

**Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická**

**Zdravotně sociální péče v Čechách v první polovině 20. století na příkladu
středočeských léčeben tuberkulózy**

Bc. Pavla Stieglerová

**Diplomová práce
2016**

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavla Stieglerová**
Osobní číslo: **H14473**
Studijní program: **N7105 Historické vědy**
Studijní obor: **Kulturní dějiny: Regionální**
Název tématu: **Zdravotně-sociální péče v Čechách v letech 1918-1948. (Na příkladu středočeských léčeben)**
Zadávající katedra: **Ústav historických věd**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Na základě literatury bude rámcová pozornost věnována nemocem působícím plošné sociální problémy (jako např. tuberkulóza). Těžiště práce bude spočívat v průzkumu možností péče, vztahu sociálního a zdravotního zabezpečení a dosažitelnosti pomoci pro nemocné ve zkoumané době. Na základě primárního výzkumu bude ukázáno jaké místo v systému zaujímal stát organizovaná péče i spolkové aktivity příslušného směru v kontextu konkrétního regionu a doby.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

Stanislav Holubec, *Lidé periferie: sociální postavení a každodennost pražského dělnictva v meziválečné době*, Plzeň 2009. ISBN 978-80-7043-834-3.

Jana Machačová - Jiří Matějček, *Nástin sociálního vývoje českých zemí 1781 - 1914*, Praha 2010. ISBN 978-80-246-1679-7.

Petr Mareš, *Sociologické nerovnosti a chudoby*, Praha 1999. ISBN 80-85850-61-3.

Hana Mášová, *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*, Praha 2005. ISBN 80-246-0908-8.

Hana Mášová - Eva Křížová - Petr Svobodný (ed), *České zdravotnictví - vize a skutečnost: složité peripetie od plánů k realizaci*, Praha 2005. ISBN 978-80-246-0944-4.

Jakub Rákosník - Igor Tomeš, *Sociální stát v Československu. Právně institucionální vývoj v letech 1918 - 1992*, Praha 2012. ISBN 978-80-87284-30-8.

Igor Tomeš, *Obory sociální politiky*, Praha 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.

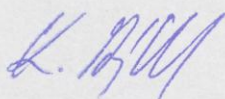
Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Marie Macková, Ph.D.

Ústav historických věd

Datum zadání diplomové práce: **30. března 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. března 2016**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.

doc. PhDr. Tomáš Jiránek, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně. V Pardubicích dne 24. 11. 2016

Pavla Stieglerová

Souhrn

Tato práce se zabývá dějinami zdravotně sociální péče v letech 1918 – 1948. Nejdříve se snaží vyložit vývoj veřejného zdravotnictví, následně se zabývá vývojem dobrovolnické (charitativní) péče. V této části se práce snaží více zaměřit na problematiku tuberkulózy a jejího léčení. V závěru této práce se nachází případová studie dvou léčeben tuberkulózy – Odborného léčebného ústavu tuberkulózy a respiračních nemocí v Nové Vsi pod Pleší a Léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici nad Sázavou. Na obou těchto příkladech je znázorněna kvalita tehdejší lékařské péče v oblasti tuberkulózy. Je sledována jejich správa, lékařské vybavení i personální obsazení léčeben.

Klíčová slova:

veřejné zdravotnictví, Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, dobrovolná péče, zdravotně sociální péče, tuberkulóza, sanatorium, léčebna, poradna, dispenzář, spolek, sociální pojištění

Abstract

This diploma thesis deals with the history of the health and social care between the years 1918 and 1948. First, it attempts to interpret the development of public health care, then it deals with the development of volunteer (charity) care. In this part the thesis focuses more closely on the problematics of tuberculosis and its treatment. In the final part of this paper, there is a case study of two tuberculosis health resorts – Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí in Nová Ves pod Pleší (Specialised tuberculosis and respiratory diseases healing institute in Nová Ves pod Pleší) and Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí in Prosečnice nad Sázavou (Tuberculosis and respiratory diseases health care in Prosečnice nad Sázavou). The quality of the former health care in the field of tuberculosis is illustrated on both of these studies. The administration, medical equipment and personnel of the health resorts are monitored.

Key words:

Public health care, The Ministry of the Public Health Care and Physical Education, volunteer care, health and social care, tuberculosis, sanatorium, health resort, counselling, dispensary, association, social insurance

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce doc. PhDr. Marii Mackové, PhD. za její cenné rady a trpělivost při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat PhDr. Danielu Doležalovi, PhD., řediteli Státního oblastního archivu v Praze, a ostatním kolegům a kolegyním za jejich podporu při mém studiu. Velké poděkování patří i mé rodině, která mě taktéž podporovala v mém úsilí.

Obsah

I. ÚVOD.....	1
I. 1. Prameny a literatura	2
II. ČESKÝ STÁT A ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V LETECH 1918 – 1948	7
II. 1. Těžké začátky v době rakousko – uherské monarchie.....	7
II. 1. 1. Zrod veřejného zdravotnictví.....	7
II. 1. 2. Nová organizace veřejného zdravotnictví	9
II. 2. Nový stát – nové možnosti	13
II. 2. 1. Státní péče o zdraví lidu	14
II. 2. 2. Lékař a jeho obec.....	18
II. 2. 3. Sociální pojištění – opora veřejné zdravotní péče	22
II. 2. 4. Doma, v nemocnici nebo v ústavu?.....	31
II. 3. Pod tíhou okupace - Veřejné zdravotnictví v době Protektorátu Čechy a Morava	41
II. 4. „Zdraví a mír všem“ – zdravotnictví v osvobozeném Československu v letech 1945 - 1948.....	45
II. 4. 1. Bod zlomu – zestátnění, centralizace, plánování.....	47
III. DOBROVOLNICKÁ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČECHÁCH V LETECH 1918 – 1948 A JEJÍ VZTAH K PROTITUBERKULÓZNÍMU BOJI	50
III. 1. „Cílená snaha konat lidem dobro“ - vývoj dobrovolnictví před a po vzniku Československého státu.....	50
III. 1. 1. Spolková činnost jako součást československého zdravotnictví.....	52
III. 1. 2. „Tuberkulóza jako nemoc nakažlivá“	54
III. 1. 3. „Do boje proti tuberkulóze!“	57
III. 1. 4. „Nezištná práce pro všechny“ - Významné zdravotně sociální spolky v boji s tuberkulózou	61
III. 1. 5. Dispenzáře – dílny preventivní medicíny.....	82
III. 1. 6. Sanatoria a ústavy.....	94
III. 2. Organizace spolkové zdravotně sociální činnosti za druhé světové války.....	97
III. 3. Doba poválečná a úplný konec dobrovolnické péče v Československu	104
IV. PŘÍPADOVÁ STUDIE – STŘEDOČESKÉ LÉČEBNÝ TUBERKULÓZY	108
IV. 1. Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici	108
IV. 1. 1. Založení „Lidového sanatoria“ a jeho hospodaření do roku 1939.....	110
IV. 1. 2. Léčebná péče v sanatoriu	116
IV. 1. 3. „Jedna rána za druhou“ – doba nacistické okupace a následné zestátnění sanatoria po roce 1948.....	120
IV. 2. Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí v Nové Vsi pod Pleší .	122

IV. 2. 1. Otevření jubilejního sanatoria na Pleši a jeho hospodaření do roku 1939...	125
IV. 2. 2. Léčebná péče v sanatoriu	130
IV. 2. 3. Život ústavu v době Protektorátu Čechy a Morava a následné období do roku 1948	134
V. ZÁVĚR	137
VI. SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY	143
VII. SEZNAM ZKRATEK	148
VIII. SEZNAM PŘÍLOH	149
IX. OBRAZOVÉ PŘÍLOHY	151
X. RESUME	158

I. ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila zdravotně – sociální péči v Čechách v první polovině 20. století se zaměřením na Středočeské léčebny tuberkulózy, které byly vystavěny jako reakce na stále se rozšiřující epidemii této nemoci. Pro tuto tematiku jsem se rozhodla na základě své pracovní specializace ve Státním oblastním archivu v Praze, která mi umožňuje nahlédnout do problematiky historického vývoje zdravotnických zařízení ve Středočeském kraji.

V první řadě je potřeba si položit otázku, zda se zaměřit na historii nemoci jako takové, či spíše na postavení člověka nemocného tuberkulózou v prostředí první republiky. Záměrně jsem se rozhodla pro druhou variantu a historii tuberkulózy přenechat lidem povolanejším. Jak vypadala zdravotní péče v Československu? Kdo na ní měl nárok? A pokud byla někomu diagnostikována tuberkulóza, jakou měl šanci dostat odbornou lékařskou péči? Proto bych ve své práci chtěla poukázat především na možnosti péče, která byla pro nemocné v této době dosažitelná a zmapovat také vztah mezi sociální a zdravotní péčí. Vnímání tuberkulózy jakožto tzv. sociální choroby totiž ke studiu takového vztahu přímo vybízí. V druhé řadě jsem se musela rozhodnout pro časové a místní ukotvení mé práce. I když název práce poukazuje na první polovinu 20. století, stěžejním obdobím jsou pro ni léta 1918 – 1939. Jelikož se však veřejná sociálně zdravotní péče mohla pohybovat výhradně v mezích zdravotnického zákonodárství, bylo pro tuto práci nutné poukázat i na období rakousko – uherské monarchie. Samostatné Československo vykazovalo totiž v oblasti zdravotnictví právní kontinuitu s předchozím režimem a tato kontinuita nebyla v některých případech změněna až do revoluce roku 1948, po kterém následoval přelom nazývaný „socializace československého zdravotnictví“. Místní vymezení této práce je orientované pouze na Čechy, zmínky o dalších částech Československa mají sloužit spíše k dokreslení a lepšímu vylíčení situace nebo dané problematiky. Oblast Slovenska a Podkarpatské Rusi je téměř úplně vyčleněna a v této práci by se neměla objevit, poněvadž tamní politický i historický vývoj šel celou dobu mírně odlišným směrem a rozsah této práce by na tak široké pojetí daného tématu nestačil.

Práce je rozdělena na tři kapitoly, které se dále dělí na podkapitoly. První kapitola s názvem „Český stát a zdravotně sociální péče v letech 1918 – 1948“ je obecnějšího charakteru a pojednává o vývoji zdravotního zákonodárství a o postoji státu, jeho správy a

obecní samosprávy k léčení chudých nemocných. Kapitola začíná z hlediska časového zařazení ještě v době rakousko – uherské monarchie a končí podkapitolou o zestátnění veřejného zdravotnictví v roce 1948. Druhá kapitola je již úžeji zaměřená a pod názvem „Dobrovolnická zdravotně sociální péče v Čechách v letech 1918 – 1948 a její vztah k protituberkulóznímu boji“ se věnuje vývoji myšlenky dobročinnosti a významným dobrovolným spolkům, které měly jako jeden z hlavních bodů své práce boj s tuberkulózou. V této kapitole je také nastíněn pojem tuberkulózy jakožto sociální choroby. V několika podkapitolách jsou vysvětleny i způsoby boje s touto chorobou, hlavně zavádění dispenzářů, stavba dobročinných sanatorií a ústavů.

Poslední kapitola je věnována případové studii, ve které jsem se pokusila nastínit konkrétní existenci dvou dobročinných sanatorií na území Středočeského kraje – Odborného léčebného ústavu pro nemocné plicními chorobami v Nové Vsi pod Pleší a Léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici nad Sázavou. Oba tyto ústavy již zanikly nebo změnily své zaměření, ale v době tzv. první republiky patřily v oblasti léčby tuberkulózy ke špičkám ve svém oboru. Odborný léčebný ústav v Nové Vsi pod Pleší byl prvním svého druhu na území Čech a léčebna v Prosečnici byla zase největším ústavem na tomto území. Studie každé z léčeben je rozdělena zvlášť na správu a hospodaření daného ústavu a zvlášť na léčebnou péči, kterou poskytovaly nemocným. Cílem této studie je přiblížit čtenáři prostředí a péči, kterou nacházeli pacienti v léčebnách tohoto druhu.

I. 1. Prameny a literatura

Literatury, která by se zabývala oborem zdravotně – sociální péče, není mnoho a jedná se především o dobové autory. O tom, jakým způsobem se tříbily tyto dva pojmy a postupně se spojovaly v jeden celek, se můžeme dočíst např. v knize JUDr. Antonína Tůmy *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní zvláště péče o mládež*.¹ Tato kniha také dobře poukazuje na nové postavení sociální péče, jakožto složky ne již represivní, ale spíše preventivní. Se zdravotně – sociální péčí je úzce spjat pojem sociálního lékařství, o kterém široce pojednává Dr. Hynek Pelc ve své práci *Sociální lékařství*.² Obecně o historii sociální politiky v Čechách pojednává kniha Jakuba Rákosníka a Igora Tomeše *Sociální stát v Československu*, v níž je jedna kapitola věnovaná i zdraví, otázka sociálně – zdravotní se

¹ Tůma, Antonín. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní, zvláště péče o mládež*. V Praze: Vyšší škola sociální péče, [1936]. 238 s.

² Pelc, Hynek. *Sociální lékařství*. V Praze: Melantrich, 1937. 417, [II] s. Vysokoškolské rukověti. II, Řada spisů lékařských; sv. 7.

však v této knize objevuje vícekrát.³ Dále se tomuto tématu věnují například Pavla Kodymová ve svém díle *Historie české sociální práce v letech 1918 – 1948*.⁴ Složitou otázku zdravotnického zákonodárství dlouhodobě řešil Richard Bébr, který byl ve své době považován za skutečnou kapacitu v oboru.

Při bližším prozkoumání vychází jasně najevo fakt, že tuberkulóza byla problémem, který sužoval především chudé a sociálně slabé. Fenomémem tuberkulózy jakožto sociální choroby se zabývali průkopníci této myšlenky, jako např. Jaroslav Hůlka nebo František Hamza.⁵ Obecně o postavení chudých ve společnosti se dočteme v knize Milana Hlavačky a kol. *Chudinství a chudoba jako sociálně historický fenomén*.⁶ Vyloženě historickou prací na toto téma je dílo Stanislava Holubce *Lidé periferie*.⁷ Otázce zdravotnictví se však věnuje pouze ve zkratce a uvádí spíše několik zajímavostí a kuriozit, které však pomáhají dokreslit tendence v tehdejší společnosti.

O práci jednotlivých spolků a o činnosti jejich léčeben nejlépe informují jejich výroční zprávy. Vydávání výročních zpráv byla v době první republiky obvyklá věc, která nejen informovala veřejnost o existenci spolku a jeho činnosti, ale především měla přilákat nové sponzory a dobrovolníky pro svou myšlenku. Dokladem o činnosti léčebny v Prosečnici nad Sázavou jsou také spisy vydávané k významným výročním spolkům.⁸

Důležitým informačním zdrojem mé práce jsou archivní fondy léčeben tuberkulózy, které provozovaly svou činnost na území dnešního Středočeského kraje. Prvním z nich je archivní fond Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Prosečnice, který je uložen ve Státním oblastním archivu v Praze. Tento fond vznikl z činnosti léčebny a obsahuje dokumenty z let 1926 – 1999, kdy ústav svou činnost ukončil. Jeho dokumenty byly uloženy

³ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor a kol. *Sociální stát v Československu. Právně – institucionální vývoj v letech 1918 – 1992*. Praha: Auditorium, 2012. 416 s.

⁴ : Kodymová, Pavla. *Historie české sociální práce v letech 1918 – 1948*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2013. 132 s.

⁵ Hůlka, Jaroslav. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*. Praha: Ústředí Masarykovy ligy proti tuberkulóze, 1922. 472 s. Hamza, František. *K výchově sociálních lékařů v boji protituberkulosním*. Praha: vl.nákl., [19--?]. 40 s.

⁶ Hlavačka, Milan a Cibulka, Pavel. *Chudinství a chudoba jako sociálně historický fenomén: ambivalence dobových perspektiv, individuální a kolektivní strategie chudých a instrumentária řešení*. Praha: Historický ústav, 2013. 623 s. Práce Historického ústavu AV ČR = Opera Instituti Historici Pragae. Řada A, Monographia; sv. 46. ISBN 978-80-7286-225-2. Z dnešních autorů se tématu chudoby dotýká dále práce Zdeňky Stoklasové, např. Stoklasová, Z. *Zákonné rozlišení domácích a cizích*. In *Český časopis historický* 2, 2004, s. 297 – 341, ISSN 0862-6111.

⁷ Holubec, S. *Lidé periferie: sociální postavení a každodennost pražského dělnictva v meziválečné době*. Plzeň, 2009.

⁸ Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřitelem lidstva: činnost spolku "Humanita" a jeho sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1926*. Praha: Humanita, 1927. 85 s., 1 list, 8 ins. listů. Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu: Činnost spolku "Humanita" a sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1932: Pocta životnímu dílu Václava Johanise*. Praha: Humanita, 1932. 156 s.

v prostorách samotné léčebny až do jejího zániku roku 1999, kdy byly dokumenty převezeny do Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze 4 – Krč. Odtud byly dokumenty ústavu předány do péče Státního oblastního archivu v Praze.

Fond léčebny je zpracován a má sepsaný inventář, který je momentálně v závěrečné fázi schvalování. Jeho pořádání a inventarizace proběhly v letech 2014 – 2015. Z hlediska časového rozložení dokumentů je fond poměrně nevyvážený. I když léčebna v Prosečnici vznikla již roku 1922, nedochovaly se v archivním fondu žádné písemnosti z tohoto období a jen velice málo písemností, které by se daly časově začlenit před rok 1948. Dokumenty z období po zestátnění jsou již mnohem bohatší a tak lépe poukazují na fungování tohoto léčebného ústavu. Fond má celkově 2 bm a obsahuje 3 knihy, 10 podacích deníků a 15 kartonů.⁹

Při pořádání fondu muselo být použito umělé pořádací schéma, jelikož se žádné původní nedochovalo. Ačkoliv léčebna v Prosečnici disponovala vzorovým Skartačním plánem pro ústavy národního zdraví (inventární číslo 114 - Spisový řád a skartační plán), který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ve svém Věstníku MZ č. 1/1978, spisové znaky téměř neužívala. Uměle vytvořené schéma obsahuje Evidenční a registraturní pomůcky, spisy a účetní materiál. Evidenční a registraturní pomůcky zahrnují podací protokoly, které jsou seřazeny chronologicky. Spisový materiál tvoří nosnou informační část celého fondu a je rozdělen podle věcných skupin na Správní a organizační záležitosti, Zdravotní péči, Investice a údržbu a nakonec na Ekonomiku a finance. Časový rozsah Spisového materiálu se pohybuje v rozmezí let 1955 – 1999. Účetní materiál zahrnuje tři účetní rozvahy z let 1926 – 1939. Právě tyto rozvahy posloužily v této práci jako jedny z mála k dokreslení fungování léčebny před zestátněním ústavu roku 1948.¹⁰

Fond svým malým rozsahem i obsahovou nevyvážeností dozajista neodpovídá významu největší léčebny tuberkulózy na území tehdejšího Československa. Četnost pramenů z počátečních 20 let jistě ovlivnil i fakt, že v době druhé světové války obsadily léčebnu jednotky SS, které zde zřídily důstojnickou školu a fakticky tak přerušily činnost léčebny na několik let.

Druhým významným pramenem je archivní fond Odborného léčebného ústavu tuberkulózy a respiračních nemocí Nová Ves pod Pleší. Tento fond je také uložen ve Státním oblastním archivu v Praze. Tento fond vznikl z činnosti sanatoria v Nové Vsi pod Pleší a z

⁹ Stieglerová, Pavla; Šumová, Martina. Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Prosečnice 1926 – 1999. Inventář, 2015. Bez ev. č., s. II.

¹⁰ Tamtéž, s. 8.

činnosti Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami, který byl zřizovatelem jmenovaného ústavu. Dokumenty byly po dobu existence sanatoria uloženy v jeho prostorách.

Archivní fond zahrnuje období od vzniku sanatoria roku 1916 do jeho zániku v 70. letech 20. století, kdy sanatorium výrazně změnilo sféru svého lékařského zaměření. Nacházejí se zde i dokumenty s přesahem do doby před postavením sanatoria (1910 – 1915), kdy byly teprve sháněny finanční prostředky na jeho výstavbu. Fond obsahuje časově i obsahově poměrně ucelenou škálu dokumentů, které vypovídají o léčebné i správní činnosti ústavu.

Archivní fond v současné době měří 4,64 bm a je veden jako nepracovaný materiál. Je uložen v nečíslovaných kartonech. K jeho pořádání je užíváno umělé pořádací schéma, jelikož nebylo dosud zjištěno žádné schéma původní. Schéma prozatím tvoří spisový materiál a účetní materiál. Spisový materiál obsahuje především protokoly ze schůzí kuratoria a výboru sanatoria z let 1916 – 1939, revizní zprávy ředitele sanatoria z let 1920 – 1939 a různá nařízení a vyhlášky ředitele sanatoria z let 1920 – 1951.

V současné době je fond z důvodu nezpracovanosti nepřístupný. Jeho uspořádání je plánováno na rok 2017.

Dále jsem ve své práci využila archivní fond Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, Praha, který je uložen v Národním archivu. Tento fond vznikl z činnosti ministerstva veřejného zdravotnictví v letech 1918 – 1938. Archivní materiál byl do roku 1954 uložen u tehdejšího ministerstva zdravotnictví a ve Státním muzeu československé tělesné výchovy a sportu. Dokumenty byly předány do Státního ústředního archivu ve třech časových intervalech let 1954, 1957 a 1959.

Ke zpracování a inventarizaci fondu došlo v letech 1960 a 1989 a jejich výsledkem jsou dvě archivní pomůcky¹¹, které obsahují 3804 inventárních jednotek, z toho 417 knih a 1110 kartonů.¹² Inventarizovaná část fondu měří 154,5 bm a nezpracovaná 12 bm.

Pořádání archivního materiálu probíhalo podle spisového plánu původce, který rozděloval dokumenty presidiální spisovny a všeobecné spisovny na několik dalších podskupin. Obě skupiny dokumentů se měly tři manipulační období: I. manipulační období

¹¹ Helešicová V.-Kacůrková A.: *Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, 1918 - 1938, SV.1.. Inventář, 1960, s. 271, ev.č. 242.*; Helešicová V.-Kacůrková A.: *Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, všeobecná spisovna, 1918 - 1938, SV. 2.. Inventář, 1960, s. 355, ev.č. 243.*

¹² Helešicová V.-Kacůrková A.: *Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, 1918 - 1938, SV.1.. Inventář, 1960, ev.č. 242, s. 8.*

1918 – 1919, II. manipulační období 1920 – 1928 a III. manipulační období 1929 – 1938. Pořádací schéma je rozděleno na knihy (pomocné knihy, úřední knihy) a presidiální spisy.

Tento fond sloužil v mé práci především pro možnost uvedení konkrétních příkladů k obecným faktům, které se nacházejí v literatuře. Obsahuje nejen informace o organizaci veřejného zdravotnictví, ale také o dobrovolné zdravotní a sociální činnosti v Československé republice, jelikož dobrovolné organizace často žádaly o subvence právě skrze ministerstvo veřejného zdravotnictví. Pokud dostaly subvence, musely se podřídit určitému dohledu, který umožňoval kontrolu nakládání se získanými dotacemi. Fond tedy obsahuje množství zpráv a výkazů o činnosti zdravotnických ústavů, statistiky a korespondenci nejen se státními, ale i soukromými organizacemi.

Posledním významným fondem pro tuto práci byl fond Masarykova liga proti tuberkulóze, Praha, který je uložen v Národním archivu. Fond vznikl z činnosti Masarykovy ligy proti tuberkulóze v letech 1920 – 1951. Písemnosti Masarykovy ligy byly pravděpodobně roku 1951 předány Československému Červenému kříži, se kterým se toho roku liga sloučila. Roku 1982 se torzo těchto dokumentů dostalo do Státního ústředního archivu. Archivní fond má 0,5 bm a je uložen ve 4 kartonech. Toto malé torzo obsahuje 44 inventárních jednotek. Jedná se pouze o spisový materiál.¹³

Fond obsahuje jen malý zlomek dokumentů této kdysi tak významné instituce. Většina dochovaných dokumentů se navíc týká až konce existence Masarykovy ligy. Z doby jeho největší slávy se zachovaly pouze stanovy a několik protokolů ze schůzí dispenzářové komise. Spisový materiál je rozdělen do věcných skupin na - spisy ústředí MLPT, spisy odborů MLPT, spisy týkající se sloučení MLPT s Československým Červeným křížem a tiskovou dokumentaci k činnosti MLPT.

Archivní materiál je inventarizován od roku 1987, fond je nyní přístupný.

¹³ Milotová J.: *Masarykova liga proti tuberkulóze 1920 - 1951*. Inventář, 1987, ev.č. 1195, s. 3 – 4.

II. ČESKÝ STÁT A ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V LETECH 1918 – 1948

II. 1. Těžké začátky v době rakousko – uherské monarchie

I když byla tuberkulóza nemocí, která trápila obyvatelstvo této země po staletí, záměrem této práce je vykreslení období zhruba třiceti let od vzniku samostatného Československa v roce 1918. Není však možné začít bez jisté reflexe z doby těsně předcházející.

Za určitou „startovací čáru“ se nabízí revoluční rok 1848, který znamenal prolomení ledů nejen na půdě politické a společenské ale také zdravotnické. Proti řadě epidemických nemocí se začalo bojovat nejen cestou vědeckého pokroku, ale také hygienických opatření a striktní prevence. Lékařská věda odstartovala tehdy skloňování takových pojmů jako důkladná dezinfekce, izolace nemocných, kvalita vody atd., jejichž důsledné dodržování výraznou měrou přispělo k péči o zdraví obyvatel. Většina společnosti, a to nejen té lékařské, si navíc začala uvědomovat, že zdravotní stav obyvatelstva je ve velké míře silně spjat se sociálním statutem nemocného. Není se čemu divit, vždyť právě pro sociálně slabé byly výše zmíněné pojmy jako kanalizace, izolace nemocného od zbytku rodiny nebo čisté pracovní prostředí těžko splnitelnými podmínkami. Přitom právě tyto podmínky spolu s povinným očkováním stály za výsledkem, že české země dokázaly konečně úspěšně bojovat s takovými nemocemi, jako byly neštovice nebo břišní tyfus.

II. 1. 1. Zrod veřejného zdravotnictví

Jak bylo výše uvedeno, důležitým mezníkem v oboru zdravotní péče byla revoluční léta 1848/49. Této alespoň na krátko uvolněné doby využili lékaři a ranhojiči spolu s některými vzdělávacími institucemi k publikaci svých reformních návrhů, svobodné diskusi v otázkách veřejného zdravotnictví, reformě studia různých lékařských oborů atd. Krátké období bez cenzury jim umožnilo i nově se seznamovat s přístupy a návrhy zahraničních kolegů.¹⁴ S pocitem nově nabyté svobody vyvstala poprvé i představa možnosti změnit stávající poměry. Lékařská fakulta začala připravovat konferenci, jejímž hlavním tématem

¹⁴ Názorným příkladem může být příloha časopisu pražské lékařské fakulty *Forum für Medicinalangelegenheiten im Interesse des Gemeinwohls und des ärztlichen Standes (Forum pro zdravotnické záležitosti v zájmu veřejného blaha a lékařského stavu)*. Více: Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004.347 s., obr. příl.

měly být požadavky lékařů ohledně reorganizace veřejného zdravotnictví.¹⁵ Některé z těchto požadavků se staly ještě naléhavější, když byl 7. září 1848 císařem vyhlášen patent o zrušení roboty a ostatních poddanských povinností. Otázky zřízení lékařských okresů či obvodů s placeným lékařem a reforma chudinské zdravotnické péče se v tomto okamžiku staly nejen záležitostmi akademické diskuse, ale nutné a na poplach bijící reality. Již zmíněný patent totiž ve své podstatě zrušil dosavadní patrimoniální zřízení a připravil tak soudní, berní i politickou správu o svou nejnižší instanci. Tato situace se samozřejmě týkala i početné skupiny zdravotníků, kteří bývali předtím ve vrchnostenských službách. Tato služba jim zajišťovala stálý příjem, bez něhož by na venkově mohli jen těžko plnit své povinnosti a poskytovat bezplatnou zdravotní péči chudým.¹⁶

Naléhavá situace si žádala rychlé řešení a z toho důvodu začala lékařská fakulta atakovat vídeňské Ministerstvo vnitra i České gubernium svými návrhy na novou organizaci veřejného zdravotnictví v Českých zemích. České gubernium, od roku 1849 přejmenované na místodržitelství, zareagovalo až v březnu následujícího roku a to pouze v otázce zabezpečení nejnütnějších výloh na platy a zdravotnické potřeby bývalých vrchnostenských lékařů a ranhojičů. Ministerstvo vnitra nezareagovalo vůbec. K diskusi ho přiměl až faktický rozklad veřejného zdravotnictví, který již nebylo možno ignorovat.¹⁷ Výsledek se dostavil až na podzim roku 1850, kdy byla ustanovena zdravotní komise při Českém místodržitelství, která měla sloužit jako poradní a posudkový orgán a která měla zajistit začlenění zdravotní správy do nově vytvořeného správního systému. Na počátku roku 1850 byl totiž v Čechách zredukován počet krajů z 16 na 7, což vedlo k rapidnímu snížení počtu krajských lékařů (krajští ranlékaři byli zrušeni úplně). Český byrokratický aparát se ještě nestačil vypořádat s touto transformací, když pět let poté přišla nová změna správního rozdělení – 7 krajů se 79 okresy bylo vystřídáno 13 kraji s 208 okresy. Tyto reformy bohužel přinesly ve svém důsledku především další krizi v již tak dost poškozeném systému zdravotní správy.

Tato smutná bilance dokládá, že revoluční období let 1848/49 představovalo sice významný posun názorový, nikoliv však faktický. Na ten si muselo rakousko - uherské zdravotnictví ještě nějakou dobu počkat.

¹⁵ Kongres měl být uspořádán v rámci oslav šestistého výročí založení pražské univerzity, s ohledem na nadcházející revoluční události v Praze a Vídni se však oslavy zrušily a kongres se nakonec nikdy neuskutečnil. Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 123.

¹⁶ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 123.

¹⁷ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 124.

II. 1. 2. Nová organizace veřejného zdravotnictví

Teprve prosincová ústava z roku 1867, která se konečně pokoušela dát novou pevnou kostru politickému aparátu, umožnila obrodu zdravotnické správy v Českých zemích. Tehdejší situace na poli zdravotnictví vypadala následovně: na vrcholu pyramidy stálo (jako už předtím) Ministerstvo vnitra, při zemských místodržitelstvích byly poradními orgány zemské zdravotní rady složené ze zemských zdravotních referentů a dalších členů. Země pak byly dále rozděleny jen na okresy, protože kraje z nového systému zmizely.¹⁸ Toto územněsprávní rozdělení z hlediska zdravotní správy vydrželo i následný přerod z monarchie na republiku.

