnictwa z Dyrekcją szpitala w Choroszczy, Białostocki Związek Międzykomunalny zakomunikował Wydziałowi Szpitalnictwa, iż skłonny jest dopuścić gminę m. st. Warszawy w charakterze członka Związku i współwłaściciela majątku pod warunkiem, że Warszawa weźmie udział w wysokości 1.200.000 zł., t. j. sunie, jaką wniosła swego czasu reszta udziałowców.

W związku z tem w dniu 2 maja 1932 roku wyjednano uchwałę Magistratu, powołującą specjalną komisję do zbadania sprawy nawiązania ściślejszej łączności z jednym ze Związków Międzykomunalnych budowy i utrzymania szpitali psychiatrycznych.

Komisja składająca się z ławników Magistratu K. Koralewskiego i dr. Z. Bychowskiego, dyrektora finansowego M. Jankowskiego, radnego miasta dr. J. Zawadzkiego i naczelnika Wydziału Szpitalnictwa dr. K. Orzechowskiego, pod przewodnictwem Wiceprezydenta profesora R. Błędowskiego na posiedzeniu w dniu 13 maja 1932 roku uznała jednogłośnie, iż wejście miasta Warszawy do Białostockiego Związku Międzykomunalnego jest celowe i wskazane.

Należy zaznaczyć, iż z chwilą wejścia w skład Związku, gmina miasta Warszawy otrzymuje zniżkę w opłacie szpitalnej w wysokości jednego złotego dziennie na każdym chorym, a w razie przeniesienia 600 chorych do szpitala w Choroszczy z innych zakładów droższych, miasto zyskuje około 200.000 zł. oszczędności rocznie. Z osiągniętych oszczędności miasto Warszawa może spłacić w ciągu 6 lat przypadający na nią udział członkowski w wysokości 1.200.000 zł.

Magistrat zaaprobował projekt Wydziału Szpitalnictwa i wystąpił z odpowiednimi wnioskami do Rady Miejskiej.

W dniu 27 kwietnia 1933 r. Rada Miejska uchwaliła, by gmina m. st. Warszawy przystąpiła w charakterze członka do Białostockiego Związku Międzykomunalnego dla założenia i utrzymania Wojewódzkiego Zakładu Psychiatrycznego na warunkach następujących:

1) udział członkowski gminy m. Warszawy wynosi 1.200.000 zł. i obliczony jest według liczby jej mieszkańców, objętych spisem ludności z roku 1921;

2) Statut Związku winien być uprzednio zmieniony przez wprowadzenie poprawek, zabezpieczających interesy miasta;

3) na wypłatę udziału członkowskiego zaciągnąć pożyczkę w Banku Komunalnym w wysokości 1.000.000 zł. ze spłatą w ciągu 6 lat po 200.000 zł. rocznie wraz z procentami z oszczędności na kredytach, wyznaczonych corocznie w budżecie miasta na utrzymanie umysłowo chorych w drodze obniżenia opłat szpitalnych.

Na zasadzie powyższej uchwały Rady Miejskiej została zawarta pomiędzy Zarządem Miejskim m. Warszawy i Związkiem Białostockim umowa wstępna, mocą której Warszawa przystąpiła do Związku na warunkach wyłuszczonych w umowie. Ostateczne przystąpienie nastąpi z chwilą ogłoszenia w Monitorze Polskim zarządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zatwierdzającego Statut Związku w formie zmienionej stosownie do uchwały Rady Miejskiej.

Od dnia 1 lipca 1933 roku Gmina m. st. Warszawy zaczęła korzystać z ulgowej opłaty za utrzymanie chorych i ogólną liczbę swych chorych w Zakładzie w Choroszczy doprowadziła wkrótce po zawarciu umowy wstępnej do 700. Pozwoliło to na znaczne odciążenie oddziałów psychiatrycznych miejskich i na zaopiekowanie się większą liczbą chorych umysłowo, potrzebujących leczenia szpitalnego.

Na najbliższe lata sprawa opieki nad umysłowo chorymi została rozwiązana. Miasto staje się właścicielem Zakładu Psychiatrycznego, posiadającego grunty orne, ogrody, łąki i wodę o przestrzeni zgórą 141 ha., budynki gospodarcze i budynki szpitalne wraz z maszynami, instalacjami i urządzeniami — wszystkiego razem na ogólną sumę 5 milionów zł. według obliczeń Kontroli Technicznej Zarządu m. st. Warszawy z dnia 1/II. 1933 r.

Czwartym zagadnieniem niezmiernej wagi była i jest rozbudowa szpitala im. Karola i Marji i powiększenie stanu posiadania łóżek szpitalnych dla chorób dziecięcych. Zagadnienie to stoi otworem i oczekuje rozwiązania w najbliższej przyszłości.

Do tego nie ograniczają się reformy w ogólnej gospodarce i działalności szpitali. Zmiany dotyczą wszystkich niemal ważniejszych dziedzin życia szpitalnego.

Tak więc w okresie ostatnich paru lat dokonano pewnych istotnych zmian w rozmieszczeniu poszczególnych oddziałów szpitalnych i ich przeznaczeniu.

Kierując się uchwałą Rady Miejskiej, zmierzającą do ześrodkowania wszystkich klinik uniwersyteckich w jednym ze szpitali, a mianowicie w szpitalu Dzieciątka Jezus i jednocześnie na skutek starań Władz Uniwersyteckich, Inspektorat Szpitalnictwa wystąpił do Magistratu z wnioskiem przeniesienia kliniki ocznej ze szpitala św. Ducha do Dzieciątka Jezus. Magistrat, na posiedzeniu w dniu 28 września 1931 roku, uchwalił przekazać od dnia 1 października tegoż roku Uniwersytetowi Warszawskiemu pawilon V szpitala Dzieciątka Jezus, mieszczący oddział wewnętrzny o 80 łózkach na urządzenie kliniki ocznej pod warunkiem, że koszty związane z przebudową tego pawilonu obciążą wyłącznie Uniwersytet Warszawski i, że po przeniesieniu kliniki ocznej ze szpitala św. Ducha do szpitala Dzieciątka Jezus, Uniwersytet Warszawski zwróci miastu pomieszczenia dotychczasowej kliniki ocznej w szpitalu św. Ducha.

Niezwłocznie po przekazaniu wspomnianego pawilonu uruchomiono w szpitalu św. Ducha oddział wewnętrzny na 50 łózek, wzamian za zlikwidowany oddział wewnętrzny w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Uniwersytet Warszawski w osobie prof. Jana Laubera, dzięki hojnej fundacji pani Warden przebudował pawilon V, przystosował go do potrzeb kliniki ocznej, bogato zaopatrzył i uruchomił klinikę w dniu 7 marca 1932 roku.

Zdając sobie sprawę, iż w interesie nowocześnie pojętego szpitalnictwa powinno leżeć rozwiązanie zagadnienia walki z chorobami zawodowymi, Wydział Szpitalnictwa przeznaczył część oddziału skór nego, będącego pod kierownictwem d-ra Bernhardta w szpitalu św. Łazarza wyłącznie dla przypadków chorób zawodowych. Zagadnienie walki z temi chorobami stało się aktualne dzięki powstaniu ubezpieczeń społecznych i dzięki akcji wspólnej Szpitalnictwa i ogólnie państwowego związku Kas Chorych. Należy żywić nadzieję, iż współdziałanie to przyczyni się do szerszego i głębszego ujęcia kwestji zapobiegania i leczenia chorób zawodowych.

W październiku 1932 r. Ministerstwo Opieki Społecznej, uważając za niezbędne zorganizowanie w Warszawie pierwszego w Polsce szpitalnego ośrodka obserwacyjnego dla najtrudniejszych wypadków neuropatii i psychopatii dziecięcej, zwróciło się do Magistratu m. st. Warszawy z propozycją zorganizowania takiego oddziału na 15 — 20 łózek. Na wniosek Wydziału Szpitalnictwa, Magistrat postanowił wyrazić Ministerstwu Opieki Społecznej gotowość utworzenia w szpitalu przy ul.

Złotej oddziału obserwacyjnego dla wypadków neuropatii i psychopatii wśród dzieci i młodzieży na 20 łóżek, pod warunkiem przyznania miastu ze Skarbu Państwa subwencji, w wysokości 10.000 zł. rocznie, na utrzymanie personelu, w składzie jednego asystenta i 2 pielęgniarek, oraz jednorazowego zasiłku w kwocie 5.000 zł. na urządzenie oddziału.

Warunki powyższe zostały przyjęte przez Ministerstwo Opieki Społecznej i oddział na 20 łóżek został otwarty w dniu 25 sierpnia 1933 r. Prócz oddziału uruchomiono przy szpitalu przychodnię, której zadaniem jest rozwinięcie akcji zapobiegawczej w dziedzinie zaburzeń psychicznych. Przychodnia ta cieszy się dużą frekwencją.

Z kolei zaszła potrzeba poprawienia warunków pracy na tych oddziałach szpitalnych, które posiadały nieodpowiednie pomieszczenia i urządzenia.

Oddział urologiczny, jeden z ważniejszych oddziałów szpitalnych, ulokowany w szpitalu Przemienienia Pańskiego, posiadał prymitywne pomieszczenie. Warunki lokalne nie pozwalały na urządzenie odpowiedniej sali operacyjnej, pracowni, gabinetu lekarskiego, pokoju dla pielęgniarek i rozlokowanie należyte chorych. Jedyne ten oddział w szpitalnictwie miejskiem rozporządzał zaledwie 39 łózkami.

Oddział ginekologiczno-położniczy w szpitalu św. Łazarza znajdował się również w złych warunkach. Rozkład sal nie pozwalał ściśle oddzielić przypadki septyczne od reszty chorych, przypadki ginekologiczne od położniczych, ciężko chorych od lżej chorych. Brak było pomocniczych urządzeń i pomieszczeń. Ogólna liczba łóżek wynosiła 54.

Jednocześnie w szpitalu Dzieciątka Jezus znajdował się oddział ginekologiczny septyczny, w którym brak było łóżek położniczych septycznych. Oddział taki nie był w stanie odciążyć i zaspokoić potrzeb zakładów położniczych, które zmuszone były przyjmować chore gorączkujące i narażać je na infekcję wewnątrz-szpitalną. Nad oddziałem ginekologicznym liczącym 45 łóżek, w tym samym pawilonie, mieścił się oddział wewnętrzny o 50 łózkach. Przeznaczenie całego pawilonu na potrzeby ginekologii i położnictwa i utworzenie jednego oddziału położniczo-ginekologicznego o 90 łózkach w zupełności rozwiązało zagadnienie.

Prócz tego zmiana taka pozwoliła na przeniesienie oddziału urologicznego ze szpitala Przemienienia Pańskiego do szpitala św. Łazarza, oddziału położniczo-ginekologicznego ze szpitala św. Łazarza do szpitala Dzieciątka Jezus i wreszcie oddziału wewnętrznego ze szpitala Dzieciątka Jezus do szpitala Przemienienia Pańskiego.

W rezultacie uzyskano poprawę warunków dla oddziału urologicznego i położniczo-ginekologicznego kosztem nieznacznej straty łóżek

dla chorób wewnętrznych. Początkowa ta strata została wkrótce wyrównana przez rozszerzenie oddziału obserwacyjnego w szpitalu Dzieciątka Jezus i powiększenie liczby łóżek z 18 do 30.

Przeniesienie oddziału wewnętrznego do szpitala Przemienienia Pańskiego umożliwiło powiększenie liczby łóżek dla chorych na gruźlicę o 20 i pozwoliło rozmieścić racjonalnie chorych wewnętrznych w tym szpitalu.

Ogółem, w okresie ostatnich 3 lat, liczbę łóżek w szpitalach powiększono z 5599 do 5811, t. j. o 212, nie licząc 170 łóżek uruchomionych na stałe w pawilonie nowym szpitala św. Stanisława.

Dalej zaszła potrzeba zreorganizowania aptek szpitalnych i powierzenie kierownictw, zgodnie z obowiązującymi przepisami, osobom posiadającym odpowiednie kwalifikacje i usprawnienia. Zaprojektowano zwiększenie dotychczasowej liczby aptek z 3 do 5. Dzięki temu szpitale będą obsługiwane przez 5 okręgowych aptek szpitalnych z magistrami farmacji na czele.

Następnym z kolei zagadnieniem, domagającym się rychłego rozwiązania i mającym bezpośredni związek z lecznictwem, było żywienie chorych w szpitalach.

Dążąc do opracowania racjonalnego żywienia chorych tak pod względem leczniczym, jak i gospodarczym, Wydział Szpitalnictwa powołał komisję pod kierunkiem Naczelnego Dyrektora Państwowego Zakładu Higjeny, docenta Uniw. Warszawskiego, Dr. med. *G. Szulca* i powierzył jej opracowanie norm żywienia zwykłego i dietetycznego.

Dla żywienia całodziennego zwykłego (śniadanie, obiad i kolacja) sporządzono 15 przykładów racjonalnych jadłospisów z podaniem nazwy potrawy i wyliczeniem ilości surowych produktów. Każdy z jadłospisów zawiera 2—3 potrawy do wyboru. Do jadłospisów dołączono tablice z wyliczeniem zawartości białka, tłuszczów, węglowodanów oraz kalorii i cen rynkowych.

Żywienie dietetyczne podzielono na dietę ścisłą, mleczną, lekko tłuszczącą, próbną i leczniczą specjalną. Do tych diet dołączono specjalne jadłospisy z wymienieniem nazwy posiłku i ilości produktów spożywczych. Oddzielny wykaz obejmuje sposób przyrządzania napoi, kleików, zup, rosółów, soków, potraw z mięsem i jarzyn, potraw mącznych i legumin.

Koszt racjonalnego żywienia nie przekracza norm przyjętych w budżecie na rok 1934/1935 i pozwoli na zrealizowanie projektu z początkiem nadchodzącego roku budżetowego.

Stan bielizny i odzieży szpitalnej domagał się również normalizacji i uporządkowania. Została powołana podkomisja pod przewod

nictwem dyrektora Wydziału Szpitalnictwa, której zadaniem było ujednolicienie i opracowanie norm bielizny szpitalnej. Komisja odbyła kilkanaście posiedzeń i szczegółowo rozpatrzyła i zakwalifikowała 25 wzorów z dokładnym opisem technicznym tkanin lnianych, półlnianych i wełnianych, przeznaczonych na bieliznę pościelową i osobistą dla chorych oraz odzież zawodową ochronną dla personelu w zakładach leczniczych.

Ponadto dokończono rozpoczętą już uprzednio pracę i przygotowano wykresy i opisy kroju i szycia bielizny oraz sporządzono tabele, wykazujące ilość zmian i terminy zużycia bielizny i pościeli w stosunku do 1 łóżka z uwzględnieniem potrzeb różnych oddziałów szpitalnych. Od tej chwili szpitale zaczęły zaopatrywać się w bieliznę według opracowanych norm ze specjalnem uwzględnieniem wyrobów lnianych.

Poważniejszą pożyteczną w dziale gospodarczym szpitali stanowi węgiel. To też uzyskanie oszczędności na opale stało się rzeczą palącą. Wszelkie obojętne dotychczas normy zawiodły i okazały się nie-realne. Zbyt dużo czynników wchodzi w grę, by można było z całą dokładnością ustalić ilość potrzebnego węgla dla danego obiektu. Niepoślednią rolę odgrywa tu i zachowanie się samego palacza, jego umiejętność, sumienność i staranność.

Kierując się temi przesłankami Wydział Szpitalnictwa wystąpił do Magistratu z wnioskiem przyznania premii wszystkim tym palaczom i pracownikom technicznym-gospodarczym, którzy przyczynią się do uzyskania oszczędności na opale. Zasada ta została przyjęta przez Zarząd Miejski i rozszerzona na inne wydziały.

Już w pierwszym roku od chwili przyjęcia powyższej uchwały w jednym tylko szpitalnictwie zaoszczędzono zgórá 1000 tonn węgla.

Dalej od kilku lat w szpitalach miejskich nie przeprowadzono remontów, robót instalacyjnych i inwestycji w tych rozmiarach i w takiej skali, jaka winna być zastosowana ze względu na istotne potrzeby szpitali. Zwłaszcza oszczędności, zastosowane w ostatnich latach, t. j. w roku 1930/31 i 1931/32 w sposób zupełnie mechaniczny, bez wejrzenia w żywotne potrzeby szpitalnictwa doprowadziły do tego, że niektóre szpitale znalazły się w sytuacji grożącej niebezpieczeństwem. Wystarczy nadmienić, że stan kotłów w paru szpitalach (św. Łazarza, św. Ducha, Starozakonnych) był do tego stopnia zły, że w każdej chwili, zgodnie z opinią rzeczoznawców, należało się spodziewać pęknięcia ich, względnie rozwalenia się.

Wobec takiego stanu rzeczy Inspektorat Szpitalnictwa w roku 1931 wyłonił specjalną komisję przy udziale przedstawiciela Wydziału Technicznego i Kontroli Miejskiej, która wraz z zarządem szpitali opraco-

wała plan robót remontowych i inwestycyj. Wykonanie tych robót uzależniano od aprobaty powołanej przez Zarząd Miejski komisji oszczędnościowej, działającej przy Wydziale Technicznym. Przyjęte przez Komisję Oszczędnościową projekty robót przeprowadza Wydział Techniczny w drodze przetargów pomiędzy przedsiębiorcami, zarejestrowanymi przez ten Wydział.

Procedura ta okazała się dość uciążliwą i powodowała bardzo częste opóźnienie w wykonaniu robót. Z uwagi na to, drobne roboty remontowe, ogólny koszt których jednorazowo nie przekracza 1000 zł., postanowiono wykonywać sposobem gospodarczym, za pośrednictwem personelu miejscowego lub też donajętego, lecz w jednym i drugim wypadku z materiałów zakupionych bezpośrednio przez szpital.

Ten sposób wykonywania robót okazał się tańszym, materiały zakupywane przez szpital lepszymi i sama robota najczęściej dokładniej zrobiona.

Pomimo znacznie zmniejszonych w ostatnich latach kredytów na ten cel, udało się jednak utrzymać remonty w szpitalach m. w. w tych samych rozmiarach i poprawić ogólny stan higieniczny szpitali.