Významný mezník představovalo vydání zdravotního zákona č. 68 ř. z. ze dne 30. dubna 1870, jehož návrh měl na starosti pro tento účel speciálně zřízený Výbor pro zdravotnickou reformu.¹⁹ Díky tomuto zákonu se podařilo po delší době právně zakotvit práva a povinnosti jednotlivých složek státní správy a samosprávy z hlediska veřejného zdravotnictví. Tím nejdůležitějším byl bezpochyby vznik instituce okresního lékaře při okresních úřadech a povinnosti samosprávných orgánů k zorganizování sítě obecních lékařů. Příliš malé obce, které neměly finance na vlastního obecního lékaře, se mohly sdružovat do obvodů a zřídit si tak společného obvodního lékaře.²⁰ Státní zdravotní správa však byla stupňovitá a dosahovala až do nejvyšších pater politické správy.²¹ Zákon tedy počítal nejen s částečně přenesenou působností na obce a následně s péčí na úrovni okresů, ale také se zřízením tzv. zemské zdravotní rady se zdravotními referenty. Na centrální úrovni (u ministerstva vnitra) zaštiťovala novou zdravotní správu nejvyšší zdravotní rada spolu s referentem zdravotních záležitostí.²²

V zemích Koruny české bylo ustanoveno 41 okresních lékařů. Instituce okresního lékaře tvořila stálý zdravotní orgán okresního hejtmanství a její pravomoci se dotýkaly oblasti hygienické, preventivní i protiepidemiologické.²³ Je třeba však mít na paměti, že prevence byla stále ještě od léčebné péče striktně oddělována a zákon z roku 1870 na tomto úzu zatím nic neměnil. Jedinou výjimku tvořili obecní chudí (především nalezenci, hluchoněmí a tzv.

18 Čechy byly rozděleny na 89 okresních hejtmanství, Morava na 30 a Slezsko na 7, některé velké okresy však časem čekalo další dělení, takže v roce 1908 se poměr v jednotlivých zemích změnil na 98 ku 34 ku 9.. In: Hledíková Zdeňka, Janák Jan, Dobeš Jan. *Dějiny správy v českých zemích od počátku státu do současnosti*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2007, s. 277.

19 Zákon č. 68/1870 ř. z., o organizaci veřejné služby zdravotní ze dne 30. 4. 1870.

20 Zákon č. 68/1870, §§ 3 – 8.

21 Tamtéž, § 6 – „Vykonávatí státní moc a působnost ve věcech zdravotních přísluší politickým úřadům.“

22 Tamtéž, §§ 6, 9 – 13, 15 – 18.

23 V Čechách to bylo 27 okresních lékařů, na Moravě 10 a ve Slezsku 4. In: Svobodný P., Hlaváčková L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 126.

„pomatenci“), na které bylo pamatováno v § 3. Zmíněný paragraf ukládal obcím povinnost vést tyto lidi v evidenci a zaopatřit jim nejzákladnější péči.²⁴ I tato péče o chudé však měla své hranice. Např. pobyt ve veřejné nemocnici a tzv. nedobytné léčebné (ošetřovací) výlohy nešly na vrub obecní kasy, tedy alespoň ne od roku 1855.²⁵ Veřejné nemocnice představovaly již v této době instituci, která měla povinnost přijímat osoby bez ohledu na národnost, příslušnost i náboženství, pokud měly tuto péči opravdu zapotřebí. Náhradou za to jim byla udělena záruka, že tzv. nedobytné ošetřovací výlohy budou hrazeny z veřejných prostředků. Aby mohl nemocnicím nadále zůstat ráz všeobecnosti a veřejnosti a přitom aby obce nebyly ruinovány poplatky za léčení a ošetřování chudých, přecházela tato povinnost postupně na kraje (od roku 1825) a následně na země (od 1. listopadu 1855), do které ošetřovanec příslušel. Od roku 1888 mohla nemocnice žádat příspěvek za každý ošetřovací den, jehož výše se odvíjela od tzv. léčebných tříd, od zemského nemocničního fondu.²⁶ Nutno ovšem dodat, že zemský fond hradil chudým nemocným pouze tu nejlevnější, tedy III. léčebnou třídu.²⁷

Obcím se díky tomu mohlo žít o něco snadněji. Existovaly sice výjimky z pravidla náhrady léčebných výloh zemskými úřady, ale ty měly vždy spíše ojedinělou povahu. Domovská obec byla například povinna částečně uhradit léčebné výlohy u pacienta, kterého se nemocnice rozhodla propustit, ale byl označen za nevléčitelně nemocného a nemohl se sám o sebe postarat. I těmto výlohám se však mohla vyhnout, pokud se rozhodla si takto nemocného pacienta převzít do svého ošetřování. Pokud se ale obec rozhodla tak neučinit nebo to nestihla ve stanovené lhůtě, byla povinna uhradit léčebné výlohy za každý den v nemocnici ze své pokladny.²⁸ Vedle nich obci příslušela ještě povinnost ze zákona č. 19/1888 – uhradit náklady za tzv. terapeutické pomůcky, což znamenalo všechny pomůcky, které pacient dostal při odchodu z nemocnice a bez kterých by se neobešel (jako např. brýle, umělé nohy, břišní nebo kýlní pásy).²⁹

V oblasti instituce obecních lékařů bylo nutné posečkat na vydání příslušných zemských zákonů, které by bezprostředně navazovaly na již zmíněný říšský zákon. Z Českých

²⁴ Zákon č. 68/1870, § 3.

²⁵ Stanoveno na základě výnosu ministerstva vnitra ze dne 6. března 1855, č. 6382 a zákon č. 19 čes. z. z. ze dne 5. března 1888. Bébr, Richard. *Povinnost obcí hraditi ošetřovací výlohy v ústavech léčebných a humanitních a výlohy za choroby nakažlivé*. Rich. Bébr. Praha, 1932, s. 6.

²⁶ Tamtéž, s. 5 – 6.

²⁷ Niklíček, Ladislav a Štein, Karel. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Zdravotnické nakladatelství Avicenum 1985, s. 198.

²⁸ Jen pro upřesnění: průměrné ošetřovací výlohy za osobu a den se v letech 1902 – 1905 pohybovala v rozmezí 1,99 až 2,19 K. Pelc, Hynek. *Zpráva o poměrech a zařízeních zdravotních v Království českém za léta 1902 – 1905*. Nákladem c. k. místodržitelství v Praze, s. 119.

²⁹ § 4 odst. 2. zemského zákona č. 19/1888. Více: Bébr, R. *Povinnost obcí hraditi ošetřovací výlohy*, s. 7.

zemí byla nejrychlejší Morava, která vydala svůj zemský zdravotní zákon roku 1884, Čechy přišly se svým zákonem až o 4 roky později.³⁰ Hlavním úkolem obou zákonů byla specifikace uspořádání zdravotní služby v obcích. Obecní lékař byl zaměstnancem obecního zastupitelstva a byl placen z obecní kasy. Povinnost zříditi si obecního lékaře měla každá obec nad 6000 obyvatel. Funkce lékaře ve městech se zvláštním statutem se rovnala té, kterou zastávali okresní lékaři. Stejně jako okresní nebo městský lékař měl i ten obecní především povinnost dohlížet na prevenci, hygienu a osvětu, ovšem v daleko menším měřítku. Ve chvíli vypuknutí jakékoliv epidemie měl dohlížet na očkování zdravých a začít s léčením všech nakažených. Dohlížel na čistotu vody a hygienické podmínky v obci vůbec. Obecní lékař představoval ve vesnici velkou autoritu a předpokládalo se, že se bude zapojovat i do veřejného dění v obci. Bohužel jeho významu neodpovídal přidělený plat (ten tehdy odpovídal zhruba platu řídícího učitele). Za stanovených 400 zlatých nemohl lékař uživit sebe ani svou rodinu.³¹ Byl tedy nucen vykonávat vedle státní služby i soukromou praxi. Okresní lékaři na tom byli o něco lépe, jejich plat se pohyboval od 800 do 1200 zlatých ročně. Bylo pak na svědomí každého lékaře, aby dokázal tyto dvě služby skloubit ve prospěch obce a ne např. dobře placeného zákazníka. Zemský zdravotní řád navíc ukládal těmto lékařům velké množství povinností, které nebylo možné vždy plnit. Přes tyto značné trhliny znamenala nově vytvořená hustá síť státem dotovaných zdravotníků velký pokrok a přístupnou zdravotní péči pro značnou část obyvatelstva českých zemí. Nově nastolený systém zdravotních obvodů vydržel v této podobě více méně až do roku 1948, kdy podobu československého zdravotnictví zcela změnily socialistické reformy.³²

Vypracování systému úředních lékařů však nebylo jediným problémem, který visel jako pomyslný Damoklův meč nad veřejným zdravotnictvím rakousko – uherské monarchie. Císařský patent z roku 1848 uvolnil obrovskou masu venkovského obyvatelstva, která se jako přílivová vlna postupně začala řinout do měst s vidinou snadnějšího (nebo alespoň nějakého) výdělku. Do té doby nijak významná vrstva chudinského obyvatelstva – dělníci – začala velmi záhy nabírat na intenzitě a důležitosti. Valná část z nich však pracovala v otřesných podmínkách továren, lomů, loděnic, dolů a jiných velkých podniků, které naprosto tristním způsobem likvidovaly zdraví svých zaměstnanců.

³⁰ Zemský zákon z 23. 2. 1888, č. 9 čes. z. z., pozměněný v § 8 zákonem z 6. 1. 1893, č. 9 čes. z. z. Běbr Richard, Chaloupka Rudolf. *Československé zdravotnické zákony s příslušnými prováděcími předpisy. I. díl.* Praha: Československý kompas, 1937, s 219.

³¹ Za existenční minimum pro šestičlennou rodinu se tehdy považovalo 500 zlatých ročně. In: Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 132. O služném lékařů se zmiňuje §8 zákona č. 9/1888 čes. z. z. Podrobněji Běbr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 224.

³² Mezi léty 1901 - 1902 čítaly České země dohromady 1126 zdravotních obvodů a 211 obcí s obecním lékařem. In: Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 131.

Nově se rozrůstající vrstva městské chudiny zapříčinila rozvoj tzv. sociální politiky, jejíž zdravotnická část se odehrávala především ve dvou rovinách. Tu první představovala ochrana veřejného zájmu. Na nejnižší úrovni to ve smyslu zákona č. 68/1870 znamenalo především ochranu veřejných míst, kanálů, vod, mrchovišť, hřbitovů a tržišť prostřednictvím zdravotní policie. Obecně pak můžeme mluvit o ochraně proti epidemiím³³, ochraně veřejné hygieny a zdraví při práci či o pomoci při přírodních nebo společenských katastrofách. Druhá rovina byla založena na individuální zdravotní péči, která byla soukromou záležitostí každého jednotlivce. Právě tato péče dala podnět k zavedení úrazového a nemocenského pojištění, které mělo základ již v dřívější síti podpůrných pokladen. Systém nemocenských pokladen vycházel z císařské legislativy, ale režim jejich vedení nebyl právně ucelený. Existovaly pokladny hornické, cechovní, podnikové a svépomocné a jejich hlavním úkolem bylo zajištění finanční podpory pro dělníky v době nemoci, invalidity a úmrtí. Dále mohly zajišťovat dávky starobní, sirotčí, vdovské nebo v nezaměstnanosti.³⁴ Ve srovnání s ostatními však trvale stála na nejvyšším žebříčku podpora v nemoci.³⁵ Z tohoto důvodu bylo ve vídeňském cechovním řádu z 18. února 1810 zakotveno, že zaměstnavatel se musel o svou čeled' postarat i v době nemoci a to po dobu tří týdnů. Pokud však tuto nemoc zapříčinil sám zaměstnavatel, musel hradit veškeré náklady na léčení. Díky dekretu dvorské kanceláře z 18. února 1837 měli tuto povinnost následně i továrníci, živnostníci i obchodníci. Tento dekret zajišťoval všem dělníkům i tovaryšům hrazenou péči po dobu až jednoho měsíce ve veřejné nemocnici.³⁶

I když lze nemocenské pokladny považovat za značný krok kupředu, stále je třeba mít na paměti, že byly dostupné jen zhruba polovině továrních dělníků a nedostatečná zákonná unifikace zapříčinila i velkou rozkolísanost v počtech pojištěnců napříč různými obory. Rozdíly v počtu pojištěných dělníků byly patrné také tehdy, pokud šlo o malovýrobu nebo naopak o velký podnik. Ucelenější podobu dělnického pojištění přinesly až reformy Taafeho vlády v podobě zákona č. 1/1888 ř. z., o povinném úrazovém pojištění dělníků a výkonných úředníků a následný zákon č. 33/1888 ř. z., o pojištění dělníků pro případ nemoci.³⁷ Zákon se

³³ Speciálně pro tyto případy byl vydán zákon ze dne 14. 4. 1913, č. 67 ř. z., o zamezení a potlačení přenosných chorob.

³⁴ Každý typ pokladny byl svázán s konkrétním právním předpisem. V polovině 19. století se jednalo především o horní řád z roku 1854 (v případě horních pokladen) a živnostenský řád z roku 1859 (v případě cechovních a závodních pokladen). Více: Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 68 – 70.

³⁵ Např. v rámci svépomoci vydávaly odborářské organizace největší částku na podporu v nemoci (37%), pak teprve v nezaměstnanosti (29%) a v invaliditě (13%). Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 70.

³⁶ Tamtéž, s. 65 – 68.

³⁷ I přes zásadní význam těchto zákonů se zmíněné reformy netýkaly všech dělníků bez výjimky. Předním kritériem byla práce se stroji nebo v nebezpečném provozu. Např. zemědělství dělníci byli takto z úrazového

vztahoval na všechny dělníky, kteří pracovali v podnicích provozovaných podle živnostenského řádu, a na zaměstnance železnice. Parametry možné podpory v nemoci vypadaly po vydání příslušného zákona zhruba takto: výše nemocenského příspěvku se měla rovnat 60% mzdy, která byla pro daný okres obvyklá (jeho výši určovala okresní státní správa). Doba nemoci však musela přesáhnout tzv. karenční lhůtu, což znamená, že musela trvat déle jak tři dny. Avšak ani tato podpora nebyla ještě zcela spravedlivá. Výše dávek se určovala ne ze mzdy konkrétního nemocného dělníka (respektive z jeho placených příspěvků), ale z průměrné mzdy, která byla pro kategorii daného podniku paušálně stanovena. Výplata dávek byla povinná jen po dobu dvaceti týdnů.³⁸

Rozhodovalo také to, s jak velkým a stabilním obnosem mohly jednotlivé pokladny počítat. Pokud byla jejich bilance stabilní, mohly si podniky dovolit vyplácet i 75% mzdy a prodloužit vyplácení podpory až na dobu jednoho roku. Pro případ úmrtí pojištěnce měli pozůstalí nárok na jednorázové pohřebné, které čítalo dvacetinásobek denní mzdy.³⁹ Součástí nemocenského pojištění byla i úhrada lékařského ošetření u lékaře nebo v nemocnici a také finanční hrazení předepsaných léků. Pojištěnec měl ale nárok na placenou zdravotní péči pouze v těch nemocnicích, se kterými měla jeho nemocenská pokladna podepsanou smlouvu.⁴⁰ Zákon ustanovil šest druhů nemocničních pokladen, přičemž vycházel z již dříve zavedené tradice.⁴¹ Myšlenka nemocenského pojištění totiž nevznikla roku 1888 na tzv. „zelené louce“, ale obsahovala mnoho prvků, které byly používány již dávno předtím. Proto byly druhy nemocenských pokladen převzaty podle již existujícího vzoru. Bohužel se takto nastavené velké množství pokladen ukázalo jako nevhodné a nakonec se z něj stal jeden z největších defektů jinak velice vyspělého systému. Na svou změnu si nemocenské pojištění muselo počkat až do vzniku samostatného Československa.

II. 2. Nový stát – nové možnosti

Nový stát – samostatné Československo – se zrodil v poměrně složité historické době. Země se musela vypořádat s následky první světové války, která znamenala drastický zásah do všech odvětví lidské existence, zdravotnictví nevyjímaje. Velká část jejího obyvatelstva byla v zuboženém zdravotním stavu zapříčiněném podvýživou, nevyhovujícími hygienickými

pojištění vyloučení do té doby, než došlo k rozmachu strojové výroby v zemědělství. Více: Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 71 – 72.

³⁸ Tamtéž, str. 72 – 73.

³⁹ Zákon č. 33/1888, § 6.

⁴⁰ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 73.

⁴¹ Zákon č. 33/1888, § 11. Jednalo se o pokladny – živnostenské, závodní, okresní, spolkové, stavební a bratrské.

podmínkami a špatnými sociálními poměry. Právě tato vrstva obyvatelstva byla výrazně oslabena v boji se společensky determinovanými nemocemi jako byla například tuberkulóza. Právě ta se totiž po válce velmi intenzivně rozšířila. Stejně tak tomu bylo i u pravých neštovic, které se podařilo úspěšně vymýtit už v roce 1919 zavedením povinného očkování. Na to si však museli tuberkulózou postižení pacienti teprve počkat.⁴²

K neutěšené situaci bylo nutné připočítat ještě fakt, že se jednalo o kompilát nejen Českých zemí, ale nově i východní části republiky (myšleno Slovensko a Podkarpatskou Rus). Nová republika se musela v celé své šíři vypořádat s výraznými rozdíly mezi západem a východem svých hranic. Na druhou stranu měl nový stát tu výhodu, že mu po zaniklé rakousko – uherské monarchii zůstal kvalitní institucionální a legislativní aparát, který mohla buďto převzít, pozměnit, nebo z něj alespoň vycházet při tvorbě svých vlastních struktur.⁴³ Právě tato určitá volnost umožnila komparaci do značné míry jednotného systému zdravotní péče ve dvou velmi rozdílných částech Československého státu.

II. 2. 1. Státní péče o zdraví lidu

Roky 1918 – 1920 byly poznamenány především snahou o stabilizaci nového státního útvaru a o vyřešení nejzávažnějších důsledků války. Z těchto důvodů převzalo Československo velkou část bývalého státního aparátu a právního zřízení.⁴⁴ Oboje mělo být zakonzervováno do doby, než by byl nový stát připraven na jeho zreformování. Ne vždy ovšem došly snahy o reformu zdárně ke svému cíli. Nastala tak například situace, kdy se organizace veřejné zdravotní služby ještě celé desítky let po založení republiky řídila v podstatě neustále zákonem z roku 1870(s dílčími úpravami).

Ještě za doby trvání rakousko – uherské monarchie vzniklo na podzim roku 1917 Ministerstvo sociální péče a nedlouho na to v létě 1918 přibylo i Ministerstvo lidového zdravotnictví. S oběma ministerstvy počítala i první československá vláda. Dne 11. listopadu 1918 bylo ustanoveno Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy a do jejího čela byl postaven MUDr. Vavro Šrobár (za Ministerstvo sociální péče byl ministrem jmenován Lev Winter).⁴⁵ Tato dvě ministerstva na sebe v mnohém navazovala a tak není divu, že se dokonce několikrát uvažovalo o jejich spojení do jediného úřadu. Po většinu doby své

⁴² Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 159. Autoři dále uvádějí, že stejně tak se už na začátku nové republiky podařilo zamezit epidemii skvrnitého tyfu, záškrtu a spály. Naopak se nedařilo bojovat s břišním tyfem a paratyfem, u dětí se spalničkami a černým kašlem.

⁴³ Tamtéž, s. 158.

⁴⁴ Zákon č. 11/1918 Sb. z. a n., o zřízení samostatného státu Československého ze dne 28. října 1918. Článek 2: „Veškeré dosavadní zemské zákony a nařízení zůstávají v platnosti.“ Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 4.

⁴⁵ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 87.

existence se však místo snahy pohlit jedno druhé snažila obě ministerstva spolupracovat. Důkazem toho byla například „Akce na zmírnění nouze v krajích nezaměstnaností zvláště postižených“, která se odehrála roku 1922 v době hospodářské krize. V rámci tohoto projektu šlo o podporu textilní výroby v Hronově na Náchodsku. Ministerstvo sociální péče tehdy dohodlo s ministerstvem veřejného zdravotnictví, že nechá u firmy Fröhlich a Pentlay v Hronově vyrobit kaliko⁴⁶ v hodnotě sto padesát tisíc korun československých, kteréžto pak bez náhrady předá ministerstvu zdravotnictví. Podmínkou bylo pouze to, že Ministerstvo veřejného zdravotnictví muselo následně objednat některé další textilní výrobky v hodnotě také sto padesát tisíc korun československých a to u firem, které mu určilo Ministerstvo sociální péče. Akce se nakonec uskutečnila a získané kaliko dalo ministerstvo k dispozici dětským léčebným ústavům (jmenovitě léčebně v Luži, v Šumperku na Moravě, ve Smokovci a v Církvenicích).⁴⁷ V tom samém roce žádalo Ministerstvo sociální péče o další pomoc v boji s nezaměstnaností, tentokrát u stavebních firem. Možnost finanční injekce do stavebnictví v okresech mohly přinést přestavby nebo přístavby okresních nemocnic. Ministerstvo veřejného zdravotnictví povolilo tehdy obcím a okresům (jakožto správcům těchto nemocnic) subvence na nové stavby a adaptaci nemocnic ve výši ¼ až 1/3 rozpočtového nákladu. Za celý rok 1922 tak ministerstvo souhlasilo se subvencí ve výši 1 715 000 Kč (tyto subvence se týkaly např. nemocnic v Rakovníku, Kolíně, Jičíně, Hořicích, Duchcově, Německém Brodu, Jablonci nad Nisou nebo v Chebu). Zajímavá je poznámka, že se většinou jednalo o subvence v hodnotě 50 000 Kč.⁴⁸

Vznik ministerstva veřejného zdravotnictví měl zásadní význam už jen z toho důvodu, že zdravotnictví přestalo podléhat ministerstvu vnitra. Úřadu byla velice záhy stanovena pravidla jeho působnosti, která vycházela z hlediska pravomocí z již zmíněného zákona č. 68/1870 Sb. ř. z. Objevily se tam však i nové a zajímavé kompetence. Ministerstvo mělo například právo dohlížet na vzdělávání a výkon praxe všech zdravotnických pracovníků, lékařů nevyjímaje. Mohlo také kontrolovat činnost zdravotnických zařízení, několik státních nemocnic dokonce samo vedlo. Nadále se jedním ze základních bodů jeho činnosti stala prevence a hygienický dohled. Úřad měl za úkol organizovat boj proti nakažlivým a tzv.

⁴⁶ Kaliko – řídká bavlněná tkanina. *Kaliko* [online]. Poslední revize 2016 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kaliko>.

⁴⁷ Národní archiv (NA), Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, Praha (1918 – 1938) (MVZTV), krt. 59, inv. č. 890, *Příkázání částky 5 mil. Kč na pomocnou akci v krajích postižených nezaměstnaností*, v Praze dne 3. června 1922.

⁴⁸ Tato částka byla nejspíše volena úmyslně, jelikož v poznámce k této zprávě je uvedeno, že pro urychlení žádostí stanovuje se právě tato částka, neboť „jedná-li se o obnos přes 50 000Kč, zůstanou dlouhou dobu u minist. financí ležeti. Na jich vyřízení pak ovšem nemá zd. úřad vlivu“. NA, MVZTV, krt. 59, inv. č. 890, *Spolupůsobnost okresní samosprávy při řešení otázky nezaměstnanosti*, dne 25. listopadu 1922.

lidovým chorobám (mezi které patřila převážně tuberkulóza, pohlavní choroby a alkoholismus), kontroloval hygienu výživy nebo povolání. Výraznější pozornost byla od této doby věnována i péči o děti a mládež. Navíc, jak už sám název ministerstva napovídal, zaměřilo se ministerstvo nově i na tělesnou výchovu.⁴⁹

Obsáhnout celou problematiku veřejného zdravotnictví bylo úkolem nejen samotného ministerstva, ale i jeho dalších pomocných orgánů. Jeden z těchto orgánů představovala Státní zdravotní rada, která měla čtyřicet členů z řad univerzitních profesorů i zástupců lékařských komor.⁵⁰ Její funkce byla spíše poradní – zabývala se různými návrhy na zlepšení zdravotních poměrů, vyhodnocováním statistických údajů (týkajících se zdravotního stavu obyvatelstva) a přispívala svým názorem při výběru nových zaměstnanců ve veřejném zdravotnictví. Státní zdravotní rada však nebyla jediným poradním orgánem, zákon již ve svém počátku předpokládal vznik i dalších sborů a komisí.⁵¹ V první řadě bylo pamatováno na založení Poradního sboru pro boj proti tuberkulóze.⁵² Hlavním úkolem tohoto stálého poradního sboru bylo podávání odborných vědeckých posudků a návrhů na žádost ministerstva zdravotnictví. Návrhy a posudky se měly týkat především propagandy, výchovy, dále pak léčebné, preventivní a sociální péče. Předpokládalo se, že důležitým okruhem zájmu tohoto sboru bude zřizování léčeben pro tuberkulózní pacienty, vyhledávání prostředků k jejich zařizování a udržování, vydávání instrukcí sloužících k provozování a odbornému vedení ústavů, vyhledávání vhodných lékařů, ale také zjišťování nových léčebných metod a postupů. Tato funkce poradního sboru však nedošla svého naplnění, neboť drtivá většina speciálních protituberkulózních léčeben u nás byla soukromého (tím myšleno charitního) původu. JUDr. Richard Bébr ve své knize *Československé zdravotnické zákony z roku 1937* uvádí: „Československo nemá dosud protituberkulózního zákona. V ministerstvu zdravotnictví je návrh takového zákona připraven, ale projednání jeho naráží na finanční obtíže.“⁵³ Je možné, že právě obrovská finanční nákladnost spojená se založením a vedením takového specializovaného léčebného ústavu bránila zavedení vlastního protituberkulózního zákona. Poradní sbor měl předsedu, místopředsedu, dvanáct řádných členů a deset náhradníků. Do funkce byli jmenováni ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, někteří

⁴⁹ Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 6 – 7.

⁵⁰ V otázce poradního orgánu ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy přestaly hned po převratu platit příslušné předpisy zák. č. 68/1870 o nejvyšší zdravotní radě. Byla totiž nahrazena již zmíněnou Státní zdravotní radou, jejíž jednací řád byl vyhlášen výnosem pres. ministerstva zdravotnictví z 30.11. 1924, č. 1938/23. Více: Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 33 – 42.

⁵¹ Poslední odstavec § 17 zákona č. 68/1870 uvádí: „Ministrovi zůstává se, aby povolal k poradě o té neb oné záležitosti veřejné správy zdravotní také jiné odborné komise.“

⁵² Zřízený vládním nařízením z 19. 12. 1919, č. 10 Sb. z. a n. z roku 1920.

⁵³ Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 1041 – 1042.

z nich ale na návrh ministerstva sociální péče a všichni na funkční dobu v trvání tří let. Členství v tomto sboru bylo čestné a členové měli právo jen na náhradu nákladů spojených s dopravou na svolanou schůzi či na remuneraci odborně – literární činnosti, spojené s bojem proti tuberkulóze. Tyto finance byly čerpány z dotace, již vedlo Ministerstvo veřejného zdravotnictví pro potírání tuberkulózy.⁵⁴

Další poradní výbory se zabývaly bojem proti pohlavním chorobám, popřípadě kontrolou lázeňství, léčebných ústavů, tělesné výchovy, duševní hygieny nebo lékařských služeb. Většina z nich byla zřízena nedlouho po vyhlášení samostatnosti mezi léty 1919 - 1922. Vedle těchto poradních orgánů zřizovalo ministerstvo také vlastní vědecké instituce, které měly zajistit zvýšení odbornosti veřejného zdravotnictví. Nutno podotknout, že v těchto záležitostech měly bývalé státy Rakousko – Uherska svůj deficit oproti jiným evropským zemím. Nový stát si tento deficit uvědomoval a tak bylo již v letech 1918 - 1919 umožněno zavedení hned několika odborných institucí – jako například Státního ústavu pro zkoumání léčiv, Ústavu pro výrobu protitetanového séra či Pasteurova ústavu pro výrobu očkovací látky proti vzteklině.⁵⁵ Tou nejdůležitější institucí v tomto ohledu se stal ale až roku 1925 Státní zdravotní ústav Republiky československé.⁵⁶

Povinnosti veřejné zdravotní péče mohl plnit buď sám stát spolu se svými orgány a zařízeními, nebo mohla být zprostředkována pomocí veřejnoprávních územních svazků, tím myšleno zemí, okresů a obcí, na které byla republika členěna. Jelikož tyto orgány obstarávaly některé funkce státu v přenesené působnosti, dotýkala se jich i povinnost poskytnout v konkrétních případech potřebnou sociální a zdravotní pomoc. Zdravotní péče byla stejně jako už před vznikem samostatného Československa spojena v těchto případech s politickou správou. V případě zemí se jednalo o zemskou zdravotní komisi, která byla složena ze zemských zdravotních referentů. Vedle této komise disponovaly české země také poradními orgány – tzv. zemskými zdravotními radami. Hlavními úkoly zdravotních komisí byl dohled nad podřízenými zdravotními orgány, lékařskými komorami, nemocnicemi a dalšími zdravotnickými zařízeními v rámci jejich územní příslušnosti. Na úrovni okresní politické správy sloužili veřejnému zdravotnictví úřední okresní lékaři, jejichž pravomoci se pohybovaly v rozmezí jim vymezeného regionu (okresy nebo v případě Slovenska župy). V rámci svého okresu plnili stejnou funkci jako zemští referenti ve své provenienci.⁵⁷

⁵⁴ Vládní nařízení č. 10/1919 Sb. z. a n. z roku 1920, §§ 2 – 9.

⁵⁵ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 162.

⁵⁶ Státní zdravotní ústav Republiky československé byl zřízen zákonem ze dne 12. října 1925, č. 218 Sb., o zřízení, působnosti a organizaci Státního zdravotního ústavu republiky Československé.

⁵⁷ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*, s. 162.

II. 2. 2. Lékař a jeho obec

Poslední a nejnižší složku veřejného zdravotnictví tvořili obvodní, městští a obecní lékaři. Právě na této úrovni byla zdravotní péče asi nejvíce propojena s péčí sociální, jelikož se projevovala především v tzv. péči o chudé.⁵⁸ Tento druh veřejné péče byl většinou prvotním zdrojem zdravotně sociální pomoci, která mohla být poskytnuta jednotlivci v okamžiku, kdy si nebyl schopen pomoci sám. Hlavním jejím nositelem a vykonavatelem byla ze začátku obec – tím myšleno obec domovská. Obec sice nesměla odepřít pomoc ani osobám přesporním, pokud se jednalo o případ naléhavé potřeby, měla však právo na náhradu s tím spojených výloh od příslušné domovské obce.