Daleko idące oszczędności we wszystkich działach gospodarki szpitalnej — na remontach, opale, świetle, wodzie, meblach i różnych sprzętach, na żywieniu chorych i lekarstwach, wreszcie oszczędności w dziale personalnym, sprawiły to, że zdołano osiągnąć dość pokaźną obniżkę kosztów utrzymania chorego w szpitalach.

W roku 1933/34 ustalono opłatę szpitalną w szpitalach ogólnych w wysokości 7 zł. 50 gr. za jeden dzień leczenia, a ogólne wydatki na szpitalnictwo obniżono do 14½ miliona zł. rocznie.

Zaledwie parę lat wstecz, bo w roku 1929/30 opłata dzienna wynosiła 10 zł. 50 gr. i ogólne wydatki na szpitalnictwo — 20 milionów zł.

Uzyskana obniżka doszła do 30% i powinna, przynajmniej narazie, być uważaną za zadawalającą.

Dalsze stopniowe usprawnianie pracy w szpitalach doprowadzi zapewne do jeszcze większej redukcji kosztów leczenia.

Ciężka sytuacja finansowa miasta nie upoważnia do przypuszczeń, iż w krótkim czasie uda się przeprowadzić wszystkie niezbędne inwestycje i dojdzie się do tego ideału, by szpitale pod względem liczby łóżek oraz techniki budowlanej, higieny i lecznictwa zaspokoili potrzeby i aspiracje stolicy 32-miljonowego państwa.

Miarą trudności, z którymi walczy Zarząd Miejski na jednym tylko odcinku gospodarki miejskiej — szpitalnictwa, niechaj służy wysokość deficytu w budżecie tego działu w roku 1928/1929, 1929/1930, 1930/1931, 1931/1932. Według zamknięć rachunkowych dopłaty do

utrzymania szpitali w ciągu czterech tych lat wyniosły 52.264,514 zł. Roczna dopłata wyniosła przeciętnie 13 milionów zł. Rzeczywisty deficyt szpitali był mniejszy, bo należy uwzględnić tę okoliczność, iż szpitale nie otrzymywały zwrotu za leczenie ubogich mieszkańców m. Warszawy. Szpitalnictwo wraz z opieką społeczną wchodziło w skład jednego Wydziału i nie dokonywało rozrachunku z tytułu leczenia ubogich. Wskutek tego powstał duży deficyt w szpitalach, a rzekome oszczędności w opiece społecznej.

Z chwilą utworzenia Wydziału Szpitalnictwa nie omieszkano w budżecie szpitalnictwa na rok 1932/33 przewidzieć kredyt, w wysokości m. w. $6\frac{1}{2}$ miliona złotych, na leczenie tych ubogich, którzy nabyli tytuł do opieki m. st. Warszawy.

Pozwoliło to na łatwiejsze zbilansowanie gospodarki szpitalnej i na przejrzystsze ujęcie budżetów poszczególnych szpitali i budżetu ogólnego miasta.

Pomimo to sprawa leczenia chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, t. zw. społecznych, znajduje się nadal w sytuacji fatalnej.

Rozwiązanie tej sprawy wymaga dużych funduszy, których narazie uzyskać nie można.

Niesłusznem byłoby mniemanie, że tylko m. Warszawa nie może dostarczyć odpowiednich kredytów na ten cel, albowiem inne samorządy również nie mogłyby wyasygnować podobnie wielkich sum. A jednak sprawa jest tak paląca i nagła, że musi znaleźć rozwiązanie w znaczeniu pozytywnem. Czynniki państwowe i ofiarność społeczna mają tutaj dużo do zrobienia.

Wszak choroby zakaźne ostre i społeczne muszą być traktowane inaczej aniżeli pozostałe choroby.

Za epidemię, szerzącą się w społeczeństwie, muszą ponosić konsekwencje w postaci pokrywania opłat za leczenie wspólnie władze państwowe, samorządowe i społeczeństwo.

Wspólny wysiłek władz państwowych, samorządowych oraz towarzystw społecznych da z pewnością pomyślne wyniki w walce z temi chorobami i doprowadzi do utworzenia funduszu wyrównawczego. Fundusz ten służyć będzie do pokrywania tych deficytów, jakie z tego tytułu powstają w szpitalach, a których nie są w stanie pokryć poszczególne gminy. Utworzenie funduszu wyrównawczego i sposób repartycji musiałby być odpowiednio ujęty w drodze ustawodawczej.

Dzisiaj wytworzyła się sytuacja wprost paradoksalna, albowiem cierpiących na choroby społeczne jest coraz więcej, a jednak w szpitalach i sanatorjach są łóżka wolne, gdyż za chorych niema kto płacić.

Prócz tego przymusowe leczenie chorób zakaźnych ostrych rujnuje niejedną mniej zamożną rodzinę.

Staje się jasnem, iż, wobec tylu naglających potrzeb, program szpitalny na najbliższą przyszłość może obejmować tylko te zagadnienia i zamierzenia, które mają szansę realizacji.

Zamierzenia na najbliższą przyszłość.

Pomimo ciężkiej sytuacji finansowej możliwości rozwojowe szpitali warszawskich są wielkie, zwłaszcza gdy się uwzględni wszystkie te czynniki, które powinny odegrać niepoślednią rolę w zakresie rozbudowy już istniejących i budowy nowych szpitali.

Jednym z tych czynników jest Kasa Chorych m. Warszawy, a obecnie t. zw. Ubezpieczalnia Społeczna.

Ubezpieczalnia Warszawska posiada bardzo pokąźną liczbę członków. W roku 1933 do Kasy Chorych należało około 260.000 ubezpieczonych, a wraz z rodzinami około 450.000 osób. Według wszelkiego prawdopodobieństwa liczba ubezpieczonych w najbliższej przyszłości nie ulegnie zmniejszeniu.

Zgodnie z ogólnie przyjętymi metodami obliczeń Ubezpieczalnia Warszawska powinna dysponować 3.500 łóżek szpitalnych.

Statystyka niemieckich Kas Chorych, opracowana przez *C. Henrique'sa* i podana w *Sociale Medicin* (5,435) w roku 1932 potwierdza powyższe wywody.

Statystyka szpitali warszawskich wykazuje, iż Kasa Chorych do roku 1934 zajmowała około 30% ogólnej liczby łóżek szpitalnych, t. j. 2000 łóżek wraz ze 185 łózkami własnymi w szpitalu przy ul. Solec.

Po uwzględnieniu 500 łóżek zakontraktowanych, bądź też przypadkowo zajętych w różnych miejscowościach poza Warszawą, dojdziemy do wniosku, iż Ubezpieczalnia Warszawska będzie potrzebowała jeszcze 1000 łóżek szpitalnych.

Jest powszechnie wiadomem, jak wielkie jest przepełnienie szpitali warszawskich i jaki jest brak miejsc dla chorych, potrzebujących leczenia szpitalnego.

To też we wspólnym interesie gminy m. Warszawy i Ubezpieczalni leży rozbudowa istniejących i budowa nowych szpitali.

Pożądanem jest nawiązanie współpracy i uzgodnienie wspólnych potrzeb miasta i Ubezpieczalni.

W imię tej zasady, Wydział Szpitalnictwa zwrócił się do Zarządu Ubezpieczalni Warszawskiej o współdziałanie w celu zrealizowania tak naglącego projektu rozbudowy szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Drugim czynnikiem, mogącym wpłynąć potężnie na rozwój szpitalnictwa, są Fundacje Szpitalne.

W dobie kryzysu gospodarczego jest pilną i nader aktualną sprawą wykorzystanie wszystkich źródeł, mogących zasilić finanse szpitalne.

Znaną jest rzeczą, jak wielkie majątki należą do fundacji szpitalnych i jak znikome są wpływy z gospodarstwa rolnego do kas szpitalnych. Majątki fundacyjne nie są nastawione należycie na aprowizację szpitali i nie wpływają zupełnie na obniżenie kosztów żywienia chorych.

Z drugiej strony już dawno utarło się przekonanie, że nie można w pobliżu Warszawy prowadzić zwykłej gospodarki rolnej — należy ją likwidować lub też radykalnie zreformować.

Myślę, iż program gospodarczy fundacji szpitalnych musi być dostosowany do nowych warunków.

Część majątków szpitalnych powinna być zlikwidowana, a kapitał, jaki powstanie z likwidacji, obrócony na budowę nowych szpitali.

Wartość nieruchomości miejskich i wiejskich fundacji jest tak wielka, że można śmiało snuć daleko idące projekty rozbudowy i budowy szpitali.

Co więcej, dla zachowania t. zw. substancji fundacyjnej wystarczy funduszów na kupno w okolicach, nieco dalszych od Warszawy, majątków rolnych, pod względem ilości i jakości, nie gorszych od tych, jakie dzisiaj są w posiadaniu fundacji.

Jednocześnie szpitale stare, nieodpowiednio urządzone i zbyt małe będą mogły ulec całkowitej likwidacji.

Dalej trzecim czynnikiem mogącym wpłynąć na dalszy los szpitali jest Uniwersytet Warszawski.

W chwili obecnej kliniki uniwersyteckie znajdują się w kilku szpitalach, w których Zarząd Miejski oddał na usługi Uniwersytetu potrzebne mu oddziały.

Jednakże takie załatwienie sprawy jest połączone z dużymi niewygodami dla miasta, jak również dla Uniwersytetu

To też wskazanem jest, żeby wszystkie kliniki były ześrodkowane w jednym szpitalu Dzieciątka Jezus i żeby szpital ten został odpowiednio przebudowany i przystosowany do potrzeb wydziału lekarskiego. Inicjatywa w tym kierunku już przed kilku laty była powzięta przez władze uniwersyteckie i miejskie i jedynie brak funduszów nie pozwolił na jej realizację.

W roku 1919 pod przewodnictwem D-ra *Jakimiaka*, ówczesnego ławnika Magistratu, była powołana specjalna komisja, której zadaniem

było opracowanie planu inwestycji szpitalnych w Warszawie. Plan został opracowany i przyjęty przez Radę Miejską. Niestety nie wszystkie zamierzone roboty były wykonane, a pozostałe projekty i potrzeby doby obecnej wymagają ponownie szczegółowego opracowania, przy udziale przedstawicieli wszystkich zainteresowanych czynników i wybitnych znawców przedmiotu.

W każdym razie do najpilniejszych inwestycji szpitalnych należałoby zaliczyć następujące:

1. Wykończenie gmachu administracyjnego szpitala Przemienienia Pańskiego na Pradze i powiększenie szpitala o 375 łóżek; pozwoliłoby to na uporządkowanie sprawy przyjęć chorych, zwłaszcza nagłych przypadków, na ześrodkowanie w tym szpitalu chorych, należących do Ubezpieczalni i urządzeń centrali, kwalifikowania chorych do szpitali.

Prócz tego w gmachu administracyjnym szpitala możnaby było pomieścić Biuro Wydziału Szpitalnictwa.

2. Rozbudowa Sanatorium Miejskiego w Otwocku przez powiększenie pojemności Sanatorium conajmniej o 250 łóżek.

Brak łóżek szpitalnych dla gruźlicy uniemożliwia racjonalne prowadzenie walki z gruźlicą. Kontyngent łóżek przydzielony przez Wydział Szpitalnictwa przychodniom przeciwgruźliczym został już dawno wyczerpany, a dalsze zwalczanie gruźlicy uległo wybitnemu zahamowaniu.

3. Rozbudowa szpitala dla dzieci im. Karola i Marji i powiększenie liczby łóżek do 385.

Szpitalnictwo dziecięce w gospodarce miejskiej należy do dziedzin najbardziej upośledzonych. W zarządzie miejskim znajduje się tylko jeden szpital dla dzieci im. Karola i Marji o stu łózkach, a gdy się uwzględni prywatny szpital dla dzieci przy ul. Kopernika o 164 łózkach, klinikę dziecięcą o 100-tu i szpital im. Bersonów i Baumanów o 120 łózkach, to razem daje to Warszawie zaledwie 384 łóżka dziecięce. Tymczasem na zasadzie porównania z wielkimi miastami Zachodniej Europy dochodzi się do wniosku, iż Warszawa powinna posiadać zgórą $1\frac{1}{2}$ tysiąca łóżek dziecięcych.

To też ta minimalna rozbudowa szpitala im. Karola i Marji staje się sprawą palącą.

4. Budowa na Pradze Zakładu Położniczego na 210 łóżek. Już specjalna komisja w roku 1919 zaproponowała wybudowanie nowego Zakładu Położniczego na Pradze. Przed kilku laty projekt został opracowany, lecz z braku funduszków nie może doczekać się realizacji.

5. Budowa szpitala dla chorych zakaźnych na 1000 — 1500 łóżek. Szpital św. Stanisława, przeznaczony obecnie na choroby zakaźne, nie odpowiada swemu zadaniu. Brak małych salek, niemożność izolowania

chorych na poszczególnych oddziałach, mała pojemność szpitala, potwierdza w zupełności pogląd, iż szpital św. Stanisława powinien być szpitalem ogólnym. Natomiast na krańcach miasta musi powstać nowoczesny szpital zakaźny.

Wykonanie projektowanych inwestycji, w okresie najbliższych kilkunastu lat, dałoby miastu w ostatecznym wyniku około 2000 łóżek szpitalnych i przyczyniłoby się do powstania dwóch większych szpitali ogólnych na Pradze i Woli.

Na zakończenie pragnąłbym powiedzieć kilka słów o służbie społecznej w szpitalach i o roli szpitali warszawskich w ogólnej organizacji Służby Zdrowia i Opieki Społecznej.

W Polsce po raz pierwszy dokładnie i wszechstronnie omówił to zagadnienie Dr. *W. Chodźko* w pracy swej: „Służba Społeczna w Szpitalach”, wydanej w 1932 roku.

Twórcą opieki społecznej w szpitalach amerykańskich jest znany lekarz społecznik Dr. *Ryszard Cabot*.

Z typowym amerykańskim rozmachem Dr. *Cabot* wprowadził służbę społeczną w niektórych szpitalach w Stanach Zjednoczonych, tworząc w nich specjalne departamenty opieki społecznej.

Dr. *W. Alter* z Düsseldorfu wypowiada śmiałą i kategoryczną zasadę, iż powinno nastąpić wcielenie lecznictwa szpitalnego do zakresu społecznej opieki zdrowotnej i przeistoczenie szpitala w centralę całej społecznej opieki zdrowotnej.

Dr. *W. Alter* stwierdza jednak, iż w Niemczech stoją temu na przeszkodzie administracyjne i ustawodawcze trudności.

Mniej radykalnie sprawę tę ujmują we Francji. Dr. *Mourier* twierdzi, iż szpital dziś już nie jest tą wyłączną instytucją leczniczą, lecz bierze coraz więcej udziału w akcji higieniczno - społecznej.

W Polsce, a przedewszystkiem w Warszawie, daje się zauważyć duże zainteresowanie społeczeństwa naszego zagadnieniami służby społecznej w szpitalach.

Od roku 1927 Sekcja Społeczna Koła Pań, z ramienia Polskiego Komitetu do zwalczania raka, zajmuje się zbieraniem wywiadów w szpitalach, rejestruje przypadki raka i nad zarejestrowanym roztlacza opiekę materialną i moralną.

Sekcja opieki poza zakładowej, powołana przez Warszawskie Towarzystwo pomocy lekarskiej i opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi, rozwija również pracę społeczną wśród umysłowo chorych w ścisłym kontakcie ze szpitalami.

Związek pracy Obywatelskiej Kobiet prowadzi akcję społeczną na oddziale przymusowo leczonych kobiet w szpitalu św. Łazarza, utrzymując swoją pielęgniarkę społeczną — instruktorkę.

Prócz tego, w tym samym szpitalu, rozwija swoją działalność w ścisłym związku z oddziałem dla nieletnich Towarzystwo Opieki nad dziećmi, niosąc pomoc materjalną i rozłaczając opiekę moralną nad dziećmi choremi i ich rodzinami.

Wydział Opieki Społecznej zaczął nawiązywać kontakt z niektórymi oddziałami położniczymi w szpitalach, delegując swoje pielęgniarki społeczne.

Wreszcie szpital dziecięcy im. Karola i Marji, odczuwając brak pielęgniarek, któreby były w ścisłej łączności ze szpitalem, a jednocześnie z ambulatorjum i choremi, opuszczającymi szpital, zaangażował w roku bieżącym specjalną pielęgniarkę, należącą do służby opiekuńczej szpitala.

Zadania szpitalnej służby opiekuńczej zostały dokładnie ujęte przez Prof. *Szenajcha*, Dyrektora szpitala, w specjalnym regulaminie służbowym.

Udział w szpitalnej pracy społecznej różnych Towarzystw prywatnych dowodzi, iż społeczeństwo polskie żywo reaguje na wszelką niedolę ludzką, posiada poczucie obowiązku społecznego i zdradza szeroką inicjatywę. To nawiązanie bezpośredniego kontaktu pomiędzy szpitalami a Towarzystwami społecznymi jest najlepszą rękojmią w dalszej pracy nad ustaleniem zadań i obowiązków szpitali w Polsce.

Nawiązując współpracę szpitali ze wszystkimi instytucjami prywatnymi i publicznymi, zainteresowanymi w leczeniu chorych, z pewnością łatwiej i wszechstronniej wykonamy obowiązki służby społecznej, niż, gdy zignorujemy szlachetne porywy naszego społeczeństwa i utworzymy ze szpitala centralę społecznej opieki zdrowotnej na zasadach etatyzmu i na wzór obcych nieco poglądów amerykańskich i niemieckich.

Myślę, że szpitale warszawskie nie muszą być tem ogniwem, które zamyka łańcuch pokrewnych instytucji, obejmujących teren m. Warszawy, a powinny być raczej ogniwem o szerszym zasięgu pracy, obsługującym nie tylko Warszawę, ale i najbliższą okolicę.

Co więcej, szpitale m. st. Warszawy powinny być nadal tą zbiwną ostoją dla chorych, którzy z głębokiem zaufaniem i wiarą nadciągają do stolicy z różnych zakątków naszego Państwa.

Realizacja planów szpitalnych.