Existence obecních a obvodních lékařů nebyla samozřejmě za první republiky ničím novým. Jejich povinnosti a pravomoci byly stanoveny zemskými zdravotními zákony už v osmdesátých letech 19. století (v Čechách roku 1888). Nadále také platily výnosy bývalého ministerstva vnitra č. 29949 z roku 1902, potažmo bývalého místodržitelství v Praze č. 188694 z téhož roku a také výnos č. 6462/S z roku 1911. Tato nařízení v sobě skrývala mimo jiné i návod na boj proti tuberkulóze. Na základě uvedených výnosů byli všichni veřejní lékaři povinni hlásit veškerá úmrtí na tuberkulózu a změnu bydliště tuberkulózních pacientů.⁵⁹ V případě domácího ošetřování měl lékař za povinnost doporučit jistá protiepidemiologická opatření a dohlížet na jejich dodržování. Mezi tato doporučení spadala snaha o oddělení ložnic, popřípadě zajištění zvláštního lůžka, prádla a ložních povlaků, oděvu a dokonce i vlastních příborů pro tuberkulózu nemocného pacienta.

Postavení těchto lékařů se změnilo až s novým zákonem č. 332 Sb. z. a n. o zestátnění zdravotní policie, který vešel v platnost dne 15. dubna 1920. Obecní i obvodní lékaři od té doby již nebyli zaměstnanci obcí, ale státu. Hlavní změnou, kterou jim toto nové postavení přineslo, bylo podrobnější vytyčení pravomocí a povinností, které měli vůči své obci nebo obvodu. Co se týkalo policie zdravotní, v tomto ohledu přešly na státní lékaře především všechny pravomoci ohledně cest, silnic, veřejných míst, bytů, staveb, dohledu nad potravinami, pitnou a užitkovou vodou, odstraňování odpadků a splašků. Dále pak dozírali na školy, hostince a veřejně přístupné budovy, soukromé léčebné ústavy, poradny, sociálně lékařská zařízení, lázně, v neposlední řadě pak na průmyslové a živnostenské podniky. Nelze

⁵⁸ Pro upřesnění, kdo byl vlastně považován za chudého, tedy příjemce chudinské péče: „*Chudým je ten, kdo nemůže zjednat potřebné výživy sobě nebo členům své rodiny, k jejichž výživě je povinen, ani a) z vlastního majetku, b) vlastním přičiněním (prací), ani c) z podpor osob fyzických nebo právnických, které jsou podle platných zákonů povinny chudého opatřit.*“ Břeský E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění*. Praha: Nákladem Ústředního svazu nemocenských pojišťoven, 1941, s. 19.

⁵⁹ O zjištěné a prokázané tuberkulóze mohl lékař mluvit až na základě mikroskopicko – bakteriologických testů.

zapomenout ani na dohled nad lékařským zbožím, zdraví škodlivými látkami a jedy. Snažili se také bojovat s mastičkářstvím, neoprávněně provozovaným lékařstvím a pomocnictvím při porodu. Neminula je ani povinnost mravní výchovy obyvatelstva a zdravotních přednášek pro mládež. Všechny tyto úkoly byly následně podrobně rozepsány ve služební instrukci, kterou vydalo Ministerstvo veřejného zdravotnictví v roce 1925.⁶⁰ V rámci spolupráce s ostatními ministerstvy byla nejvíce zřetelná kooperace v oboru sociální péče. Ta se projevovala především v poradnách pro matky a kojence v ústavech sociální péče, při zakládání matrik a bytových katastrů. Nesmíme zapomenout ani na, pro záměr této práce velice podstatné, udílení bezplatných rad pro chudé tuberkulózní pacienty.⁶¹ Vesměs se jednalo o přejímání preventivní péče na poli veřejného zdravotnictví.⁶²

Vedle odborného dozoru na poli hygienického dohledu a zdravotně sociální péče v rámci poradenství⁶³ se nově zvýšil podíl jejich léčebné péče. Tento přechod byl však naprosto přirozený. Dřívější služba úředních lékařů, která se týkala především jejich zapojení coby hygienického dozoru do boje proti nakažlivým a tzv. lidovým chorobám, začala pomalu ustupovat do pozadí. Hlavním důvodem byla zlepšující se životní úroveň v obcích, především zajištění kvalitní pitné vody a řádné kanalizace, která zapříčinila úbytek infekcí, popřípadě její méně snadné rozšiřování. Díky zavedení kanalizace a vodovodu například výrazně ubylo nakažených břišním tyfem. Dále přispělo ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel povinné očkování proti neštovicím, které se tak dostalo mezi nejširší vrstvy obyvatelstva a mělo za následek téměř vymýcení této choroby. Navíc docházelo postupně i k rozvoji ústavní péče, která se dokázala čím dál tím lépe postarat o pacienty s infekčními chorobami a hlavně je dokázala izolovat od ostatní populace a tím výrazně snížit možnost šíření nákazy.⁶⁴

Těžiště práce obecních a obvodních lékařů se tak začalo postupně přesouvat do sféry péče léčebné. Ta se týkala především péče o obecní chudé. Lékaři měli povinnost poskytnout zdarma na území svého působení zdravotní pomoc všem chudým (a to bez ohledu na jejich domovskou příslušnost), se zvláštním zřetelem k chudým rodičkám.⁶⁵ Dále museli poskytnout první pomoc při nehodách, které ohrožovaly lidské zdraví a život, při náhlých neštěstích a živelných katastrofách. V neposlední řadě měli zajišťovat nemocným osobám a také osobám

⁶⁰ Výnos ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy ze dne 10. dubna 1925, č. 10.991 – Služební instrukce pro lékaře obecní (městské) a obvodní, jakož i pro městské lékaře náčelné (řídící).

⁶¹ § 2 zákona č. 236/1922 Sb. z. a n., kterým se upravuje § 5 zákona č. 332/1920 Sb. z. a n.

⁶² Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní zvláště péče o mládež*. Praha: Vyšší škola sociální péče, [1936], s. 40 – 41.

⁶³ Jako např. zdravotní výchova mládeže, vedení zdravotních statistik nebo spolupráce se sociálními ústavami.

⁶⁴ Břemský E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění*, s. 18.

⁶⁵ Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 41.

tzv. duševně a tělesně vadným⁶⁶, aby se jim dostalo v případě potřeby odborné lékařské péče, což ve většině případů znamenalo zajištění dopravy těchto pacientů do některého z léčebných nebo ošetrovacích ústavů.⁶⁷ Zvláštní místo v péči o chudé bylo vyhrazeno boji proti pohlavním chorobám. Na základě zákona č. 241 Sb. z. a n. z roku 1922 museli obecní lékaři provádět v případě podezření na pohlavní chorobu u obecních chudých lékařská vyšetření a podávat posudky. Proti těmto povinnostem však lékaři často protestovali, jelikož prohlašovali, že nemají na stanovení správné diagnózy u těchto případů potřebnou diagnostiku. V takovou chvíli měl zakročít okresní lékař, který měl zajistit léčení chudých a nemajetných na veřejné náklady. Toto léčení mělo probíhat buď v některé z veřejných institucí či nemocnic nebo u soukromých lékařů a v poradnách.⁶⁸ Speciálním vládním nařízením č. 24 Sb. z. a n. z roku 1923 byla upravena i péče o nalezence. Tímto nařízením bylo ustanoveno, že lékař musel (za odměnu) vykonávat dozor nad dětmi v dětských útulcích a zajišťovat jejich léčení, v pozdější době měl dohlížet i na všechna ostatní sociálně zdravotní zařízení.⁶⁹

Také poskytování léčebné chudinské péče mělo svůj řád, který umožnil rozlišit, komu v dané obci chudinská péče náležela a komu ne. Starosta obce musel každoročně předkládat obecnímu nebo obvodnímu lékaři seznam osob či celých rodin, které měly právo na bezplatné lékařské ošetření a léky na obecní náklady. Obecní rada měla však právo poslat ke svému lékaři v průběhu roku i další chudé pacienty, kteří nebyli na seznamu uvedeni. Takový pacient se musel u lékaře při první návštěvě prokázat chudinským léčebným průkazem, který mu vydal obecní úřad, v jehož katastru měl daný chudý v tu dobu hlášený pobyt. Bez předložení tohoto průkazu měl lékař právo odmítnout bezplatné léčení. Pokud ošetřující lékař uznal chorobu pacienta za natolik závažnou, že bylo nutné jeho umístění ve veřejné nemocnici, měla obec povinnost tuto přepravu zařídit. Jestliže poskytoval léčebnou péči sám bez nutnosti převozu pacienta do nemocnice, vedl si o nich pravidelné záznamy, týkající se jejich doby léčení, léků a jiných jím předepsaných léčebných prostředků a zdravotních opatření, která byla provedena v pacientův prospěch.⁷⁰

I když byla osoba obecního a obvodního lékaře převedena do služeb státu, neznamenalo to, že se obec zbavila veškerých povinností na poli zdravotnictví. Na rozdíl od lékařů totiž nedošlo ke zestátnění pomocného zdravotnického personálu, jako byli například porodní asistentky, pečovatelé o nemocné, sociální pracovnice nebo dezinfektoři. Vedle

⁶⁶ Dnes bychom tyto osoby nazvaly jako pacienty s fyzickým nebo psychickým handicapem.

⁶⁷ Břemský E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění*, s. 18 – 19.

⁶⁸ Tento postup se řídil výnosem ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy č. 9031/1924 a č. 26114 z 27. října 1933.

⁶⁹ Břemský E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění*, s. 20.

⁷⁰ Tamtéž, s. 21.

všeobecné povinnosti spolupracovat s lékařem při výkonu zdravotní policie v obci musela zajistit bezplatnou pomoc chudým rodičkám, chudým nemocným a pacientům stíženým nakažlivou chorobou a to v podobě zařízení vhodných místností pro jejich umístění, které měla na vlastní náklady vybavit prostředky vhodnými k jejich ošetření a potřebným pomocným personálem.⁷¹

Co se týkalo služby úředních lékařů, došlo k její právní úpravě či doplnění ještě několikrát a to především zákonem č. 236 Sb. z. a n. ze dne 13. července 1922, kterým se doplňovala a částečně uváděla v činnost ustanovení zákona č. 332/1920. Dále se státní lékařské služby dotýkalo již výše zmíněné vládní nařízení č. 24 Sb. z. a n. ze dne 11. ledna 1923, kterým došlo k úpravě výkonu služby zdravotně – policejní. Důvody (oficiální), proč došlo k zestátnění obecních a obvodních lékařů, zmiňuje například Richard Bébr v *Československých zdravotnických zákonech*: „*Jednota správy veřejné ... v celém státě vyžaduje naléhavě toho, aby správu tu v celku vykonával stát a nikoliv vyšší samosprávné útvary, jejichž budoucí struktura není ještě vyřešena. Tím bude zrušen dualismus ve veřejné správě zdravotní, ..., jelikož v případech vyžadujících urychleného jednání a vyřízení bývá nutno domáhati se dohody státních úřadů zdravotních s úřady samosprávnými.*“⁷² Bohužel ani tento systém, který měl vyřešit mnohá úskalí v mechanismu veřejného zdravotnictví, nebyl bez vad. § 13 zákona č. 236/1922 Sb. z. a n. ustanovoval, že lékař mohl vedle svého služebního poměru vykonávat i soukromou praxi. Nesměla pouze zasahovat do jeho služebních povinností. Zákon mu rovněž nezakazoval přijmout místo například jako smluvní lékař pro závody, pošty, železnici nebo jako lékař nemocniční pokladny. V tuto chvíli však muselo nutně docházet ke střetům. Plat obecního nebo obvodního lékaře byl natolik nedostačující, že lékaři ve valné většině případů museli vykonávat i soukromou praxi či pracovat pro nemocenskou pokladnu. V takovém okamžiku se však dostával do rozporu, zda upřednostnit pohled státní zdravotní správy nebo pohled soukromého lékaře.

Původní koncepce veřejné zdravotní péče, která ve své podstatě stála především na preventivní péči vykonávané zdravotní policií, si však stále alespoň částečně uchovala svou podobu. Stále platilo, že obecní lékař měl za úkol také fungovat jako školní lékař, jehož hlavním úkolem byl zdravotnický dohled na školách (jednalo se především o péči o zdravotní stav a tělesnou zdatnost žactva).⁷³ Tato funkce ve své podstatě představovala stálý zdravotní školní orgán a obnášela pravidelná zdravotní vyšetření žactva, která byla prováděna alespoň

⁷¹ §14 zákona č. 332/1920 Sb. z. a n.

⁷² Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 241.

⁷³ Upraveno vládním nařízením č. 64 z roku 1925 Sb. In: Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 43.

dvakrát během školního roku, prohlídky ve třídách a zdravotní osvětu. Státní lékař se mohl zdravotnického dozoru na školách zříci, byly ale stanoveny přesné podmínky, za jakých se tak mohlo stát. Za náklady spojené s výkonem této služby náležela lékařovi náhrada, placená z prostředků činitele, který lékaře do této funkce ustanovil.⁷⁴

Důležitým a hlavně povinným elementem práce státního úředního lékaře bylo v rámci prevence očkování proti neštovicím jakožto součást boje s nakažlivými chorobami.⁷⁵ Lékař je prováděl vždy v jarních měsících, především u novorozenců v prvním roce jejich života, poté následovalo přeočkování ve věku sedmi a čtrnácti let. Jelikož bylo očkování povinné, bylo zároveň také bezplatné a jeho náklady se dělily mezi stát a obce. Tímto způsobem se podařilo poprvé úspěšně a efektivně bojovat proti epidemickým nemocem. Obdobným způsobem se začalo bojovat například proti tyfu. Lékař však nebyl v tomto boji osamocen, jelikož se o preventivní péči z hlediska nakažlivých nemocí dělil s obcemi. Obce měly povinnost „*na vlastní náklad provést místní opatření k zamezení a dalšímu rozšiřování nakažlivých nemocí*“.⁷⁶ Na druhou stranu, v okamžiku, kdy začalo hrozit nebezpečí epidemie, přebírala iniciativu státní správa, která začala vydávat příslušná nařízení a dohlížet na jejich provádění.⁷⁷

II. 2. 3. Sociální pojištění – opora veřejné zdravotní péče

Systém sociálního pojištění v samostatném Československu byl, stejně jako ostatní zdravotní péče, systémem zděděným po habsburské monarchii. Celková myšlenka sociálního pojištění byla odvislá od reálné potřeby sociální pomoci pro určitou skupinu obyvatelstva, kterou nebyly schopny zajistit ani samosprávné územní svazky, ani stát. Bylo uzákoněno několik oborů povinného sociálního pojištění, vztahujících se ke konkrétním účelům. Hlavním účelem všech pojištění však bylo zajištění dostatečného množství finančních prostředků pro potřeby pojištěnců a to preventivně a předem. Kdybychom měli jednoduše popsat systém sociálního pojištění, tak vždy šlo o zajištění pomoci těm, jimž je pomoci zapotřebí (pojištěnci) od těch, jež měli povinnost přispívat (zaměstnavatel, zaměstnanec)

⁷⁴ Vládní nařízení ze dne 4. dubna 1925, č. 64 Sb. z. a n., kterým se provádí zákon ze dne 13. července 1922, č. 226 Sb. z. a n., jímž se mění a doplňují zákony o školách obecných a občanských – zde konkrétně § 3.

⁷⁵ Povinné očkování bylo zavedeno na základě zákona č. 412 z roku 1925 a vládního nařízení č. 298 z roku 1920.

⁷⁶ Běbr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 799.

⁷⁷ Stanoveno na základě výnosu ministerstva vnitra ze dne 15. září 1893, č. 22.881. Povinnosti obcí ohledně nakažlivých nemocí byly stanoveny §§ 3 a 4 zákona č. 68/1870 a nebyly změněny ani zákonem č. 332/1920 Sb. z. a n. ani zákonem č. 236/1922 Sb. z. a n.

nositelům pojištění (nemocenské pojišťovny a jiné pojišťovací ústavy) tak, aby tito nositelé mohli poskytnout jakoukoliv sociální pomoc (sociální dávky) potřebným.⁷⁸

Pro potřeby této práce se jeví nejdůležitější tehdejší povinné nemocenské a úrazové pojištění.⁷⁹ V době první republiky spadala obě do resortu ministerstva sociální péče. A jelikož byla dvacátá léta u Československu dobou sociální politiky, docházelo právě v oboru nemocenského a úrazového pojištění k nebyvalému rozmachu. Celé situaci napomohl i fakt, že republika zdědila jeden z nejpropracovanějších systémů sociálního pojištění v tehdejší Evropě. Jeho solidní základna umožnila značný rozvoj, lepší zpřístupnění a větší hodnotu nemocenského pojištění.

Určitý posun znamenal zákon č. 221 Sb. z. a n. ze dne 9. října 1924 o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří - pro ulehčení administrativy byla všechna tři pojištění brána podle zákonů jako jeden celek - ve znění novely č. 184 Sb. z. a n. ze dne 8. listopadu 1928. Povinnost platit ze svého platu pojistné měl každý, kdo vykonával v Československé republice práci nebo službu na základě smluveného poměru, ať už pracovního, služebního nebo učňovského, pokud ji nevykonával jako činnost vedlejší nebo příležitostnou.⁸⁰ Z této povinnosti byli vyjmuti zaměstnanci mladší šestnácti let a dále ti, jimž byla případná pomoc zabezpečena jinými především vlastními cestami. Do této skupiny spadali převážně zaměstnanci drah, pošt a pojištěnci báňských bratrských pokladen.⁸¹ V roce 1925 k nim přibyl i zaměstnanci státu, územně samosprávných celků a podniků jimi zřízených. Úplně vyjmuti z tohoto zákonodárství byli soukromí zaměstnanci, pro jejichž potřeby byl nakonec vydán úplně samostatný právní předpis. Do té doby měli pouze možnost připojistit se u některé ze soukromých nebo zemědělských pojišťoven. Roku 1929 byl vydán tzv. pojišťovací zákon č. 26 pro soukromé zaměstnance ve vyšších službách.⁸²

Pokud by se měly zmínit konkrétní aspekty sociálního pojištění po zavedení zákona č. 221/1924, pak by bylo třeba uvést, že v mnoha ohledech došlo ke zlepšení stávajícího stavu.

⁷⁸ Mezi hlavní účely sociálního pojištění spadala nemoc, úraz, stáří, nezaměstnanost. Více: Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 62.

⁷⁹ Nemocenské pojištění bylo, jak název napovídá, pojištění pro případ nemoci. Úrazové pojištění, jako samostatné odvětví pojištění invalidního, se vztahovalo na situace, kdy došlo k úplnému nebo částečnému omezení výdělku následkem úrazu při práci v některém ze zvlášť zdraví nebezpečných provozů. Tamtéž, s. 62 - 63.

⁸⁰ Tamtéž, s. 64.

⁸¹ Ustanovení zákona č. 221/1924 nebylo možné použít na některé pokladny a léčebné fondy, pro než platila ustanovení zvláštních zákonů a stanov či léčebných řádů. Kromě výše jmenované nemocenské pokladny státních drah, Léčebného fondu poštovních zaměstnanců a bratrských pokladen se jednalo dále o léčebný fond veřejných zaměstnanců (úředníci, učitelé, četníci atd.) a kněžskou nemocenskou pokladnu v Přerově. Více: Bébr, R. *Výklad k některým otázkám o náhradě ošetrovacích výloh ve veřejných ústavech léčebných a o povinnosti obcí přispívati na tyto výlohy*. Praha: Knihovna časopisu „Československá Nemocnice“, s. 60 - 68.

⁸² Rákosník, J.; Tomeš, I. *Sociální stát v Československu*, s. 101.

Nárok na bezplatné ošetření a nemocenské dávky byl pojištěncům stanoven na rok, místo dřívějšího pololetí. Začínal ale až od čtvrtého dne od ohlášení nemoci, tedy po uplynutí třídní karenční doby. O placení pojistného se většinou dělil zaměstnavatel spolu se zaměstnancem a jeho výše činila zhruba 5 – 6% středního denního výdělku.⁸³ Pojištěnec byl následně zařazen do jedné z deseti mzdových tříd. V této třídě měl pak pojištěnec i jeho rodinní příslušníci nárok na bezplatnou zdravotní péči a na nemocenské dávky ve výši 60% průměrné mzdy.⁸⁴ Pojišťovna měla dvě možnosti, jak dostát této povinnosti. Buďto mohla podle §95 pojištěnci a jeho rodině uhradit lékařskou pomoc, léčiva a terapeutické pomůcky během domácího ošetřování, nebo je mohla na základě §150 poslat do veřejné nemocnice na bezplatné léčení a ošetřování. Vedle těchto nároků musela nemocenská pojišťovna také přispět na pohřeb v případě smrti pojištěnce (§95), stejně tak jako na člena jeho blízké rodiny. Rozsah sociálního pojištění mohou doložit i tehdejší statistiky, které uváděly, že v roce 1931 bylo v Československu pojištěno pro případ nemoci tři a půl miliónu pojištěnců. S rodinnými příslušníky pak celkové číslo vystoupalo až k sedmi miliónům, i když počet rodinných příslušníků pojištěnců nebyl v této době spolehlivým způsobem statisticky zpracován a celkový počet byl tak spíše odhadem.⁸⁵

Pojem nemocenská pojišťovna byl jen novým výrazem, který nahrazoval dřívější označení nemocenská pokladna. Nejvyšším orgánem v soustavě sociálního pojištění byla Ústřední sociální pojišťovna, nad níž měla vrchní dohled už jen ústřední státní správa ve formě ministerstva sociální péče. Nejnižšími a nejčetnějšími úřady v této soustavě byly za první republiky tzv. okresní nemocenské pojišťovny, které sídlily v místě politického okresu. Žádná z těchto institucí nemohla být zřízena bez svolení Ústřední sociální pojišťovny. Všechny tyto pojišťovny byly vedeny jako samosprávné instituce v čele s volenými orgány - jednalo se především o představenstvo a dozorčí radu. Nejvýznamnější členové těchto volených orgánů byli do své funkce ustanoveni již zmíněnou Ústřední sociální pojišťovnou. V představenstvu zasedalo devět zástupců ze strany zaměstnanců a tři zástupci ze strany zaměstnavatelů. Dozorčí výbor kontroloval dodržování zákonů, stanov a dalších předpisů spolu s celkovým hospodařením pojišťovny. Poté, co bylo nemocenské pojištění ustanoveno

⁸³ Výši pojistného si určovala vždy konkrétní nemocenská pojišťovna, nesměla však přesáhnout 5,5% středního denního výdělku. Pokud se ukázalo, že toto pojistné nedostačovalo na pokrytí pojistných dávek, stanovovala výši pojistného Ústřední sociální pojišťovna. Více: Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 66.

⁸⁴ Mezi rodinné příslušníky se podle § 95 I. č. 1., 2. odst. se zahrnovali: „*ve smyslu tohoto zákona osoby, které žijí ve společné domácnosti s pojištěncem, jsou převážně odkázány výživou na jeho mzdu a nemají nároku na pojistnou dávku z vlastního pojištění, jsou to zejména manželka (manžel) a děti manželské.*“ Bébr, R. *Výklad k některým otázkám o náhradě ošetrovacích výloh*, s. 14.

⁸⁵ Tamtéž, s. 15 - 18.

jako povinné, staly se okresní nemocenské pojišťovny nositelkami povinného pojištění pro všechny pracující v jejich stanoveném obvodu.⁸⁶ Vedle nich fungovaly na stejném principu i pojišťovny zemědělské (pro zaměstnance zemědělské a lesní), společenstevní (pro zaměstnance členů živnostenských společenstev), gremiální (pro zaměstnance členů obchodních gremií), závodní (pokud mohly prokázat svou existenci nejméně od roku 1924), spolkové (musely mít ke dni 1. července 1924 určitý počet povinně pojištěných, pokud chtěly obhájit svou existenci) a pomocné (do této skupiny spadala například i pomocná pojišťovna pracovníků v domácnosti).⁸⁷

Ve chvíli, kdy mělo dojít k uplatnění pojistného nároku, bylo třeba ho nejdříve správně nahlásit u příslušné nemocenské pojišťovny. Jelikož nemocenské pojišťovny nesly na sobě i část výkonu starobního a invalidního pojištění, byl i postup přihlášení v takových případech různý. Jestliže pojištěnec uplatňoval nárok na dávku nemocenskou, mohla jeho nemocenská pojišťovna rozhodnout o přihlášení sama. Pokud se však jednalo o dávku z pojištění invalidního nebo starobního, mohla příslušná instituce pouze provést základní šetření, které odeslala Ústřední pojišťovně. Pojišťovna uvedené situace řešila buď osobně, nebo převedla část svých pravomocí na některý z nižších stupňů sociálního pojištění, který rozhodl v zastoupení. Tomuto rozhodnutí se říkalo výměr. Kdyby došlo k situaci, kdy pojištěnec s výměrem nesouhlasil, měl na vybranou ze dvou způsobů odvolání – žalobu nebo stížnost. Na podání žaloby proti výměru měl pojištěnec šedesát dnů a zabýval se jí rozhodčí soud nemocenské pojišťovny složený ze zástupců jak pojištěnců, tak zaměstnavatelů. Pokud ani pak nedošlo ke shodě, přišel na řadu příslušný pojišťovací soud. Předsedou tohoto soudu byl již soudce z povolání a jako přísedící byli opět voleni zástupci ze stran pojištěnců a zaměstnavatelů, rovným dílem po deseti z každé skupiny. Zmíněný soud rozsuzoval i žaloby proti výměrům, stanoveným Ústřední sociální pojišťovnou nebo spory o náhradu mezi pojišťovnami a nemocnicemi či mezi pojišťovnami navzájem. I proti této instanci však šlo podat odvolání a to přímo k vrchnímu pojišťovacímu soudu v Praze, který měl celostátní působnost a jeho výroky měly konečnou platnost. Na druhou stranu, pokud se jednalo o spory týkající se pojistné povinnosti, správného zařazení do mzdové třídy nebo placení pojistného, spadaly do pravomoci politických úřadů. O stížnostech tak rozhodovaly okresní a zemské úřady, ve výjimečných případech i Ministerstvo sociální péče.⁸⁸

⁸⁶ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 164.

⁸⁷ Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 72.

⁸⁸ Tamtéž, s. 74 – 75.

Od roku 1919 se všechny pojišťovny začaly sdružovat do svazů. Nejvlivnějšími organizacemi tohoto druhu byly – Ústřední svaz nemocenských pojišťoven RČS a Československé ústředí nemocenských pojišťoven, jejichž kořeny sahají do dob rakousko – uherské monarchie. Obě byly pod silným vlivem politických stran. První byla ovládaná sociální demokracií, druhá národními socialisty. Podobná situace nastala i u zemědělských pojišťoven, jejichž Jednota zemědělských nemocenských pojišťoven v Praze byla ovládána agrárníky. Co se týkalo vnitřní správy, fungovaly svazy na stejném principu jako jednotlivé pojišťovny. Jejich fungování bylo určováno stanovami schvalovanými Ústřední sociální pojišťovnou. Ta zároveň plnila funkci nejvyššího dozoru. Jejich hlavním cílem bylo udržování rovnovážných vztahů mezi pojišťovnami, lékaři a pojištěnci. Dále se zabývaly uzavíráním rámcových smluv se zdravotníky, nemocnicemi a jinými léčebnými ústavy.⁸⁹

Nastavený systém sociálního pojištění vytvářel několik odlišných modelů, které se lišily vlastní právní úpravou, rozličností nastavených dávek a služeb a specifickými správními orgány. Například státní zaměstnanci měli i při placení nižšího pojistného větší výhody než dělničtí zaměstnanci – v případě nemoci nedostávali jen nemocenské dávky ve výši 60% průměrné mzdy, ale plnohodnotný plat. Měli také kromě bezplatného ambulantního a nemocničního ošetření právo i na vyšší úroveň léčebné péče, zejména ve vlastních zdravotnických zařízeních. Vytvářely se tak vlastně kategorie pracujících, s tím, že jejich možnosti v rámci sociální pomoci byly značně rozdílné a bylo k jejich potřebám přistupováno rozličnými způsoby. V tomto odvětví sociální politiky se nepodařilo zavést více změn a takto nastavený systém přetrvával v podstatě až do roku 1948. Nejednalo se tedy o jednoduchý a unifikovaný systém sociálního pojištění pro všechny pracující bez rozdílu, který si představitelé nové samostatné republiky po jejím vzniku roku 1918 představovali.⁹⁰

I přes určité nedostatky však platilo, že se nemocenské pojištění v meziválečném Československu dalo přiřadit k těm nejlepším v Evropě a svým počtem pojištěnců a jejich rodinných příslušníků, jichž se nemocenské pojištění týkalo, zajišťovalo sociální péči pro téměř polovinu obyvatel republiky.

Nemocenské pojištění ale nebylo jediné z řady pojištění, které propojovalo sociální a zdravotní péči. Jedním z nejstarších v oboru bylo tzv. pojištění úrazové, které svou podstatou sice přináleželo k pojištění invalidnímu, přesto si však udržovalo jistou výjimečnost. Tato výjimečnost byla dokonce potvrzena vlastní zákonnou úpravou a to zákonem č. 1 ze dne 28.

⁸⁹ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 164.

⁹⁰ Více: Rákosník, J.; Tomeš, I. *Sociální stát v Československu*, s. 98 – 101.; Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 163 – 164.

prosince 1887 ř. z., o pojištění dělníků pro případ úrazu.⁹¹ Podstata úrazového pojištění spočívala ve snaze nahradit zaměstnanci postiženému pracovním úrazem finanční ztrátu v okamžiku, kdy úraz zanechal na pojištěnci nevyhlášené změny, které mu bránily ve výkonu jeho povolání.⁹² Podle § 1 jsou úrazovým dělnickým pojištěním povinni „*všichni dělníci a závodní úředníci, zaměstnaní v továrnách a hutích, v dolech na nerosty nevyhrazené, v loděnicích a lomech jakož i v zařízeních, náležejících těmto podnikům, dále dělníci a závodní úředníci v podnicích horních, podrobených doзору horních úřadů a v závodech jim náležících, ve vrtacích podnicích na vyhrazené nerosty a v podnicích na těžbu horního vosku a asfaltu*“.⁹³ Dalším důležitým jmenovatelem byly stavební práce. V takový okamžik spadly do úrazového pojištění i takové živnosti jako: klempířství, natěračství, sklářství, instalační práce, truhlářství, zámečnictví a klempířství. Stejná povinnost byla uložena i podnikům, které vyráběly nebo pro svou práci využívaly výbušniny, dále pak živnostenské a hospodářské podniky polní a lesní, které ke své činnosti používaly parní kotle nebo hnací stroje poháněné živelnou silou – živly vodními a větrnými, párou, svítiplynem nebo elektřinou. Když byl roku 1894 vydán zákon č. 168 ř. z., došlo k rozšíření těchto povolání ještě například na všechny podniky, které se zabývaly železniční či jinou dopravou osob nebo věcí po zemi a vodních cestách, dále na živnostenské podniky, které se věnovaly čištění ulic a budov. Možná trochu překvapivě byly do této povinnosti podle nového zákona č. 168/1894 ř. z. zařazeny i podniky stálých divadel, kde muselo dojít k pojištění nejen dělníků a výkonných úředníků, ale i herců.⁹⁴ Méně překvapivé bylo povinné pojištění hasičů z povolání, kominíků, kameníků, studnařů a hotovitelů železných konstrukcí - u všech v rámci nějakého ze živnostenských podniků. S vývojem moderní techniky nezůstávalo pozadu ani úrazové pojištění. Díky zákonu č. 172 Sb. z roku 1925 se museli podrobit předpisům o pojistné povinnosti dělníků i všichni letecký personál (velitel, pilot a posádka) a zařízení, která sloužila k létání.

Úrazové pojištění bylo tak rozšířené, že v roce 1937 uváděl doktor Hynek Pelc ve své knize *Sociální lékařství* počet dva miliony registrovaných pojištěnců.⁹⁵ Při výše uvedeném výčtu těch, kdo měli pojistnou povinnost pro případ úrazu, je nutné zmínit i ty, kteří byli z této zákonné povinnosti vyňati. Po roce 1919 se jednalo především o zaměstnance

⁹¹ Tento zákon byl následně několikrát doplněn či upraven. Výčet změn: Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 88.

⁹² Říha, Jiří. *Sociální péče a veřejné zdravotnictví*. Praha: s.n., 1930, s. 58.

⁹³ Citace: Pelc, Hynek, Dr. *Sociální lékařství*. Praha: Melantrich a.s. v Praze, 1937, s. 370. Pojem vyhrazené nerosty označoval ty nerosty, na jejichž dobývání potřeboval podnikatel povolení, jelikož byly jinak vyhrazeny pouze panovníkovi nebo státu.

⁹⁴ Tento výčet není úplný, zbylé podniky lze nalézt v: Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 370 - 371.

⁹⁵ Tamtéž, s. 371.

československých drah, československé pošty a tabákové režie.⁹⁶ Všechny tyto instituce měly ale samostatně řešené i jiné systémy sociálního pojištění. Proto není s podivem, že si úrazové pojištění vedli ve své vlastní režii.

Informací důležitou pro tuto práci je fakt, že zákonů o dělnickém úrazovém pojištění mělo být užito i v případech odškodnění nemoci z povolání. Mezi tyto nemoci se totiž počítaly i těžké případy zaprášení plic, které byly často spojovány s tuberkulózou a trpěli jimi ti, co pracovali v továrnách dolujících či zpracovávajících pískovec, ve výrobnách porcelánu, brusírnách kovu a v dolech.

Zvláštností úrazového pojištění byl systém jeho uplatňování. Na rozdíl od ostatních typů sociálního pojištění platilo totiž plošně na podnik jako celek a ne na jednotlivé zaměstnance. V praxi se tento systém projevil tak, že jakýkoliv nový podnik, jehož předmět podnikání spadl pod úrazové pojištění, se musel přihlásit u příslušné úrazové pojišťovny.⁹⁷ Ta následně rozhodla, zda podnik pod úrazové pojištění spadl či nikoliv a pokud ano, tak v jaké rizikové třídě měl být veden.⁹⁸ Pro zařazení do uvedené třídy byly určující výsledky úrazové statistiky. Způsob vyplácení pojistného zde probíhal formou důchodu.

Ať byl způsob vedení a uplatňování úrazového pojištění jakýkoliv, jedna věc je naprosto zřejmá, a tou je prolínání sociální a zdravotní péče. V málokteré oblasti veřejné správy byl tento úzký vztah tak patrný jako mezi sociálním pojištěním a zdravotnictvím. Zdravotnická péče obklopovala pojištění ze všech stran, ať už v podobě preventivní péče, aby zamezila některým sociálním jevům ve společnosti, tak v podobě léčebné péče, jako důsledku onemocnění, pracovního úrazu či stárí. Sociální pojištění řešilo situace, kdy se pojištěnec dostal do špatných sociálních poměrů, které sebou zákonitě v návaznosti nesly i zhoršení zdravotního stavu. Bylo tedy pouze otázkou času, kdy došlo na myšlenku, zda se nepokusit nastolit nějakou společnou filozofii. Pojišťovny si navíc s narůstajícím počtem pojištěnců začaly stále více uvědomovat, že by pro ně bylo výhodnější předcházet příčinám nemocí než čelit jejich následkům. Výsledkem těchto úvah byl vznik tzv. „sociálního lékařství“.⁹⁹ V tomto přístupu však nebylo Československo ojedinelé, podobný trend panoval

⁹⁶ Např. u státních drah byl důvod prostý – dráhy si řešily zaopatření úrazových pojištěnců svou vlastní normou. Tamtéž, s. 373.

⁹⁷ Nositelkami úrazového pojištění byly zemské úrazové pojišťovny (pro Čechy se nacházející v Praze). Tamtéž, s. 371.

⁹⁸ § 14 zákona č. 1/1888 ř. z.

⁹⁹ Myšlenka sociálního lékařství zaznamenala svůj opravdový vzestup až po první světové válce. Tehdy se jeho filozofie začala formovat do konkrétní podoby sociálně – hygienické. Tento vliv pocházel z Německa od doktora Alfreda Grotjaha, nebyl však ojedinelý. Ze Spojených států amerických k nám dorazila tzv. epidemiologická metoda veřejného zdravotnictví. U nás byli jedni z největších propagátorů sociálního lékařství prof. František Procházka (1864 – 1934) a na Moravě prof. František Hamza (1868 – 1930). Tyto myšlenky se nejvíce šířily mezi mladými lékaři a to díky časopisu *Praktický lékař*, který se stal jakousi „hláskou troubou“ tohoto

v mnoha státech Evropy a mnohé otázky se společnost snažila dokonce řešit formou mezinárodní spolupráce, založené na diskusi a vzájemném vyměňování si zkušeností. Důkazem toho byl vznik československého Komitétu pro řešení spolupráce mezi sociálním pojištěním a veřejným zdravotnictvím, který byl založen na popud Zdravotnické sekce Společnosti národů. Počet členů komitétu se různil, v roce 1927 měl 25 členů z řad několika ministerstev, zdravotních rad, Ústřední sociální pojišťovny i jednotlivých pojišťoven nebo odborných lékařů. Ve Zdravotnické sekci Společnosti národů v Ženevě zastupoval zájmy Československa Dr. Evald Tománek. Sám se účastnil několika schůzí komitétu. Na těchto schůzích rozebírali např. záležitosti dispenzářů, sociální statistiky, důležitosti správné propagace, boj proti sociálním chorobám atd. Asi největší třecí plochou mezi jednotlivými členy komitétu bylo financování léčebných zařízení. Dr. Zenkl, jakožto ředitel Ústřední sociální pojišťovny, byl toho názoru, že pojišťovny by pro léčebnou péči svých pojištěnců měli využívat zásadně zdravotnických zařízení již zřízených - ať už institucemi veřejného zdravotnictví nebo činiteli dobrovolné zdravotně sociální péče. Jiní členové, v čele s ministrem veřejného zdravotnictví Dr. Ladislavem Procházkou, byli však toho názoru, že by alespoň Ústřední sociální pojišťovna měla postupovat samostatně a vybudovat pro určitá odvětví kurativní i preventivní léčebné péče svá vlastní zařízení. Mělo se jednat především o léčebny, jichž bylo v republice nedostatek – např. pro chirurgickou tuberkulózu a lupus. Za velice vítanou by ministerstvo považovalo i pomoc při vytváření specializovaných oddělení tuberkulózních, porodnických nebo dětských, která by byla vedená odbornými primáři.¹⁰⁰ Výsledkem jejich několikaleté práce byl vznik brožury „Vztahy mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním“, která byla přeložena do němčiny, angličtiny a francouzštiny a byla prostřednictvím Dr. Tománka postoupena dalším členským státům Společnosti národů.¹⁰¹ Jednotlivé příspěvky v brožuře vzešly z jednání subkomitétu, které se konalo ve dnech 7. – 13. 6. 1927 a byly vydány nákladem Ústřední sociální pojišťovny v Praze.¹⁰² Komitét přišel s velkým množstvím návrhů a zlepšení, ne vždy se však jednotliví členové shodli. Jednou z mála, kdo se k nastoleným problémům stavěl do značné míry skepticky, byla Zemská úradovňa pre poisťovanie robotníkov na Slovensku. Zemská úradovňa sice souhlasila s vydáním brožury, hned však dodávala, že uvedení všech návrhů

reformního pohledu na zdravotnictví. Více: Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 167 – 168.; Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 11 – 14.

¹⁰⁰ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Protokol o schůzi čl. komitétu pro řešení spolupráce veřejného zdravotnictví, sociálního pojištění a dobrovolných zdravotnických korporací*, v Praze dne 7. července 1927.

¹⁰¹ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Vztahy mezi veřejným zdravotnictvím a soc. pojištěním. Přípomínky*, dne 11. srpna 1927.

¹⁰² NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Protokol o schůzi čl. komitétu pro řešení spolupráce...*, v Praze dne 7. července 1927.

do praxe vidí jako velice těžké a že nemocenské pojišťovny po dvojnásobném snížení příspěvků v posledních dvou letech nebudou moci věnovat tolik pozornosti léčebné péči a jejímu zlepšování.¹⁰³ Ať už brožura přinesla nebo nepřinesla nějaký faktický výsledek v otázce zlepšení vztahu veřejného zdravotnictví a sociálního pojištění, rozhodně znamenala schopnost a ochotu zapojit se v otázce sociálního lékařství do mezinárodní zdravotní politiky.

Pojem sociální lékařství nebyl v Československu ze začátku používán zcela jednotně. Časem se vytříbily dvě hlavní větve, kdy každá se stavěla k této problematice po svém. Prof. MUDr. František Procházka chápal tuto disciplínu jako soubor lékařské péče, spojené se sociálním pojištěním. Oproti tomu prof. MUDr. František Hamza bral sociální lékařství v mnohem širším měřítku. Pokud bychom chtěli vyjádřit jeho myšlenky co nejjednodušeji, můžeme použít jednu z jeho citací v knize *K výchově sociálních lékařů v boji protituberkulosním*: „*opravdová sociální medicína nesmí se jen starat o nemocné ústrojí, ale musí pečovat také o nemocné lidi a o jejich společenské prostředí*“.¹⁰⁴ Do tohoto oboru zahrnoval i boj proti nakažlivým a hlavně sociálním chorobám, sociální hygienu, sociální patologii a další obory. Sám zasvětil svůj profesní život především boji proti tuberkulóze.¹⁰⁵ Lékař pracující v duchu sociální medicíny měl zastávat vedle svého lékařského povolání i funkci právní a správní¹⁰⁶, psychologickou, sociologickou nebo například i filozofickou. Základ boje proti nakažlivým a lidovým chorobám měl spočívat ve shromažďování dat, ze kterých se daly vydedukovat např. sociálně – patologické vlivy prostředí na fyzickou konstituci člověka, na vývoj chorob a jejich četnost atd. Za hlavní nástroj tohoto přístupu sloužil obor sociální statistiky.¹⁰⁷ Její důležitost byla jasně patrná i na práci výše zmíněného Komitétu. Docent Dr. František Netušil jako člen Komitétu poukazoval zejména na problematiku morbiditní statistiky v nemocenském pojištění. Tato statistika byla před reorganizací nemocenských pokladen na nemocenské pojišťovny považována za druhotnou a byla vedena tak, aby co možná nejméně zatěžovala rozpočet i administrativu. Daleko

¹⁰³ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Spolupráca sociálneho poistenia a verejného zdravotníctva*, dne 10. srpna 1927.

¹⁰⁴ Hamza, František, prof. Dr.. *K výchově sociálních lékařů v boji protituberkulosním*. Masarykova univerzita, [19??], s. 15.

¹⁰⁵ Hlavními složkami sociálního lékařství byly podle prof. Hamzy: sociální fyziologie (životospřava), sociální hygiena (sledovala kulturně sociální činitele v jednotlivých lidských skupinách), sociální patologie (studovala sociální vlivy na tělesnou fyziognomii) a sociální terapie (zabývala se pečovateli, léčiteli, léčebnými prostředky a sociálními zařízeními). Podrobnější vysvětlivky: Hamza, F. *K výchově sociálních lékařů*, s. 5 – 22.

¹⁰⁶ Do těchto funkcí lze zahrnout schopnost znát zákony, správní ústrojí a služby, sociální pojištění atd.

¹⁰⁷ Hamza, F. *K výchově sociálních lékařů*, s. 31.

důležitější tehdy byly statistiky hospodářské. Až časem přišly pojišťovny na význam sociálních statistik a jak mohou jejich pomocí účinněji vykonávat svou práci.¹⁰⁸

Metoda sociální statistiky umožnila pojmenovat některé sociální činitele, které se výraznou měrou podílely na šíření nakažlivých a lidových nemocí a zároveň také části lidské populace, které byly těmito nemocemi nejvíce ohroženy. Tento fakt znamenal velký krok kupředu v rámci pojmání sociální hygieny, jelikož větší skupiny lidské populace se dají od nemocí chránit daleko lépe než každý konkrétní jednatel.¹⁰⁹

Po určité době zřejmě získal v českém prostředí mírnou převahu názor prof. Hamzy. Dr. Hynek Pel označil jako sociální medicínu „*soustavu poznatků o příčinách tělesných a duševních nemocí u lidských skupin a o cestách, rázu převážně normativního, jak dosáhnouti vyléčení těchto nemocí, jak jim zabrániti a jak povznésti lidové zdraví*“. Dokonce vyjádřil svůj názor, že sociální orientace jednou pravděpodobně prolne do všech lékařských disciplín a časem se stane jejich pevnou součástí.¹¹⁰

II. 2. 4. Doma, v nemocnici nebo v ústavu?

V porovnání s ostatními součástmi veřejného zdravotnictví, které převzala nová republika po zaniklé monarchii, spadala soustava veřejných nemocnic k těm méně vyvinutým. Pro svou výraznou finanční nákladnost byla znát i zdrženlivost v jakémkoliv právním ukotvení dané problematiky. Prim tedy stále hrály soukromé nemocnice a ústavy, kterým však je věnována pozornost v podkapitole III. 1. 6. Ještě roku 1900 existovalo na území Čech, Moravy a Slezska v součtech více soukromých nemocnic než těch státních.¹¹¹

Možnosti poskytování lékařské péče v těchto ústavech a nemocnicích měly obvyklou tendenci, což znamená, že se zhoršovaly směrem na východ republiky. Z některých poznatků vyplývá tato skutečnost naprosto jasně. Například poměr počtu lůžek k počtu obyvatel měl už

¹⁰⁸ NA, MVZTV, krt. 159, inv.č. 1349, *Vztahy mezi veřejným zdravotnictvím a soc. pojištěním. Připomínky*, dne 11. srpna 1927. Dr. Netušil usiloval o změnu uvádění způsobů úmrtí v rámci vytváření morbiditní statistiky. Dosavadní praxe byla taková, že ve formuláři, který vyplňoval pokladenský lékař, bylo klasifikační schéma diagnóz o dvě až pět číslech. Pokud se jednalo o jednu jasnou příčinu úmrtí bez zvláštních komplikací, fungoval tento systém poměrně spolehlivě. Jakmile však šlo o spojení několika chorob nebo o choroby, které šlo etiologicky vykládat různými způsoby, tak začal tento systém selhávat. Podle docenta Netušila dokonce docházelo k situacím, kdy si lékař zapamatoval pouze několik čísel nejčastějších příčin úmrtí a ty následně opakoval stále dokola. Jediné východisko z tohoto bludného kruhu viděl Dr. Netušil ve vypisování diagnózy úmrtí ručně. Jeho návrh byl však zamítnut (ne komitétem, ale již dříve komisí pro vyřešení otázky morbiditní statistiky v nemocenském pojištění), protože natištění nových formulářů bylo prý spojeno se značnými finančními náklady.

¹⁰⁹ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 11.

¹¹⁰ Tamtéž, s. 12 – 13.

¹¹¹ Roku 1900 se nacházelo v Čechách 89 soukromých a 76 veřejných nemocnic. Na Moravě byl poměr 53 ku 13 ve prospěch soukromých nemocnic a ve Slezsku existovalo dokonce jen 5 veřejných oproti 20 soukromým nemocnicím. Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 137.

v roce 1900 sklon stoupat tím víc, čím dále na východ bývalých korunních zemí se přesouval – v Čechách to byl poměr 694 pacientů na jedno lůžko, na Moravě 712 a ve Slezsku 1195.¹¹²

Již od roku 1855 existoval pojem všeobecné nemocnice s právem veřejnosti. Jejich práva a povinnosti byly již v této práci zmíněny. Význam tohoto výrazu tedy nyní nastíníme jen velmi obecně: všeobecné nemocnice měly povinnost pečovat o pacienty se zhojitelnou nemocí bez rozdílu příslušnosti, vyznání a platební schopnosti, ale od výše uvedeného data měly některé z nich právně stanovený nárok na náhradu tzv. nedobytných léčebných výloh. Záštitu nad finanční náhradou převzal zemský léčebný fond dané země, ve které se nemocnice nacházela. Co se týkalo obecně struktury léčebných ošetrovacích institucí, dělily se na ústavy pro tělesně choré pacienty a pro duševně choré. Ústavy pro fyzicky nemocné byly dále rozděleny podle způsobu financování: veřejné nemocnice¹¹³, soukromé nemocnice a fondovní nemocnice (jako např. Pražská všeobecná nemocnice). Do kategorie veřejných léčebných ústavů spadaly především všeobecné nemocnice, které se zabývaly zhojitelnými tělesnými chorobami všeho druhu. Musely to však být choroby vyléčitelné. U nevyléčitelně nemocných mohlo dojít k hospitalaci ve všeobecné nemocnici pouze tehdy, pokud nastalo dočasné zhoršení stavu pacienta, které vyžadovalo zvláštní ošetření, nebo pokud byl pacient přijat kvůli jiné chorobě než té nevyléčitelné. Oproti tomu do skupiny soukromých nemocnic by se daly zařadit vedle všeobecných nemocnic především specializované léčebné ošetrovací ústavy. Jak již název napovídá, tyto ústavy pečovaly pouze o pacienty s určitou konkrétní chorobou.¹¹⁴ Jako příklad může sloužit péče o slepé a hluchoněmé, která byla až do roku 1913 v Čechách (ne tak na Moravě) odkázána jen na soukromé léčebné ústavy. Pomyslnou první vlašťovkou se tehdy stal prof. Rudolf Jedlička, který založil v Praze „Jedličkův ústav pro zmrzačené děti“. Ústav nabízel nejen odbornou léčebnou péči, ale i všeobecné a odborné vzdělání pro nemocné děti.¹¹⁵

Jasný vývoj byl znát v boji s nakažlivými a lidovými nemocemi. Speciálně oddělená lůžka pro pacienty s epidemickými nemocemi ve všeobecných nemocnicích se během času měnila v celá nová oddělení, popřípadě začaly vznikat přímo specializované ústavy - nejen rázu soukromého, ale i veřejného. Vznik takové specializované nemocnice mohl být zapříčiněn i vypuknutím epidemie - neštovic, tyfu nebo cholery, v jejímž důsledku byla při nemocnici narychlo zřízena oddělená epidemická nemocnice, která i po opadnutí epidemie zůstala a proměnila se v trvalou. Nutno ovšem přiznat, že tento trend začal časem opadat,

¹¹² Tamtéž, s. 137.

¹¹³ Jejich chod byl hrazen z financí státu, zemí, okresů a obcí.

¹¹⁴ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 55 – 57.

¹¹⁵ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 137.

neboť se zlepšující se hygienou a povědomím lidí o jejím dodržování, se postupně některé z těchto epidemických nemocí začaly vytrácet. Když se k tomu navíc přidal lékařský pokrok v oblasti očkování, tak se obava lidí přesunula z již zmíněných nemocí jako tyfus a neštovice na plicní choroby, které se staly největší smrtelnou hrozbou. Do boje s těmito chorobami byly zapojeny jak ústavy a nemocnice soukromé, tak veřejné. Roku 1901 vzniklo díky vytrvalé práci MUDr. Františka Hamzy Soukromé sanatorium pro léčbu skrofulózy v Luži u Košumberka.¹¹⁶ Než došlo ke vzniku samostatné republiky, bylo v Českých zemích již 9 takto zaměřených ústavů. Byla mezi nimi i léčebna v Nové Vsi pod Pleší.¹¹⁷

Většina výše zmíněných právních norem a úprav plyně přešla po roce 1918 do své další existence v rámci nově vznikající republiky. I když měly České země několik osobností, které projevovaly vehementní zájem na vyřešení nemocniční problematiky ve zdravotnickém zákonodárství, nepodařilo se jim v případě nemocnic provést výraznější posun.¹¹⁸ Dá se předpokládat, že hlavním důvodem této nečinnosti byly finance. Stavba i přestavba nemocničního zařízení byla nesmírně nákladnou záležitostí. Taková investice navíc nikdy nebyla konečná, jelikož každá instituce potřebovala další finanční prostředky na vedení a údržbu.

Jednou z mála nově kodifikovaných změn byl zákon č. 242 Sb. z. a n. ze dne 9. dubna 1920 o prozatímní úpravě právních poměrů ústavů léčebných a humanitních. Státní správa tímto získala vrchní dohled nad všemi léčebnými ústavami veřejnými i soukromými s právem veřejnosti a nakonec také nad ústavami, které byly ve správě veřejných korporací (§1). Dozor mohl mít podobu lékařskou, správní i hospodářskou. Zmíněný zákon navíc povoloval ministerstvu veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, aby formou vládního nařízení získávalo pod svou správu veřejné i soukromé nemocnice, pokud k tomuto činu vedly důležité státní zájmy (§4). Tento osud potkal okresní nemocnici na Královských Vinohradech, na Ostravsku, v Lučenci nebo např. v Mukačevě.¹¹⁹

¹¹⁶ Skrofulóza, jinak známá jako krtice, je druh tuberkulózy, který postihuje lymfatické krční uzliny. Tento druh tuberkulózy často postihoval děti a osoby s oslabeným imunitním systémem. Skálová, Michaela. *Hamzova dětská léčebna 1901 – 1961*, Pardubice, 2011. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Pardubice. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Marie Macková, PhD., s. 18.

¹¹⁷ Tamtéž, s. 137.

¹¹⁸ Těmito osobnostmi byli především JUDr. Richard Bébr (1876 – 1938) a MUDr. Bohuslav Albert (1890 – 1952). Jméno doktora Bébra bylo v této práci zmíněno už několikrát a to v souvislosti s jeho dílem *Československé zdravotnické zákony z roku 1937*. Více o těchto osobnostech: Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích*., s. 169.

¹¹⁹ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 58. Nemocnice a ústavy, které mohly být postátněny, byly v zákoně č. 242/1920 Sb. z. a n. však taxativně vymezeny. Mohlo se jednat pouze o nemocnice ve Velké Praze, na Ostravsku a v jiných uhelných pánvích, v Lučenci na Slovensku a v Munkáči na Podkarpatské Rusi. §4 zákona č. 242 Sb. z. a n. ze dne 9. dubna 1920.

Jak bylo výše zmíněno, jedním z nejdůležitějších právních problémů, se kterými se musela léčebná zařízení vypořádat, bylo shánění finančních prostředků na svůj chod. Ty byly alfou i omegou každé veřejné nemocnice, jelikož nestačilo jen udržovat stávající stav, nýbrž i přizpůsobovat se vývoji lékařské vědy. Náklady na chod veřejné nemocnice byly hrazeny z tzv. léčebného, neboli z ošetrovací sazby. V českých zemích určoval výši této sazby pro veřejná lékařská zařízení zemský výbor spolu se zemským úřadem. Pro nemocnice státní to bylo MVZTV a pro Pražskou všeobecnou nemocnici opět zemský úřad, ale tentokrát samostatně.¹²⁰ Ošetrovací sazba byla stanovena na osobu a den a povinnost jejího hrazení byla většinou uložena na bedra nejrůznějších pojišťoven či jednotlivých zemí,¹²¹ a to až do 1. ledna roku 1928, kdy začal platit zákon č. 77 Sb. z. a n. o finančním hospodářství územní samosprávy. Uvedená právní norma totiž ukládala domovským obcím povinnost hradit nedobytné ošetrovací výlohy obecním chudým v rozsahu 20% a to po dobu čtyř týdnů. Daná situace trvala až do 31. prosince roku 1935. Od 1. ledna pak vešel v účinnost zákon č. 69 Sb. z. a n., který opětovně sejmul břemeno finanční odpovědnosti za obecní chudé z obcí a přenesl je na stát.

Nebylo tedy divu, že v nemocnicích existovala celá oddělení, která se zabývala vymáháním léčebného. Jejich každodenní náplní bylo zjišťování majetkových, výdělečných a existenčních poměrů ošetřených pacientů, a dokonce nejen jich, ale i jejich ze zákona k placení povinných příbuzných. Dohadovali se o platební povinnosti nemocenských pojišťoven nebo o domovské příslušnosti ošetrovanců. Zmíněná agenda zahrnovala také spory se stranami a pojišťovny, které nechtěly platit atd. Podle toho, jak dané jednání dopadlo, vymáhala nemocnice léčebné na ošetrovanci, pojišťovně a nebo ho účtovala zemským fondům.¹²² A aby toho nebylo málo, začaly se nemocnice brzy po vzniku republiky potýkat s dalšími finančními problémy. Na vině byl válečný vzestup cen, který však nebyl vyrovnáván stejným navýšením ošetrovacích sazeb. Netrvalo dlouho a veřejná léčebná zařízení začaly sužovat velké schodky. Např. Pražská všeobecná nemocnice začala hlásit problémy hned z kraje roku 1919. Ještě před pádem monarchie narostl dluh nemocnice do výše 2 miliónů korun, a to i přesto, že v prosinci 1918 se jí podařilo získat od zemské banky království Českého půjčku 1,5 miliónu korun. Nemocniční fond neměl již žádné prostředky, ze kterých by se mohly nedoplatky uhradit. Své problémy vysvětlovala nemocnice tím, že

¹²⁰ Pražská všeobecná nemocnice měla jakožto zařízení fondovní trochu odlišné postavení oproti ostatním veřejným nemocnicím. Tamtéž, s 58 – 59.

¹²¹ S výjimkou Moravy, kde už na základě zákona č. 19 z. z. z 20. května roku 1914 přispívaly domovské obce na hrazení léčebného chudým jednu třetinu nákladů. Tamtéž, s. 59.

¹²² NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2061, *Dodatek k formuláři č. II (počet a kategorie personálu smluvního a pomocného)*, v Praze dne 12. února 1924.

náhrady léčebného ze strany nemocničních pokladen i zemských fondů - převážně těch mimočeských - povážlivě vážly. Nemocniční fond, ač k tomu nebyl původně uzpůsoben, musel najednou hradit předem veškeré klinické náklady a stejně tak i vydávat zálohy spojené s ošetrovacími školami, které se mu vracely zpět jen velmi pozvolna. Nemocnice urgovala MVZTV k další půjčce, tentokrát ve výši 3,5 mil. Kč.¹²³ Ministerstvo s půjčkou souhlasilo, bohužel však takové rozhodnutí nezáleželo pouze na něm. Zemská politická správa musela kontaktovat i Ministerstvo financí, jestli se zápůjčkou souhlasí. Zemská banka navíc nechtěla vydat další peníze, pokud by daná zápůjčka neměla státní záruku usnesenou zákonem. Vzhledem k těmto průtahům hrozil všeobecné nemocnici kolaps a nakonec získala od zemské banky alespoň zálohu 500 000 Kč na umoření nejnmutnějších pohledávek. Zemská politická správa navíc od 1. července 1919 zvýšila ošetrovací poplatek III. třídy z 5,50 Kč na 7,20 Kč.¹²⁴ Zvýšení této sazby však neneslo kýžený výsledek, jelikož zvýšení nebylo nic platné, pokud se nedařilo ho řádně vymáhat. V polovině roku 1920 ležely nemocnici v tomto druhu pohledávek 4 mil. korun. Všeobecná nemocnice argumentovala tím, že nebyla schopná zajistit jejich vymáhání kvůli chybějícímu zapracovanému personálu a protože politické úřady, zavalené jinými agendami, byly velice pomalé ve vymáhání ošetrovacích výloh a také v rozhodování sporů o jejich náhradu.¹²⁵ Situace došla do takového stádia, že presidium zemské správy doporučovalo v jednom ze svých dopisů ministerstvu zdravotnictví zestátnění pražské všeobecné nemocnice na základě zákona č. 242/1920 Sb. z. a n. z důvodu zachování humánního a pedagogického ústavu nebyvalého významu.¹²⁶ Nedlouho poté se sešel poradní sbor, jehož cílem bylo vyřešení vleklých finančních problémů nemocnice a odvrácení katastrofy uzavření zařízení. Poradní sbor se skládal ze zástupců MVZTV, zemské politické správy a zástupce Ministerstva školství. Setkání bylo však úspěšné jen částečně. Pro nemocnici se podařilo získat zálohy na klinické příspěvky od Ministerstva školství a MVZTV v hodnotě 1,5 mil. korun, na druhou stranu však nedošlo k žádnému posunu v oblasti zvýšení popřípadě rozšíření zdravotní přírážky. Ta byla totiž plně v kompetenci

¹²³ NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2058, *Všeobecná nemocnice v Praze. Zápůjčka u zemské banky království Českého*, v Praze dne 10. května 1919. Dr. Hynek Pelc ve své knize *Sociální lékařství* uveřejnil, že zdravotní přírážka byla zavedena až zákonem č. 477/1921 Sb. z. a n., ale přitom ve výše zmíněné zprávě je uvedeno, že zdravotní přírážka ve prospěch obvodu Všeobecné nemocnice v Praze existovala již od 1. ledna 1918, ale blíže nespecifikované technické překážky znemožnily její plné využití.

¹²⁴ NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2058, *Všeobecná nemocnice v Praze, komunální zápůjčka*, v Praze dne 16. srpna 1919.

¹²⁵ NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2058, *Všeobecná nemocnice v Praze; finanční tíseň*, v Praze dne 3. července 1920. Nedostatek personálu byl zapříčiněn tím, že část jejich zaměstnanců byla na určitou dobu odeslána do Bratislavy jako pomoc při převzetí státní nemocnice.

¹²⁶ ¹²⁶ NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2058, *Všeobecná nemocnice v Praze; finanční tíseň*, v Praze dne 8. května 1920.

zemského finančního ředitelství, které se i přes upozornění na žádnou ze schůzí sboru nedostavilo.¹²⁷ Konečnou právní úpravu dostala až zákonem č. 477/1921 Sb. z. a n., její platnost pak byla prodloužena zákonem č. 254/1923 Sb. z. a n.. Tato přírážka byla tvořena výnosem 7% přímých daní. Hospodaření se zdravotní přírážkou vypadalo následovně: 75% výnosu, který se vybral v dané zemi, putovalo skrz zemské úřady do těch nemocnic, nad kterými měl daný úřad dohled. Navíc se z něj odečítala paušální částka pro Všeobecnou nemocnici v Praze. Zbývajících 25% přerozdělovalo MVZTV na základě doporučení ze strany Poradního sboru pro ústavy léčebné a humanitní.¹²⁸

Využití této přírážky mělo svá omezení. Sloužila jako hlavní zdroj při sanaci provozního rozpočtu nemocnice, mohla být částečně využita i k investičním účelům, nesměla se však využívat jako finanční prostředek na stavbu nových nemocnic. Pokud by mělo být plně vyhověno liteře zákona, nesměla by být tato přírážka použita ani při rozšiřování již existujících zařízení, přesto se našly určité právní klíčky, díky nimž se dalo alespoň v této oblasti s přidělenými financemi poněkud volněji manipulovat. Nových pavilonů se dočkala např. postátněná vinohradská nemocnice nebo městská nemocnice na Bulovce a moderní přístavbu se podařilo zařídit i pro nemocnici milosrdných bratří Na Františku.¹²⁹ Celkově se dá říci, že zdravotní přírážka nemocnicím ulehčila běžný chod a pomohla i při rozšíření provozu. Na druhou stranu nijak nepomohla v otázce budování nových lékařských zařízení.