Budowa szpitali i klinik wymaga jak największej skrupulatności w opracowaniu planów a następnie ich realizacji. Jak głosi podanie, opracowywanie planów trwa w Stanach Zjednoczonych mniej więcej 4 lata; wykonanie samej budowy od 6 do 12 miesięcy. To jest ideał. Jakże dalekiemi od tego ideału jesteśmy my w Polsce. Czas opracowywania planu trwa u nas często daleko dłużej, czas wznoszenia budowli z reguły jeszcze dłużej. Pomimo to na każdym kroku spotykają nas niespodzianki, wołające o pomstę do nieba.

Mógłbym o tych niespodziankach napisać grubą księgę, zaopatrując każdy jej ustęp numerem porządkowym. Byłoby to prawdziwe, ale tak nużące, że nie mógłbym sam przeczytać tego utworu. Wobec tego ograniczę się tylko do podania trzech faktów, z którymi się spotkałem podczas realizacji przedsięwziętych przezemnie budowli. Przez dyskrecję nie podam miejsca i nazwisk. Natomiast, w razie, gdyby się ktoś poczuł dotknięty, chętnie służę ścisłemi danemi.

Fakt I. Budowałem domek dla siebie w kooperatywie. Zapomniano w nim tylko takiej drobnostki jak komin dla centralnego ogrzewania. Przy pierwszym napaleniu pieca dym, ogień i t. d. Okazało się, że przewód kominowy „mikroskopijny“, obliczony na oko, został poza-tem przecięty w kilku miejscach wmurowanemi doń belkami żelaznemi. Wobec tego prawem kaduka kazałem rozpruć komin mego sąsiada. Uratowałem tego biedaka. Jego komin wyglądał nie mniej fantastycznie i wił się jak wąż boa dookoła teoretycznej linii pionowej. Zawezwawszy specjalistę od przekrojów kominowych, przebudowałem komin sąsiada, przekopałem się 4 mtr. pod własną podłogą i dołączyłem się do niego, niczem jak w jakiejś wielkiej fabryce na Śląsku Górnym. No i wreszcie mogę palić w moim domu.

Fakt II. Budowałem pawilon dla celów klinicznych dwupiętrowy. Z chwilą, gdy należało przystąpić do wbudowania schodów, — okazało się, że nikt nie przygotował do tego obliczeń i rysunków technicznych. Delikatnie mówiąc, zapomniano o tem. W sytuacji bez wyjścia architekt wtłoczył zamiast schodów pewną konstrukcję, którą ktoś z dowcipnych nazwał „fantazją Almayera”. Odtąd na klatce schodowej czuwa nieustannie dobry Anioł Stróż i tylko dzięki temu nie było dotychczas wypadków śmiertelnych, pomimo częstego spadania ze schodów.

Fakt III. Przy budowie 3-go gmachu o przeznaczeniu leczniczym rozpoczęliśmy budowę. Potem nastąpiło kilkutygodniowe dolce far niente. Powód? Zapomniano ustalić na narożniku w najruchliwszej części miasta punktu regulacyjnego, oraz nie przygotowano rysunku ławy betonowej pod fundamenty.

Jak widzą Szanowni Słuchacze, miałem wyjątkowo dużo, jak na jednego człowieka, do czynienia z budowami, bo aż trzy razy w życiu. Z wielu setek rozmaitych niedokładności wybrałem tylko trzy. Sądzę, że tych przykładów wystarczy, tembardziej, że w każdej chwili służę zainteresowanym nawet wizją lokalną.

Te „niedokładności” występują jeszcze więcej rażąco na tle ogólnego postępu techniki, jak — Wieża Eifel, drapacze nieba, kilometrowe mosty i tamy, koleje na linach, samoloty, radjo i t. d.

„Niedokładności” w kierownictwie pociągają za sobą „niedokładności” w pracy firm wykonywujących budowę. Mamy do czynienia z jedną firmą pracującą w metalu białym. Czekamy na wykonanie najniezbędniejszej części całymi miesiącami. Wielokrotnie otrzymujemy odpowiedź na nasze zapytanie telefoniczne, że dana część „została już załadowana na wóz i przed 3-ma godzinami wyjechała na miejsce budowy”. Upływa 3 miesiące (ze ścisłością matematyczną). Po 3-ch miesiącach dana część nie przyjechała w dalszym ciągu jeszcze na miejsce budowy z tej prostej przyczyny, że nie przystąpiono wogóle nawet po tych 3-ch miesiącach do jej wykonania. Człowiek załamuje ręce i zapytuje, czy postawienie „pod stienku”, wysłanie do takiego fabrykanta „faszystów” lub „nazich” nie znalazłoby usprawiedliwienia w tych warunkach. Druga sprawa zmontowania sterylizatora znalazła swój epilog u Szefa Administracji Armji, do którego wyżej podpisany zwrócił się z pismem z prośbą o państwową interwencję. Wyżej podpisany wychodził z założenia, że przy takim załatwianiu spraw przez fabrykanta Państwo Polskie jest bezbronne na wypadek wojny pod względem sterylizatorów. Wstawienie bowiem sterylizatora wymaga w obecnych warunkach, jak wykazało doświadczenie, powyżej dwóch lat czasu od chwili zamówienia!!!

Na zakończenie jeszcze jeden moment natury zasadniczej: na każdej budowie następuje chwila, gdy wszystkie firmy, wykonywujące budowę zaczynają się kłócić, robić sobie na złość, znajdując w tem największą dla siebie przyjemność. Nikt nie zastanowi się nad zwołaniem wspólnej konferencji, ustaleniem porządku i terminów wykonania, w ten sposób, by zamiast przeciwdziałania stworzyć współdziałanie firm. Są to jednak marzenia ściętej głowy, ponieważ porządek można zaprowadzić na obwodzie wtedy, gdy taki porządek panuje w centrali;

w centrali zaś, jak widzimy z powyższych faktów panuje aż nazbyt często nieporządek.

Przytoczyłem szereg rażących uchybień. Jak im zaradzić? Widzę tylko jedną możliwość. Sądzę, że panowie architekci powinni stworzyć własną organizację, rozciągającą kontrolę nad swymi członkami. Mam na myśli izbę architektów na wzór izby lekarskiej. Członkowie zarządów i członkowie sądów izb lekarskich mogliby opowiedzieć bardzo dużo panom architektom, ile śmiecia wymiatają ze swoich organizacji. Śmieć, niedołęstwo są w każdej organizacji. Należy być zgóry przygotowanym na to i czyścić go od wewnątrz. Dopiero po doprowadzeniu stosunków na własnym terenie, można przystąpić do uporządkowania tychże na terenach sąsiednich, a więc na terenach inżynierów, techników, rzemieślników. Izby profesjonalne muszą powstać dla każdego z tych zawodów. Tylko wtedy życie społeczne i państwowe będzie mogło być doprowadzone do pewnego poziomu. Jednostki słabsze będą widziały, że ich własna korporacja robi z nimi porządek. Wtedy tylko realizacja wszelkich planów, nawet planów szpitalnych, stanie się możliwa.

DYSKUSJA NAD REFERATEM PROF. DR. W. SZENAJCHA.

Ideologia szpitala.

Dr. T. Łapiński. Do wszechstronnego odczytu kol. *W. Szenajcha* nie dodać nie można pragnę jedynie podkreślić, że miłosierdzie panować winno w szpitalu: lekarz winien myśleć o chorym nie tylko wtedy, kiedy on przebywa w zakładzie, lecz również powinien się interesować, co chory będzie robił po wyjściu z zakładu i w miarę potrzeby pouczać, jak ma postępować na wolności.

Szpital Jana Bożego jest w tym szczęśliwym położeniu, że może chorego ubogiego przy opuszczeniu szpitala zasilić pewną kwotą i roztoczyć nad nim opiekę w miarę potrzeby poza murami zakładu. Chory taki nie czuje się opuszczonym, a szpital zyskuje na autorytecie. W ostatnim numerze Wiadomości Literackich, opisana jest gehenna pewnej nieszczęśliwej panny — matki 2 bliźniąt. Na czas porodu dostała się ona do odpowiedniego zakładu położniczego, skąd po przepisowym czasie została wypisana. Zrozpaczona, bezradna pozostawia dzieci w polu na zimnie, dzieci umierają, a nieszczęśliwą matkę oskarżono o dzieciobójstwo i skazano na dwa lata więzienia. Sprawozdawca Wiadomości Literackich ma żal do zakładu położniczego, gdzie odbyła poród nieszczęśliwa matka, że nie pouczył biednej kobiety o istnieniu instytucji, opiekującej się opuszczonymi matkami i dziećmi nieślubnymi.

Otóż zadaniem szpitala jest nie tylko leczyć chorych i kształcić personel, lecz również wychowywać chorych i myśleć o stanie ich duchowym; wspierać chorych materialnie w razie potrzeby po opuszczeniu szpitala. Dlatego to każdy zakład leczniczy publiczny winien rozporządzać pewną kwotą pieniędzy, któraby pozwoliła zasilać pieniężnie opuszczających szpital.

Dr. Fr. Cieszyński. W związku z uwagami, które *Dr. Łapiński* przedstawił, mogę powiedzieć, że w Zakładzie położniczym na Karowej, każdą matkę pouczamy, co ma robić z dzieckiem po wypisaniu się z Zakładu. Rozwinęła się poza to już opieka nad matką nieślubną w Warszawie w ten sposób, że mamy około 120 miejsc gotowych i 40 w budowie, gdzie matka nieślubna może do roku przebyć. — Nie tylko pouczać ale i wychowywać musimy chorych, bo obracamy się pomiędzy dwoma biegunami, jak słusznie powiedział p. *Dr. Pręgowski*. Na jeden biegun wskazuje fakt, że w jednej prywatnej lecznicy w Ameryce Północnej przebywał pewien milioner, wewnętrznie chory, który oszalał i na zawsze pozostał jako psychicznie chory, ponieważ lekarze nie chcieli go wypuścić jako zbyt dobrze płacącego pacjenta. Natomiast u nas spotykamy biegun odwrotny, gdyż otrzymujemy prośby od niektórych osób, ażeby mogły w szpitalu dłużej pozostać, bo im tam jest lepiej niż w domu. Decydującym momentem powinno być orzeczenie lekarza, czy dany chory wymaga opieki szpitalnej czy nie. Lekarz przyjmujący chorego decyduje, czy należy przyjąć chorego i to bez względu na to, jak będzie z opłatą. Niezależnie od tego wiemy, że dyrektorzy szpitali w różnych przypadkach niewypłacalnej nędzy robią duże ustępstwa, tak że pod tym względem do ideału tak wysoko postawionego przez prof. *Szenajcha* podciągamy się powoli. Lecz chorych musimy wychowywać powoli. Zrozumienie żądań szpitala czy zakładu i sprawiedliwy pogląd ogólny na sprawę ubezpieczeń panować winien nie tylko wśród lekarzy, ale również i wśród ubezpieczonych, czyli że ideał demokratyczny dobra ogólnego przenikać winien również do szerokich warstw.

DYSKUSJA NAD RERERATEM DR. K. ORZECZOWSKIEGO.

Reorganizacja szpitali m. st. Warszawy i zamierzenia na najbliższą przyszłość.

Prof. Dr. J. Lauber: W tych ramach swego referatu, o których mówił nam prelegent, jest także wzmianka o zmienianiu organizacji i chciałbym zwrócić uwagę na jedno bardzo ważne pytanie, mianowicie na stosunek ambulatorjum do bardzo wielu szpitali. Ambulatorja są oddzielone od oddziałów szpitalnych. Jest to stosunek bardzo niekorzystny i dla chorych i dla lekarzy. Chory przychodzi do przychodni, zajmuje się tam nim lekarz, zwykle niedostatecznie i jeżeli zachodzi potrzeba, przyjmuje go na oddział. Tam badają go inni lekarze, którzy mają często inne zdanie, a to wprowadza zamęt do psychologii chorego. Następnie chory wypisuje się, dalsze leczenie prowadzi znowu w ambulatorjum i w leczeniu brak dostatecznej łączności. Dla lekarza strona ta jest bardzo niedobra: nie śledzi on przypadków od początku do końca a widzi tylko wycinek całokształtu choroby. Widzi wypadki lżejsze i początek przypadku cięższego, a najważniejszy okres leczenia odbywa się gdzieindziej. Lekarz oddziałowy nie widzi początku choroby i niema możliwości zajmować się przypadkami lżejszemi. To jest podział pracy bardzo niedobry. Druga strona techniczna. Urządzenia dzisiejsze są bardzo kosztowne, ambulatorjum swoim pacjentom zapewnić wszystkiego nie może, a skutkiem tego i leczenie jest nie odpowiednie. Jeżeli musiałbym urządzić oddzielną przychodnię, potrzebowałbym na to 120 tys. zł. A jeżeli jest ona w łączności z oddziałem szpitalnym, wtedy chorzy ambulatoryjni korzystają z tych samych urządzeń co i chorzy szpitalni i z tego powodu osiąga się inne wyniki leczenia i wiele rzeczy można przeprowadzić, które dla ambulatorjum są obecnie niedostępne. Tę kwestję należy rozwinąć zgodnie z tą zasadą, żeby przychodnia była w łączności ze szpitalem i ordynator oddziału był jednocześnie lekarzem ordynującym w ambulatorjum. Drugie pytanie jest to kwestja lekarzy pomocniczych. Istnieje zamiar powiększenia liczby lekarzy pomocniczych, ażeby istnieli dyżurni lekarze i żeby mieszkali w szpitalu. Jest to rzecz zupełnie zrozumiała. Szczególnie jest to bardzo potrzebne w oddziałach chirurgicznych, gdy zachodzi potrzeba nagłych operacji, gdzie często tylko natychmiastowa pomoc może uratować chorego. W Wiedniu przy obu klinikach chirurgicznych egzystuje tak zw. stacja wypadków, gdzie istnieje stałe pogotowie. Jednego dnia ma dyżur jedna klinika, drugiego dnia druga. I podczas tego dyżuru znajduje się w pogotowiu cały komplet lekarzy tak usprawniony, że każdy chory, który przyjeżdża, może natychmiast być operowanym; narzędzia lekarskie ciągle są w pogotowiu. To jest urządzenie, które wydaje bardzo dobre wyniki. Można to osiągnąć i w sposób mniej skomplikowany, o ile lekarz mieszka w szpitalu lub w pobliżu. Oto np. taki wypadek zdarzył się niedaleko od Wiednia. Chirurg mieszkający niedaleko szpitala otrzymuje zawiadomienie telefoniczne, że przed chwilą jakiś człowiek został uderzony nożem w okolicę serca i że pogotowie go przywozi. Natychmiast udał się do szpitala, chorego zaraz po przybyciu „położył na stół, zszyl mu serce i uratował życie chorego. Zawdzięczając tak sprawnej organizacji, że tego człowieka można było zaraz położyć na stół—uratowało mu się natychmiast życie. W tem tkwi źródło powodzenia, ażeby komplet lekarzy był stałe w szpitalu i ciągle był w pogotowiu. W mojej klinice jeden lekarz mieszka w klinice a drugi pełni dyżur, jeden z asystentów jest na zawiązanie telefoniczne; jeżeli więc zdarza się przypadek ciężki w nocy, to zabieg operacyjny może natychmiast być wykonany; zwykle przyjeżdża asystent i jest trzech lekarzy do operacji. To jest organizacja, którą przeprowadzić daje się tam łatwiej, im więcej lekarzy mieszka w szpitalu. Jeszcze jedna powinna być

kwestja uregulowana, jest to ilość lekarzy szpitalnych. Z liczby lekarzy szpitalnych, jeden musi pełnić służbę w Izbie przyjęć. W Wiedniu każdy musiał po kolei dyżurować w kancelarii, co bardzo przeszkadza organizacji pracy, a przede wszystkim odciąża jednego lekarza. Podczas urlopów np. na moim oddziale, gdzie miałem 3—4 lekarzy, jeden był na urlopie, drugi zachorował, trzeciego biorą do kancelarii i niema z kim pracować. Na 15 lekarzy szpitalnych musi być jeszcze jeden dodatkowy, który służy do zapełnienia luki powstającej z powodu urlopu, choroby, izby przyjęć. Jeżeli więc mamy u Dzieciątka Jezus np. 30 lekarzy, powinno być jeszcze dwóch do zapełnienia luk. Mnie się zdaje, że takie urządzenie nie byłoby zbyt kosztownem, podniosłoby jednak sprawność lekarską w szpitalach.

Inż. arch. *W. Borawski*: Wobec szeroko poruszonych w interesującym referacie Dyr. Dr. *Orzechowskiego* spraw ogólnych reorganizacji szpitalnictwa warszawskiego, jako to zagadnień administracyjnych, lekarskich, personalnych, finansowych i t. p. dział techniczny, a więc inwestycje i remonty potraktowane zostały z konieczności w pewnym skrócie; dyskusja nie może omówić również tych rzeczy szczegółowo, ale jest w stanie poddać pod rozwałę pewne myśli dodatkowo.

Na celowe przeprowadzenie inwestycji składają się następujące czynniki:

1. **Polityka terenowa.** Należy sobie zapewnić tereny szpitalne na peryferjach miasta dla większych specjalnych jednostek (zakłady psychiatryczne, zakaźne, gruźlicze, weneryczno-skinne), po doprowadzeniu wszelkich inwestycji miejskich. Tylko wtedy przystępować należy do budowy. Racjonalne wykorzystanie terenów w istniejących szpitalach, względnie wczas dokupienie potrzebnych sąsiednich parceli (jak np. to powinno mieć miejsce w szpitalach św. Ducha, Przemienienia Pańskiego, Karola i Marji; definitywne zapewnienie dla rozbudowy placów miejskich obok zakładów położniczych, jak ks. Anny Mazowieckiej, św. Zofji i św. Elżbiety na Pradze).

2. **Reorganizacja szpitali śródmiejskich na ośrodki przetokowe o charakterze centrali obserwacyjnych i pierwszej potrzeby.** Przeprowadzić wszechstronnie rozbudowę ambulatorjów. Główne działy w tych szpitalach wewnętrzne i chirurgiczne. Mechano-hydroświatłolecznictwo dla chorych miejscowych i przychodzących.