Zřizování nových nemocnic se za první republiky dělo především ze státního rozpočtu na úrovni okresů a obcí. Zakládání větších nemocnic nebo dokonce specializovaných ústavů, které už samo o sobě představovalo značně finančně náročnou záležitost, bylo díky nekonkrétní právní úpravě ještě mnohem složitější. Daná situace zůstala na dlouhých třicet let na mrtvém bodě, jelikož jakékoliv reformní plány, týkající se organizace veřejných lékařských zařízení, byly spojovány s novelizací zákonů o právní úpravě ústavů léčebných a humanitních. Nový nemocniční zákon byl plánován na rok 1938, k jeho realizaci však už nedošlo, a to v důsledku neblahých politických událostí v tehdejší Československu. Důvodem pro nečinnost však nebyla pouze finanční nákladnost, to by daná situace byla vykládána příliš černobíle. Ústřední správa státu totiž nevnímala myšlenku volného zakládání nových nemocnic s přílišnou shovívavostí. Současný stav jí dokonce svým způsobem vyhovoval, jelikož jí umožňoval kontrolu a regulaci výstavby nových léčebných

¹²⁷ NA, MVZTV, crt. 405, inv. č. 2058, *Všeobecná nemocnice v Praze; finanční tíseň - Referát ke schůzi poradního sboru pro záležitosti pražské všeobecné nemocnice*, v Praze dne 24. dubna 1920. Význam Finančního ředitelství spočíval v tom, že právě ono bylo odpovědné za výběr daní.

¹²⁸ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 59.

¹²⁹ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 171.

zařízení a to zejména ve sféře vhodného umístění takového ústavu. Snažila se tak zamezit trendu, kdy by nové nemocnice vznikaly z důvodů nedostatku místní iniciativy, ale zato na místě, které nemocnicím nemohlo poskytnout potřebné a vyhovující zázemí ani vybavení pro tak velkou instituci. Potřeba zakládat nemocnice i v oblastech hospodářsky chudých, kde by místo vlastní iniciativy musela nastoupit úředně stanovená povinnost, byla naprosto zřejmá. Na druhou stranu by však bylo třeba počítat zároveň s výraznou finanční podporou ze strany vyšších správních celků chudším samosprávným celkům, aby mohly dostát danému závazku. Takový plán ale potřeboval podrobné šetření o dosavadním postavení nemocniční služby a propracovaný doplňovací plán.¹³⁰ Snahy o reformu v nemocniční oblasti byly patrné kolem Společnosti československých nemocnic, jejíž zástupci k lidem promlouvali prostřednictvím časopisu „Československá nemocnice“. Ústřední institucí pro tuto společnost byl Mezinárodní svaz nemocnic spolu s jeho úředním orgánem v podobě časopisu „Nosokomeion“.¹³¹

Jedním z projevů prolínání zdravotnické a sociální péče byla idea sociální služby při veřejných nemocnicích, která měla za cíl zapojit veřejnou nemocnici do mimoústavního života. Zpočátku se této ideji bránilo, neboť někteří lékaři se obávali, že by zde v tak velkých kurativních zařízeních byla preventivní péče utlačována do pozadí a pro ni určené finance by se rozplynuly do jiných projektů a zařízení.¹³² Průkopníkem v této oblasti byla Všeobecná nemocnice v Praze a to v podobě poraden pro pacienty tuberkulózní a pohlavně nemocné na některých jejích klinikách.¹³³ Další početnou skupinou byly poradny pro matky a kojence nebo poradny proti rakovině. Všechny tyto poradny spojoval hlavně důraz na prevenci. Péče o chudé jimi byla udílena zdarma a to díky výrazné podpoře státní, okresní, obecní i soukromé. Činnost těchto poraden musela být právně ukotvena a to např. výnosem ministerstva veřejného zdravotnictví č. 35.137 z 28. prosince 1927, kterým byly vydány „směrnice pro činnost poraden protituberkulosních“. Tyto směrnice se zabíraly nejen diagnostikou a preventivními opatřeními, ale také postupy při léčebné péči o tuberkulózně nemocné. Léčebná péče měla být v poradnách sice používána jen zcela ojediněle, ale byly stanoveny některé výjimky. Tyto výjimky tvořili např. pacienti, které k odborné léčbě do

¹³⁰ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 60.

¹³¹ Tamtéž, s. 61.

¹³² NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Zápis jednání schůze československého komitétu pro řešení vztahů mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním*, v Praze dne 10. října 1929.

¹³³ Např. se jednalo o I. a II. interní kliniku nebo českou a německou dermatologickou kliniku. Stejně kliniky byly zřízeny i při klinikách bratislavské nemocnice. In: Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 61.

poraden poslal přímo jejich ošetřující lékař, nebo ti pacienti, o jejichž léčebnou péči nebylo postaráno žádným jiným způsobem.¹³⁴

O nejednotnosti pohledu na udržování a vedení poraden sociálně zdravotní péče svědčily i protokoly z porad Komise pro řešení spolupráce mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním. Roku 1930 byly zdravotně sociální poradny jedním z hlavních témat jejich schůzí a jednotliví členové byli ve svých názorech značně nejednotní. Jedni předložili návrh, aby sociální pojišťovny zřizovaly vlastní poradny pro pojištěnce, jiní tvrdili, že je to krok zpět.¹³⁵ Ani požadavek, aby se nositelé sociálního pojištění trvale podíleli na financování preventivní péče ve veřejnoprávních ústavech sociálně zdravotních platbou jedné třetiny provozních nákladů, se neseťkal s pochopením ze strany pojišťoven. Ty označovaly preventivní péči v poradnách za veskrze doplňkovou službu zdravotní činnosti úředních lékařů. Ústřední zdravotní pojišťovna navíc argumentovala tím, že prevence byla vždy záležitostí celé veřejnosti a nejen nositelů sociálního pojištění. A jelikož byla navíc prevence považována za akci veřejně prospěšnou, poukazyvaly pojišťovny na fakt, že nositel veřejného pojištění by si v takový okamžik platil uvedenou službu dvakrát, jednou ve formě řádných daní a podruhé ze svých pojišťovacích příspěvků. Na druhé straně spektra se pro změnu objevovaly hlasy, které volaly po plném zapojení státu do financování poraden.¹³⁶

Vedle poraden se však objevil ve dvacátých letech ještě jeden nový fenomén v rámci boje proti sociálním chorobám a tím byly tzv. lidové ústavy zdravotně sociální péče. Tyto speciální sociální domy byly založeny na motivu myšlenky již zmíněného Dr. Františka Hamzy. Dr. Hamza pro ně vypracoval vlastní osnovu, která měla upravovat jejich zřízení i cílovou podobu. Je však potřeba zmínit, že se této osnově nakonec přizpůsobila jen část z lidových ústavů. Některé z Hamzových představ, jako například ty o finančním udržování lidových ústavů, bohužel nedošly svého naplnění. Když se totiž ukázalo, že nebyl jasně vyřešen právní poměr zdravotně sociálních ústavů, začala se praxe jejich financování přizpůsobovat místním podmínkám. Díky tomu bylo možné v rámci těchto zařízení narazit

¹³⁴ Jednalo se především o chudé nemocné, kteří nepodléhali nemocenskému pojištění). Běbr, R. *Povinnost obcí hraditi ošetřovací výlohy*, s. 21 - 22.

¹³⁵ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Protokol z porady o spolupráci veřejného zdravotnictví a sociálního pojištění, dobrovolných zdravotnických korporací*, v Praze dne 27. června 1929.

¹³⁶ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Komise pro řešení spolupráce mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním*, v Praze dne 13. listopadu 1930. Komise se ve svém důsledku dohadovala i o takovým základních bodech, jako bylo stanovení pojmu sociálních chorob. Ústřední sociální pojišťovna uvedla: „*Chorobami sociálními nerozumíme pouze totiž ty choroby, které svým počtem a svými důsledky, vedoucími k předčasně smrti postižených jednotlivců a ohrožení jejich okolí, způsobují těžké ztráty populační*“ ale naopak „*i ty choroby, které svým častým vyskytováním a svou vleklostí zavinují předčasnou neschopnost k práci a předčasnou invaliditu a mají v zápětí těžké hospodářské ztráty nejen pro postižené jednotlivce a jejich rodiny, nýbrž i pro celou společnost*“.

na instituce, které měly ráz čistě spolkový, přes ty, kde měl vliv i veřejný sektor, až k ústavům čistě veřejným. Poslední zmíněné byly už v podstatě považovány za orgány veřejné správy, ať už okresní (např. v Hradci Králové) nebo obecní (v Praze).¹³⁷ Jejich podoba a vybavenost byla velice odlišná a proto i nabízená péče nebyla všude stejně kvalitní. Výše zmíněná Komise pro řešení spolupráce mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním se tento problém snažila vyřešit systemizací a výsledkem její činnosti v této problematice byly vzorové plány, které zachycovaly nejen podobu takových zařízení, ale i jeho úplné nábytkové a administrativní vybavení.¹³⁸ Vzniklé plány rozdělovaly zdravotně sociální ústavy do dvou typů: menšího a většího. Menší typ byl naplánován pro zdravotní obvody a jeho jádrem byla péče o dítě, spojená s poradnou pro těhotné. Práce v tomto druhu poraden byla vázána na osobu obvodního lékaře, a proto na jeho úřadovnu bylo pamatováno už při tvorbě plánu daného zařízení. Větší typ ústavů měl být umístěn především v sídlech politických okresů a zahrnoval vedle poraden pro matky a děti i boj proti tuberkulóze. Na protituberkulózní poradny měly být navázány i ty, které bojovaly proti pohlavním chorobám. Oběma typům zdravotně sociálních domů nechyběly byty pro domovníka a pro sociálně zdravotní sestru.¹³⁹ Ve většině lidových domů se nacházeli vedle lékaře také ošetřovatelky nemocných, které získaly své vzdělání ve zvláštních kurzech či ve zvláštních školách. Své místo zde měly i sociální pracovnice, které získaly své vzdělání na školách sociální péče. Škola jim zajistila znalosti v oblasti práva, administrativy, pedagogiky a částečně i lékařské péče. V hierarchii zdravotně sociálních poraden stály tyto pracovnice nad ošetřovatelkami a jejich práce daleko více inklinovala k té administrativní než k té ošetřovatelské.¹⁴⁰

Tyto vzorové plány však nebyly normou, obec či okres si mohl zvolit sám, zda půjde cestou typizovaného vzoru nebo získá inspiraci jinde. Nejčastější podobou lidových ústavů zdravotně sociální péče však nakonec stejně byla péče o tuberkulózní v kombinaci s poradnou pro matku a dítě. K nim se následně přiřazovala některá další ošetřovací zařízení,

¹³⁷ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 67.

¹³⁸ NA, MVZTV, krt. 160, inv. č. 1349, *Předběžný elaborát komise pro standardisaci dispensářového zařízení*, bez místa a datace.

¹³⁹ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Zápis jednání schůze československého komitétu pro řešení vztahů mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním*, v Praze dne 10. října 1929. Dále: Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 68.

¹⁴⁰ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 52.

jako např. poradna pro těhotné, pro volbu povolání atd.¹⁴¹ Jejich součástí mohl být i některý z ošetřujících ústavů, jednalo se hlavně o dětské domovy nebo sléhárny.¹⁴²

Velký boj se vedl už v otázce, zda by takové zdravotně sociální ústavy měly být pro obvody a okresy institucemi obligatorními nebo fakultativními. S jistou převahou zvítězila forma fakultativní, která umožnila zřídít středisko zdravotně sociální péče pouze tam, kde ho bylo skutečně zapotřebí.¹⁴³ Dr. Procházka navíc upozornil na skutečnost, že při obligatorním principu by se projevil faktický nedostatek výkonných orgánů.¹⁴⁴

Úkolem lidových ústavů byla převážně prevence a propagační aktivity. Oblast preventivní péče v rámci boje proti tuberkulóze byla naplněna především těmito úkoly: vedení evidence nemocných tuberkulózou, zabránění šíření tuberkulózy v bezprostředním okolí nemocného a odkrývání zdrojů infekce tuberkulózou. K samotnému léčení v těchto ústavech nedocházelo. Pokud existovala výjimka z tohoto pravidla, týkala se pouze určitých míst, kde se léčebná péče od té preventivní nedala oddělit a jako taková musela být povolena zemským sociálně zdravotním výborem.¹⁴⁵

Pokud nebyl pacient léčen z jakéhokoliv důvodu v některém z léčebných zařízení, popřípadě nebyl schopen docházet do poradny, nastala třetí možnost zdravotně sociální ochrany a to tzv. návštěvní služba v rodině. Pacient tak byl v domácím ošetřování a docházela za ním kvalifikovaná síla. Hlavním cílem návštěvní služby však nebyla jen péče o nemocného, ale i ochrana rodiny ohrožených nebo postižených osob. Ani tato služba nemohla být nahodilá a bylo potřeba řídit jí podle stanoveného plánu. Fakticky byla možná dvě řešení: poskytovat návštěvní službu v rodinách podle jednotlivých oborů nebo podle okrsků. V prvním případě vykonávali pracovníci specializovaných ústavů či oddělení tuto službu na celém území, které spadalo pod konkrétní ústav. Pro tento způsob provádění návštěvní služby lze uvést, že úzce zaměřený a specializovaný pečovatel mohl být pro nemocného daleko užitečnější, jelikož mohl neustále prohlubovat svou zkušenost v rámci

¹⁴¹ Mezi sociální choroby, proti nimž byla zaměřená prevence v ústavech, patřily: tuberkulóza, alkoholismus, pohlaví choroby a např. choroby z povolání. Do tzv. péče zabraňovací byla zahrnuta péče o kojence, o děti do věku školního, o těhotné a matky. NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Zásady pro textaci zákona o ústavech sociálně-zdravotních – návrh p. vrch. fysika Dr. L. P. Procházky, ministra m. sl.*, dne 6. května 1930.

¹⁴² NA, MVZTV, krt. 160, inv. č. 1349, *Předběžný elaborát komise pro standardisaci dispensářového zařízení, bez místa a data.*

¹⁴³ Tamtéž.

¹⁴⁴ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Zápis jednání schůze československého komitétu pro řešení vztahů mezi veřejným zdravotnictvím a sociálním pojištěním*, v Praze dne 10. října 1929.

¹⁴⁵ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Zásady pro textaci zákona o ústavech sociálně-zdravotních - návrh p. min. rady Dr. Jana Pospíšila*, bez místa a data. V návrhu zákona o ústavech sociálně – zdravotních, který již z důvodu válečných událostí druhé světové války nebyl schválen, uvedl dokonce Dr. Pospíšil, že v žádném obvodu ani okrese neměla být zřízena další poradna, dokud tam nebyla poradna pro matky a děti a poradna proti tuberkulóze.

jedné konkrétní nemoci. Druhý princip předpokládal rozdělení území na menší oblasti, kde určení pečovatelé obstarávali návštěvní službu ve všech oborech zdravotně sociální péče, které poskytoval jejich ústav. Tento princip sice možná nabízel menší odbornost zdravotně sociálních pracovníků, zato však znamenal daleko větší kontakt s rodinami nemocných. Odpadlo totiž neustálé cestování po poměrně značném území a také dublování práce pečovatelů, neboť v případě oborového principu mohlo jednu rodinu navštěvovat v současnou chvíli několik pečovatelů v rámci různých oborů.

Oba výše uvedené způsoby se používaly současně. Na venkově se víc prosadila okrsková práce, přičemž ale muselo být obzvláště dbáno na řádné centrální vedení pracovníků této služby, aby bylo zajištěno rovnoměrné rozložení sil všech složek zdravotně sociální péče. Právě v tomto místě však mohl nastat problém, jelikož tato práce byla z větší míry činností dobrovolných spolků, takže centrální organizování výkonu návštěvní služby bylo díky různorodosti jejich podoby značně obtížné. Nebylo však neproveditelné.¹⁴⁶

II. 3. Pod tíhou okupace - Veřejné zdravotnictví v době Protektorátu Čechy a Morava

I když se období let 1939 – 1945 dá považovat za velmi krátké, z důvodů válečných událostí a okupace Československa se jednalo o období překotných změn a dramatických událostí. Válečná destrukce, nacistická perzekuce a zhoršené zdravotní podmínky vedly ke zničení tisíců lidských životů. Důsledky této změny ovlivnily některé aspekty československého zdravotnictví na dlouhé roky – uzavření vysokých škol, odliv významných lékařských kapacit do exilu, omezení některých odvětví vědecké činnosti atd. Válečný stav Protektorátu Čechy a Morava si uzurpoval většinu finančních, personálních i technických zdrojů. Jedno z mála míst, kde nebyly nároky zdravotníků silně seškrtávány, byla péče o raněné vojáky, proto se i v tomto těžkém období podařilo prosadit několik novinek a objevů.¹⁴⁷ Značný úspěch byl zaznamenán např. v boji s infekčními chorobami, ať už se jednalo o prevenci nebo terapii. Bylo zavedeno očkování proti skvrnitému tyfu a tetanu, izolovány viry chřipky a určité zlepšení se objevilo také na poli léčby pohlavních nemocí.¹⁴⁸

Nové válečné poměry zasáhly i do zdravotního stavu obyvatelstva protektorátu. S válkou se do českých zemí vrátily také hlad a nemoci. Přestože se našeho území nedotkl příliš přímý boj, došlo ke zhoršení zdravotních podmínek a vyživovacích poměrů. Znovu

¹⁴⁶ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 68.

¹⁴⁷ Za příklad mohl sloužit vývoj a výroba penicilinu, objeveného díky náhodě skotským lékařem Alexandrem Flemिंगem (1881 – 1955) roku 1928. Svobodný P., Hlaváčková L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 195.

¹⁴⁸ Tamtéž, s. 195 – 196.

stoupila nemocnost a úmrtnost na tuberkulózu spolu s dalšími infekčními chorobami, jako např. dětskou obrnou, břišním a skvrnitým tyfem¹⁴⁹, záškrtem, spálou nebo žloutenkou. Přídělový systém na potraviny, náhražkové suroviny a nedostatek některého druhu zboží způsoboval podvýživu a oslabení organismu, které byly také specifickými rysy válečné doby. I když právě v tomto ohledu byla situace podstatně lepší než za první světové války.

Celková organizace zdravotnictví se musela jako vše ostatní podříditi novým státoprávním poměrům. 14. března 1939 skončila existence už tak okleštěného Československa a na jeho místě vznikly dva nové celky, závislé na německé třetí říši. Jedním byl již zmíněný Protektorát Čechy a Morava a druhým Slovenská republika, jejíž nezávislost byla deklarována ústavním zákonem č. 1/1939 Sb. z. z. z. téhož dne.¹⁵⁰ V Sudetech se zdravotnictví začlenilo do organizace říšských úřadů - župních, okresních a obecních. V protektorátu panovala dvojkolejnost, která se dotkla celého vedení administrativy. Nejvyšší instanci představovalo ministerstvo sociální a zdravotní správy. Již v době tzv. druhé republiky (1. října 1938–14. března 1939) došlo k významné reorganizaci v rámci nejvyšších výkonných orgánů a tyto změny se dotkly i Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, které bylo dne 4. listopadu 1938 zrušeno prostřednictvím vládního nařízení č. 269 Sb. z. a n. Stejně tak došlo ke zrušení ministerstva sociální péče a obě tyto instituce byly v rámci téhož stejného nařízení sloučeny a nahrazeny výše zmíněným ministerstvem sociální a zdravotní správy (dále MSZS). Do nově vzniklého ministerstva byly začleněny i některé pravomoci dalších ministerstev.¹⁵¹ MSZS mělo osm odborů, z čehož zdravotnictví se týkaly odbory V. – VII. a sociální péče odbory III. a IV. V čele tohoto resortu stál Vladislav Klumpar. Nadále zůstaly zachovány instituce státní zdravotní rady a Státního zdravotního ústavu v Praze na Vinohradech. Další zásadní reorganizace nastala v roce 1942, kdy došlo k opětovnému snížení počtu ministerstev formou sloučení Ministerstva obchodu, průmyslu a živností s Ministerstvem veřejných prací a MSZS. Vzniklo tak jediné Ministerstvo hospodaření a práce. Část agendy MSZS přešla i na Ministerstvo vnitra – především záležitosti veřejného zdravotnictví, všeobecné sociální péče a péče o mládež a nakonec ve

¹⁴⁹ Velká epidemie skvrnitého a břišního tyfu propukla na konci války v dubnu 1945 ve věznici gestapa v Terezíně, kam se dostala z německého zajateckého tábora v Lovosicích. Nemoc postihla tisíc mužů, jejichž úmrtnost se pohybovala někde okolo 10 – 12%. Čeští lékaři, uvězněni v Malé pevnosti se z počátku pokoušeli s tyfem bojovat vlastními silami, skutečná pomoc však přišla až po skončení války v květnu 1945 v podobě skupiny lékařů z Prahy, organizovaných doktorem Karlem Raškou (1909 – 1987) a Františkem Patočkou (1904 – 1985). Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 197.

¹⁵⁰ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 107.

¹⁵¹ V lednu 1939 k jeho pravomocem přibyla agenda přímých podpor stavebního ruchu z Ministerstva veřejných prací a v červnu pak ještě péče a pojištění vojenských osob a jejich rodin z působnosti Ministerstva obrany. Malá, Irena. *Ministerstvo sociální a zdravotní správy v Praze 1938 – 1945*. Inventář, ev.č. 311, s. 1.

věci bytové a sociální.¹⁵² Pokud se jednalo o nižší instituce, které řídily zdravotnické záležitosti, jednalo se stále o instance zemské, okresní a obecní. Na jejich činnosti pak dohlížely německé oberlandráty, které byly současně správními úřady pro německé obyvatelstvo protektorátu. Národní souručenství, jakožto organizace nahrazující český stranický život v době okupace, vytvořilo taktéž komisi pro zdravotnické a sociální záležitosti.¹⁵³

Zdravotnictví v protektorátu došlo změn nejen ve svých vedoucích složkách, ale v podstatě jako celek. Výrazný zásah utrpěl školský systém. Dne 17. listopadu roku 1939 byly bez výjimky uzavřeny vysoké školy a spolu s nimi i lékařské fakulty. Střední školy byly sice zachovány, ale došlo k jejich pozvolné redukci a snížení počtu studentů až na poloviny původního meziválečného stavu. Tím více se pak zvedl význam spolků a odborných společností, které na rozdíl od českého vysokého školství nedošly k takové úhoně.¹⁵⁴

V otázce úředních lékařů a jejich práv a povinností byl v podstatě zachován prvorepublikový stav. Stejně jako ostatních skupin české inteligence se jich však dotkla rasová perzekuce. Nejdříve ji pocítili lékaři ze Sudet a židovští lékaři, kteří začali mít problémy již za tzv. druhé republiky. Po okupaci Československa začaly potíže i českým a moravskoslezským lékařům v Protektorátu. V reakci na tuto situaci odešla řada z nich do exilu – především do Velké Británie, aby se následně zapojila do tzv. provizorního státního zřízení Československé republiky v Londýně, jehož součástí byla i zdravotní politika.¹⁵⁵

Celá řada lékařů a mediků se následně zapojila do odboje. Podíleli se na chodu celé řady ilegálních občanských organizací, jako např. Politické ústředí, Obrana národa, Petiční výbor Věrní zůstaneme atd. Jako spolupracovníci se pokoušeli sestavit podobu zdravotnictví a medicíny, jak by měla vypadat po osvobození republiky. Někteří lékaři II. interní kliniky dokonce patřili mezi nejvýznamnější spolupracovníky Ústředního vedení odboje domácího. Podíleli se na vypracování kapitoly o zdravotnictví, která byla obsažena v dokumentu s názvem *Za svobodu – do nové ČSR*. Tento dokument se stal nejucelenějším programem českého domácího odboje. Celá řada těchto lékařů zaplatila za odbojovou činnost svým životem. Nejhorší vlny perzekucí je postihly po nástupu R. Heydricha jakožto zastupujícího říšského protektora Protektorátu Čechy a Morava v září 1941 a zvláště pak po atentátu na něj v červnu 1942. Na úplném závěru války vznikl *Návrh na novou úpravu veřejného*

¹⁵² Tamtéž, s. 2 - 3.

¹⁵³ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 198.

¹⁵⁴ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 113.

¹⁵⁵ Exilová československá vláda v Londýně měla ve svém systému začleněno i zdravotnictví a mnoho lékařských kapacit zde pracovalo na přípravách poválečné obnovy. Více: Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 206 – 207.

zdravotnictví a školení zdravotního personálu, ve kterém se lékaři nechali inspirovat jak sovětským zdravotnictvím, tak zásadami již zmíněného sociálního lékařství. Právě tento dokument se po válce stal předlohou pro poválečnou socializaci československého zdravotnictví.¹⁵⁶

Válečné období zasadilo tvrdou ránu celému českému zdravotnictví, a proto nebyly výjimkou ani nemocnice na daném území. První výraznou změnou byla obměna administrativy a personálu. Druhou pak byl značný úbytek nemocničních lůžek, kdy docházelo k zabírání celých budov a oddělení pro potřeby vojenských lazaretů wehrmachtu a SS. V některých případech byly pro jejich potřeby zabírány velké ústavy a sanatoria. Jako příklad je možno uvést vojenskou nemocnici v Praze – Střešovicích, Pražské sanatorium v Podolí či Masarykovy domovy v Praze.¹⁵⁷ Stejným způsobem byla zabrána i některá menší sanatoria, často nejen veřejná, ale i ta soukromá. Nemocnice se musely vypořádat i s nedostatkem kvalifikovaného personálu, který chyběl ať už z důvodů rasových čistek židovských lékařů, nebo z důvodů perzekuce politicky nevyhovujících osob, či z důvodu nedostatku nových zdravotníků způsobeného uzavřením českých vysokých škol.¹⁵⁸

Skutečný zlom pro nemocniční systém nastal na přelomu let 1942 – 1943, kdy se nacisté rozhodli k jeho složité reorganizaci. Nejprve byly vyčleněny všechny německé kliniky, který byly řízeny jednotným ředitelstvím, přímo podřízeným říšskému ministerstvu. Oproti tomu většina nemocnic s českými klinikami byla bez ohledu na jejich správné postavení, ať už bylo státní, zemské nebo fondovní, zestátněna. A pokud do uvedené doby nespádaly pod kompetence některého ze zemských úřadů, jako např. již v této práci zmíněné porodnice nebo ústavy choromyslných, byly začleněny do jedné ze dvou nově vzniklých zemských nemocnic (*Landeskrankenhäuser I., II.*). První byla tvořena jednotlivými odděleními, která byla dříve českými klinikami. Druhá sestávala z dalších českých pracovišť, seskupených na konci roku 1942 do budov zemského nalezince v blízkosti I. zemské nemocnice. Nově vzniklá oddělení ztratila statut univerzitních pracovišť a protektorát tak přišel po uzavření českých univerzit o poslední výspu lékařské vědy. Dosavadní přednostové a jejich asistenti pozbyli svých pracovních závazků vůči ministerstvu školství, bez nichž nebylo možné získat dotace pro vědecký výzkum a nové dekrety. Část těchto pracovníků přešla v příslušných nemocnicích do funkcí primářů a sekundářů. Další možností pro tyto lékaře bylo zaměstnání v jiných pražských ústavech nebo otevření soukromé praxe.

¹⁵⁶ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 202 – 204.

¹⁵⁷ Masarykovy domovy v Praze – dnešní Fakultní Thomayerova nemocnice.

¹⁵⁸ Tamtéž, s. 212.

Některým byl již dříve umožněn odchod do důchodu, či se jim podařilo utéct do zahraničí. V tom nejhorším případě mohli skončit v koncentračním táboře, věznici či na oprátce. Při obsazování prostor bývalých klinik došlo také k nezměrnému ničení a rozkradení majetku a vědeckého vybavení.¹⁵⁹

Další tvrdý zásah čekal české i německé nemocnice na konci války v únoru a květnu 1945, kdy je při náletech ničilo jak německé, tak spojenecké letectvo. Pro německá zdravotnická zařízení a univerzity vše skončilo spolu s koncem války. Velká část německého zdravotnického personálu opustila své pacienty a utekla během pražského povstání. Jejich pacienti – stále ještě němečtí vojáci – v nemocnicích zůstali a do jejich ošetřování se záhy zapojili čeští zdravotníci za asistence ozbrojených revolučních gard. 9. května 1945 rezignovali poslední přednostové německých klinik a německá fakulta přestala prakticky existovat. Česká fakulta oproti tomu obnovila svůj provoz a to i na úkor prostor a vybavení bývalých německých zdravotnických provozů. Právně došlo k uzákonění této události dnem 18. října 1945 prostřednictvím dekretu prezidenta republiky.¹⁶⁰

II. 4. „Zdraví a mír všem“ – zdravotnictví v osvobozeném Československu v letech 1945 - 1948

Po skončení války se muselo československé zdravotnictví zabývat těmi nejnaléhavějšími záležitostmi – snížení kojenecké úmrtnosti a vypořádání se s infekčními chorobami bylo na prvním místě. Spolu s nově nabytou svobodou však muselo zdravotnictví vyřešit ještě jeden zásadní problém a tím byl velmi neutěšený stav v počtu zdravotnického personálu. Poslanec a ministr ochrany práce a sociální péče Josef Šoltész odhadoval počty českých a moravských lékařů po válce na úrovni 55% stavu, který panoval v roce 1939.¹⁶¹ Vedle obnovené pražské lékařské fakulty bylo zřízeno hned několik dalších lékařských fakult, aby mohlo co nejdříve dojít k naplnění stavu lékařů a dalšího odborného personálu. Nové fakulty potřebovaly vybavení, což znamenalo léky, přístroje a ostatní materiál. Právě těchto základních potřeb bylo však po válce nedostatek a tak většina z nich pocházela z mezinárodních podpůrných programů jako UNRRA (United Nation Relief and Rehabilitation Administration). Následně se začala situace zlepšovat, stále ale panovaly diferenciální rozdíly v zajištění a kvalitě zdravotnických služeb v jednotlivých oblastech

¹⁵⁹ Tamtéž, s. 214 – 215.

¹⁶⁰ Tamtéž, s. 215.