3. **Sposób zrealizowania powyższych zamierzeń — plany rozbudowy szpitali** powinny być opracowane przynajmniej na okres 25 lat; co 5 lat plan podawany jest rewizji, uzupełnieniom dalszych programów, przez co otrzymuje się ciągłość idei przy jednoczesnej elastyczności. Małe programy, czyli określone 5-letnie okresy inwestycyjne, powinny być uzgodnione z bezwzględnie pewnymi na ten cel kredytami i powinny być w przewidzianej kolejności i rozmiarze stanowczo wykonane. Pierwszym etapem powinno być doprowadzenie istniejących i pozostających w śródmieściu szpitali do ich ostatecznej pojemności. Opracowane przez Wydział Techniczny w r. 1925 plany rozbudowy dotyczyły szpitali: Dz. Jezus, Przem. Pańsk., św. Stanisława i Karola i Marji. Odpowiednimi uchwałami Magistratu plany sytuacyjne zatwierdzono. Wedle tych wytycznych wykonano: w szpitalu Dz. Jezus rozbudowano o 50% kuchnię szpitalną, w Przem. Pańsk. kuchnię, pralnię i założono gmach administracyjny, u św. Stanisława — pawilon obserwacyjno-zakaźny, centralą kotłownią, kuchnię, kanałem podziemnym połączono pralnię z przewodami kotłowni, u Karola i Marji nie wykonano narazie nic. Pomimo niesporządzonych w innych szpitalach planów rozbudowy, wniesiono między innymi: u św. Łazarza pawilon dla prostytutek, rozbudowano pralnię i trupiarnię, u św. Ducha nadbudowano piętro dla oddziału wewnętrznego, wzniesiono dwa piętra na oddziale ocznym, wybudowano ma-

gazyny aptekę i t. p., u Jana Bożego wzniesiono dwa piętra nad pawilonem dla chorych spokojnych, w szpitalu Starozakonnych dobudowano dwa skrzydła do pawilonu psychiatrycznego.

Słusznie również prelegent wspomniał o znacznej inwestycji poza miastem, jak Uzdrowisko w Olwoku i o przygotowanych planach wzniesienia gmachu położniczego św. Elżbiety ze szkołą akuserek i internatem oraz o konieczności zwiększenia szpitala dla dzieci Karola i Marji. W tym programie, który został w swym rozwoju powstrzymany już od kilku lat przewidywać należy jedną większą narazie zmianę — jest to przekształcenie szpitala Dz. Jezus na szpital kliniczny Uniw. War., wobec iluzoryczności przystąpienia przez państwo do wzniesienia nowoczesnych klinik na przeznaczonych na ten cel terenach. Pod tym względem powitać należy z największym uznaniem prywatną inicjatywę rozbudowy klinik w szpitalu Dz. Jezus przez p. *I. Warden*, dotyczącą kliniki ocznej i neurologicznej z salą wykładową, przeniesienie do tegoż szpitala kliniki psychiatrycznej i t. p.

4. Do opracowania tych programów potrzebne są studia nad ruchem chorych (procentowością kategorii chorób) i nad ewidencją kart odmownych.

5. Uzyskanie projektu — konieczne jest tu fachowe przygotowanie architektury-szpitalnika; przeznaczenie odpowiedniego czasu na opracowanie projektu, conajmniej na rok naprzód przed rozpoczęciem samej budowy. Potrzebne więc są już w poprzedzających budowę budżetach dostateczne kredyty na opracowanie większych projektów. Szkicowy projekt powinien przejść przez szczegółowy filtr rzeczoznawców: „Radę lekarsko-techniczną“ i przez specjalistów wszystkich urządzeń i instalacji szpitalnych.

6. Realizacja budowy — powinna być szybka przez koncentrację całego wysiłku finansowego na wznoszone 1 lub 2 obiekty; dzięki temu następuje prędko amortyzacja kapitału, tańsza jest budowa, prędsze uruchomienie zakładu, lepiej wykorzystującego swe braki, których wtedy łatwiej jest uniknąć przy następnej budowie.

7. Konserwacja — koniecznem jest ustalenie wysokości kredytów na remonty w zależności od naukowych i rzeczywistych podstaw, a nie od przypadkowości; np. we Francji przeznaczają się dla budynku istniejącego od 1 — 10 lat 1 — $1\frac{1}{2}\%$ kosztu budowy, dla budynku od 10 — 20 lat — $1\frac{1}{2}$ do 2% kosztów budowy, a ponad 20 lat — 3%. W Norwegii przeznaczają się od 1 do 3% kosztów budowy. Należy oczywiście wprowadzać odpowiednie współczynniki w zależności od systemu szpitala (pawilonowy, czy blokowy), z jakiego materiału wzniesione są gmachy (murowane, czy drewniane). Oczywiście konserwacja będzie niższą, im trwalsza będzie budowa, wykonana nie tandetnie i o systemie zwartym.

Dr. *P. Pręgowski*: Szanowni Państwo należę do tych, którzy od pewnego czasu z ukontentowaniem śledzą za zmianami, jakie są wprowadzone w szpitalnictwie warszawskim, za energią, dobrą wolą, inwencją i umiejętnością, z jakimi zmiany te są wprowadzone. To uczucie ukontentowania przeradza się w satysfakcję, kiedy pomyśle, jak to sprawuje, umiejętnie i radykalnie załatwiono się z czynnikiem laickim w szpitalach, uosobionym w instytucji intendentów. A do tych uczuć dołącza się już niemal podziw na myśl, że sprawa ta drażliwa, bo zatraćająca o żywioł społeczny, jak podniesienie liczby godzin pracy w szpitalach została, przynajmniej jak dotąd teoretycznie, doprowadzona do zwycięstwa. Dlatego też nie dla względów polemicznych zabieram głos, a dla wypowiedzenia paru uwag, sugestij czy inspiracyj w pewnych kwestiach, zwłaszcza z dziedziny organizacji wewnętrznej, która to dziedzina nam, ordynatorom, najbardziej leży na sercu.

Uwaga 1-sza: Istnieją dwie koncepcje szpitala jako jednostki organizacyjnej. Jedna amerykańska, według której szpital upodobniony zostaje maszynie lub fabryce, gdzie wszystkie składowe czynniki są uważane za równowartościowe. Druga koncepcja europejska, według której odpowiednio do tego, że głównym zadaniem szpitala jest leczenie i badanie chorego, głównym w szpitalu czynnikiem jest lekarz, ściśle biorąc kierownik oddziału, — koledzy młodszy spełniają swoją rolę tylko z pomocą i na odpowiedzialność kierownika oddziału. Pod tym względem szpitalnictwo jest podobne do innej instytucji publicznej, mianowicie do szkolnictwa, gdzie jak tu lekarz, — tam nauczyciel spełnia główne zadanie instytucji. Ale gdy w organizacji szkolnictwa, w jego radach pedagogicznych i fakultetowych — widzimy dostosowanie się do tego ducha i charakteru instytucji, w odniesieniu do szpitalnictwa jest to dopiero postulatem. Postulat ten (rad ordynatorów) przed wielu laty był formułowany przez grono lekarzy z Dr. *Duninem* na czele w ówczesnem Stowarzyszeniu lekarzy. Postulatowi temu poświęciłem oddzielną publikację książkową. W pewien czas potem postulat ten parokrotnie wypowiedziany został w Niemczech, między innymi przez późniejszego dyrektora szpitala miejskiego w Hamburgu, prof. *Weyganta*. To jest pierwsza inspiracja, którą zapowiedziałem.

Przechodzę do uwagi drugiej: każda dobrze postawiona instytucja, nawet gospodarza stara się mieć urządzenia, umożliwiające doskonalenie jej metod pracy. Tembardziej to odnosić się musi do szpitali. Można bowiem utrzymywać, że nie trzeba, aby szpitale przyczyniały się do podniesienia walorów kulturalno-naukowych narodu, ale każdy przyznać musi, że jest słusznem i wskazanem, aby nam było umożliwione śledzenie za postępem i biegiem nauki lekarskiej zagranicą, ażebyśmy mogli nie gorzej niż tam leczyć naszych chorych. Mam tu na myśli w pierwszym rzędzie biblioteki szpitalne. Sytuacja, jaka w tej dziedzinie istnieje, zresztą od początku naszej samorządności miejskiej, scharakteryzuję najlepiej, gdy nadmienię, że w szpitalu u Jana Bożego mieliśmy niedgdy wszystkie czasopisma zagraniczne a nadto mogliśmy sprowadzać ważniejsze książki gdy od czasu naszej samodzielności o książkach nie ma mowy, a czasopism mamy $\frac{1}{4}$ zaledwie tych co były. Z naszych kieszeni coś nieco się prenumeruje, ale niewiele to zmienia stan rzeczy. Oto wdzięczny temat do dalszych rozważań i poczynań reorganizacyjnych w naszych szpitalach.

Pozostaje jeszcze uwaga trzecia, odnosząca się do kwestji nieco delikatnej i drażliwej. Atoli zasada etyczna: „amicus Plato sed magis amica veritas“ powinna dać nam możność w sposób męski dotknąć tej sprawy. Szanowni Państwo, mam przekonanie, że gdyby wszystkie czynniki, które mają kontakt z życiem szpitalnem, a więc zarówno ordynatorzy jak i wszystkie wyższe instancje lekarskie, posiadały pełne kwalifikacje naukowe, wtedy załatwienie sprawy bibliotek lekarskich nie natrafiłoby na trudności, tembardziej, że tu chodzi o minimalny odsetek wydatków na szpitale!.. Tutaj nasuwa się jeszcze jeden wzgląd, a mianowicie każdy przyznać to musi, iż jest właściwem, ażeby osoby, które przewodzą pewnym gronom zawodowym, nie ustępowały w autorytecie, pod względem odnośnej wiedzy zawodowej owym gronom. Rozumiem, że za hodzić tu muszą pewne trudności, jeżeli się równocześnie od odnośnych kandydatów wymaga uzdolnień administracyjnych. Atoli umiejętną syntezę tu mogą ułatwić następujące trzy czynniki: 1) mianowanie z konkursów, do których zgłaszają się kandydaci z całej Polski, 2) stała i ciągła opieka władz miejskich i Wydziału szpitalnego, która to opieka jest tak wielka, że, jeżeli pracownik szpitalny chce mieć poświadczenie, że jest tym pracownikiem, to tylko Wydział to poświadczenie wydać może, — a wreszcie 3) postulowane powyżej kolegia lekarskie również w niejednem pomogłyby kierownikom szpitali.

Poza podaniem inspiracjami, pozwolę sobie jeszcze na parę uwag zupełnie już i wyraźnie krytycznych. Pierwsza dotyczy Rad Szpitalnych w poszczególnych szpitalach. Za czasów rosyjskich te rady, — nazywały się on opiekunczemi, — miały duże uzasadnienie, gdyż dopuszczały sfery polskie do wpływu i do kontaktu z tą dziedziną gospodarki miejskiej. Takie rady mogą być potrzebne, jeżeli chodzi o szpitale fundacyjne lub prowincjonalne. Ale w Warszawie, gdzie szpitale są podległe stałe ingerującym władzom miejskim, gdzie jesteśmy pod stałą kontrolą społeczeństwa, jego prasy i jego przedstawicieli, w Radzie Miejskiej, nie widzę dostatecznego uzasadnienia, żeby zajmować czas na udział w radach szpitalnych ludziom z poza życia szpitalnego. Natomiast jedyną korzyść, którą te rady dają, tj. ażeby p. dyrektor Wydziału szpitalnictwa mógł nawiązywać bliższy kontakt ze szpitalami, co można osiągnąć przy zwykłych odwiedzinach przez Dyrektora a zwłaszcza dzięki udziałowi Dyrektora na zebraniach lekarzy szpitalnych.

Uwaga druga. Przerost biurokracji w szpitalach. Tak np. w szpitalu św. Jana Bożego, gdy za czasów rosyjskich mieliśmy 3 pracowników kancelaryjnych, w tem intendent — Rosjanin, niemal niepiśmienny, obecnie jest ich 7-iu. Przypominam tu sobie jeden fakt. Przy powstaniu szpitala Karola i Marji, kiedy poprzednik, nieżyjący Dr. *Brudziński*, oprowadzał lekarzy odwiedzających po tym szpitalu i wprowadził do pokoju kancelaryjnego; podnosił on wówczas mały rozmiar tego pomieszczenia, z dumą mówiąc, że urządził to celowo, pragnąc do minimum sprowadzić biuralistykę szpitalną. Zdziwiłby się zapewne zmarły, gdyby zobaczył co obecnie jest po kancelariach szpitalnych.

A wreszcie trzecia uwaga dotyczy szpitala naszego (Jana Bożego). Chodzi o powiększenie łóżek psychiatrycznych przez utrwalony kontakt z Choroszczą pod Białymstokiem. Uważam to załatwienie sprawy za błędne z następujących trzech powodów: 1) odkłada ono ad calendas graecas sprawę budowy przez miasto Warszawę własnego pobliskiego Zakładu psychiatrycznego, 2) po drugie uważam, że to nie jest pod względem moralnym dobrze, jeżeli Zarząd miasta sprawę nad nieszczęściem miejskim zdaje komuś innemu, dając trochę grosza za to, a wreszcie 3) występują u i względy humanitarne. Te biedne nieszczęśliwe matki, których czę to jedynie odwiedzanie dziecka w szpitalu trzyma jeszcze przy życiu, z płaczem bronią się przed wywożeniem ich dzieci do Choroszczy, gdzie każdorazowe odwiedzenie chorych pociąga za sobą około 30 zł. kosztów i zajmuje blisko dzień czasu. Moi państwo! Sprawy takie nie tylko pekuniaryjnie rozstrzygać należy, bo jeżeli chodzi o taniość, to np. pod Baranowiczami jeszcze taniej by kosztowało umieszczenie chorych. W życiu zarówno rodzinnem jak społecznem oprócz względów pieniężnych jeszcze względy humanitarne obowiązywać winny.

Dr. *K. Orzechowski*: W odczycie swym nie poruszyłem wielu drobnych spraw a jednocześnie i wielu ważnych spraw, które nie zostały jeszcze należycie opracowane. Do takich spraw należy kwestja ambulatorjów: otóż pod względem administracji, ambulatorja podporządkowane są dyrektorom szpitali. Poszliśmy więc w kierunku zharmonizowania pracy ambulatoryjnej ze szpitalami. Nie wyobrażam sobie, żeby można było ambulatorja powiązać w ten sposób ze szpitalami, żeby tylko ordynatorzy przyjmowali chorych, bo wiele czynników tu wchodzi w grę. Przedewszystkiem ambulatorjum nasze ma szersze zadanie: nie tylko ściśle kontakt i praca kliniczna nad tym materiałem, który wlewa się do oddziału, ale również ma za zadanie leczenie całego zespołu ludzi, którzy może nigdy nie trafią na oddział szpitalny. Prócz tego wchodzi w grę czynnik społeczny i ekonomiczny; między innymi i zawód lekarski

przeżywa kryzys i nie można wyłączyć z ambulatorjów lekarzy, niebędących ordynatorami. Każdy się domaga, ażeby mu udostępnić pracę, ograniczenie więc liczby lekarzy, którzyby te prace prowadzili, uważam narazie za niewskazane. Zwiększenie zaś liczby lekarzy ordynatorów jest niemożliwe ze względu na zły stan finansowy miasta. Zadaniem naszym jest tak ujmować zagadnienie, aby w dzisiejszych warunkach można było coś zrobić. Mam zamiar opracować tę kwestję przez zwrócenie się do Izby Lekarskiej, Związku Lekarzy i przypuszczam, że w tej sprawie wytkniemy jakąś linię. Co do dyżurów zostało to już wyjaśnione, nasze oddziały chirurgiczne dyżurują. Jeżeli chodzi o asystentów nadetatowych, to jest to kwestja kredytów, przytem i liczba lekarzy asystentów jest już zwiększona. Następnie chciałbym podkreślić jeszcze jedną rzecz, a mianowicie oddanie władzy i odpowiedzialności w szpitalach w ręce lekarzy-dyrektorów. Chodzi o to, że nie może być na jednym terenie dwóch władz, bo to prowadzi do kolizji i dlatego musi być jedna władza odpowiedzialna za wszystko. Myślę, że w szpitalu władza i odpowiedzialność musi być przedewszystkiem w rękach lekarza. Więc tak, jak lekarz nie może pretendować do władzy np. w handlu, sędzę, że nikt inny nie powinien zdradzać aspiracji do władzy w szpitalu jak tylko lekarz. Nie chodzi tu o osoby b. intendentów. Następnie p. kolega *Pręgowski* poruszył kwestję Rad Szpitalnych. Rada Szpitalna musi być, bo tego wymaga Rozp. Prezydenta; następnie kancelarze w szpitalach również muszą być, gdyż życie się komplikuje i bez rozbudowy kancelarii nie moglibyśmy egzystować. I jeszcze więcej się skomplikuje, gdy wejdzie w życie rozp. Min. Op. Społ. o współpracy szpitali z ubezpieczalniami. Widzimy jak wielki jest zakres w dziedzinie biurokratycznej — życie teraz jest więcej skomplikowane, niż przed wojną. Proszę Państwa, podnosi tu również dr. *Pręg* kwestję Choroszczy: ze zdumieniem muszę zaznaczyć, iż tej krytyki nie rozumiem. Kwestja ta była poruszana niejednokrotnie przez Magistrat i różne komisje i chodziło tu nie tylko o to, że życie w Choroszczy jest o 1 zł. tańsze, chodziło o realne rozwiązanie zagadnienia. Wiele policjantów przychodzi z chorymi umyślowo do szpitala Jana Bożego. Chodziło o umieszczenie tych chorych w szpitalach, a brak było wolnych miejsc. Sprawę Choroszczy załatwiliśmy bez pieniędzy. Daliśmy bony i te bony spłacimy przez osiągnięcie rok rocznie oszczędności. Sędzę, że to posunięcie jest bardzo ważne i dało nam dużo satysfakcji. Gdybyśmy sprawę opieki nad dzieckiem i walki z gruźlicą mogli w podobnej płaszczyźnie załatwić, również byśmy się nie wahali. Następnie kwestja czysto uczuciowa nie przedstawia się tak tragicznie z uwagi na wywożenie tak daleko chorych, przecież mamy szpital Jana Bożego, oddział psychiatryczny w szpitalu starozakonnych, mamy jeszcze Drewnicę, mamy Tworki i Zofjówkę w Otwocku. Mam więc wrażenie, że p. dr. *Pręgowski* nas rozgrzeszy.