¹⁶¹ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 302.

země. Nadále se také začala rozšiřovat síť nemocnic spolu s jejich odbornými odděleními, ústavů, ambulatorií a poraden. To vše ještě před rokem 1948.¹⁶²

Po překonání prvotních poválečných problémů, kterými byly např. zajištění kvalitní výživy a rehabilitace osob navrátilých se z koncentračních táborů, narazila československá politická scéna na další obtíže. Bohužel v poválečném období nepanoval jasný názor, jakým směrem by se mělo ubírat veřejné zdravotnictví. Existovaly dvě cesty, vzájemně si podobné, ale každá vycházela z jiného příkladu. Na jedné straně byly nekomunisté s předobrazem britské Národní zdravotní služby,¹⁶³ uzákoněné roku 1946 jako součást britských poválečných reforem. Tzv. Beveridgův model zdravotnictví byl založen na myšlence všeobecně dostupné zdravotní péče garantované státem a rovného přístupu k ní. Beveridgův model však stále ještě počítal se soukromým zdravotnictvím, i když mělo plnit spíše doplňkovou funkci a nadále také umožňoval soukromé zdravotní pojištění¹⁶⁴ Oproti tomu komunistický model, pro nějž byl vzorem zdravotnický systém Sovětského svazu, počítal se zrušením veškerého soukromého zdravotnictví. U nás byl zmíněný systém zastoupen tzv. Nedvědovým plánem reformy zdravotnictví, který byl vytvořen ještě za okupace českými komunisticky smýšlejícími lékaři.¹⁶⁵ I zde bylo především všeobecné právo na léčebnou a preventivní péči jakožto součást základních lidských práv. Jednotlivé složky zdravotnické péče měly být pokryty státními zaměstnanci a zdravotnictví jako celek mělo být centralizované a řízené státním plánem. Všeobecnost a dostupnost měla být zajištěna na základě teritoriálního principu, prakticky formou obvodních lékařů, přičemž byla zamezena svobodná volba lékaře. Do rukou státu měla být převedena i distribuce a výroba léčiv. I když se zmíněný systém nezačal uplatňovat okamžitě po obnovení Československa, Gottwaldovy projevy z roku 1946 již dávaly jasně najevo, jakým směrem se komunisté hodlali ubírat.¹⁶⁶

Nelze však podlehnout dojmů, že reforma zdravotnictví nastala až po únoru 1948. Její počátky je možné vysledovat k zákonu č. 49/1947 Sb., o poradenské zdravotní péči. Zakotvil v našem právním systému bezplatnou preventivní péči hrazenou státem a zakládání

¹⁶² Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 219.

¹⁶³ Britská Národní zdravotní služba (National Health Service – NHS) – Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 302.

¹⁶⁴ *Národní zdravotní služba* [online]. Poslední revize 30. 11. 2014 [cit. 2016-06-02]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/N%C3%A1rodn%C3%AD_zdravotn%C3%AD_sl%C5%Beba>. ISSN 1804-6517.

¹⁶⁵ Tento plán získal svůj název podle internisty Miloše Nedvěda, který zahynul roku 1943 v koncentračním táboře. Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 302.

¹⁶⁶ Tamtéž, s. 302 – 303 – úryvek z budovatelského programu Klementa Gottwalda - „*V oboru péče o zdraví lidu postará se vláda, vycházejíc z předpokladu, že právo na ochranu zdraví je jedním ze základních práv občanských, o plánovitě vybudování a sjednocení široké, státem řízené zdravotní péče, která bude v souladu se současným stavem lékařské vědy.*“

zdravotních poraden, jejichž personál měl být odborně vyškolený. Dosavadní poradny, které byly vedeny převážně dobročinnými spolky, byly zestátněny. Státní zdravotní správa se prostřednictvím svých orgánů snažila působit v oblasti ochrany veřejného zdraví obyvatelstva. Prostředkem k naplnění těchto snah byla zejména hygienická péče, boj proti přenosným chorobám a s tím spojené různé úseky ústavní léčebné péče. Funkce poraden však byla regulována na péči o matku a dítě, která zůstala v naší společnosti zakořeněná dodnes. Obecně se předpokládalo, že tento trend měl vést ke snížení kojenecké úmrtnosti.

Kompetenčně byly poradny včleněny do pravomocí okresních národních výborů (dále ONV). Vykonavateli poradenské péče byly následně jmenovány podle § 3 výše cit. zákona nově vytvořené ústavy národního zdraví (dále ÚNZ), které se staly výkonnou složkou ONV v oblasti zdravotnictví. V této době se ale stále ještě předpokládalo, že zůstanou některé formy dobrovolnické činnosti, jako např. spolky, které podléhaly doзору přímo ministra zdravotnictví.¹⁶⁷

II. 4. 1. Bod zlomu – zestátnění, centralizace, plánování

Události února 1948 umožnily naplnit veškeré představy komunistického režimu, které byly založeny na pojmech jako etatizace, centralizace a hospodářské plánování. Nově nastolený režim se samozřejmě nevyhnul ani veřejnému zdravotnictví. Myšlenkový proud vládnoucí strany byl pevně nastaven v ústavě, která byla vydána 9. května 1948. V § 29 je zakotveno právo občana na ochranu zdraví a léčebnou péči. Od naplnění tohoto paragrafu byla odvislá celá řada dalších zákonů a nařízení, která se stala základem nově budovaného socialistického zdravotnictví. Ještě téhož roku vyšel zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Zákon upravoval podmínky a výkon zdravotní služby národní pojišťovny, jejíž činnost měla být realizována v rámci celonárodního hospodářského plánu. Na druhou stranu však stále ještě počítal s oběma variantami lékařských služeb – veřejných i soukromých. Postupným nátlakem ale stát začal omezovat soukromé lékařské ordinace a nahrazoval je ambulancemi nemocenských pojišťoven. Ty trpěly z počátku nedostatkem kvalifikovaného personálu a tak stát přistoupil k dalšímu tlaku, tentokrát na lékaře samotné, aby nastoupili do těchto ambulancí.¹⁶⁸

Dalším z řady zákonů, které již plně rozvíjely myšlenku etatizace, byl zákon č. 125/1948 Sb., o znárodnění přírodních léčivých zdrojů a lázní. Následoval zákon č. 114/1948 Sb., o znárodnění některých dalších průmyslových a jiných podniků a závodů a o úpravě

¹⁶⁷ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 303.

¹⁶⁸ Tamtéž, s. 304.

poměrů znárodněných a národních podniků. V oblasti zdravotnictví se tento zákon dotýkal farmaceutických podniků, výroben léčebných přístrojů a dalšího zdravotnického materiálu. Stejný zákon se zabýval i znárodněním lékařských ordinací. I když soukromé ordinace existovaly nadále ještě několik let, jejich funkce byla do značné míry bezpředmětná. Došlo totiž k vytvoření instituce zdravotních středisek a k nastolení pravidla příslušnosti k lékaři podle obvodu, v němž se nacházelo místo bydliště pacienta. Tím došlo prakticky i ke zrušení svobodné volby lékaře. Třetím významným zákonem, který umožnil proces znárodnování, byl zákon č. 185/1948, o zestátnění léčebných a ošetrovacích ústavů a o organizaci státní ústavní léčebné péče. Státními léčebnými a ošetrovacími ústavy byly myšleny nemocnice a odborné léčebné a ošetrovací ústavy (§9 zákona). Nemocnice sloužily jako základ ústavní péče, ostatní odborné ústavy se specializovaly na určité okruhy lékařství. Význam tohoto zákona lze spatřit především v kontextu s ostatními zdravotnickými zákony a nařízeními, protože tvořil první ucelený a právně stanovený koncept českého zdravotnictví od dob Rakouska – Uherska. Poté již nic nebránilo zavedení jednotného státního plánu zdravotní péče.

Nově zestátněné zdravotnictví bylo přiděleno do správy zreformované „lidosprávy“. Řídicími orgány se staly krajské a okresní národní výbory prostřednictvím jejich zdravotnických referátů. Ani samotní lékaři nebyli ušetřeni výdobytků nové doby a byli „zbaveni“ organizací, které se staraly o jejich stavovské zájmy. Po roce 1948 se o jejich práva a pracovní podmínky začalo starat Revoluční odborové hnutí (ROH), stejně jako tomu bylo u všech ostatních československých občanů. Krátce na to byly navíc kompletně zrušeny i lékařské komory. Oporu v zákoně získal tento krok díky z. č. 170/1950 Sb. o zdravotnických povoláních. Ve svém důsledku umožňoval tento zákon zacházet s lékařským personálem stejně jako v ostatních sektorech národního hospodářství. Zjednodušeně řečeno, lékař si již nemohl vybírat svého pacienta a pacient si již nemohl vybírat svého lékaře.

Proces centralizace byl završen zřízením Ústavů národního zdraví, které kopírovaly administrativní členění země. Městské, okresní a krajské ústavy se staly vrcholným článkem veškeré ambulantní péče, což se týkalo obvodních lékařů, středisek, poliklinik a pohotovostí. Dále pak pod ně spadala péče preventivní a lůžková, tím pádem veškeré nemocnice, léčebny, sanatoria, speciální ústavy nebo lázně. Hygienicko – epidemiologické péči příslušely Hygienicko – epidemiologické stanice, které byly organizovány podle stejného principu.¹⁶⁹

Oblast prevence, která byla do roku 1948 doménou spíše dobrovolnických spolků nežli státu, započala obnovená vláda uzákoněním povinného očkování dětí. Prvním úspěchem

¹⁶⁹ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 219 - 220. Dále: Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 304 - 306.

v této oblasti bylo povinné očkování dětí proti záškrtu č. 189/1946 Sb. V průběhu dalších let se více či méně dařilo bojovat s celou řadou dětských infekčních nemocí – od dávivého kašle, přes dětskou obrnu až ke spále. Ve svém systematickém boji proti infekčním a nakažlivým chorobám pokračoval stát např. i uzákoněním povinného očkování proti pohlavním chorobám zákonem č. 158/1949 Sb. Trochu obecněji se problematikou prevence zabýval zákon č. 60/1948 Sb., o potírání nemocí přenosných na lidi.

Stejný osud se týkal i tuberkulózy. První kroky byly učiněny už v roce 1948 díky zákonu č. 61 Sb. o některých ochranných opatřeních proti tuberkulóze. Ale očkovat se proti ní v Československu začalo až v roce 1953.¹⁷⁰ Tuberkulóza poté už nebyla největším viníkem dětské úmrtnosti. Ve všech zmíněných případech byl stát díky povinnému očkování velice úspěšný a snížil tak dětskou úmrtnost ze 87‰ v letech 1945 - 1949 na 30‰ v roce 1954. Přestože byl tak do značné míry vítězně završen boj proti chorobám dýchacího a trávicího ústrojí, vzápětí je nahradily choroby nové a to především nemoci srdce, oběhového systému a nádorová onemocnění.¹⁷¹

Svou roli v oblasti prevence sehrála i Ústřední národní pojišťovna. Na základě zákona č. 99/1948 Sb. se měla zasadit o preventivní péči u svých pojištěnců a jejich rodinných příslušníků a to především formou pravidelných prohlídek, poradenství a zdravotní výchovou, péčí o pacienty ohrožené nemocí z povolání a vědeckým výzkumem.¹⁷²

Konečnou fází počáteční přeměny kapitalistického zdravotnictví na socialistické byl zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. V návaznosti na to byl vydán zákon č. 4/1952 Sb. o hygienické a protiepidemické péči. Tímto usnesením vyvrcholily snahy o zavedení jednotného systému v léčebné, ambulantní, nemocniční i preventivní péči pod dohledem Ústavů národního zdraví.¹⁷³

Výše uvedené kroky měly za následek takovou proměnu československého zdravotnictví, jakou tento obor nezažil od založení samostatné Československé republiky. Revoluční a vesměs radikální jednání ve způsobu vedení léčebné a preventivní péče, vědeckého bádání i řízení administrativy znamenalo přelom v náhledu na zdravotně – sociální péči, jejíž podoba byla tímto na dlouhá desetiletí zakonzervována v duchu socialismu, následujícíce tak sovětský vzor a plníce pětileté plány.

¹⁷⁰ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 305.

¹⁷¹ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 218. Dále: Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 306.

¹⁷² Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 304

¹⁷³ Tamtéž, s. 307.

III. DOBROVOLNICKÁ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČECHÁCH V LETECH 1918 – 1948 A JEJÍ VZTAH K PROTITUBERKULÓZNÍMU BOJI

III. 1. „Cílená snaha konat lidem dobro“ - vývoj dobrovolnictví před a po vzniku Československého státu

Ačkoliv byla sociálně zdravotní práce produktem až 20. století, její počátky je možné spatřovat daleko do minulosti – do doby, kdy lidé začali projevovat ochotu pomáhat druhým prostřednictvím dobročinnosti a chudinské péče. Právě z této myšlenky vznikaly první sociální reformy. V českém prostředí se zmíněné pohnutky začínaly projevovat na přelomu 18. a 19. století. V té době započala dobročinnost a péče o chudé nabývat systematické podoby, ať už prostřednictvím státu, církví, dobročinných spolků či jednotlivců. Pokud by bylo třeba stanovit nějakou „startovací čáru“, pak by jí zřejmě bylo období josefínských reforem, které zasahovaly i do oblasti zdravotní a sociální péče. Právní úpravy z počátku 19. století vymezovaly rozdílné postavení státních, obecních a církevních (soukromých) nemocnic a ústavů. Vedle uvedeného systematického postupu státu a církve ve snaze zpřístupnit zdravotní péči většímu množství obyvatel monarchie, se však začal objevovat druhý, naprosto nekoordinovaný přístup ke zdravotním potřebám nemocných, totiž nově vznikající podpůrné spolky. Stát vnímal sociálně zaměřené spolky jako přínos, jelikož mu pomáhaly zbavit se části finanční odpovědnosti za zdravotní služby pro své obyvatele. Tyto spolky kladly největší důraz na péči o sirotky, vdovy, chudinu nebo např. handicapované – ve své podstatě šlo převážně o nemocné, kteří byli nejvíce ohroženi chudobou. Nelze se divit, že stát přenechal část své zodpovědnosti za tyto nerentabilní pacienty na bedrech dobročinných institucí.¹⁷⁴

Na počátku měla dobročinnost spíše formu jednorázové podpory, časem se však začala specializovat a formovat do podoby rozličných institucí.¹⁷⁵ Dobrovolná činnost občana jakožto jednotlivce, ať už se jednalo o pomoc hmotnou nebo pracovní, byla sice velmi záslužná, ale přesto nedosahovala takových výsledků, jako řádně organizovaná spolková péče.

¹⁷⁴ Kodymová, Pavla. *Historie české sociální práce v letech 1918 – 1948*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2013, s. 11- 12.

¹⁷⁵ Z těchto aktivit si následně převzala profesionální sociální práce vzor pro svou činnost. Tamtéž, s. 12.

Spolková činnost projevovala mnohem výraznější prvky samostatnosti a pružnosti ve svém rozvoji. Navíc byla mezi lidem mnohem více oblíbená pro snadnější možnost osobního zapojení. Dne 15. listopadu 1867 vyšel říšský zákon č. 134 o právu spolčovacím a shromažďovacím, který poskytoval těmto spolkům právní základ.¹⁷⁶

Většina zdravotně sociálních spolků se snažila zaměřit na příčiny nemocí více než na důsledky. Jejich hlavním oborem se tedy stala prevence chorob a zamezení jejich dalšího šíření v rodině pacienta. K tomu měla sloužit především zdravotní osvěta. Zaměření ústavu často záviselo na preferenci zakladatele k té či oné skupině obyvatelstva, popřípadě, pokud se jednalo o lékaře, pak často rozhodovala jeho lékařská specializace. Např. MUDr. František Hamza praktikoval v době svých studií na dětské klinice u profesorů Schwingra a Scherera a následně pak založil roku 1901 Hamzovu dětskou léčebnu, což bylo v podstatě soukromé sanatorium pro léčbu skrofulózy.¹⁷⁷ Díky tomuto vlivu sympatií na zakládání soukromých léčeben či dispenzářů byly některé obory sociálního lékařství zastoupeny více než jiné. Např. péči o alkoholiky nebo prostitutky se zdravotně sociální spolky zabývaly jen výjimečně. Především z toho důvodu, že na tyto lidi bylo nahlíženo jako na osoby, které si za svůj sociální status mohou do značné míry samy. Naopak nejvíce spolků se věnovalo péči o děti a mládež. Pro tuto skupinu bylo nejsnazší sehnat finanční prostředky a morální podporu ze strany široké veřejnosti, ať už se jednalo o děti fyzicky, psychicky či sociálně handicapované. Další značně podporovanou skupinou byli lidé se zdravotním, či smyslovým postižením.¹⁷⁸

Z mnoha hledisek byl nejjednodušší formou pomoci jednorázový příspěvek. Ten mohl být buďto finanční nebo formou hmotných dávek. Hmotné dávky měly většinou podobu přidělu uhlí, dřeva, některých potravin nebo šatstva a obuvi. Žáci a studenti navíc mohli dostat nové školní pomůcky nebo právo na bezplatné stravování. Tuto formu pomoci vyhledávali většinou sami klienti. Oproti tomu však existovaly i spolky, které se aktivně snažily vyhledávat chudé a potřebné a nabízet jim svou péči a pomoc. Spolky tohoto druhu se nacházely především na městských perifériích. Tomuto druhu pomoci se říkalo depistáž a jednalo se především o ošetrovatelskou službu a osobní návštěvy v místě jejich bydliště. Depistáž byla ve všech ohledech mnohem náročnější než jednorázové příspěvky. Už proto, že vyžadovala značnou spolupráci nemocného a často i ochotu celé jeho rodiny zapojit se do pokusu o zlepšení vlastních životních podmínek. Pokud docházelo k aktivnímu vyhledávání nových klientů, bylo nutné dávat pozor na to, aby se u navštívené rodiny nevzbudil pocit

¹⁷⁶ Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 37.

¹⁷⁷ Skrofulóza byla tuberkulózou dětského věku. Více o Hamzově dětské léčebně: Třenevová P. *Hamzova dětská léčebna (1875)1908 – 1997*. Dílčí inventář, 2000, 172 s., ev. č. 8447.

¹⁷⁸ Kodymová, P. *Historie české sociální práce*, s. 13.

ponížení či snad dokonce obav. Důležité také bylo nevnučovat pacientům svůj názor, snažit se je vyslechnout a pokusit se porozumět jejich situaci. Na druhou stranu se však ošetřovatelky učily rozlišovat, zda šlo o skutečnou chudobu, či spíše o chudobu tzv. „na odiv se stavící“.¹⁷⁹ Musely se tedy naučit rozpoznávat míru potřeby a samozřejmě i druh péče, kterou byly schopné klientům poskytnout. Byl to právě ošetřovatelský personál, který měl za úkol rozlišit, jaká podpora by pro daného nemocného a jeho rodinu byla nejvhodnější - zda jednorázová či opakovaná, hmotná či finanční atd. Ačkoliv byla základem zdravotně sociálních spolků lékařská péče, neopomíjely ani další aspekty lidského života, které byly chorobou jejich klienta značně narušeny. Mnoho z nich proto poskytovalo i právní nebo finanční poradenství.¹⁸⁰

Aby mohl spolek fungovat a pomáhat potřebným, musel mít buďto bohatého mecenáše nebo velkou přízeň ze strany veřejnosti. Proto prováděla většina spolků kontroly své činnosti, vydávala tiskem své výroční zprávy a zveřejňovala statistiky, které dokazovaly kvalitu jejich práce a v podstatě opodstatňovaly i smysl jejich existence. Příznivou publicitu si spolky zajišťovaly prostřednictvím tisku a známých osobností, které jejich práci mnohdy zaštiťovaly. Do určité míry tak mohly i manipulovat s veřejným míněním ohledně některých sociálních otázek.

III. 1. 1. Spolková činnost jako součást československého zdravotnictví

Československé zdravotnictví vykonalo za první republiky velký díl práce a nutno dodat, že do té doby nikdy nebyla zdravotní péče tak rozšířená a navíc přístupná široké veřejnosti, jako právě v těchto letech. Přesto ale stále existovaly některé oblasti zdravotnictví, které byly odkázány na dobročinnost. Spolky dobrovolné sociálně zdravotní péče si tak nadále udržovaly svou pozici vedle veřejného zdravotnictví a sociálního pojištění a upevňovaly si ji svou stále se zvyšující profesionalizací. Obdobnou pozici zastávaly i spolky založené na principu církevní charity, které byly svou podstatou předchůdci myšlenky spolkové činnosti.

Se zvyšující se kvalitou poskytované péče byla spjata i nutnost kvalifikace konkrétní dobrovolné zdravotě sociální instituce. Hledisek, která se dala poměřovat, bylo hned několik. Organizace mohly být členěny na základě programu, pokud se věnovaly boji proti konkrétní chorobě nebo sociálnímu jevu ve společnosti. Do této škatulky spadaly všechny

¹⁷⁹ Ošetřovatelský personál měl brát zřetel na některé konkrétní činitele – zda rodina sama vyhledala pomoc spolku či nikoliv, zda byla jejich chudoba způsobena nemocí nebo ztrátou práce a zda se sama snažila řešit svou krizi nebo jen dlouhodobě využívala dobročinnosti. Kodymová, P. *Historie české sociální práce*, s. 13.

¹⁸⁰ Tamtéž, s. 12 - 14.

protituberkulózní spolky, ale také např. ty protialkoholní, pro výchovu slepých a hluchoněmých nebo pro potírání pohlavních chorob. Dalším kritériem mohl být teritoriální záběr, který se mohl pohybovat v rozmezí od mezinárodních po ty nejmenší místní organizace. Při určování druhu spolku hrálo svou roli i věkové rozvrstvení klientely, některé spolky se zabývaly pouze dětmi, jiné mládeží či matkám a jejich kojencům a nakonec i seniorům. K nejvýznamnějším spolkům tohoto zaměření patřil nově vzniklý Svaz československé péče o mládež a dále ještě předválečná organizace Ochrana matek a kojenců. Často byly spolky vedeny paralelně na základě politického zaměření či konfesijního pozadí ve dvou podobách, jednou německy, podruhé česky. Německé dobročinné organizace se proto v ohledu metody práce s klienty, druhem péče a zaměřením nijak nelišily od těch československých. Své výlučné postavení zaujímala i katolická Charita, která byla v době První republiky celostátně působící organizací s mnoha pracovními odvětvími, přičemž zdravotně sociální práce byla jednou z nejdůležitějších.¹⁸¹

Přes různé zaměření a metody práce existovaly jisté spojnice, které protínaly všechny dobročinné spolky napříč společenským spektrem. Tím hlavním byl způsob získávání příjmů, bez kterých by jejich práce ani nebyla možná. Možnosti byly většinou omezené na čtyři základní zdroje: členské příspěvky, dary, subvence institucí veřejného zdravotnictví a výnosy z vlastního podnikání. Na našem území se zhruba ve 20. letech 20. století rozvinula diskuse na téma, zda bylo účelné, aby byly spolky natolik zapojeny do zdravotně sociální činnosti, když finanční prostředky, které byly k jejich práci využívány, pocházely převážně z veřejných zdrojů. Danou zkoušku však spolky přečkaly bez větší újmy. Ačkoliv byla velká část jejich financí zajištěna ze subvencí veřejných korporací, stále zde existovala nezanedbatelná částka, kterou si byly spolky schopné zajistit samy. Pro rok 1929 vypočetl Dr. Hynek Pelc tuto částku u dobrovolných zdravotnických institucí na 24 mil. Kč.¹⁸²

Dalším společným znakem dobrovolných institucí byly odstupňované druhy členství a také personál, kterým byl vždy spolek tvořen a který mohl být buďto placený nebo dobrovolný. Právě zmíněný personál znamenal další devízu, kterou mohly zdravotně sociální spolky nabídnout a díky níž byly nepostradatelné. Disponovaly totiž značným množstvím lidí, kteří měli o zdravotně sociální otázku opravdový zájem, ale bez spolkové činnosti by ho mohli jen minimálně uplatnit. Pokud by měl stát zaměstnat tyto lidi jako kvalifikované pracovníky v oblasti veřejné zdravotně sociální správy, byla by s tím spojená některá nutná břemena, jako platový postup či penze, které se jinak dobrovolných spolků netýkaly.

¹⁸¹ Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.*, s. 165 – 167.

¹⁸² Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 45.

V takovém případě, i když bylo zacházení s financemi u některých spolků neprofesionální a občas nehospodárné, stále vycházely dobročinné spolky jako lacinější varianta.¹⁸³

I přes odlišný program se většina zdravotně sociálních spolků věnovala především osvětě, která si povětšinou brala za cíl zvýšení povědomí o důležitosti dodržování základních hygienických podmínek, správného stravování nebo např. rozpoznání a případného odvrácení rizikové situace.

Ačkoliv byly zájmy jednotlivých spolků rozdílné, jejich povaha zdravotně sociální instituce je v některých okamžicích přivedla ke vzájemné spolupráci. Nakonec došlo i na momenty, kdy spolky spolupracovaly nejen mezi sebou navzájem, ale i s veřejnými institucemi, soukromými pojišťovnami i soukromníky. Důkazem tohoto druhu spolupráce byl např. vznik Československého komitétu pro řešení spolupráce veřejného zdravotnictví, sociálního pojištění a dobrovolných zdravotnických korporací, který vznikl ve dvacátých letech 20. století jako součást spolupráce se ženevskou Zdravotnickou sekcí Společnosti národů.¹⁸⁴ Vzájemná kooperace byla navíc v těchto sporcích značně skloňovaným tématem, na které bylo neustále upozorňováno. Postupem času se začal objevovat trend spojovat systémově spolky se stejným zaměřením. Tím by se daly lépe řešit nedostatky a odhadnout potřeby pro dobudování jejich sítí na celostátní úrovni. Tato myšlenka došla tak daleko, že bylo založeno Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků. Bohužel neměly tyto úvahy možnost se plně rozvinout, jelikož do jejich existence zasáhla druhá světová válka.

Další informací, skloňovanou v souvislosti s dobročinnými spolky, byl zvyšující se počet léčebných zařízení, které tyto instituce zakládaly a vedly. Jednalo se především o různé dispenzáře, sanatoria či léčebny.

III. 1. 2. „Tuberkulosa jako nemoc nakažlivá“

„Tuberkulosa je velikým problémem nejen klinickým, ale i sociálním. Problém ten stále se mění a jasní rozvojem a pokrokem lékařské vědy – rozvojem a pokrokem pospolitého života.“¹⁸⁵

Jedna z chorob, která dlouhá léta odolávala pokusům o její vymýcení, byla tuberkulóza. Přestože byl bacil objeven Robertem Kochem již v roce 1882, byla znalost této

¹⁸³ Tamtéž, s. 45 – 46.

¹⁸⁴ NA, MVZTV, krt. 159, inv. č. 1349, *Informace pro řešení spolupráce mezi veře. zdravotnictvím a sociálním pojištěním, Protokoly ze schůzí komise pro řešení spolupráce, 1929 – 1933.*

¹⁸⁵ Hamza, F. *K výchově sociálních lékařů*, s. 15.

choroby ještě za první republiky žalostně malá.¹⁸⁶ Lidé si pod tímto pojmem navíc představovali pouze tuberkulózu plicní bez ohledu na její další formy, které byly přičítány spíše k tzv. „běžným nemocem“. Většinová společnost ji stále nepovažovala za infekční.¹⁸⁷ Naopak byla řazena k tzv. nemocem lidovým, stejně jako alkoholismus, pohlavní nemoci, zneužívání omamných látek, ale také např. cukrovka nebo revmatismus.¹⁸⁸ O vlašném přístupu svědčí i fakt, že zdravotní předpisy, týkající se jejího přenosu, byly uváděny do chodu jen pozvolna.

Jak již bylo v této práci zmíněno, došlo po založení samostatného Československa na základě vládního nařízení č. 10 Sb. ze dne 19. prosince 1919 ke vzniku jednoho z mnoha poradních sborů – a totiž Stálého poradního sboru pro boj proti tuberkulóze. Instituci ale očividně chyběla patřičná progresivnost a především finance. Skutečnou změnou v pohledu na samou podstatu tuberkulózní nákazy však bylo možné zaznamenat až s prosazováním myšlenky sociálního lékařství. Uvedený myšlenkový směr viděl v tuberkulóze nejvýraznější ze sociálních chorob. Důvodem byla skutečnost, že při onemocnění hrál často velkou roli jak sociální statut nemocného, tak jasný sociální důsledek. Pacient postižený touto nemocí byl totiž značně hospodářsky znevýhodněn, jelikož ho činila práce neschopným.

Očima sociálního lékařství bylo na tuberkulózu nahlíženo hned z několika hledisek. Hynek Pelc rozeznával v roce 1937 tři stupně této nemoci: tuberkulózní infekci, tuberkulózní onemocnění a onemocnění způsobující smrt. První stupeň byl považován za neaktivní fázi, druhý stupeň představoval fázi sice aktivní, ale zhojitelnou. Zjišťování intenzity jejich výskytu bylo dosti neúplné. Nejsnáze statisticky prokazatelnou hodnotou byla úmrtnost na tuberkulózu. Tato hodnota bývala složena ze dvou položek: tuberkulózy plicní, která valnou měrou převažovala, a tuberkulózy jiných forem. I u těchto dat však Dr. Pelc nabádal k opatrnosti, neboť uznával, že diagnostika příčiny úmrtí byla v té době stále ještě nedokonalá. Odborníci se nemohli přesně shodnout ani na hypotéze, jak vlastně docházelo

¹⁸⁶ I když se v době Kochova objevu zdálo, že bude znamenat revoluci v boji s touto chorobou a její vyhlazení bude jen otázkou několika málo let, kupodivu se tak nestalo. I on sám pak na konferenci ve Washingtonu roku 1908 uznal, že se mýlil. Úplné vymýcení této nemoci bylo stále ještě hrou daleké budoucnosti. Více: Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 152.

¹⁸⁷ Např. v edici Komentovaných zákonů ČSR č. 46 z roku 1937 se výslovně píše: „*Všechny nakažlivé nemoci nevyskytují se ve formě epidemií, a některé nikdy. Třeba byly velmi rozšířeny a vyskytovaly se u mnoha osob, nelze u takových nemocí mluvit o epidemiích v technickém slova smyslu, nepoužívá se o nich běžného výrazu nemo epidemická, a nehodí se pro ně obvyklá forma boje prítiepidemijního. Tak jest tomu např. u tuberkulózy, ..., kteréžto nemoci hojným rozšířením svým mají povahu nemocí lidových.*“ Více: Běbr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 797.

Za nemoci nakažlivé a tzv. epidemické byly dlouhodobě považovány – záškrt, záducha, neštovice, spála, spalničky, tyf skvrnitý a břišní, úplavice, cholera domácí a horečka omladnic. Pelc, H. *Zpráva o poměrech a zařízeních zdravotních v Království českém za léta 1902 – 1905*, s. 46 – 84.

¹⁸⁸ Běbr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 1041.

k přenosu tuberkulózy. Prvotní teorie považovala za hlavní zdroj zaschlé tuberkulózní sputum (hlen) nemocného, které ulpělo na prachu a následně bylo vdechnuto zdravou osobou. Druhá teorie kladla důraz spíše na drobné hlenové kapénky, které šířila osoba stížená plicní tuberkulózou ve svém okolí díky mluvě nebo kašláním. Dr. Pelc však také uznával výsledky vědeckého výzkumu, které dokazovaly, že nemoc nemusela vstoupit do těla pouze plicemi, ale že vstupní branou byly mnohdy střevo či jiná sliznice či místo na kůži.¹⁸⁹ Masarykova liga proti tuberkulóze počítala se všemi těmito případy, proto ve svých výchovných akcích zmiňovala všechny možnosti přenosu: „*At' neprodlívají děti v místnostech, kde se práší... neohmatávejte jídla a nejezte jídla znečištěná prachem... dbejte, aby nemocný zastřel při kašli kapesníkem ústa...aby na Vaše děti nekýchal a nemluvil...Netrpte, aby cizí lidé líbali Vaše děti...Nedávejte dětem pítí nesvařeného mléka!*“¹⁹⁰

Přestože nebylo v době první republiky ještě zcela jasné, jakým způsobem se tuberkulóza přenášela a co bylo její vstupní branou do lidského těla, jeden fakt byl nepopiratelný. Úmrtnost na tuto chorobu byla tím vyšší, čím více se snižoval věk postižené osoby. Nejvíce ohroženi tak byli kojenci, děti a dorost. Existovalo i několik postojů k průběhu tuberkulózní úmrtnosti, z nichž většina měla své zastánce z řad odborné lékařské veřejnosti.¹⁹¹ V převážné většině se shodly na faktu, že tato úmrtnost byla spojena s civilizační vlnou a mírou industrializace země, neboť státy civilizačně a hospodářsky vyspělé trpěly tuberkulózní úmrtností daleko méně než civilizace v raném stádiu vývoje. Někteří lékaři se ale už tehdy snažili hledět na tuberkulózní onemocnění v celé jeho komplexnosti: „*Na tuberkulosní onemocnění se dnes díváme jako na výslednici řady událostí, v nichž jednotlivec přišel ve styk s tuberkulosní nákazou.*“¹⁹²

¹⁸⁹ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 158 – 159.

¹⁹⁰ NA, MVZTV, krt. 515, inv. č. 2430, *Chraňte své děti proti tuberkulóze! (Epištola rodičům, pěstounům a vychovatelům)*, bez místa a data, s. 2 – 3.

¹⁹¹ Lékařští odborníci se dohadovali o povaze příčiny tuberkulózní úmrtnosti. Nejvíce za zmínku stojí tři hlavní teorie. Jedna z nich vyzdvihovala příčinu imunologickou, která byla založená na tezi, že v každé společnosti se najde určitá skupina lidí odolných vůči onemocnění a s přirozeným nárůstem počtu těchto lidí se snižuje úmrtnost na danou chorobu. Druhá skupina vědců přikládala hlavní význam národohospodářským činitelům a snažila se prokázat souvislost mezi hospodářskou úrovní určitého území a úmrtností jeho obyvatel na konkrétní nemoc. Třetí skupina věřila v teorii hereditární, která přisuzovala velký význam dědičnosti při rozvoji tuberkulózního onemocnění. Více: Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 154 – 155.

¹⁹² Tamtéž, s. 156.

III. 1. 3. „Do boje proti tuberkulóze!“

I způsob protituberkulózního boje prošel svým vývojem. Brzy po objevení tuberkulózního bacilu roku 1882 nastala tendence vyhubit bacil samý a zabránit jeho dalšímu šíření. Z tohoto období pochází mnoho výchovných protituberkulózních akcí, týkajících se hlavně plivání na veřejnosti. Někdy tyto protituberkulózní akce zacházely až tak daleko, že např. pravidla slušného chování doporučovala mužům ze strachu z onemocnění nelíbat ženě ruku a nezvedat jí kapesník, pokud ženě upadne.¹⁹³ Velký důraz byl kladen také na odloučení nemocného od zbytku rodiny a obecně od jeho okolí. Většina těchto pravidel, i když byla sdělována dobročinnými organizacemi, vycházela z výnosů a nařízení stanovených ministerstvem. Některá z těchto ustanovení pocházela ještě z období monarchie, jako např. výnos předsedy ministerstva jako správce ministerstva vnitra ze dne 14. července 1902, č. 29.949, který byl v celém rozsahu intimován zemskými politickými úřady. Na základě zmíněného výnosu vydalo tedy jak místodržitelství pro království České, tak místodržitelství Moravské oběžník, týkající se předpisů o potlačení tuberkulózy.¹⁹⁴ Další z řady oběžníků uvedeného typu se dotýkaly např. ohlašování tuberkulózy, potírání tuberkulózy na školách, péče o tuberkulózní vojáky atd. Většina nařízení platila dále i po vzniku samostatného Československa a byly jen pozvolna nahrazovány či doplňovány předpisy dalšími.

Ve většině případů se s tuberkulózní nákazou zacházelo podle stanovených pravidel. V době vydání výše zmíněného oběžníku Českého místodržitelství č. 188.694 z roku 1902 byla tuberkulóza považována za nemoc nakažlivou a silně ohrožující lidskou společnost, tomu odpovídala i větší všeobecná pozornost ze strany politických úřadů. A jelikož se také věřilo, že lze této nemoci náležitou opatrností předejít, popřípadě jí vhodným léčením zhojit, věnoval stát bedlivou pozornost nastavení určitých protituberkulózních opatření. Ta začínala v ordinaci lékaře, který měl při jakémkoliv podezření na tuberkulózu provést mikrobiologicko – bakteriologické vyšetření, jež mělo potvrdit nebo vyvrátit výskyt nemoci. Pokud byla nemoc prokázána, měl pacientovi důrazně doporučit určitý druh chování zamezující nákaze dalších lidí, hlavně pak členů jeho rodiny. Stejně tak bylo potřeba instruovat rodinu nemocného, jak se v nastalé situaci chovat. Nemocný měl mít (pokud to situace v rodině dovozovala) své předměty každodenní potřeby pečlivě oddělené od zbytku domácnosti. Po jejich upotřebení měly být buďto zlikvidovány, nebo pečlivě vyvařeny,

¹⁹³ Dorostový odbor Výchovného výboru Svazu D. T. J. Č. *Dělník gentleman: [o společenské výchově] : proslovy před šikem dorostenců a mladých členů*. V Praze: Nákladem Svazu D. T. J. Č., 1922, s. 5 – 16.

¹⁹⁴ Oběžník místodržitelství pro království České č. 188.694 ze dne 18. října 1902 (oběžník místodržitelství Moravského č. 38.14 ze dne 30. září 1902), týkající se předpisů o potlačení tuberkulózy. Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 1047 – 1057.

popřípadě dezinfikovány vodní párou nebo chemickými prostředky. V takto postižených domácnostech se mělo zamezovat víření prachu a např. zametání podlahy se mělo dělat pouze na vlhko. Pod pohrůžkou policejního zákazu se dokonce nesměly vyklepávat utěrky z oken. O návrhu, aby byl nemocný celkově oddělen od zbytku rodiny a měl svou vlastní místnost, byla již v této práci zmínka. Stísněné bytové podmínky sociálně slabých rodin takovou možnost téměř naprosto vylučovaly. Silný odpor byl nastolen proti plivání na zem, jak již bylo zmíněno. Už v roce 1902 byl tento zákaz zaveden na stáních a samosprávných úřadech, ve veřejných korporacích a některých podnicích. Nesmělo se tedy plivat nejen na úřadech, ale i ve školách, nemocnicích, kasárnách, věznicích, tělocvičnách a na hřištích, v živnostenských provozovnách a robotárnách a nakonec také v prostředcích veřejné dopravy. Daný zákaz se dotýkal i míst veřejných shromáždění, jako např. kostelů, divadel, muzeí, tančíren apod. Většina uvedených zákazů vycházela ze stále platných císařských nařízení a řádů.¹⁹⁵ Všechny zmíněné instituce se na druhou stranu musely postarat o vhodná plivátka, která měla být vždy na dosah. Nejlépe se všechna pravidla dodržovala v léčebných ústavech, kde se nacházely jak vhodné prostředky, tak odborně vyškolený personál.

Další zdravotně policejní nařízení panovala ohledně kontroly kvality mléka a mléčné produkce. Bylo obecně známé, že tuberkulóza se také přenášela prostřednictvím kravského mléka. Přestože již byla objevena a používána pasterizace, stále panovala obava u takových výrobků, které se nedaly doma převarit, jako byly sýry nebo máslo. V takový okamžik musel zakročit stát formou kontroly produkce a distribuce mlékárenských výrobků, ale také např. veterinární kontrolou stájí dojnic.¹⁹⁶

Všechna tato opatření byla označovaná za přímá, existovala však ještě celá řada tzv. opatření hodných doporučení. Jednalo se o sérii podpůrných činností, jež měly zamezit šíření tuberkulózy. Jedno z doporučení se týkalo zaměstnání tuberkulózních osob. Doporučení nabádala, aby se nemocní pokud možno vyhýbali povoláním, která svými nepříznivými hygienickými podmínkami, neustálým sezením či sehnutím nedovolovala zlepšení jejich stavu.¹⁹⁷ V zahraničí se dokonce několikrát pokusili o poměrně radikální způsob trvalého zaměstnání nemocných tuberkulózou a to založením tzv. kolonií pro tuberkulózní. Jednalo se o místa, kde byly shromažďovány osoby s chronickou formou tuberkulózy. Bylo pro ně

¹⁹⁵ Trestry byly stanoveny prostřednictvím císařského nařízení č. 96 ř. z. ze dne 20. dubna 1854, nařízení č. 198 ř. z. ze dne 30. září 1857, obecním zřízením, živnostenským řádem a železničním řádem a podle zvláštních pořádkových předpisů. Více: Běbr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 1050 – 1051.

¹⁹⁶ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 169.

¹⁹⁷ Za nežádoucí byla považována především zaměstnání v uzavřeném prostoru, v místech, kde se tvoří škodlivé výpary nebo silně tvoří prach. Otázkou zůstává, jak moc si mohli nemocní vybírat své povolání. Více: Tamtéž, s. 1054.

vyhrazeno ubytování a na stejném místě i zaměstnání. V těchto koloniích nehrál roli druh onemocnění ani patologicko – anatomický nález u nemocného. Mnohem důležitější byla schopnost socializace a přizpůsobení se prostředí. Takovéto instituce vznikaly v Anglii (Papworth, Preston Hall, Barowmore), v Německu ve Vratislavi nebo ve Francii v Clairvivre. U nás byl v tomto ohledu proveden pokus ve spojení se sanatoriem v Žamberku.¹⁹⁸

Poučení o těchto krocích bylo často kladeno na bedra lékařů a nejrůznějších spolků v rámci lidových přednášek, článků a brožur. Jednou z mnoha takových brožur byla např. i „*Epištola rodičům, pěstounům a vychovatelům – Chraňte své děti před tuberkulosou!*“, kterou vydal ve 20. letech spolek Masarykova liga proti tuberkulóze. Brožura měla za cíl rodičům vysvětlit, jaké druhy tuberkulózy mohou děti nejčastěji postihnout, jak sledovat symptomy choroby a jak se chovat v případě kontaktu dítěte se souchotinářem. Tento druh brožur se většinou zaměřoval na důsledné dodržování osobní hygieny a hygieny v domácnosti.¹⁹⁹

Doporučení se nevyhnula ani obcím, které byly nabádány k dodržování veřejné čistoty, tzn. pravidelnému odvozu odpadků a smetí, udržování dobré kanalizace, časté čištění ulic ale například také udržování a vedení veřejných lázní a plováren, které měly vést k utužení zdraví obyvatelstva. Udržování obecní čistoty mělo navíc působit jako výchovný prvek.²⁰⁰ Čím dál tím více totiž byla přesouvána do popředí potřeba posilování vzdornosti proti tuberkulóze. Postupem času se z tohoto fenoménu stala další oficiální fáze protituberkulózního boje. Schopnost předejít infekci, postavit jí do cesty překážku v podobě zdravého a silného organismu v rámci značně omezených možností boje proti již propuknuvší nemoci, byla v dané době značně logickým krokem.

Možnosti léčení již tuberkulózně nemocných pacientů byly v první polovině 20. století značně omezené. Funkční medikamentózní nebo chirurgická léčba byla na začátku století ještě v plenkách a účinné očkování bylo zatím pouhou nadějí vzdálené budoucnosti. O léčbu se bylo možné pokoušet v podstatě jen u pacientů v počátečním stádiu. Uvedená léčebná péče byla přístupná ve formě pobytu v sanatoriu, což byl vzor přejatý z Německa. Ke koncepci se ještě přidružila francouzská idea mimoústavní péče v dispenzářích. Oba koncepty byly využívány především dobročinnými zdravotně sociálními spolky.²⁰¹

¹⁹⁸ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 165.

¹⁹⁹ NA, MVZTV, krt. 515, inv. č. 2430, *Chraňte své děti proti tuberkulóze! (Epištola rodičům, pěstounům a vychovatelům)*, bez místa a data.

²⁰⁰ Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 1054.

²⁰¹ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 160.

Tato pomoc by však nebyla možná bez sociálních pojišťoven, které se svou finanční podporou dispenzářů a sanatorií výrazně podílely na boji proti tuberkulóze. Jedním z největších „hráčů“ na tomto poli byla Ústřední sociální pojišťovna (dále ÚSP). Dispenzáře plnily pro pojišťovny funkci jakýchsi výkonných orgánů a nositelů hlavních myšlenek zdravotně sociálního lékařství. Léčebny zase zprostředkovávaly jejich individuální léčebnou péči pro plicní a mimoplicní tuberkulózou postižené pojištěnce a důchodce, popřípadě pro vdovy po pojištěncích a důchodcích. Hlavním důvodem takového počínání sociálních pojišťoven byla snaha odvrátit invaliditu a navrátit práceschopnost svých pojištěnců. A právě na těchto principech byl založen výběr nemocných, kterým byla léčebná péče poskytnuta. Léčení se poskytovalo jen těm pojištěncům, u nichž byla naděje na uzdravení a navrácení do pracovního procesu na co možná nejdělsí dobu. Z tohoto důvodu nebyla léčebná péče poskytována nevléčitelně nemocným a ani těm, u nichž bezprostředně nehrozila invalidita.

Nemocenské pojišťovny hradily svým klientům prvních šest týdnů léčení v sanatoriu. Pokud se léčení prodloužilo, převzala povinnost plné úhrady ošetrového ÚSP.²⁰² Tento systém zajišťoval dostatečnou péči i pro osoby, jejichž léčba si vyžádala dlouhodobý pobyt v ústavu či léčebně a jejichž úhradu by si krizí stížené nemocenské pojišťovny nemohly dovolit. Stejně významný je však i postoj ÚSP k těm pojištěncům, kteří již neměli nárok na nemocenské dávky a byli tak odkázáni na dobrovolnické instituce. Když splňovali podmínky, stanovené zákonem o sociálním pojištění, bylo jim hrazeno sanatorní léčení už od prvního dne nemoci. Stejná pravidla platila i pro důchodce, pokud nedosáhli věku 60 let, od kdy se léčebná péče již neposkytovala.²⁰³

Při své práci spolupracovala často ÚSP s dobrovolnickými sociálně zdravotními spolky. Nejčastěji se jednalo o Masarykovu ligu proti tuberkulóze, jejíž dispenzáře sehrály významnou roli při navrhování vhodných kandidátů pro sanatoriální léčbu a při zdravotní kontrole pojištěných pacientů, kteří již byli z léčebné péče propuštěni. Pacienti, kteří byli vytipováni pomocí dispenzářů, byli následně ještě jednou prohlédnuti v územně nejbližší plicní stanici ÚSP a následně bylo rozhodnuto o jejich případném umístění v některém ze sanatorií. K tomuto postupu dovedlo Ústřední sociální pojišťovnu zjištění, že téměř 65 – 70% všech navržených nemocných neodpovídalo zákonným ustanovením platným pro umístování tuberkulózních do plicních léčeben. Tito pacienti zabírali místo akutním případům, což naprosto odporovalo směrnicím pojišťovny. Po tomto zjištění začala ÚSP zakládat výše uvedené diagnostické stanice a výsledkem bylo deset stanic vzniklých během pěti let. Jejich

²⁰² U osob mladších 18 let byla tato doba snížena na 21 dní.

²⁰³ Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934. V Praze: Nákl. vlastním, 1935, s. 17 – 18.

vedení bylo svěřeno odborným lékařům z oboru plicních chorob, kteří měli k dispozici všechny moderní diagnostické přístroje.²⁰⁴ Pokud byl pacient označen za vhodný případ k sanatoriálnímu léčení, byl odeslán do některé z léčeben. ÚSP mohla vybírat z osmnácti soukromých a zemských léčeben pro tuberkulózní a z deseti oddělení pro tuberkulózní při veřejných nemocnicích.²⁰⁵ ÚSP už nadále do jeho léčení nezasahovala a povolovala tu formu péče, která byla většinou navržena ze strany léčebny. Byla velice nakloněna aktivní terapii²⁰⁶ a z toho důvodu věnovala značnou pozornost osvětě svých pojištěnců v daném ohledu. V případě, že pacient nebyl rozhodnut, jakou léčbu zvolit, přikláněla se ÚSP vždy k aktivní terapii.²⁰⁷

V době hospodářské krize se Ústřední sociální pojišťovna musela v léčebnách potýkat i s vážnějšími případy, u nichž se vyléčení a zbavení invalidity dalo stanovit pouze velice zřídka. Navíc byla daná doba typická objevováním nových lékařských metod a tak se občas dostaly do sanatorií i těžší případy. Důležitou kontrolou pojištěnců, umístěných ve zdravotně sociálních ústavech, byly revizní prohlídky, díky nimž se ÚSP ujistovala, že léčení pacientů vedených na její účet bylo poskytováno skutečně pouze těm, kteří na něj měli nárok.

Úprava podmínek pro udělování léčebné péče – zavedená od 1. ledna 1932 - přinesla i ten výsledek, že se finanční výdaje vynakládané na léčení plicní i mimoplicní tuberkulózy v léčebnách stabilizovaly na průměrných 20 mil. Kč ročně. Tato částka stačila na počátku 30. let 20. století zhruba pro 4000 pacientů na 220 000 ošetřovacích dnů. Počet případů, kdy hradila léčení přímo ÚSP, se od roku 1932 postupně zvyšoval z 26% až na 32,5%.

III. 1. 4. „Nezištná práce pro všechny“²⁰⁸ - Významné zdravotně sociální spolky v boji s tuberkulózou

Spolková činnost nabyla v průběhu první poloviny 20. století nebývalého rozsahu. V samostatném Československu se vyvinula pestrá struktura organizací, které dokázaly pojmut téměř veškeré aspekty občanské společnosti. Zdravotně sociální spolky navíc

²⁰⁴ Někteří pacienti využívali těchto stanic také jako důvěryhodného zdroje ke zjištění svého zdravotního stavu, jelikož nevěřili pokladenskému lékaři, že netrpí aktivní formou tuberkulózy. *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*, s. 19.

²⁰⁵ Rozložení léčebných zařízení proti tuberkulóze v Československu vypadalo následovně: v Čechách 21 léčebných zařízení, v Moravě a Slezsku 4 a na Slovensku 3.

²⁰⁶ Jednalo se především o pneumotorax a phrenicusexairesu. Tyto pojmy jsou vysvětleny v podkapitole III.1.5. *Dispenzáře, sanatoria a léčebny*.

²⁰⁷ Tamtéž, s. 18 – 21.

²⁰⁸ Heslo Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků.

významně rozšířily nabídku služeb pro nemocné, neboť mohly ze své podstaty pracovat i v oborech, které nebyly v té době známé a používat metody, které nebyly zatím natolik vyzkoušené, že by je mohla hradit veřejná správa z peněz daňových poplatníků. Většinou byl dobročinným organizacím vyčítán nedostatek plánovitosti a soustavnosti, na druhou stranu právě tyto vlastnosti možná zapříčinily, že byly mnohem pružnější a přizpůsobivější změnám než veřejné korporace. Především po stránce administrativní bylo potřeba přizpůsobit se moderním metodám. Často totiž obstarávaly některou činnost spolky jenom z toho důvodu, že stát nebyl schopen vytvořit instituci vlastní.²⁰⁹

Tato nemalá skupina rozličných zdravotně sociálních spolků byla spojena prostřednictvím svých celostátních svazů v Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků (zkráceně ÚDSSZS).²¹⁰ Německé spolky na území Československa byly taktéž spojeny vyšším celkem a tím byl Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit. Instituce tohoto typu byla zavedena především z důvodu roztržitého schémat a široké škály činností, které jednotlivé spolky zastávaly. Ústředí bylo založeno z podnětu Dr. Alice G. Masarykové a prof. Selskara M. Gunna dne 17. ledna 1921. Ustanovení proběhlo dne 28. dubna téhož roku na schůzi delegátů osmi nejvlivnějších a nejrozsáhlejších spolků v sociálně zdravotním oboru. Čelní místa zaujímaly: Československý Červený kříž, Masarykova liga proti tuberkulóze, Česká společnost pro potírání chorob pohlavních, Československý abstinenci svaz, Československá ochrana matek a kojenců, Československá péče o dítě, Československá zemská komise pro péči o mládež v Čechách a nakonec Zemský spolek pro výchovu a léčbu mrzáků.²¹¹

Ústředí se pokoušelo vystupovat vůči veřejnosti jednotně a hájit jejich společné zájmy, ale při zachování vlastní samostatnosti. Při svém budování mohlo také čerpat ze zkušeností velmi známé a mezinárodně uznávané Rockefellerovy nadace, která se tohoto budování účastnila prostřednictvím Dr. S. M. Gunna. V prvním roce po vzniku bylo nutné především uvést organizaci do chodu. Byly schváleny stanovy a instituce se co nejvíce snažila představit se veřejnosti a spolkovým organizacím a to vše prostřednictvím tisku, brožur i veřejných schůzí. Ústředí začalo připravovat základní otázky, jejichž zodpovězení bylo záležitostí

²⁰⁹ Tamtéž, s. 46.

²¹⁰ Jak Dr. Hynek Pelc, tak Dr. Antonín Tůma nazývali tuto organizaci Ústředí dobrovolné sociálně zdravotní péče v ČSR. Zde uvedený název je odvozen z výroční zprávy Ústředí a z dobových pramenů, proto mu zde byla dána přednost. Viz např.: Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 46.; Tůma A. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní*, s. 61. Pavla Kodymová jmenovala tuto instituci jako Národní ústředí dobrovolné sociální a zdravotní péče. Odkud však tento název čerpal, není uvedeno. Kodymová, P. *Historie české sociální práce v letech 1918 – 1948*, s. 34 – 35.

²¹¹ NA, MVZTV, krt. 515, inv. č. 2430, *Výroční zpráva Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků za rok 1926*, v Praze: tiskem Dr. Ed. Grégra a syna, 1927, s. 5.

vzájemné dohody. Jedním z prvních zásadních počinů bylo sestavení programu školy pro pracovníky sociálně zdravotní, jehož zavedení se ujala Vyšší škola sociální péče v roce 1921 – 1922. V následujícím roce byly doplněny stanovy Ústředí, aby někteří členové měli právo hlasovací a někteří hlas poradní.²¹² Tento hlas byl určen pro ministerstvo školství a národní osvěty, ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, ministerstvo sociální péče, Mladou generaci československých lékařů a Družinu válečných poškozců. V dalších letech přibyla ještě Československá ochrana ženských zájmů, Zemský úřad pro péči o válečné poškozence, Sdružení sociálních pracovníků, Československá eubiotická společnost zdravotnická a Organizace absolventek Vyšší školy sociální péče.

Při Ústředí bylo vytvořeno několik komisí, které měly obstarávat nejdůležitější záležitosti týkající se vzájemné spolupráce. Otázka financování byla zajištěna finanční komisí, která se rozhodla vytvořit plány pro společné sbírky. Rovněž pro akci příprav ideového plánu společné centrální budovy spolků v Praze bylo vytvořeno kuratorium. Základem pro tento ideový plán byl pozemek darovaný Ústředí prostřednictvím Československého Červeného kříže (dále ČČK). Velice aktivní byla komise pro výcvik profesionálních sociálních a zdravotních pracovníků, která pořádala kurzy pro úředníky ČČK, pro absolventy sociálních škol a prázdninové kurzy pro slovenské pracovníky. Aby byly jednotlivé spolky informovány o činnosti ostatních spolků, byly jim zasílány čtvrtletní věstníky o jejich činnosti. O činnosti na Ústředí byly vytvářeny dvouměsíční zprávy, které byly rovněž rozesílány sdruženým spolkům.²¹³

V dalších několika letech se objevily první problémy. Výstavba plánovaného centrálního domu sociální péče v Praze, který měl stát na pozemku darovaném Červeným křížem, musela být zrušena. Pozemek totiž získalo ředitelství státních drah, a i když byl ÚDSSZS nabídnuty pražskou obcí jiné pozemky, ty svou kvalitou nevyhovovaly. K tomu se navíc přidal fakt, že některé spolky začaly během této doby kupovat své vlastní domy a tak představa společného centrálního domu již nebyla tak palčivým problémem jako na začátku.²¹⁴ Ani představa společné sbírky se neosvědčila, a tak bylo od této myšlenky rovněž upuštěno jednotlivé spolky si nadále pořádaly vlastní sbírky.²¹⁵ Ústředí se např. také snažilo

²¹² Došlo i k rozšíření členské základny o Záchranu, sdružení pro mládež v Praze a Zemskou péči o mládež na Moravě. Na druhé straně došlo k úbytku jednoho hlasu v podobě Ochrany matek a kojenců, neboť došlo k jejímu sloučení s Československou péčí o dítě. Vznikl tak spolek Ochrana matek a dětí. Tamtéž, s. 5.

²¹³ Tamtéž, s. 5 - 6.

²¹⁴ NA, MVZTV, krt. 515, inv. č. 2430, *Výroční zpráva Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků za léta 1923, 1924 a 1925*, v Praze: tiskem Dr. Ed. Grégra a syna, 1926, s. 4.

²¹⁵ V roce 1923 uspořádal ČČK spolu s Masarykovou ligou proti tuberkulóze společnou sbírku, která vynesla částku 566 392 Kč 57 h. Přinesla tak prý menší zisk, než v předchozích letech sbírky jednotlivých spolků. Tamtéž, s. 4.

zapojit do akce proti snížení subvence ze státního rozpočtu, ale ani v tomto případě ho nečekal úspěch.

Činnost ÚDSSZS nedoprovázely jen neúspěchy a v roce 1926 se mu opět začalo dařit.²¹⁶ Velká část úsilí byla věnována tvorbě norem, které měly dát společnému snažení sjednocených spolků pevný základ a pomoci jim jít v duchu moderní a progresivní sociálně zdravotní péče. K tomuto cíli měly vést následující kroky: vyspělejší výchova pomocného sociálního a zdravotního personálu²¹⁷, navázání bližšího kontaktu se sociálními a zdravotními pojišťovny a nakonec smysluplné budování sociálně zdravotních ústavů. Ke každému z těchto tří bodů byla vytvořena komise. Při naplňování prvního z uvedených kroků se objevily jasné tendence sloučit část výchovy pomocného sociálního a zdravotního personálu do jedné školy, pod jedním „*svrchovaně kompetentním a podle celostátních potřeb postupujícím*“ vedením.²¹⁸ Toto vedení bylo přiděleno Státnímu zdravotnímu ústavu, respektive jeho oddělení pro výchovu zdravotního personálu. Tomuto státnímu orgánu byla svěřena i tvorba osnov, teoretická organizace výchovy i opatření školícího personálu. Spolu s touto myšlenkou se snažili zkoordinovat i potřebu zákonné úpravy platových poměrů těchto kategorií personálu.

Druhá hlavní myšlenková linie ÚDSSZS se zabývala spoluprací mezi sociálně zdravotními spolky, sdruženými v Ústředí, a sociálními a zdravotními pojišťovacími ústavu. Ke splnění tohoto úkolu byla také vytvořena komise, která se měla především pokusit navázat kontakt mezi výše uvedenými institucemi.²¹⁹ Hlavně však měla přesvědčit pojišťovny, že mezi oběma skupinami existují společné zájmy, které by při vhodné spolupráci mohly přispět k hospodárnější a efektivnější sociální a zdravotní péči. Tyto společné zájmy byly jasné – na kvalitní sociálně zdravotní péči byl závislý úspěch budoucího zdravotnictví v Československu a v souvislosti s tím i sociální a finanční úspěch pojišťoven a programový úspěch sociálně zdravotních spolků. Bylo potřeba přesvědčit pojišťovny, že vzájemná součinnost přinese větší

²¹⁶ Nově byla zřízena pozice jednatele, kterou jako první zastával zde již zmíněný Dr. Hynek Pelc, a pozice tajemníka, která jako prvnímu náležela Dr. Emanuelu Purkyni. NA, MVZTV, krt. 515, inv. č. 2430, *Výroční zpráva Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků za rok 1926*, s. 6.

²¹⁷ Mezi pomocný sociální a zdravotní personál patřili: ošetřovatelky, porodní asistentky, sestry sociální péče, maséři, desinfektoři a potravinářští dozorcí. Tamtéž, s. 6.

²¹⁸ Tamtéž, s. 7 - 8. Může se zdát, že vytváření takových komisí přinášelo pouze teoretické úvahy a nemnoho praktických řešení. Je ale pravdou, že např. MVZTV přikládalo této komisi takovou váhu, že jí požádala o dobrozdání v případě zřízení nové sociálně zdravotní školy v Brně, které komise nepodpořila, jelikož šla proti její myšlence jednotné společné školy pro všechny pomocný personál. Lze tedy usuzovat, že plnila přinejmenším funkci poradního orgánu.