Następnie kwestja inwestycji i polityki terenowej. Z przyjemnością wysłuchałem przemowy sekretarza Tow., dlatego, że p. inż. *Borawski* wchodzi w skład personelu wydziału technicznego, który przejął politykę terenową i mogę wypowiedzieć nadzieję, że może uda się ruszyć z tego martwego punktu. Gdy chodzi o ustalenie kredytu na remont, to natrafiamy na duże przeszkody. Brak jest na to pieniędzy i ratujemy się w ten sposób, iż niektóre roboty robimy sposobem gospodarczym. W niektórych szpitalach panowie dyrektorzy dokonali remontów więcej niż w latach poprzednich. Jednak konieczne jest przydzielenie inżyniera architekta do wydziału szpit., który by był organicznie związany ze szpitalami. Zdaje się, że do tego musi wreszcie dojść, gdyż jest niepodobieństwem, żebyśmy o każdy drobiazg zwracali się do innego wydziału.

DYSKUSJA NAD REFERATEM PROF. DR. M. MICHAŁOWICZA.

Realizacja planów szpitalnych.

Inż. arch. *W. Borawski*: Szanowny Pan Profesor w dzisiejszym referacie występuje z żalami, jest to rzeczywiście wieczór żalów. Poruszony temat, posiadający tyle zarzutów pod adresem architektów, kierownictwa, przedsiębiorców i wszystkich innych czynników, związanych z budową wogóle jest bardzo bolesny i niestety te rzeczy trudne są do usprawiedliwienia. Ponieważ niema uzgodnienia tych wszystkich czynników, czy nie byłoby pożądane utworzenie takich konferencji, któreby jednoczyły wszystkich architektów, przedsiębiorców i zainteresowanego w budowie klienta. To by doprowadziło do uzgodnienia odpowiedzialności i terminowości, gdyż trudno jest na razie powiedzieć, gdzie szukać błędów, dlatego, że takie konferencje albo nie istnieją, albo nie doprowadzają do należytego wyniku. Że nie zawsze mogą one doprowadzić do dobrego wyniku, jest to zrozumiałe, ponieważ jesteśmy może zbyt mało uspołecznieni i przystępujemy do tej roboty nieprzygotowani; uważam, że tylko stałem podnoszeniem całego narodu można będzie liczyć i wierzyć w pomyślne rozwiązanie tych czynników w przyszłości. Jeżeli chodzi specjalnie o teren budowy szpitali, to tutaj może jeszcze silniej te wszystkie błędy występują, a to dlatego, że racjonalne ujęcie budowy szpitali na terenie Polski jest w stanie bardzo zaczątkowym. Takie państwa, jak na przykład Ameryka, zdobyła się już 30 kilka lat temu na zorganizowanie Amerykańskiego Towarzystwa Szpitalnictwa, które połączyło wszystkich ludzi dobrej woli, pracujących na terenie szpitalnictwa, a więc i architektów, i przemysłowców, i lekarzy i t. d. Oni przyczynili się do tego, że rok rocznie urządzano zjazdy, które się odbywały w rozmaitych miastach Stanów Zjednoczonych. Na zjeździe w Atlantic City, gdzie byłem osobiście w r. 1929, obecnych było przeszło 2 tys. osób i obradowało kilkanaście komisji fachowych; taka praca może dać dobre wyniki; do tego jest potrzebna kooperacja wysiłku i dobra wola. Dr. *René Sand*, obecnie honorowy prezes Międz. T-wa Szp., wspominał w Atlantic City jakimi też drogami doszło Am. Tow. Szp. do tak wybitnych wyników i zaznaczył, że zbierali się w niem ludzie nie tylko poto, żeby wypowiadać co się im udało, ale również poto, ażeby z całą otwartością przyznawać się do popełnionych błędów, bo na przykładzie ujemnym można się też czegoś nauczyć. Otóż ta cywilna odwaga była jedną z przyczyn, że wiele cech ujemnych przestało egzystować. Całe nastawienie budownictwa w Ameryce jest przygotowane do tempa pracy, że rzeczywiście „z zegarkiem w ręku” przychodzą na teren budowy belki zmontowane, całe części składowe budynku, i jeżeli jeden samochód ciężarowy się spóźni, to już następuje zator na ulicach. Otóż tego wszystkiego u nas jeszcze niema i są dość rzadkie przykłady składości i układu pracy. Oczywiście przedsiębiorstwo samo powinno we własnym interesie tak roboty rozłożyć, ażeby to ich nie krzywdziło. Jeżeli majster idzie na pół dnia do szynku, a dwóch robotników patrzy, jak trzeci pali, konsekwencje tego ponosi i firma, i klient. Nie będę więcej zastanawiał się nad ujemnymi stronami organizacji samych firm, bo one same, ażeby nie trafić na czarną listę, o której bardzo słusznie p. profesor wspominał, powinny dbać o swój własny przynajmniej interes. Poruszę natomiast czynnik architektoniczny. Jeżeli chodzi o zagadnienie racjonalnego wznoszenia szpitali, to w porównaniu z tem, co się już odbywa w innych krajach cywilizowanych, jesteśmy w powijkach; nie można od architektów nie fachowca, chociażby zdolnego i wybitnego, wymagać znajomości samego szpitala, ażeby najdokładniej znał się na potrzebach, naprz. sali operacyjnej, skoordynowania jej ze sterylizatorem, gdzie znów trzeba myśleć o parze, o gazie, wentylacji i t. p. Przy rozważaniu higieny i urządze-

nia szpitali potrzeba znów lekarzy do pomocy, bo dla każdej kategorii chorych, dziecka, czy też dorosłego stawiane są rozmaite wymagania, o których dokładnie może wiedzieć tylko człowiek, nie wychodzący właściwie ze szpitala. Prof. C. Domaniewski, przedtem niż wybudował szpital Karola i Marii, sam często bywał w fartuchu na salach operacyjnych, ażeby mieć pojęcie, jak szpital winien być zbudowany. Otóż tylko poświęcenie się specjalnie tej pracy i na terenie samego szpitala, instytucji zamkniętej dla ogółu, może dać dopiero jakieś wyniki, bo do kina, dworca, hali targowej, lub teatru każdy ma dostęp łatwy, ale do szpitala ma dostęp tylko chory i to nie zawsze. I w tem właśnie tkwi trudność i ogromna różnica z innymi rodzajami budownictwa, stąd też pochodzi, że architektów szpitalników mamy mało. Pol. T-wo Szp. stosunkowo do innych swoich członków ma tych adeptów nawet dużo i nie tylko z Warszawy. Z tych to kolegów architektów stworzymy przyszłe kadry, które będą budowały nowoczesne i celowe szpitale. Tymczasem przeciętny architekt ze strony samych klientów jest często zanadto może oczerniany, że nie wywiązuje się należycie ze swoich zobowiązań, a to jest głównie dlatego, że nie jest w stanie opanować tego zagadnienia i dostosować do potrzeb krajowych. Ażeby stać się szpitalnikiem *par excellence* nie dość jest się czegoś nauczyć z książki, z jakiegoś opisu, z urywanych zdań i rad, lub nawet obejrzenia. W takich właśnie warunkach musieli architekci polscy tworzyć dotychczasowe szpitale, więc oczywiście są dziś błędy, i są one zupełnie usprawiedliwione. Czas i poświęcenie się tej dziedzinie zupełnie wyłącznie przez pewne grono ludzi może dopiero tą sprawę radykalnie odmienić. W referacie wspomniano było o szeregu niepowodzeń przy budowie też mieszkania, o wąskich schodach, o kolizji z kominem i innymi przykrościami — trudno mi dać tutaj jakieś wytłumaczenie. Są to rzeczy oczywiście przykre, każde niedopatrzenie jest rzeczą ujemną, ale to wszędzie może się zdarzyć. Zdarza się również, że projekt jest zupełnie przyzwyczajony, jednak później następują zmiany ze strony samego klienta, który ten projekt już w czasie budowy chciałby ulepszyć nawet może z korzyścią, tłumacząc, że na rysunku zupełnie to sobie inaczej wyobrażał. Pociąga to za sobą odrazu szereg poważnych zmian, które nieraz prowadzą do bardzo smutnych wyników. Pozatem chciałbym zwrócić uwagę i na to, że nie należy wymagać, ażeby architekt z dnia na dzień przygotowywał i wykańczał rysunki robocze, w miarę już postępującej roboty. Niestety u nas niema zrozumienia samej techniki pracy architekta, jest ona wręcz niedoceniana. Ażeby architekt odpowiadał za budowę musi mieć tyle czasu, ile na to żąda, a nie tyle wiele mu się daje, gdyż wtedy rysunki są zrobione opieszale, pośpiesznie, wiele rzeczy jest przeoczonych, a przeprowadzenie czegoś wytworza niezadowolenie ze strony klienta i nieporozumienia z przedsiębiorcami. Następnie, jeżeli chodzi o dozór, to stanie nad robotnikami nie należy do roli architekta, lecz do siły zastępczej — technika. To też architekt dzieli swe honorarium między swoich pomocników i musi wtedy tyle mieć, żeby było z czego dzielić. Tymczasem znam przykład, że architekt podpisał z miastem umowę za sumę ryczałtową z tem, że będzie cały czas na budowie trzymać technika na swój własny koszt. Budowa zamiast roku rozciągnięta została na parę lat. Gdyby więc architekt dotrzymał umowy i wziął takiego technika, musiałby grubo dopłacić do swego honorarium. Wogóle od dłuższego już czasu honoraria architektów są solą w oku przy jednoczesnym wzroście wymagań do tego fachu. Mówi się naprzykład o projekcie dalszej obniżki norm o kilkanaście procent, jakoby dlatego, że wszystko potaniało. Tymczasem od kosztu teoretycznego czy rzeczywistego budowy, obecnie wykonanej taniej procentowe honorarium architekta też jest niższe. Wogóle musimy się zgodzić, że żyjemy w okresie, gdzie ani twórczość, ani praca architektoniczna, nie jest należycie

zrozumiana. Ażebym też usunąć niejedno nieporozumienie między klientem i architektem, trzeba starannie w harmonijnej współpracy wypracować program zamierzone budowy, nie śpiesząc się uzgodnić wszystko do najdrobniejszych szczegółów. Wiemy natomiast, że rzeczywistość zadaje temu kłami, i naszą charakterystyczną dotąd metodą jest krótki okres przygotowawczy, a następnie długie ciągnięcie z budową. A powinno być wręcz odmiennie. I jak to niedomaganie będzie usunięte, to znowu postąpimy o jeden krok naprzód w polepszeniu istniejących stosunków.

Dr. K. Orzechowski: Nie chciałbym rozszerzać tych zagadnień, które poruszył mój przedmówca i szanowny pan profesor. Chciałbym tylko skonkretyzować czynniki, które w tych zagadnieniach odgrywają poważną rolę. Te zjawiska, które przytoczył p. profesor, nie są epizodyczne, ale niestety czasem mają nawet cechy powszechności. Tak naprz. ja również budowałem sobie mieszkanie i też zostałem bez komina. Nie ta sama osoba budowała co i p. profesorowi, więc znaczy nie jest to oderwanym faktem, jest w tem coś złego. My lekarze jesteśmy wzięci bardzo mocno w karby i pomimo tego, że zdradzamy bardzo dobrą wolę, często spotykamy się z bardzo ostrą krytyką, a nawet powiedziałbym z pewną ostrą naganką. „Pan otrzymał wykształcenie, pan bierze na siebie odpowiedzialność i ponosi pewne konsekwencje”, — niech więc ta miara, która się stosuje do lekarzy, będzie rozszerzona i na inne zawody, bo przecież nie możemy być bezradnymi o ile się dzieją takie rzeczy, że kominy przepadają. O ile mnie wiadomo, konsekwencje powinno ponosić kierownictwo, które jest odpowiedzialne za daną budowę. Powiedziałbym jednak, że tak źle z nami nie jest, jak wspomnieli p. inżynier *Borawski*, abyśmy żyli tylko nadziejami, że w przyszłości nauczymy się czegoś więcej. Mamy architektów w swoim społeczeństwie, mamy majstrów, robotników, pięknie pracują zagranicą nasi robotnicy; tylko że zagranicą jest widocznie inne nastawienie i jest jakiś czynnik konkretny, który reguluje poruszone sprawy. Przecież mamy opinię takiego kraju, gdzie nasz robotnik zyskał sobie godne miejsce. A u siebie w kraju dziwnym zbiegiem okoliczności i nie mamy odwagi, żeby sięgnąć po odpowiedzialność. Jeżeli ktoś się spóźni w robocie o 12 mies., niema osoby któraby za to odpowiadała. I ja również miałem ze sterylizatorem do czynienia i też czekałem 24 mies. na sterylizator. Gdyby przepisy były więcej konkretnie ujęte i gdyby były wykorzystane w jednym, drugim i trzecim wypadku, to te karygodne wypadki nie miałyby miejsca. Zdaje mi się, że w pierwszym rzędzie trzeba sobie powiedzieć, że tak jak świat lekarski jest odpowiedzialny za swoje czyny, to myślę, że i świat architektów, który chce być odpowiednio traktowany, również musi być odpowiedzialny. Jeżeli więc będzie kontrola również pod adresem innych specjalności to sądzę, że nastąpi pewna poprawa. Odpowiedzialność w tej dziedzinie bezwarunkowo ponoszą sami architekci. Muszą więc znaleźć środki na to, ażeby nie powtarzały się fakty, które często bardzo mają miejsce.

Płk. Dr. W. Dobrowolski: Od roku sprawa omawiana tutaj jest w moim resorcie. Czas ten spędzony w instytucji jest bardzo intensywny i sprawa budowlana często tam była poruszana. Poza tem byłem na bardzo wielkiej ilości przetargów. I mimo, że w wojsku są pewne rygory i jest też czarna lista, mimo że mamy pewne egzekutywy w normach karnych, które zmuszają przedsiębiorców do danych terminów, to jednak muszę potwierdzić, że zarzuty p. profesora są bezwzględnie słuszne. Tak samo spotkałem się z nieterminowością w wykonaniu podjętej pracy; następnie firma, która przystępowała do pracy nie była zupełnie do niej przygotowana. Całość tej sprawy jest trochę inna. Przedewszystkiem jabym zwrócił uwagę, że teraz kosztą budowlane są nadzwyczaj tanie, a pracy jest mało, to też każda firma chwyla się wszelkiej roboty. Gotowych kadr robotniczych firmy nie mają i stąd te opóźnienia;

daje się tylko jednego robotnika tam, gdzie trzeba pięciu, oo firma niema pieniędzy. Z drugiej strony zwróciłem uwagę na niewykształcenie i na nieprzydatność naszego robotnika do tej pracy. Naprzykład, zwożąc piasek z podwórza zauważyłem, że w ciągu pół godziny uszkodzono 5 drzew, a to jest przecież wandalizm. Inny znowu robotnik ma jakieś malowanie olejne, ale nie ma drabinki, — to jego nic nie obchodzi i firma na to nie zwraca uwagi. Niema należytego nad nimi dozoru, ani organizacji pracy; rzeczywiście, że sama firma musi tracić na tem, bo ten robotnik robi w przeciągu godziny to, co może zrobić w pół godziny. Te więc dwa czynniki, stan kryzysu i następnie brak kulturalnego robotnika odbijają się fatalnie na budowie. Jeszcze dwa słowa co do naszych firm: miałem zakupić wiadra na śmiecie z pokrywami. Przychodzę do firmy polskiej — kosztują 20 zł., dla szpitala o 10% taniej. W okolicy Gęsiej te same kubły dostałem o 10 zł. taniej. Drugi raz idę do tej samej firmy polskiej i zwracam uwagę na taki stan rzeczy. „Trudno, odpowiadają, my sami tego nie wyrabiamy“. Przypuszczam, że notowanie takich właśnie firm, które nadmierną biorą cenę, tak samo byłoby z korzyścią dla szpitali.

Inż. arch. *M. Heyman*: Szanowny profesor zaznaczył, że będzie mówił na marginesie swoich doświadczeń przy budowie kliniki. Chciałbym tylko dodać kilka uwag na marginesie referatu pana profesora: Otóż na malowanie tego obrazu użyta była farba bardzo ostra i jaskrawa, zapewne świadomie również i słowa. Bo ostatecznie jeżeli są jakieś wymagania, to trzeba krzyczeć, a wtedy lepszy wynik i dostateczna poprawa. Nie wątpię, że te zblakane dusze, inżynierowie i 30 tys.—odnaleźli się. Musimy sobie powiedzieć, że jesteśmy malkontenci, krzyczymy i dobrze robimy, bo nie byłoby takiego dorobku, którym możemy się już wykazać w kraju; który jest również bardzo szeroko doceniony i zagranicą. Oczywiście nie rozumiem tego, żeby zarzuty pana Profesora były skierowane do wszystkich inżynierów i wszystkich architektów. Nie można bowiem występować z oskarżeniem przeciwko wszystkim lekarzom i palestry tylko dlatego, że jeden proces się nie udał, lub jeden chory zmarł. Miło mi zarazem poinformować p. Profesora, że zabiegamy o utworzenie Izby Inżynierów i robimy jak największe wysiłki w Ministerstwie, ażeby stworzyć korporację zupełnie identyczną.

Prof. Dr. M. Michałowicz: Jak państwo zauważyli podkreśliłem na wstępie, że te sprawy i niepowodzenia mają doprowadzić tylko do jednego, mianowicie do naprawy, która może być uskuteczniiona albo przy pomocy przeprowadzenia jej z zewnątrz, albo przeprowadzenia od wewnątrz. Ja jestem za przeprowadzeniem naprawy od wewnątrz. Chciałbym, żeby architekci sami zwrócili na to uwagę, a w tym celu należy za każdym razem krzyczeć, a nie zatuszowywać podobne wypadki. Obecnie ludzkość ma już pewne tradycje budowlane; był czas kiedy niebezpiecznie było wznosić wielkie budowle, a jednak zbudowano wtedy Notre-Dame. Teraz budować nie tak trudno jak wtedy, gdy trzeba było empirycznie podchodzić do wszystkiego. Muszę na zakończenie powiedzieć, że stała się zaocznie pewna niesłuszność niektórym ludziom, którzy włożyli w pracę niezaprzeczone walory. Jeżeli chodzi o mego przyjaciela, będę mu zawsze bardzo wdzięczny za wszystko co zrobił. Poza tem należy pamiętać o tem, że architekt ma pewien niebezpieczny moment, daleko niebezpieczniejszy niż lekarz, bo u lekarza w najgorszym razie pacjent umrze a budynek nie umiera, i sterczy przez wieki. I dlatego trzeba starać się wybrać zawsze takiego architekta, który ma najmniej szans zbudowania czegoś brzydkiego. Najpiękniejszą rzeczą w architekturze jest często brak architektury. Najdoskonalszym architektem jest Pan Bóg, bo stworzył bardzo dużo przestrzeni, a w naszej codziennej architekturze przestrzeni brak, wszystko jest słoćzone. Nie chodzi tu tylko o zewnętrzną perspektywę, ale i o wewnętrzną; jakość ma bardzo duże znaczenie. Przypnę też, że pewna niesprawiedli-

wość dzieje się architektom ze strony klientów; lekarz jako klient jest także często analfabetą w architekturze, nie umie czytać planów, nie umie najprostszych rzeczy, myśli, że można sobie fantazjować n. p. na terenie murów oporowych. Lekarz nie rozumie często pierwiastka dojrzewania, twórczenia. Głęboko mi zapadło to, co powiedział pan inżynier, że w Ameryce 4 lata plan się opracowuje, a $\frac{1}{2}$ roku buduje. Pod tym względem zupełnie się zgadzam z przedmówcą, że tak trzeba postępować.

Teraz jeszcze jedno: nie wymieniałem dwóch firm, które rzeczywiście odpowiadają wszystkim wymaganiom. Jedna z nich to firma robotnicza Kucharski, którzy układali licówkę na fasadzie i glazurę; są to ludzie, przed którymi należy trzymać *chapeau-bas*; bardzo spokojni, jak pszczoły z dokładnością budują z wosku plaster dla miodu, tak oni z taką poprostu jakąś nieludzką dokładnością układają płytki i glazurę. To jest jedno z najpiękniejszych oblicowań w Warszawie. Druga firma malarska „Berger”, nie sprawiła najmniejszego kłopotu. Stary mularz prowadzi sam roboty; nie mam zaśmieconego budynku, wszystko jest dokładnie zrobione. Zawód architektów w którym najwięcej trzeba organizacji musi bezwzględnie być zorganizowany; poziom tej organizacji należy bezwzględnie podnieść i pogłębić, dlatego też tu się zbieramy ażeby wspólnie nad tem radzić i pracować.

DYSKUSJA NAD REFERATEM DR. T. MOGILNICKIEGO.

Rola społeczna lekarza małego prowincjonalnego szpitala.

Dr. F. Cieszyński: Temat szpitali prowincjonalnych wymaga w dzisiejszym przełomie gospodarczym innego sposobu rozwiązania niż dotychczas. Mianowicie prowadzenie szpitali dzisiaj powinno być oparte więcej na handlowych warunkach, gdyż dotąd są one prowadzone głównie jako instytucje dobroczynne. Ponieważ ludność naogół z powodu nędzy mało płaci, budżety poszczególnych gmin nie wytrzymują nowoczesnych wymagań i załamują się pod ich ciężarem. To, co się dzieje dziś w ambulatoriach szpitalnych, w których na godzinę trzeba przyjąć 20 — 30 chorych, jak to mówił prelegent, rzeczywiście ma miejsce, ale to się tłumaczy biedą. Dzisiaj bez żadnej opłaty szpital egzystować nie może i trzeba wprowadzić chociażby minimalną opłatę od wszystkich zdolnych do pracy. Jeżeli zaś nie mogliby należności szpitalnej opłacić gotówką, powinna być im dana możliwość uiszczenia jej odpowiednim towarem lub przydatną pracą. Nie może być przytem niesienie pomocy chorym zależne od rozwiązania pieniężnego. Trzeba tam, gdzie jest bliższy kontakt z ludnością, ażeby gminy zaprowadziły taki zwyczaj, jaki jest wprowadzony w zakładach dla umysłowo chorych, gdzie przyjmują od włościan zboże, względnie inne produkty w naturze. W ten sposób pobyt w szpitalach tych się opłaca, a pieniądze, które się znajdują w zarządach gmin będą mogły być użyte na rozbudowę tak bardzo potrzebnych szpitali.

Idea połączenia ośrodków zdrowia ze szpitalami jest dla małych miast bardzo ważna. Lekarz w tym wypadku może pracować w rannych godzinach w szpitalu, a w popołudniowych również w ośrodku zdrowia. Na tym samym terenie wówczas potrzebny będzie tylko jeden gabinet Roentgena, z którego ludność małych miast łatwiej niż dotąd będzie mogła korzystać. Tak samo będzie wówczas można stworzyć dobrze wyposażone laboratorium bakteriologiczno-chemiczne, które ludności małomiasteczkiej i wiejskiej odda duże usługi. Gabinety Roentgena i laboratoria w każdym mieście powiatowem podniosą nie tylko lecznictwo małomiasteczkie na wyższy poziom, lecz dadzą również zatrudnienie setkom roentgenologów i analityków, których nadmiar istnieje w miastach uniwersyteckich.

DYSKUSJA NAD REFERATEM KS. M. RĘKASA.

„Duszpasterstwo szpitalne w całości kształcie nowoczesnego szpitalnictwa“.

Do wygłoszonego referatu Ks. M. Rękas złożył następujący wniosek:

„Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa postanawia w wykonaniu uchwał Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa stworzyć polską sekcję dla spraw duszpasterstwa szpitalnego.

Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa zaprasza do pracy w tej sekcji duszpasterzy szpitalnych wszystkich wyznań religijnych.

Sekcja duszpasterstwa szpitalnego będzie miała za zadanie naukowe zbadanie stanu duszpasterstwa szpitalnego w Polsce, koordynację tej pracy w nowoczesnym szpitalnictwie polskim, urządzenie zjazdów, względnie kursu duszpasterstwa szpitalnego, wydawanie prac naukowych, referatów z zakresu duszpasterstwa.

Zagadnienia religijne, ściśle wyznaniowe duszpasterstwa nie podlegają decyzjom sekcji, ale należą do odnośnych władz duchownych.

W pracach sekcji pożądana jest współpraca innych czynników, działających na terenie szpitala: lekarzy, pielęgniarek, pracowników społecznych i t. d.

Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa w porozumieniu z komitetem organizacyjnym sekcji, ustali regulamin i zakres szczegółowy prac tej sekcji“.

Ks. M. Krygier. Sądzę, że będę wyrazicielem wszystkich tu obecnych kolegów księży, jeśli wyrażę podziękowanie Polskiemu Towarzystwu Szpitalnictwa za zorganizowanie wieczoru tak bardzo dla nas ciekawego. Jednocześnie wyrażam życzenie, ponieważ po wysłuchaniu tego referatu, trudno nam narazie wypowiedzieć nasze dążenia, a to co powiedział szanowny prelegent posuwa bardzo naprzód duszpasterstwo, aby te sprawy poruszyć na bezpośrednim gruncie warszawskim, gdyż największa liczba kapelanów jest w Warszawie, a stosunki duszpasterstwa warszawskiego w szpitalach nie są jeszcze należycie ułożone, pokutują bowiem dawniejsze czasy rosyjskie, a nowe czasy nie zdołały jeszcze ułatwić tych wszystkich spraw, duszpasterstwo więc w szpitalach bardzo dalekie jest od ideału. Otóż wyrażam pragnienie ażeby te kwestje przenieść na grunt ściślejszy. Z tego dopiero udałoby się wyłonić, wspólne zebranie duszpasterzy z panami dyrektorami szpitali i lekarzami z całej Polski. Aby przygotować się do takiego zebrania należy przedtem porozumieć się z naszą władzą duchowną, aby nie porozumiewać się tylko in abstractis. Sprawy naglące, pilne, można już teraz załatwić w porozumieniu kapelanów, z wydziałem szpitalnictwa w osobie Dyr. Dr. Orzechowskiego i kurją arcybiskupią... Duszpasterstwo o którym mówił sz. prelegent na kongresie jest zupełnie inne i siłą rzeczy musiało być międzywyznaniowe. U nas na terenie Polski nie dałoby się tego zrobić. Np. duszpasterstwa żydowskiego w naszym rozumieniu niema. Jedyńą ich troską jest zachowanie rytuału co do jedzenia i co do rytualnego pochowania zmarłego. Na naszym terenie, pragnienie połączenia duszpasterstwa katolickiego z rytuałem żydowskim, oraz połączenia go z duszpasterstwem protestanckiem lub prawosławnem przy ich niewielkiej garsteczce chorych jest zupełnie niemożliwem. Jest jeden kapelan protestancki na całą Warszawę, który ogranicza się tylko do przychodzenia w razie naglącej potrzeby. Musiałby więc ten projekt być stosowany tylko do duszpasterstwa katolickiego. Poza tem jesteśmy bardzo uzależnieni od naszych przełożonych, to też łączenie się duszpasterzy w jakiegokolwiek sekcje na terenie Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa byłoby dla nas niemożliwą rzeczą, dopóki nie otrzymamy na to odpowiedniego upoważnienia ze strony władzy. Prosimy Polskie Towarzystwo Szpitalnic-

stwa by zechciało porozumieć się z Dyr. *Orzechowskim* i z Kurją Biskupią, a później kapelani wyłonią swego przedstawiciela. Te trzy siły przygotowują prace dalsze przy sekcji Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa.

Dr. K. Orzechowski. Mam wrażenie, że Ks. *Krygier* bardzo trafnie ujął to zagadnienie. Istotnie to podejście wydaje mi się prędzej prowadzące do celu. Co się tyczy Warszawy mamy bardzo ładną organizację w tej dziedzinie. Szpitalnictwo jest w okresie pewnej reorganizacji i jeszcze reguluje pewne wzajemne stosunki, ta zaś dziedzina nie została jeszcze uregulowana. Gdy trzy czynniki: Kurja Biskupia, władza samorządowa i organ duszpasterstwa doprowadzą do pewnego porozumienia i gdy przez to ta sprawa ujęta będzie w określone ramy, wtedy ewentualnie nastanie czas wkroczenia z tem na teren Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa.

Dr. L. Bregman: Niestety muszę potwierdzić słowa Ks. *Krygiera*, że żydowskiego duszpasterstwa w naszym rozumieniu nie istnieje. Jednakże jest możliwe, ażeby coś podobnego zorganizować i byłoby to wysoce pożądanem, ponieważ liczba chorych Żydów w szpitalach jest bardzo duża. Pewne ułatwienie wynikłoby z tego, że na jednej sali są i żydzi i chrześcijanie i dobry nasz wpływ moglibyśmy wyrzucić, ażeby taka organizacja miała powodzenie. Są pewne czynniki, z którymi, gdyby Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa weszło w kontakt, dałoby ono pomoc: po pierwsze, seminarjum żydowskie, gdzie jest spora liczba ludzi, którzy się do tego zawodu przygotowują, po drugie związek rabinów o wyższym wykształceniu, bo oczywiście tylko tacy ludzie na pierwszy początek będą mogli sprostać tym zadaniom. Sądzę, że te 2 instytucje: związek rabinów z całej Polski, gdzie, np. Prof. *Bałaban* i *Szor*, należą do ludzi o wielkiem poczuciu społecznem i są bardzo wykształceni, oraz seminarjum nauczycielskie żydowskie napewno się przyczynią do rozwinięcia tej sprawy w Warszawie.

Dr. W. Przywieczerki. Przy Polskiem Towarzystwie Szpitalnictwa istnieje już i pracuje komisja opieki społecznej szpitali. Czy Państwo by nie uważali, że byłoby wskazane zrobić specjalne posiedzenie Zarządu i poprosić tych członków, którzy pracują w tej komisji i może delegatów duszpasterstwa szpitalnego, ażeby te sprawy jeszcze omówili i wyjaśnili, i dopiero wtedy pójść tą drogą, którą wskazał Ks. *Krygier*. Jeszcze raz zaznaczam, że należy zwołać specjalne posiedzenie, zastanowić się co, i jak zorganizować i wtedy dopiero wystąpić z tem na szersze tory.

Dr. F. Cieszyński: Sprawa współpracy z duszpasterstwem w szpitalach nasuwa się oddawna nam lekarzom, i dzisiejsze pogłębianie się lekarzy, nie tylko religijne, ale i filozoficzne, zdąży w tym kierunku. Jest ono znamieniem obecnej epoki, gdyż wymaga tego duch czasu. Następuje bowiem to, co Krasinski określił, że po okresie tezy i antytezy przyjdzie okres syntezy. Dochodzimy do tego, że owa synteza jest tym ideałem, do którego dążymy. Jeżeli średnie wieki nie umiały zwalczyć chorób, jakie wówczas zalewały Europę, to dlatego że stawiały tezę duszy ponad ciałem, a nie doceniały sił fizycznych, ani intelektu człowieka. Jeżeli zaś wieki po Reformacji doprowadziły do tego, że w antytezie ciało zostało postawione na wyższym piedestał od duszy, doprowadziło to do ogromnej demoralizacji i psucia się narodów. Obecna synteza musi wcielić w życie hasło zdrowej duszy w zdrowym ciele. Coprawda, Berdiajew powiedział, że nadchodzi nowe średniowiecze, lecz Berdiajew widział i oceniał tylko warstwy górne dawniej i dziś rządzące Rosją, a nie docenił ani nie zrozumiał rozwoju cywilizacyjnego oraz odrodzenia duchowego, które w zachodniej Europie się dokonuje, łącząc zdrowe ciało i zdrową duszę. Na zachodzie bowiem

dr *Alter* z Düsseldorfu określił bardzo trafnie, że „zdrowie duszy to dusza zdrowia”. Tem samem podkreślił ten postulat Międzynarodowego T-wa Szpitalnictwa, że trzeba połączenie tych spraw wprowadzić do działalności naszej w szpitalach. Więcej uwagi powinni lekarze zwracać na to, żeby w szpitalach doceniano wpływ duszy i ducha chorego na jego zdrowie. Podkreślamy konieczność nadchodzącej współpracy lekarzy z duszpasterstwem, ponieważ z natury rzeczy lekarz dba więcej o zdrowie ciała, a duszpasterz jednocześnie myśli o zdrowiu ducha i duszy chorego. Tak pożądana ścisła współpraca lekarzy z duszpasterzami szpitalnymi może w małej części przynajmniej sprowadzić na ziemię Królestwo Chrystusowe, którego wielką część stanowi jaknajszybsze i najskuteczniejsze uzdrawianie chorych.

Ks. M. Rekas. Dodam jeszcze parę informacji: trzeba odróżnić dwie rzeczy. W Międzynarodowym Towarzystwie Szpitalnictwa istnieje komisja Międzynarodowa i Międzywyznaniowa i w tej komisji omawiano tylko rzeczy najgłówniejsze, odnoszące się do całokształtu duszpasterstwa i nowoczesnego szpitalnictwa, a druga rzecz mówiliśmy jednocześnie o tych jakby osobnych pododdziałach komisji, że będą pewne rzeczy specjalne dla osobnych wyznań i że każde będzie musiało stworzyć swoją osobną organizację religijną. Tam te rzeczy były omawiane i postanowiono, że duszpasterstwo religijne katolickie stworzy sobie oddzielną organizację, protestanckie swoją i t. d. A tylko na terenie towarzystw narodowych będą się oni spotykali dla omawiania rzeczy podstawowych, które dotyczą duszpasterstwa chorych wszystkich wyznań. Co do stanu tu w Warszawie, to uważałem za swój obowiązek te rzeczy ogólnie przedstawić moim przełożonym władzom we Lwowie i ks. kardyn. Kakowskiemu, który wyraził swoją zgodę na projekt utworzenia takiej komisji przy P. T. Szp., oczywiście, że musi to przejść przez wszystkie potrzebne instancje i należy ustalić pewnego rodzaju regulamin z kurją dla omówienia szczegółów. A po stworzeniu komisji przy P. T. Szp. o charakterze międzywyznaniowym dla badania spraw ogólnych, powinna dalsza praca iść sama w sobie dla każdego wyznania osobno. Są pewne rzeczy, które muszą być ściśle traktowane po swojemu. Jeszcze dodam, że na Międzynarodowym Kongresie w Belgii przewidziano 2 rodzaje członków: 1) zawodowi duszpasterze i kapelani szpitalni, 2) osoby zajmujące się szpitalnictwem, które zgłaszałyby się do pracy jako członkowie nadzwyczajni i doradcy, współpracujący z tą komisją. Już tu mówiłem w jakich normach przewidziana jest współpraca; będą więc brali udział lekarze i osoby z poza kapelanów szpitali. To też prócz kapelanów szpitalnych będą wchodziły powoli i inne czynniki, t. zn. lekarze, pielęgniarki, którzy będą mogli, każdy ze swego punktu widzenia, te sprawy oświetlić. Naweł o ile chodziłoby o omówienie czegoś szerszego w rodzaju kursów dla duszpasterzy, wygłaszałyby tam referaty i lekarze, i pielęgniarki. To jest bardzo pożyteczne i ciekawe dla dobra chorych i szpitali.

Inż. arch. W. Borawski. Dla ułatwienia zapoczątkowania tej sprawy, przystępujemy do stworzenia listy kandydatów, to jest tych osób, które wysłuchawszy tych dyskusyj uważają się na siłach do przystąpienia do pracy na tem polu. Prosimy więc o zapisywanie się na liście, ażebyśmy mogli, gdy ta sprawa na terenie Zarządu dojrzeje, mieć ułatwiony sposób zwrócenia się do tych osób, które już swą współpracę ofiarowali.

Na liście kandydatów zapisały się następujące osoby: *Dr. K. Orzechowski, Dr. H. Szczodrowski, Dr. F. Cieszyński, Ks. Celiński, Ks. Czajkowski, Ks. Kubiak i Ks. Krygier.*

KOMUNIKATY I STRESZCZENIA.

1. *Dyrektor Gospodarczy Szpitala Ś-go Jakóba w Lipsku Schilling. Gospodarcze położenie szpitali w Niemczech w latach powojennych.*)*
Podał dr. B. Jakimiak. P. T. S.

Autor stwierdza, że szpitale niemieckie w ostatnich latach muszą staczać ciężką walkę gospodarczą. Jest faktem stwierdzonym, że szpitale w dobrym okresie gospodarczym są pełne, w złych czasach puste. Przyczyny są wszędzie jednakowe: brak pracy i skutkiem tego zmniejszona ilość wypadków, ograniczenie świadczeń i zobowiązań przez związki ubezpieczeniowe i Kasy Chorych, szczególnie dla członków rodzin, skrócenie pobytu w szpitalu, skierowywania tylko ciężko chorych, zmniejszenie liczby chorych prywatnych i samopłacących. Lżej chorych w szpitalach prawie się nie widzi. Wydatki jednak nie mogą być zmniejszone w stosunku do mniejszej liczby chorych, wydatki stałe muszą być nadal pokrywane i dlatego dzień szpitalny ciężko chorych wypada nieporównanie wysoko.

Autor zwraca uwagę na obciążenie pracy administracyjnej, utrudnione stosunki z Kasami Chorych. Nadmierna wymiana korespondencji o oględzinach i badaniach lekarskich, zapytań i odpowiedzi, odmów itd. znacznie wzrosła. Zabezpieczenie pokrycia kosztów ze strony Kas Chorych często ograniczone do paru dni, zwalanie kosztów na towarzystwa ubezpieczeniowe weszło w zwyczaj.

Wydatki wogóle znacznie wzrosły w czasach powojennych. Pomimo przegranej wojny potrzeby życiowe we wszystkich warstwach w Niemczech wzrosły. To samo dało się zauważyć i w szpitalach. Do tego dołączyło się obniżenie poziomu urządzeń szpitalnych w czasie wojny, które wymagały uzupełnień. Wzrosły więc wydatki, którym nie mogły podołać wpływy. Bardzo wiele zarządów gminnych pozwalało na znaczne wydatki i tem wytworzyły położenie, które oczywiście na stałe nie da się utrzymać.

Najwięcej i najwyżej wzrosły wydatki personalne. Największą winę tego stanu rzeczy ponosi socjalne prawodawstwo powojenne. Ograniczenie godzin pracy służby gospodarczej pociągnęło potrzebę powiększenia liczby personelu, zmiany osób w czasie wykonywania tej samej pracy, pociągnęło za sobą obniżenie poczucia odpowiedzialności. Ponieważ żaden zakład nie był przygotowany pod względem mieszkaniowym na takie powiększenie personelu gospodarczego przyjmowano personel bez mieszkania i utrzymania w szpitalu, co również przynosiło uszczerbek szpitalom. Personel przyjmowany według poleceń komitetów robotniczych okazywał się często mniej wartościowy moralnie, niezdolny do wykonywania pracy i nawet wrogi państwu. Urlopy personelu były przedłużone. Często wrogo usposobione dla państwa rady robotnicze stawiały w nieprawnej obronie pracowników pomimo ich niezdolności do wykonywania danej pracy. Rady robotnicze zawodowe zrobiły z pracowników partje polityczne, spełnianie obowiązków zostało odsunięte na drugi plan, autorytet zarządów prawie znikł, — porządek w zakładach coraz więcej się rozluźniał.

Wzrosły również znacznie wydatki na personel pielęgniarski, który został powiększony. Pewne ograniczenie godzin pracy było konieczne i sprawiedliwe. Nie było pożądane ażeby personel pielęgniarski w dzień pracował, a w nocy czuwał, jak to się często praktykowało w czasach przedwojennych. Potrzeba, aby personel pielęgniarski pracował z zadowoleniem, umiejętnie i z pełnym poczuciem odpowiedzialności. To może być osiągnięte przy umiarkowanym ograniczeniu godzin pracy.

*) Zeitschrift für das Gesamte Krankenhauswesen Nr. 26.1933. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenhäuser in den Nachkriegsjahren. Verwaltungsdirektor Schilling szpitala Ś-go Jakóba, dezerent Stadtrat dr. med. Beusch.

Czas pracy personelu pielęgniarskiego niewszędzie w Niemczech jest uporządkowany. Czas ten waha się od 48 do 60 godzin i więcej tygodniowo. Pielęgniarki-siostry miłosierdzia zgromadzeń zakonnych i kongregacji ze względów religijnych i powołania do spełniania aktów miłosierdzia pracują naogół dłużej.

Autor jest zdania, że nie jest nadmiernem żądaniem 60 godzinna praca pielęgniarska tygodniowo, 48 godzinny czas pracy w tygodniu powinien być odrzucony jako nieekonomiczny i nie leżący w interesie chorych.

Powiększenie personelu pielęgniarskiego nie zawsze było bez zarzutu, szczególnie przyrost pielęgniarski w pierwszych latach powojennych dużo pozostawiał do życzenia. Od nowych siostr pielęgniarek wymaga się obecnie więcej wykształcenia pod względem gospodarczym, niż przedtem i dlatego dobór personelu pielęgniarskiego musi być staranny i powinien być uzależniony od badania psychotechnicznego. Personel pielęgniarski ma również dłuższe urlopy wypoczynkowe w porównaniu z czasami przedwojennymi i również jak personel techniczno gospodarczy ma jeden cały dzień w tygodniu wolny.

Jak na początku było zaznaczone w szpitalach niemieckich liczba ciężko chorych znacznie się stosunkowo powiększyła, a lekko chorych, wymagających mniejszej opieki pielęgniarskiej, prawie niema zupełnie; dlatego też personel pielęgniarski jest więcej obciążony pracą niż dawniej.

Powiększone wydatki na personel pielęgniarski wynikły również z powodu wyższego uposażenia i skrócenia liczby godzin pracy. Utrzymanie siostr pielęgniarek należących do zgromadzeń zakonnych i kongregacji, które pracują z powołania i z poczucia potrzeby wykonywania aktów miłosierdzia jest tańsze niż siostr świeckich. Wzrosły również po wojnie w Niemczech wydatki na lekarzy szpitalnych. Liczba lekarzy asystentów oddziałowych, ze względu na zwiększone i zmienione badania lekarskie chorych, została powiększona. Musiała być też powiększona liczba personelu w pracowniach anatomopatologicznych, chemiczno-bakterjologicznych i pracowniach Roentgena. W mniejszym stopniu nastąpiło powiększenie personelu biurowego i administracyjnego.

Należy przytem nie zapominać, że rozmaite opłaty na ubezpieczenia społeczne, Kasy Chorych, inwalidów, bezrobotnych, od nieszczęśliwych wypadków i t. p. również wzrosły.

Dla ilustracji zmiany wydatków autor przytacza dane ze szpitala Ś-go Jakóba w Lipsku. A więc wydatki personalne przed wojną w roku 1913 wynosiły na chorego 38 RM. w roku 1924 — 90 marek, w r. 1927 — 139 RM., 1930 — 155 RM. w 1931 — 149 RM., wreszcie w r. 1932 — 117 RM. Wydatki personalne w latach 1928 — 1930 wzrosła w porównaniu z przedwojennymi czterokrotnie i obecnie jeszcze, są trzykrotnie wyższe niż przed wojną. Koszty personalne dnia instytutowego przed wojną w roku 1913 wynosiły 1,50 RM., 1925 — 3,74 RM., 1929 — 5,69 RM., 1931 — 5,75 RM. i w 1932 — 4,91 RM. Autor stwierdza, że to powiększenie personelu i wydatków personalnych niezawsze było wywołane potrzebą, znaczną rolę odgrywała tu polityka, związki partyjne polityczne, które w ciągu 14 lat panowały w państwie niemieckiem i samorządach gminnych. W ciągu jednak ostatnich trzech lat liczba personelu w szpitalach znacznie została zmniejszona. W niektórych zakładach zmniejszono personel o 10 — 20% i więcej procent. Co do wydatków rzeczowych to w szpitalu Ś-go Jakóba w Lipsku przedstawiają się następująco: w r. 1913 — 93 RM., 1924 — 177 RM., 1927 — 216 RM., 1929 — 244 RM., 1931 — 165 RM., 1932 — 133 RM. na chorego.

Znacznie wzrosły wydatki na lekarstwa i środki lekarskie. Kiedy w roku 1913 na dzień instytutowy na lekarstwa i środki lekarskie wydawano po 0,49 RM. w roku 1924 — 0,58 RM., 1929 — 1,10 RM., w r. 1932 — 0,74 RM. Ograniczono z tego powodu przepisywanie droższych specyfików i zalecono przygotowywanie lekarstw w aptekach szpitalnych we wszystkich wypadkach, gdzie się to mogło odbywać bez szkody dla chorego. Ograniczono też przepisywanie takich wód mineralnych jak Faschingen i Wildungen. Wzrosło też znacznie po wojnie zapotrzebowanie oddziałów szpitalnych na instrumenty, przyrządy lekarskie i środki opatrunkowe.

Nie wdając się w przytaczanie omawiania kosztów żywienia, bielizny ubrania prania, ogrzewania, prądu elektrycznego ograniczę się do przytoczenia tablicy porównawczej wydatków szpitala Ś-go Jakóba w Lipsku w roku 1913 i w ostatnich 9 latach powojennych.

Koszt jednego dnia szpitalnego (instytutowego)
Szpitala Ś-go Jakóba w Lipsku.

	1913 RM.	1924 RM.	1925 RM.	1926 RM.	1927 RM.	1928 RM.	1929 RM.	1930 RM.	1931 RM.	1932 RM.
Wydatki personalne.	1,00	3,13	3,74	4,16	5,22	5,42	5,69	5,69	5,71	4,91
Żywienie.	1,50	1,98	2,64	2,86	3,12	3,43	3,35	2,68	2,24	1,91
Pozostałe wydatki.	2,19	2,42	2,58	2,74	3,40	3,58	3,97	3,63	3,26	2,98
Podatki i jednorazowe wydatki.	—	1,79	1,55	1,23	1,60	0,99	1,11	1,00	0,81	0,67
Razem	4,69	9,32	10,51	10,99	13,34	13,42	14,12	13,00	12,02	9,87

Szpital Ś-go Jakóba w Lipsku na 1500 łózek.

Przykład pracy w pralni w ciągu ostatnich 4-ech lat i zmniejszenia^r personelu.

Rok	Liczba osób zajętych	Pensja tych osób w RM.	Wyprano bielizny
1929	54	105000	953000
1930	52	98475	935000
1931	47	84603	1102219
1932	44	68039	1084030

Autor podaje szereg wytycznych do naprawy tego stanu rzeczy, z których ważniejsze są następujące:

- 1) Dalsze obniżenie narosłych wydatków szpitalnych, tak długo, dopóki koszty własne nie będą się pokrywały
2. Planowy podział pracy personelu.
3. Wzmocnienie i podtrzymanie dyscypliny w zakładach.
4. Zapewnienie egzystencji gospodarczej pracownikom i wystarczające zabezpieczenie pracowników.
5. Podniesienie zadowolenia z pracy i odpowiedzialności.
6. Nieodpowiedni personel powinien być ze szpitala usunięty.
7. Zarząd szpitala nie może być zmuszany przyjmować personel z polecenia rad robotniczych, zarząd powinien mieć prawo, jak przed wojną, sam dobierać personel, gdyż tylko wtedy może mieć rękojmię właściwego doboru personelu.
8. Ośmio-godzinny (który autor nazywa przejściowym, *durchgehend*) dzień pracy jest nieekonomiczny dla służby gospodarczej i salowej. Podział i zmiana pracy powinny wynikać z potrzeby i ważności pracy.
9. Powinien być zpowrotem wprowadzony przymus żywienia i mieszkania służby w szpitalu, o ile tylko warunki mieszkaniowe na to pozwalają.
10. Uzdolnienie do pracy powinno być podniesione przez odpowiednie szkolenie.
11. Odszkodowanie za umyślne lub wynikające z niedbalstwa marnotrawstwo wody, gazu, światła, ogrzewania, produktów spożywczych, lekarstw, materiałów opatrunkowych, bielizny musi być po jednorazowym upomnieniu z całą surowością ściągane.
12. Potrawy zakładowa muszą być smaczne, dobre i apetyczne. Wszelkie dodatki, przeznaczanie trunków powinno być ze względów oszczędnościowych ograniczone.
13. Koszty ogólne prowadzenia zakładu powinny we wszystkich dziedzinach możliwie być obniżone i t. d.

2. *D. Hebebrand, budowniczy*. Budowa szpitali w nowych ośrodkach przemysłowych w Rosji Sowieckiej. *) Podał dr. R. Jakimiak P. T. S.

Z budową nowopowstających miast w nowoutworzonych lub tworzących się centrach przemysłowych powstałe też zagadnienie budowy dużych szpitali. W stepach południowej Syberji, na południowym Uralu, nad Dońcem powstały w ostatnich kilku latach wielkie miasta, w których są fabryki ciężkiego przemysłu. Jako przykłady takich miast przytacza *Hebebrand* Magnitogorsk na południowym Uralu i Nowo-Kuznieck na południe od Nowo-Sybirsk, które liczą ponad 200 tysięcy mieszkańców. W miastach tych obok lepiarek i baraków koniecznych dla napływającej ludności powstają podobno) fundamentalne zabudowania obsługujące gminę miejską, a wśród tych budynków najpierw buduje się szpitale. *Hebebrand* podaje, że projekty budowy były opracowane przez niemieckich specjalistów pracujących w ciężkim przemyśle rosyjskim wraz z rosyjskimi budowniczymi pod kierownictwem i z udziałem lekarskiego doradcy prof. dr. med. *Niekrasowa*. Opracowano nowy typ dużego szpitala, którego plany były wszechstronnie rozpatrzone przez rozmaite fachowe komisje. Był ten plan następnie przyjęty przez Narkomsdraw t. j. Komisariat ludowy do spraw zdrowia. Referat o tych projektach był przedstawiony na III Międzynarodowym kongresie przez dr. Inżyniera *Rittera*.

*) Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen Nr. 26, 1933.

Szpitala są projektowane w ten sposób, że w miastach przemysłowych ma przypadać 8 łóżek na 1000 (tysiąc) mieszkańców. Według specjalności przyjęto następujące normy liczby łóżek: wewnętrzne i chirurgiczne 32⁰/₀, infekcyjne 13⁰/₀, dziecińne 9⁰/₀, skórne, weneryczne i kobiece 12⁰/₀, dla położnic 8⁰/₀, nerwowych 6⁰/₀, ocznych, noso-gardzielowych, usznych, fizjoterapeutycznych, dla chroniczków i gruźlicy 20⁰/₀. Każdy ze szpitali ma mieć około 1300 łóżek. Dla wszystkich rodzajów chorób, z wyjątkiem zakaźnych i specjalnych, służy jeden blok, 380 mtr. długości, 6 pięter wysokości. Dotychczas budowano przeważnie systemem rozrzuconym, pawilonowym o 3—4 piętrach, najczęściej bez żadnego systemu, mając na uwadze jedynie możliwości i warunki miejscowości gdzie szpital powstawał. Jako przykład takiego pawilonowego rozrzuconego budownictwa przytacza Hebebrand szpital w Samarze na dwa tysiące (2000) łóżek, gdzie naprzykład od kuchni do najdalszego budyku jest 820 metrów, od głównego wejścia do położonego w centrum oddziału szpitalnego 380 metrów, od oddziału chirurgicznego do fizykoterapii 600 metrów. Długość podziemnych rur i kanałów do ogrzewania, pary, wodociągów, kanalizacji bez rozgałęzień, wewnątrz budynków wynosi 9900 metrów, długość tuneli łączących poszczególne budynki wynosi 1100 metrów.

Wielkość sal oddziałowych przyjęto w Magnitogorsku 26 łóżek, w Nowo Kuzniecku 35. Każda sala chorych ze wszystkimi dodatkowymi pomieszczeniami, jak sale jadalne, dziennego przebywania, wanny, klozety, pomieszczenia do dawania lewatyw, gabinety lekarskie i t. p. stanowią oddzielną całość. Pawilony chorych połączone nadpowietrznym korytarzem z pracowniami.

W Magnitogorsku szpital ma 1414 łóżek.

Okna—drzwi tak przystosowano, że można łóżko wysuwać na balkon.

3. Fr. A. Moss — Washington — Dobór lekarzy szpitalnych
Nosokomeion IV/3. (Podał W. B. — P. T. S.)

Zdawałoby się, że najlogiczniejszym sposobem dokonania doboru lekarzy szpitalnych, byłoby poddanie studentów, którzy chcą być lekarzami szpitalnymi, trzem próbom. Miałoby to miejsce podczas drugiej połowy teoretycznych studiów medycyny. Próby te winne wykazać: 1) uzdolnienia specjalne studenta, 2) dorobek jego akademicki, 3) zdolności społeczne, lub umiejętności współpracy z innymi. Na zasadzie tych trzech prób należałoby wyznaczyć kandydatów, którzy mogą być poddani próbom indywidualnym już w szpitalu. Pierwsza próba składałaby się z badania jego stanu fizycznego, druga — byłoby to zapoznanie się osobiste z kandydatem, trzecia — pozwalałaby sądzić o ukształtowaniu się i doświadczeniu studenta. Zrealizowanie takiego programu jest względnie proste i mało kosztowne. Gdyby dostateczna ilość szpitali postanowiła wymagać zawsze danych z tych trzech pierwszych prób, ułatwiłoby to bardzo ustalenie współpracy ze szkołami medycznymi, które mogłyby właśnie poddawać studentów tym próbom. Każdy zaś szpital mógłby urządzić, przy pomocy swego osobistego personelu, tylko próby indywidualne tego egzaminu.

4. Lt—Cl. C. Cobbold — London — Uzdolnienia i dobór kandydatów do pracy administracyjnej w szpitalu. Nosokomeion IV/3. (Podał W. B. — P. T. S.)

W pierwszych rozdziałach tego artykułu, autor robi ogólny przegląd kwalifikacyj koniecznych do spełniania pracy administracyjnej w szpitalu. Obsta je on przy następujących punktach: konieczności gruntownego wykształcenia, połączonego ze

zdolnościami organizacyjnymi, nadzoru i kierownictwa; jasnego sądu i zrównoważenia psychologicznego. Kandydaci winni fizycznie i umysłowo przewyższać średnią jednostkę

Następnie autor opisuje metody przyjęte przez Brytyjskie Szpitale prywatne (British Voluntary Hospitals) do osądzenia uzdolnienia kandydatów. Wskazuje w jaki sposób przyszły urzędnik administracyjny szpitala zostaje przygotowany bezpośrednio przez prezesa lub sekretarza szpitala; ten ostatni, dzięki swemu wielkiemu doświadczeniu, jest w stanie określić, czy kandydat posiada konieczne wiadomości i kwalifikacje.

Autor porównuje proces rozwoju życia szpitalnego w szpitalach brytyjskich i amerykańskich. Wskazuje na wzrastające znaczenie, które się przypisuje w Ameryce zdolnościom handlowym dyrektora szpitala, oraz testom (próbom) uznany za dobry sposób do sądzenia o zdolnościach urzędnika. Przywiązuje duże znaczenie do pobudzenia zapału do pracy zapomocą pewnego systemu statystyki godzin.

Na zakończenie autor traktuje o wysokim poziomie zdolności, wymaganych obecnie od administratora szpitalnego. Wnioskuję, że o ile dyplomy uniwersyteckie, testy (próby) efektywności pracy i t. d., które posiadają kandydaci, dają możność oceny ich zdolności, to nie pozwalają one jednak na ocenę pracowników t. zw. „urodzonych”, obdarzonych silnym charakterem i stałym pragnieniem oddania się dla ulżenia cierpiącej ludzkości.

5. *M. v. Horn* — Karlsruhe — Dobór personelu pielęgniarskiego Nosokomeion IV/3. (Podał *W. B.* — *P. T. S.*)

Dobór kandydatek na personel pielęgniarski, opierający się na próbach ich zdolności jest sposobem nowym i mało jeszcze używanym. Próby w tym kierunku były przedsięwzięte w „Domu Matek” przy Bad. Czerw. Krzyżu w Karlsruhe. Po egzaminie co do ich zdolności, uczennice zostają na obserwacji podczas kilku tygodni trwania kursu wstępnego. Przed ich przyjęciem uczennice obowiązane są dostarczyć wszystkie niezbędne dokumenty osobiste oraz szczegółowe zaświadczenie medyczne.

Egzamin co do uzdolnień zapożyczony jest z planu egzaminacyjnego *Dr. Huth'a* z Min. Pracy w Monachjum. Próby winny jasno wykazać stopień inteligencji i zdolności kandydatek, jak również ich skłonności wrodzone. Metoda, którą wybraliśmy, wymaga długiego czasu. Daje ona jednak trzy możliwości: wyłączenia złych skłonności, zaniku obawy, wynikającej z jednorazowego egzaminu, dłuższej obserwacji.

Podczas każdego takiego egzaminu odbywają się próby grupowe oraz próby indywidualne, jako też wypróbowanie inteligencji, uwagi, rozważli, kojarzenia myśli, wyobraźni, sposobu myślenia i pracy. Przemyślany wybór dał nam możność wykonania szeregu łatwych prób, dających korzystne wyniki. Próba z wiadomości szkolnych nie jest przewidziana. Rozwiązanie każdej próby przedstawia dużą pracę. Każda praca posiada ocenę wypisaną na specjalnej tablicy. Każdy zawód wymaga swego osobnego stopnia oceny. Dotychczas egzystuje tylko czasowy stopień oceny pielęgniarstwa. Próba zdolności jest jednym ze sposobów doboru, lecz nie jedynym.

Wydaje się nam, że rozwinięcie fizyczne i umysłowe nie zawsze może być określone przy egzaminie poprzedzającym pracę pielęgniarek. Dobór późniejszy będzie musiał zawsze mieć miejsce. Nie umniejsza to wagi pierwszego doboru zapomocą egzaminu uzdolnień.

RÓŻNE WIADOMOŚCI.

1. OGÓLNE ZEBRANIE P. T. S.

Dnia 18 marca r. b. odbyło się Ogólne Zebranie członków P. T. S., na którym po wyczerpaniu porządku dziennego przyjęto dwa zgłoszone wnioski:

- 1) przenieść w tym roku obchód Międzynarodowego Dnia Szpitalnictwa 12 maja do Kalisza, a to w związku z przypadającą rocznicą 750-lecia wzniesienia pierwszego w tym mieście szpitala przez ks. Przemysława II, oraz uroczystością poświęcenia murów nowego szpitala na Tyńcu i Zjazdem lekarzy woj. łódzkiego;
- 2) uczestniczyć we wszystkich zjazdach lekarzy wojewódzkich w celach propagandowych Towarzystwa.

W wyniku głosowania tajnego uzupełniono wybalotowanych członków Zarządu a w następstwie na pierwszym posiedzeniu nowego Zarządu dokonano podziału władz na 1934/35 r. w sposób następujący. Prezes — Dr. B. Jakimiak, I Vice - prezes — Prof. Dr. W. Szenajch, II Vice - prezes — Dr. W. Przywieczerski, Sekretarz - Skarbnik — Inż. arch. W. Borawski, Zastępca Sekretarz i Bibliotekarz — Dr. R. Szpikowski, członkowie: Dr. L. Bregman, p. K. Koralewski, Płk. Dr. K. Miszewski i Dyr. Z. Szlenkierówna; zastępcy członków: Inż. arch. M. Heyman, Dr. K. Górski i Płk. Dr. Z. Rażniewski. Członkowie zamiejscowi: Prof. Dr. W. Jasiński — Wilno, Prof. Dr. K. Jonscher — Poznań, Dr. E. Mittelstaedt — Łódź, Dr. J. Topolnicki — Kraków, Dr. M. Wilimowski — Katowice i Dr. J. Żaczek — Przemyśl.

2. OBCHÓD MIĘDZYNARODOWEGO DNIA SZPITALNICTWA 12 MAJA 1934 ROKU

Wobec udziału Zarządu P. T. S. w pracach Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Lekarzy z woj. łódzkiego w Kaliszu w dniach 12 — 13 maja, którego program został opracowany wspólnie z Towarzystwem i na które to uroczystości delegowani są trzej przedstawiciele Zarządu, zwykły obchód urządzany co roku w Warszawie tym razem nie będzie miał miejsca. Nadany tylko będzie o godz. 16-ej min. 10 komunikat przez radio na wszystkie rozgłośnie z omówieniem przebiegu obchodu w Kaliszu.

3. UDZIAŁ P. T. S. W PRACACH IV MIĘDZYNARODOWEGO KONGRESU SZPITALNICTWA W RZYMIE.

Zarząd P. T. S. otrzymał od Prezydium Międzynarodowego Tow. Szpitalnictwa (Dr. W. Alter) propozycję objęcia przez Polskę w 2-gim dniu IV Kongresu w Rzymie (dnia 8 maja 1835 r.) głównego referatu na temat: „Zasada oszczędności w wyposażeniu szpitala“. Na powyższe zaszczytne zwrócenie się M. T. S. Zarząd udzielił odpowiedzi pozytywnej. W celu zebrania odpowiednich materiałów w kwestji powyższej, Zarząd zwraca się tą drogą do członków Towarzystwa z uprzejmą prośbą o nadsyłanie wszelkich spostrzeżeń, ogólnie lub w szczególe omawiających to zagadnienie. Nadesłane materiały (z powołaniem się na autora, bądź źródło) w opracowanym referacie posłużą do zestawienia całości i przekazania jeneralnemu referentowi na Kongresie. Referat ma być złożony jeszcze w tym roku (do października) wobec czego jest konieczne niezwłoczne przystąpienie do opracowywania powyższego tematu. Zarząd Towarzystwa z wielu względów poleca specjalnej uwadze WPP. Członków tę sprawę i spodziewa się rychłego nadsyłania materiałów.

4. KURS UZUPEŁNIAJĄCY W SZWAJCARJI W SIERPNIU 1934 ROKU.

Podczas ostatniego kongresu w Knocke (Belgia), Międzyn. Tow. Szpitalnictwa postanowiło, że Kurs uzupełniający na rok 1934 odbędzie się w Szwajcarji.

Pozwalamy sobie przypomnieć WPanom tę decyzję, oraz zawiadamiamy niniejszym, że kurs ten będzie zorganizowany przez narodowe Towarzystwo szwajcarskich zakładów szpitalnych, w porozumieniu z Komitetem wykonawczym Międzyn. Tow. Szpitalnictwa. Kurs będzie trwał od dnia 15 do 23 sierpnia 1934 r., a po jego ukończeniu odbędzie się wycieczka naukowa po kantonie Grisons, która potrwa 5 dni.

P. Radca związkowy *Meyer*, szef Departamentu Spraw Wewnętrznych, zgodził się przyjąć przewodnictwo honorowe tego zjazdu.

Pozwalamy sobie przesłać WPanom serdeczne zaproszenie do przyjęcia udziału w tym kursie. Trudności wynikające z obecnego kryzysu, nietylko nie paraliżują naszych wysiłków, lecz odwrotnie winne być bodźcem do pogłębienia naszej wiedzy tak ażeby mogli z niej korzystać nasi chorzy, do czego przyczynić się może przede wszystkim wspólna nauka, oraz wymiana zdań, która charakteryzuje zebrania tego rodzaju. Zgóry prosimy o wyrozumiałość, gdyż kraj nasz cierpi bardzo z powodu kryzysu i środki nasze są skromne. W każdym razie mamy nadzieję, że dla uczestników zaprojektowanego kursu dnie poświęcone studjom, będą jednocześnie dniami wypoczynku, po którym zachowają miłe wspomnienie.

Zawdzięczając wielkim ułatwieniom, które nam przyznano, koszta kursu, co zaznaczamy z przyjemnością, nie przewyższą kosztów kongresu w Atlantic City. w Wiedniu i w Knocke, ani też kosztów pierwszego Kursu uzupełniającego we Frankfurcie. Podajemy poniżej projekt programu, który jednak może być nieco zmieniony

A. Dnie wstępne:

- 15 sierpnia: Posiedzenie komisji fachowych w (Bâle) Bazylei.
- 16 sierpnia: Odczyt: Plan urządzenia i rozszerzenia szpitala miejskiego w (Bâle)-Bazylei. Zwiedzenie nowego „Macierzyństwa”. Wyjazd do Zurichu.
- 17 sierpnia: Odczyt: Plan rozszerzenia szpitala kantonalnego w Zurychu. Zwiedzanie szpitala w Neumünster i Kliniki pediatrycznej. Wycieczka na jezioro zuryskie. Wyjazd do Lucerny.
- 18 sierpnia: Odczyt: Plan urządzenia i rozszerzenia szpitala kantonalnego w Lucernie. Zwiedzanie tego zakładu i sanatorjów w S-te Anna i w Sonnmatt. Wycieczka na jezioro Czterech — Kantonów. Obiad Wyjazd do Berna.

B. Kurs uzupełniający w Bernie i w Leysin:

- 19 sierpnia: (Berne) 10 g. do 14 g.: Otwarcie kursu. Wykłady. 14 g.: Oficjalny bankiet. 16 g.: Zwiedzanie miasta i wycieczka do Gurten.
 - 20 i 21 sierpnia: 9 g. do 13 g.: Wykłady i dyskusje. Popołudniu: Zwiedzanie miasta
 - 22 sierpnia: 9 g. do 13 g.: Wykłady. Popołudniu: Wyjazd do Leysin.
 - 23 sierpnia: Przyjęcie w Leysin przez profesora Dr. Rollier. Wykłady i zwiedzanie. Zamknięcie kursu.
- Nazwiska referentów będą podane później; będą to wykwalifikowani przedstawiciele władz federalnych i kantonalnych, uniwersytetów i rozmaitych szpitali.

Podczas trwania kursu będzie urządzona w Bernie niewielka wystawa naukowa i przemysłowa, gdzie będą przedstawione plany szpitali i modele instalacyj, jak również najnowsze wyroby przemysłowe z dziedziny opieki nad chorymi.

*C. Program wycieczki naukowej do kantonu Grisons,
będącej dalszym ciągiem Kursu uzupełniającego. Sierpień 1934 r.*

- 23 sierpnia: Wyjazd do Brigue.
24 sierpnia: Przeprowa przez Furkę i Oberalp; zatrzymanie się w Coire
wyjazd do Arosy. Wieczorem zebranie prywatne w Domu Zdrojowym.
25 sierpnia: Pogadanka na temat projektu budowy szpitala kantonalnego przez
Doc. Dr. Fonio. Pogadanka o Arosie przez Dr. Gähwyler. Zwiedza-
nie, obiad: wyjazd do Dawos. Wieczorem, zebranie prywatne
w Domu Zdrojowym.
26 sierpnia: Pogadanka o Dawos przez Dr. Nienhaus'a. Zwiedzanie szpitala
i kilku sanatorjów. Wycieczka do Parsenn. Obiad. Wyjazd do Schuls
przez Fluelen.
27 sierpnia: Pogadanka Dr. Enderlin'a. Zwiedzanie Schuls i Tarasp. Wyjazd
do St-Moritz.
28 sierpnia: Zwiedzanie Kąpielisk pod przewodnictwem Dr. Bernhard'a. Popołu-
dniu, do wyboru: wycieczka do Corviglii lub do Muottas - Muraigl,
lub zwiedzanie muzeów. Zakończenie naukowej wycieczki.

Mamy nadzieję, że za parę tygodni będziemy mogli rozesłać program definitywny
i szczegółowy. Zwracamy odrazu uwagę WPanów na to, że trzy sekcje A, B i C
programu są niezależne jedna od drugiej; uczestnicy będą mieli zupełne prawo zapi-
sywania się do sekcji według swego wyboru. Kartyienne są również w sprzedaży,

Po wszelkie dodatkowe wyjaśnienia upraszamy zwracać się do biura Veska.
Obergrundstrasse, 13, Lucerne (tel. 21-193).

Mając nadzieję, że WPanowie będą uczestnikami Kursu uzupełniającego naszego
towarzystwa, prosimy przyjąć wyrazy szacunku i poważania.

Za Międzyn. T-wo Szpitalnictwa: Prezes *Dr. G. von Deschwanden*,
Dyrektor Szpitala Kantonaln. w Lucernie

Za Zakłady Szpitalne Szwajcarskie: Prezes: *Dr. Hans Frey*,
Dyrektor Szpitala de l'Île w Bernie

5. NOWOPRZYJĘCI CZŁONKOWIE TOWARZYSTWA.

W I kwartale 1934 r. w poczet członków zbiorowych Towarzystwa przyjęto:

1. Departament Budownictwa Ministerstwa Spraw Wojskowych.
2. Szpital Powiatowy w Wolsztynie.
3. Szpital Starozakonnych fund. małż. Poznańskich w Łodzi.

6. ZMIANA LOKALU BIUROWEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA SZPITALNICTWA.

Od 1-go kwietnia Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa przeniosło się do lokalu
Związku Uzdrowisk Polskich przy ul. Boduena 2 m. 2 (tel. 599-74) w Warszawie,
w którym czynny jest Sekretariat w poniedziałki i w piątki od 19-ej do 22-ej godz.;
w tymże lokalu odtąd odbywać się będą i Zebrania ogólne członków Towarzystwa.

7. SKŁADKI CZŁONKOWSKIE.

Zgodnie ze Statutem Towarzystwa składka, obejmująca rok kalendarzowy,
powinna być wpłacona w okresie pierwszego kwartału. Wobec minięcia powyższego
terminu, wszystkich zalegających członków osobistych i zbiorowych, uprasza się
o jaknajszysze uregulowanie należności przekazem na P. K. O. Nr. 24820 w celu nie-
absorbowania biura przez rozesyłanie przypomnień i narażanie na stratę czasu
i koszty.

BIBLIOGRAFJA

Modern Hospital, March 1934.

1) *Edgar Sydenstricker and G. St. John Perrott*: Wpływ bezrobocia na choroby i opiekę szpitalną (How unemployment affects illness and hospital Care).

2) *John M. Smith*: Nowy szpital po pięciu latach (A new hospital five years later).

3) *James Govan. G. R. Anderson and H. E. Reilley*. Izolacja od hałasów i wpływów temperatury (Twin problems in construction — insulation and acousties).

4) *Charles F. Neergaard*: Tani szpital komunalny (Stretching the community dollar)

5) *Helen F. Murison*: Rozplanowanie oddziału dietetycznego (Laying out the dietary department).

6) *John E. Ransom*: Uwagi o organizacji przychodni (Six considerations in organizing an out-patient department).

7) *A. T. Bazin*: Oświetlenie sal operacyjnych (It's the wound not the room that needs carefull lighting).

8) *Paul Keller and Henry Z. Goldstein*: Właściwe urządzenie oddziału chorób nosa i gardła (The proper set-up for a nose and throat department)

SPIS RZECZY.

REFERATY:

	Str.
1. Prof. Dr. <i>W. Szenajch</i> : Ideologia szpitala	3
2. Dr. <i>K. Orzechowski</i> : Reorganizacja szpitali m. st. Warszawy i zamie- rzenia na najbliższą przyszłość	14
3. Prof. Dr. <i>M. Michałowicz</i> : Realizacja planów szpitali	55

DYSKUSJE :

1. Do referatu Prof. Dr. <i>W. Szenajcha</i>	58
2. Do referatu Dr. <i>K. Orzechowskiego</i>	59
3. Do referatu Prof. Dr. <i>M. Michałowicza</i>	65
4. Do referatu Dr. <i>T. Mogilnickiego</i>	69
5. Do referatu Ks. <i>M. Rękasa</i>	70

STRESZCZENIA:

1. Dr. <i>B. Jakimiak</i> : Gospodarcze położenie szpitali w Niemczech w latach powojennych	71
2. Dr. <i>B. Jakimiak</i> : Budowa szpitali w nowych ośrodkach przemysło- wych w Rosji Sowieckiej	76
3. <i>W. B.</i> : Dobór lekarzy szpitalnych	77
4. <i>W. B.</i> : Uzdolnienia i dobór kandydatów do pracy admin. w szpitalu.	77
5. <i>W. B.</i> : Dobór personelu pielęgniarskiego	78

RÓŻNE WIADOMOŚCI:

1. Ogólne Zebranie P. T. S.	78
2. Obchód Międzynarodowego Dnia Szpitalnictwa 12 maja 1934 roku	79
3. Udział P.T.S. w pracach IV Międzyn. Kongresu Szpitalnictwa w Rzymie	79
4. Kurs uzupełniający w Szwajcarii w sierpniu 1934 roku	80
5. Nowoprzyjści członkowie Towarzystwa	81
6. Zmiana lokalu biurowego Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa	81
7. Składki członkowskie	81

BIBLIOGRAFJA:

Modern Hospital, March 1934	82
---------------------------------------	----