²¹⁹ Mezi pojišťovací instituce, se kterými ÚDSSZS komunikovalo, se počítaly: Ústřední sociální pojišťovna, Ústřední svaz nemocenských pojišťoven, Ústředí nemocenských pojišťoven, Jednota zemědělských nemocenských pojišťoven, Všeobecné penzijní ústavy, Ústřední bratrská pokladna, Nemocenské pojišťovny soukromých úředníků a zřizenců, Léčebný fond veřejných zaměstnanců, Léčebný fond poštovních zaměstnanců a Nemocenská pokladna státních drah. Tamtéž, s. 9.

výhody než nekoordinovaná existence obou systémů vedle sebe. Komise měla nadále plnit funkci prostředníka mezi těmito dvěma bloky a řešit především obecné otázky spolupráce. Konkrétní případy už měly spadat pod vytvořený pracovní výbor.²²⁰

Třetím nejdůležitějším úkolem, k jehož vyplnění se Ústředí zavázalo, byl společný postup při vytváření domů sociálně zdravotní péče. I v tomto případě byla zřízena Komise s názvem: „pro studium typů společných domů sociálně zdravotní péče“, která byla zřízena dne 12. března 1926. Přestože nelze s přesností určit, jak se této komisi její práce dařila, dá se předpokládat, že tato činnost byla zřejmě nejobtížnější. Ústředí bylo schopno podat pomocnou ruku při budování nových staveb ve formě odborně stavitelských a organizačních rad a pokynů. V tomto ohledu mělo Ústředí značnou výhodu, neboť jeho častá spolupráce na různých projektech mu poskytovala stále nové zkušenosti, které mohla předávat dál. Ve většině případů nešlo uplatnit nějaké všeobecné stavební plány, protože se jednalo o individuální projekty, které musely vyhovovat několika spolkům naráz. Někdy se tvořilo hned několik oddělení najednou, jindy už některá oddělení delší dobu fungovala a čekalo se pouze na přístavbu, možností však bylo bezpočet. Pokud ale nastala situace, kdy se budova stavěla tzv. „na zelené louce“ a byl i dostatek financí, pak mohla poskytnout dokonce celý architektonický projekt, který byl vytvořen v několika verzích podle počtu oddělení a velikosti.²²¹

Na konci roku 1926 již nasbírala Komise dostatek zkušeností, aby mohla uvést alespoň několik příkladů, které měly obecnou platnost i při složitosti celého stavebního procesu: 1. neslučovat do jedné stavby oddělení, která si nevyhovují²²² a naopak spojovat ta, která se doplňují²²³; 2. slučovat místnosti, které mají všechna oddělení společná – jako kanceláře, prádelny, kuchyně; 3. komunikovat s ostatními spolky, obcemi, kraji, sociálními pojišťovnami a celkově kýmkoliv, kdo by se mohl do stavby zapojit nebo s ní pomoci; 4. pod vidinou úspory nepřestavovat objekty, které by byly pro funkci poraden nevhodné a pro údržbu budov vybírat vhodného správce; 5. pracovat ve shodě s ostatními spolky v objektu a dohodnout se na společném personálu – domovník, kuchařky, sestry sociální péče.²²⁴

²²⁰ Tamtéž. s. 8 – 9.

²²¹ Tamtéž, s. 10.

²²² Jako příklad byly uváděny poradny pro matku a dítě s protituberkulózními poradnami, či sléhárný pro rodičky s hlučnými zařízeními pro mládež. Tamtéž, s. 10.

²²³ Např. sléhárný s poradnami pro kojence, nebo poradny pro tuberkulózní s poradnami pro pohlavně choré. Na základě zkušenosti z dostupných materiálů MVZTV i jiných je však zřejmé, že toto pravidlo nebylo často dodržováno, neboť nejčastější verzí takového sociálně zdravotního domu byla poradna pro matku a dítě a právě protituberkulózní poradna.

²²⁴ Tamtéž, s. 11.

Nejvýznamnějším a nejrozšířenějším spolkem v Československu, který se zabýval bojem proti tuberkulóze, byl bezpochyby Československý Červený kříž (ČČK). Tato organizace byla založena tři měsíce po založení Československé republiky jako odnož mezinárodního Červeného kříže. Jeho název i znak byl chráněn zákonem č. 479 Sb. z. a n. ze dne 19. prosince 1921. Na základě tohoto zákona bylo stanoveno, že jedině spolek Československého Červeného kříže má právo užívat znak červeného kříže v bílém poli, chráněného ženevskou úmluvou ze dne 6. července 1906, a názvu „Červený kříž“ nebo také „Ženevský kříž“.²²⁵ Dva roky před ustanovením tohoto zákona, dne 1. února 1919, proběhla v Obecním domě ustavující schůze a zanedlouho poté byla předsedkyní výboru ČČK jmenována Alice Masaryková.²²⁶ Výkonná organizace byla zastoupena tzv. výkonnou kanceláří, v jejímž čele stál ústřední ředitel. Vedle těchto dvou hlavních funkcí se v hierarchii ČČK nacházeli ještě ředitelé jednotlivých divizí a ředitelé odborů. Celý spolek byl rozdělen na čtyři divize, ve které byli organizovaní všichni župní, okresní i dobrovolní pracovníci.²²⁷

Péči o tuberkulózní se věnoval jak odbor zdravotní, tak odbor sociální. Ve zdravotním odboru bylo vytvořeno hned několik referátů, které se měly zabývat o pomoc tuberkulózně nemocným. Hlavní myšlenkou ČČK bylo ozdravení společnosti ze sociálního a zdravotního hlediska. Z toho důvodu patřil boj s tuberkulózou od začátku mezi jeho priority. Spolek bojoval proti této chorobě formou výchovy, léčebné péče i spoluprací s jinými organizacemi. Výchova širokých lidových vrstev probíhala formou přednášek na školách, promítání diapozitivů a dokonce i zhotovením filmu se zdravotnickou tematikou, který vedle ostatních veřejně zdravotnických témat upozorňoval i na tuberkulózu. Brožury i přednášky o tuberkulóze byly rozděleny pro děti a pro dospělé. Inspiraci pro metody, které při zdravotnické výchově ČČK využíval, si bral z americké techniky protituberkulózního boje. Toto hnutí se nazývalo „Modern Health Crusade“ a bylo organizováno díky „Dorostu Červeného kříže“ a zaměřeno na tuberkulózní ochranu americké mládeže. Československý Červený kříž zorganizoval podobné hnutí, které dostalo jméno „Boj za dobré zdraví“. Narozdíl od amerického vzoru se však nezaměřovalo pouze na ochranu proti tuberkulóze, ale spíše na všeobecnou hygienu bez přílišného zdůraznění některé choroby.²²⁸

²²⁵ V každé zemi byla povolena pouze jedna organizace s názvem „Červený kříž“ a pokud někdo používal tohoto znaku a názvu neoprávněně, hrozila mu pokuta do výše 10 tis. Kč nebo vězení do jednoho měsíce. Bébr R., Chaloupka R. *Československé zdravotnické zákony*, s. 487 - 488.

²²⁶ Dorazil, Otakar. *Čs. Červený kříž 1919 – 1929*. Praha: Československý Červený kříž, 1929, s. 111.

²²⁷ Hůlka, Jaroslav. *Sociální přehled tuberkulosity v Československu*. Praha: Ústředí Masarykovy ligy proti tuberkulóze, 1922, s. 204 –205.

²²⁸ Jednalo se v podstatě o dětskou hru, ve které děti plnily denně hygienické úkoly a sbíraly za ně body. Při získání určitého počtu bodů byly zapsány na slavnostní listinu vyznamenaných bojovníků. Takto musely hrou projít několik měsíců a na konci byly odměnou za vítězství odznaky. Hry se údajně zúčastnilo v Československu

V případě již tuberkulózně nemocných spočívala péče ČČK v udělování rad a ve zprostředkování ošetření. Ohledně rad k léčbě či podpoře nemocných byl největším odborníkem Dr. Ladislav Procházka, který zodpovídal četné dotazy jak z řad odborů ČČK tak ze strany jednotlivců.²²⁹ Části nemocných mohla být zprostředkována a hrazena léčba v některém ze sanatorií. Na tuto péči byla roku 1920 vyhrazena částka 93 204 Kč, v roce 1921 čítala tato částka již 232 000 Kč. ČČK disponoval patnácti místy pro děti z celé republiky v dětské léčebně v Dolním Smokovci. Dále hradil léčbu pacientům v léčebnách v Benešově, na Pleši, v Žamberku, Luži u Košumberku, Církvenici, Bukově, Prčicích, ve Frýdlantu, Šternberku, v Darkově, v Jevíčku a dokonce i v Davos ve Švýcarsku. Další péčí věnovanou tuberkulózně náchylným dětem byly zahraniční cesty. ČČK organizoval roku 1919 s finančním přispěním Amerického Červeného kříže čtyři výpravy do zahraničí pro děti zesláblé nedostatečnou výživou. Tři z uvedených výprav se odehrály ve Švýcarsku, kde bylo buďto do kolonií nebo do rodin umístěno 697 českých a 100 německých dětí. Jedna cesta proběhla do Švédska, kam se dostalo 50 českých dětí.²³⁰

Další možností, jak pomoci tuberkulózně nemocným, byly dispenzáře. ČČK je zakládal většinou ve spolupráci s jinými spolky a vytvářel tak zdravotní stanice s vícero zdravotní péčí. Jedna z takových stanic byla roku 1921 zřízena na Hradčanech. Tento rok založil ČČK další tři dispenzáře a vynaložil na to částku 560 000 Kč. K jejich následnému vydržování bylo zapotřebí dalších 240 000 Kč. Spolek se zapojil i do několika projektů, které byly v režii jiných institucí. Spolu s Ministerstvem veřejného zdravotnictví se finančně podílel na vybudování sanatoria pro tuberkulózní v Matlárech a to částkou 0,5 mil. korun. Dětské zahraniční výpravy se odehrávaly v kooperaci s Ministerstvem školství a někdy pomáhal spolek při zřizování nových odborů Masarykovy ligy proti tuberkulóze.²³¹

Vedle spolku Československého Červeného kříže, jehož zájmy by se daly považovat za všeobecně sociální a zdravotní, pracovalo v Československu pět spolků, jejichž činnost se zaměřovala výhradně na protituberkulózní boj. Těchto pět spolků mělo působnost buď celorepublikovou, nebo minimálně na území jedné země. Největší z nich byla Masarykova liga proti tuberkulóze (MLPT) – později pouze Liga proti tuberkulóze (LPT). Tato organizace byla založena dne 19. července 1919 a fungovala jako ústřední svaz místních a pobočných spolků v Československu, jejichž hlavním a zároveň jediným cílem byl boj proti

70 000 – 100 000 dětí z obecných škol. Více: Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 207 – 208.

²²⁹ Dr. Ladislav Procházka pracoval pro ČČK od jeho počátku do roku 1924 jako první místopředseda. Více: Dorazil, O. *Čs. Červený kříž 1919 – 1929*, s. 51 - 52.

²³⁰ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 208 - 209.

²³¹ Tamtéž, s. 209.

tuberkulóze.²³² Ústřední svaz byl tvořen sdruženými „Odbory Masarykovy ligy“, které byly buďto zbrusu nové nebo přetransformované z odborů bývalého Českého zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v království českém a ze Zemského spolku k potírání tuberkulózy na Moravě. Pouze německé spolky se v tomto ohledu držely stranou.²³³

Hlavní úkoly MLPT se do značné míry podobaly úkolům Československého Červeného kříže v oblasti protituberkulózního boje. Předně se jednalo o činnost vychovatelskou. Ta byla opět vykonávána formou přednášek, článků v časopisech a především ve „Věstníku Masarykovy ligy proti tuberkulóze“, rozšiřováním brožur, plakátů a letáčků, diapozitivů, pořádáním kurzů pro učitele všech škol, podporováním vědeckých publikací. Nezanedbatelná byla i snaha o zavedení hygieny jako zvláštního předmětu na všech školách. Dalším znakem spolku byla ochrana všech sociálně slabých tím, že se snažil zasahovat do řešení bytové otázky, otázky sociálního pojištění a do reforem, které mohly ovlivnit sociální statut nemocného. Již v roce 1921 podala návrh nařízení o zaměstnávání tuberkulózně nemocných. Jednou z nejdůležitějších složek byla léčebná péče. Stejně jako u ČČK i Masarykova liga zakládala vlastní dispenzáře a poradny a měla v úmyslu založit i vlastní léčebnu a zdravotní kolonii. Když neměla na takový velký počín dostatek financí, pomáhala alespoň nemocným s jejich umístěním v některé z existujících léčeben. Pokoušela se také podporovat vznik dalších institucí a vědeckých ústavů, které měly za cíl péči a ochranu tuberkulózních nebo tuberkulózou ohrožených osob. Důležitým úkolem byla práce na poli zdravotnického zákonodárství. Liga směla podávat návrhy a připomínky při tvorbě nových zákonů a právních úprav. Vše probíhalo prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy. Hned v roce 1921 podala návrh na povinné hlášení otevřené tuberkulózy, na zřizování stanic MLPT v každém okrese a v neposlední řadě návrh nařízení o zaměstnání tuberkulózně nemocných.²³⁴ Ve 30. letech se podílela na vytváření návrhu celistvého tzv. „tuberkulózního zákona“. I když byla vypracována jeho osnova a byly zapracovávány dodatky, k jeho schválení už nedošlo, neboť do něj zasáhla druhá světová válka.²³⁵

Liga sice nevydávala mnoho vlastních organizačních či administrativních směrnic a pomůcek, přesto se snažila se svými místními ligami komunikovat a zprostředkovávat své myšlenky nejen jim, ale i širší veřejnosti vydáváním věstníku. Toto periodikum bylo

²³² Národní archiv (dále NA), Masarykova liga proti tuberkulóze, Praha (dále MLPT), krt. 1, inv. č. 1, *Stanovy Masarykovy ligy proti tuberkulóze v československé republice*, v Praze dne 30. června 1920.

²³³ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 179 – 180.

²³⁴ Z dobové literatury Dr. Hynka Pelce lze usuzovat, že tyto návrhy minimálně do roku 1937 nedošly svého schválení.

²³⁵ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 1, *Stanovy Masarykovy ligy proti tuberkulóze v československé republice*, v Praze dne 30. června 1920, s. 1 – 2. Dále: Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 182.

vydáváno jako „Věstník Masarykovy ligy proti tuberkulóze“ a vycházelo v letech 1920 – 1929. Následně bylo přejmenováno na „Boj proti tuberkulóze“ a pod tímto názvem vycházelo periodikum až do roku 1950.²³⁶ Prostřednictvím tohoto věstníku např. uváděla do oběhu programové články jako „Masarykova liga a její stanice“ od profesora Dr. Veselého, který obsahoval instrukce pro vedení stanice z hlediska léčebného i administrativního, pro zařízení ordinace a obecný domácí řád. Výtisk s tímto článkem byl vydán ve 30 tisících výtiscích, aby se dostal do všech místních odborů i politickým správám. Na jeho rozšiřování se podíleli také Sokolové, dělnické tělovýchovné jednoty a hasiči. Věstník vycházel měsíčně, byl zaměřen na širokou veřejnost a vedle organizačních a populárních článků občas zabrousil i do vědecké tematiky. Nejednalo se však o příliš odborné vědecké články s lékařskou tematikou, ty byly přenechány Československému vědeckému spolku proti tuberkulóze.²³⁷

Hierarchie spolku byla stanovena následovně: nejvýše postavené bylo ústředí s ústřední kanceláří, dále byly odbory – krajské, okresní a místní,²³⁸ a nakonec tu byli jednotliví členové a sjezdy. MLPT se řídila podle politických okresů. Několik místních odborů vždy tvořilo jeden okresní odbor a jejich členové zde byli zastoupeni v okresním výboru. Československo bylo v rámci MLPT rozděleno na devět oblastí, z nichž každá tvořila jeden z krajských odborů. Sídlo těchto oblastí stanovovalo ústředí a rozhodovalo také o příslušnosti jednotlivých odborů k určité územní oblasti.²³⁹ Ústředí Masarykovy ligy sídlilo v Praze a bylo hlavním správním orgánem ligy, řídilo celou její činnost, spravovalo její finance a rozhodovalo o jejich přerozdělování. Bylo rovněž pověřeno vykonáváním usnesení valných sjezdů, přijímání a propouštění úředníků. Výkonným orgánem ústředí ligy bylo vždy pětičlenné předsednictvo v čele s předsedou. Ten zastupoval ligu navenek a spolu se dvěma členy předsednictva podepisoval veškeré listiny. Předseda také svolával schůze, na nichž se přednášela možná ustanovení. Ústřední liga byla usnášeníschopná, pokud bylo přítomno alespoň osm členů. Usnášení probíhalo formou prosté většiny, pokud došlo k rovnosti hlasů, rozhodoval předseda. Mezi další jeho pravomoci spadalo i právo zastavit usnesení kteréhokoliv odboru, pokud by porušovalo stanovy ligy. Součástí ústředí byli i tři přehlížitelé účtů. Ti dohlíželi na všechny důležité finanční záležitosti ligy a prováděli kontroly pokladen a ročních účetních závěrek příslušných menších odborů. Jméno ligy se skládalo z členských

²³⁶ Tato informace byla převzata z katalogu Národní knihovny v Praze.

²³⁷ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 183 – 185.

²³⁸ Faktický název pro odbory byly ligy (např. Místní odbor = Místní liga, atd.). Ve stanovách MLPT je vždy použit pojem liga. V dobové literatuře, kterou vydávala sama MLPT, se operuje s pojmem odbor. V této práci lze narazit na oba termíny.

²³⁹ Krajské ligy byly v Československu rozděleny takto: Pražská, Plzeňská, Královohradecká, Brněnská, Ostravská a dvě Slovenské. Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 188.

příspěvků, darů, státních subvencí, nadací a fondů.²⁴⁰ Na začátku své existence dostala liga fundaci od prezidenta T. G. Masaryka v hodnotě 265 000 Kč, v dalších letech následovaly fundace ze strany státu. V roce 1920 činila tato suma 200 000 Kč a o rok později 500 000 Kč. K tomu se lize podařilo získat díky vánoční sbírce na školách obnos 1 073 355 Kč 64 h.²⁴¹

Za základní kámen spolku MLPT byly považovány místní odbory.²⁴² Z počátku vznikaly tyto odbory hlavně na místech, kde již měl protituberkulózní boj své zázemí v podobě nějakého jiného sociálně zdravotního spolku. Nejčastěji se jednalo o Zemský pomocný spolek pro nemocné trpící plicními chorobami v Čechách a Zemský spolek pro potírání tuberkulózy na Moravě. V takových místech existoval často už i dispenzář, který Masarykova liga převzala nebo mu pomohla při vytváření lepšího odborného zázemí a získávání kvalitního lékařského vybavení. Základní úkoly místních odborů byly stanoveny následovně: zřizování poraden a dispenzářů, soupis tuberkulózních pacientů a jejich rodin a následná práce s nimi. V tuto chvíli nastupovala výchovná a poradenská složka jejich práce. Místní odbory se snažily hlavně proniknout do těchto rodin, odstranit jejich špatné hygienické návyky, pokoušeli se rodiny nabádat k izolaci nemocného, u chudých pacientů přispívaly na jejich léčbu a poskytovaly jim potřebnou podporu. Dále měly za úkol detekovat děti, které by mohly být tuberkulózou ohroženy a snažit se jim pomoci, popř. je umisťovat do dětských ozdravoven či prázdninových osad.²⁴³

Jednotliví členové MLPT se od sebe právy nijak nelišili, rozdíl byl pouze ve výši jejich příspěvků.²⁴⁴ Ústředí Masarykovy ligy mohlo jmenovat čestné členy na návrh valného sjezdu. Stanovy MLPT určovaly i počty lékařů a odborníků pro své odbory. Ústředí mělo disponovat čtyřmi lékaři a jedním technickým odborníkem - hygienikem²⁴⁵, krajské ligy měly mít vždy po třech lékařích a jednom odborném pracovníkovi, nižší odbory si musely vystačit vždy s jedním lékařem. Přímé členy mělo pouze ústředí a místní odbory.²⁴⁶ Okresní a krajské odbory nebyly tvořeny přímými fyzickými členy, ale pouze delegáty z místních odborů. Tyto odbory byly vedeny předsedy. Místní odbor byl usnášeníschopný, pokud byli jednání

²⁴⁰ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 1, *Stanovy Masarykovy ligy proti tuberkulóze v československé republice*, v Praze dne 30. června 1920, s. 4 – 7.

²⁴¹ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 186.

²⁴² Na konci roku 1921 jich podle sčítání provedeného ústředím ligy bylo 111, z toho pět ve Velké Praze, 68 v Čechách, 32 na Moravě a ve Slezsku a pouze 6 na Slovensku. Tamtéž, s. 190.

²⁴³ Tamtéž, s. 189 – 193.

²⁴⁴ Členové MLPT byli rozděleni následovně: 1. činní členové (řádní členové místních spolků s ročním příspěvkem 5 Kč.); 2. zakládající členové (právnícké či fyzické osoby, které přispěly více jak 1000 Kč najednou – takovým členem byl např. ČČK); 3. příznivci ligy (roční příspěvek nejméně 100 Kč); 4. přispívající členové (roční příspěvek 20 Kč); 5. čestní členové (jmenoval je Ústřední výbor na návrh valného sjezdu). Tamtéž, s. 2.

²⁴⁵ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 1, *Stanovy Masarykovy ligy proti tuberkulóze v československé republice*, v Praze dne 30. června 1920, s. 4.

²⁴⁶ Členové místních odborů si volili na valné hromadě svůj výbor.

přítomni alespoň čtyři členové. U okresních odborů bylo toto číslo zvýšeno na osm členů. Místní ligy vysílaly do okresů své delegáty a ti ze svých řad vybrali další delegáty, kteří tvořili krajskou ligu. Tito nepřímo zvolení delegáti následně mohli pořádat krajské sjezdy, na nichž se vybírali další delegáti, tentokrát do valných sjezdů delegátů ligy. Tyto valné sjezdy volily ze svého středu patnáctičlenný sbor, kterým bylo tvořeno Ústředí Masarykovy ligy. Z těchto patnácti lidí bylo vždy pět zvoleno za předsednictvo. Sjezdy tak plnily funkci nejen pracovní, ale i volební.²⁴⁷

Každý člen ligy, bez ohledu na výši příspěvků, měl právo volit v místním spolku a být volen do kteréhokoliv výboru nebo být delegátem sjezdu. Směl také navštěvovat přednášky ligy a používat její zařízení, pokud se držel stanovených pokynů. Na oplátku měl za povinnost platit pravidelně příspěvky, starat se o šíření hlavních myšlenek MLPT a svých chováním sloužit za příklad pro společnost. Vyloučit nějakého člena bylo možné pouze v případě nezaplacení ročního příspěvku nebo za hrubé porušení stanov. I tak ale ztrátě členství předcházelo napomenutí ze strany okresní ligy a konečné vyloučení musela odhlasovat krajská liga.²⁴⁸

Aby bylo zaručeno, že místní ligy budou postupovat podle platných zásad a držet se programu stanoveného ústředím, konaly se každý rok krajské sjezdy. Místní ligy na ně mohly poslat vždy dva až čtyři delegáty, podle možností měl být v delegaci přítomen jeden lékař. Součástí programu krajského sjezdu bylo, kromě voleb členů do krajských odborů a delegátů valného sjezdu, určování výše procentuálních příspěvků do pokladen okresních odborů, přednesení výročních zpráv jednotlivých místních a okresních odborů, jednání o předložených návrzích a konání odborných přednášek. Pro zajištění jednotného chodu celé organizace byl vždy jednou do roka konán valný sjezd delegátů ligy. Zúčastňovali se ho vždy čtyři delegáti z každé krajské ligy, pokud možno alespoň s jedním lékařem. Aby se MLPT mohla lépe prezentovat na veřejnosti, konaly se mimo tyto valné sjezdy ještě občasně slavnostní valné sjezdy, na něž měl přístup kterýkoliv člen ligy. Valné sjezdy se svým obsahem nijak nelišily od krajských sjezdů, jen bylo vše hierarchicky posunuto o stupínek výše. Rozhodovalo se zde tedy o dalším chodu ústředí ligy a o předsednictvu. Volba předsedy ligy, členů ústředí a tří přehlížitelů byla volena vždy na tři roky. Každý rok byla obměněna jedna třetina členů. Oproti krajským sjezdům se v těch valných mohly projednávat změny stanov nebo např. podávat návrhy na jmenování čestných členů. Valných a krajských sjezdů se mohli účastnit i

²⁴⁷ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 180. Dále: NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 1, *Stanovy Masarykovy ligy proti tuberkulóze v československé republice*, v Praze dne 30. června 1920, s. 7.

²⁴⁸ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 1, *Stanovy Masarykovy ligy proti tuberkulóze v československé republice*, v Praze dne 30. června 1920, s. 2 – 3.

vyslaní delegáti vlády, resp. Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. Tito vládní delegáti mohli předkládat návrhy, diskutovat a měli i hlasovací právo. Vláda mohla svého delegáta posílat i na schůze okresních a krajských lig a také ústřední ligu, kterých se mohl účastnit s právem veta.²⁴⁹

Pokud se některý z jiných spolků se sociálně zdravotním zaměřením rozhodl přejít pod ochranu MLPT, nebylo mu v tom bráněno.²⁵⁰ Takto chráněný spolek měl nárok na finanční i morální podporu. Také se mohl podílet na organizaci ligu prostřednictvím vysílání svých delegátů do krajských a valných sjezdů, kteří zde mohli předkládat své návrhy, pokud byly včas přihlášeny a schváleny předsednictvem. Delegáti měli navíc při hlasování poradní hlas.

V případě sporů mezi jednotlivými členy místních lig zasahoval rozhodčí výbor, složený z předsedy místní ligu, dvou členů výboru a dvou zástupců znesvářených stran. Pokud žádná z těchto stran nezískala nadpoloviční většinu, rozhodoval předseda výboru. Jestliže jedna ze stran nesouhlasila s rozhodnutím, mohla se odvolat ke krajské lize. Odvolání mohlo následně doputovat až k ústředí ligu.²⁵¹

Historicky nejstarším spolkem na území Československé republiky, který se pohyboval výhradně na poli boje proti plicním chorobám, byl Český zemský pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách (dále jen ČZPS). Jeho počátky lze nalézt až v roce 1899, kdy byl zřízen na popud několika lékařů jako „Spolek k zřizování a vydržování léčeben pro nemoci plicní v království Českém“. Roku 1901 převzali organizaci prof. Dr. Emerich Meixner a Dr. Jan Dvořák. Poté se spolek stal oficiálně uznanou součástí protituberkulózního boje v tehdejší Rakousko – Uherské monarchii. Zastřešující organizací pro celou monarchii byla „Viribus Unitis, Hilfsverein für Lungenkranke in den Oesterreichischen Königreichen und Ländern“. V Čechách mu byl podřízen „Zemský svaz pomocných spolků v království Českém“ – tato instituce v sobě sdružovala „Český zemský spolek pro nemocné s plicními chorobami v Čechách“ a „Deutscher Hilfsverein für Lungenkranke in Böhmen“.

Jeho boj s tuberkulózou probíhal všemi způsoby, které byly v dané době dostupné. Vydával publikace, zakládal odbory a při nich dispensáře a sanatoria. Ještě před koncem války vyšla nákladem spolku padesátistránková brožura „Výtah přednášek hospodyňské školy

²⁴⁹ Tamtéž, s. 6 – 7.

²⁵⁰ Roku 1921 zaslalo ústředí ligu všem 111 místním odborům dotazník, aby bylo zjištěno, jaké poměry v těchto odborech panují. Odpovědělo 81 odborů a z těchto odpovědí jasně vyplynulo, že 55 z nich vzniklo přetvořením odboru Zemského pomocného spolku pro nemocné trpící plicními chorobami a čtyři ze Zemského spolku pro potírání tuberkulózy na Moravě. Z těchto čísel je zřejmé, že docházelo k častému přesunu některých menších sociálně zdravotních spolků pod patronaci Masarykovy ligu proti tuberkulóze.

²⁵¹ Tamtéž, s. 8.

Albertina v Žamberku“ a taktéž první díl pamětního spisu „*Vznik a vývoj boje proti tuberkulóze v Čechách*“ pocházející z pera c.k. dvorního rady MUDra. Jana Dvořáka. Tento spis byl vydán ku příležitosti dokončení stavby sanatoria na Pleši. Spolek se také podílel na pořádání válečné výstavy, kde mu pomohl se spolkovou expozicí prof. MUDr. Ivan Honl z tuberkulózního muzea.²⁵² Roku 1904 nechal spolek zřídit „Meixnerův dispenzář“, který byl později přemístěn do Kateřinské ulice v Praze, o rok později pak založil plicní sanatorium „Albertinum“ v Žamberku a následně vybudoval plicní sanatorium na Pleši, jemuž bude věnovaná část této práce ve IV. kapitole. Vedle tak potřebné lékařské péče se spolek snažil pomáhat nemocným i jinak, a to především formou hmotné pomoci. Pro chudé, stížené tuberkulózou, byly připraveny dávky mléka, někdy masa a špeku. Chudým dětem byla například hrazena i cesta do sanatoria či do prázdninové ozdravovny. Počet odborů se vyšplhal na šedesát.²⁵³ Nejčinnějším odborem byl místní odbor v Karlíně a to především zásluhou tajemníka tohoto odboru – c. k. vládního rady a zemského zdravotního inspektora p. MUDra. Lud'ka Fischera. Že se nejednalo o nevýznamný malý spolek, dokazovala i pokladní zpráva z roku 1915, která uváděla celkové jmění spolku v hodnotě 1 055 124 K. I počet členů se výrazně zvýšil, z 367 v roce 1909 na 1349 v roce 1915.²⁵⁴

Po vzniku samostatného Československa byly přerušeny styky s „Viribus Unitis“ a Český zemský pomocný spolek musel hledat oporu jinde. Nalezl ji u Masarykovy ligy proti tuberkulóze, s níž učinil jistou dohodu. Tato dohoda stanovovala, že ČZPS měl nadále zajišťovat léčebnou péči prostřednictvím svých sanatorií – tím myšleno léčebny v Žamberku a na Pleši – péči dispenzářovou, výchovnou a propagandistickou měl nadále převzít spolek Masarykovy ligy. Toto ujednání proběhlo v říjnu roku 1919. Zřejmě největší tzv. „Maixnerův dispenzář“ byl téhož roku předán do správy pražské obci. V říjnu roku 1920 došlo za pomoci Masarykovy ligy ke změně stanov ČZPS.

Přestože spolek vstoupil ve svazek s Masarykovou ligou, nebyl k ní nijak organizačně poután. Jejich ústřední orgány byly spojeny prostřednictvím několika členů, kteří měli členství jak v ústředí Masarykovy ligy, tak ve výboru ČZPS. Z tohoto společného členství jim však nevyplývaly žádné povinnosti. Organizace tak byly de facto spojeny jen kanceláří

²⁵² Zpráva o činnosti „Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Království českém“ a jeho místních odborů za rok 1915. V Praze: Nákladem Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Království českém, 1915, s. 16 - 17.

²⁵³ Zde se však autor textu rozchází ve svých tvrzeních. V kapitole o Masarykově lize proti tuberkulóze uvedl dotazníkovou akci z roku 1921, z níž vyplynulo, že přesně 55 odborů ligy vzniklo z bývalých českých odborů ČZPS. V kapitole o ČZPS však uvádí, že bylo v Čechách založeno dohromady 60 odborů tohoto spolku, z nichž pouze polovina byla přetvořena na odbory Masarykovy ligy. V takovém případě by však počet odborů přetvořených na místní odbory Masarykovy ligy nepřesáhl počet 30.

²⁵⁴ Tamtéž, s. 43 - 44.

(myšleno fyzickou místností) a částečně společným personálem. Vedle výboru ČZPS, jehož členové byli částečně voleni na valné schůzi členů a částečně pocházeli z Ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy a Ministerstva sociální péče, disponoval spolek ještě kuratoriem. Toto kuratorium, jehož členové byli složeni z delegátů výboru a delegátů uvedených ministerstev, spravovalo a staralo se o chod spolkových léčeb.²⁵⁵

Je také otázkou, do jaké míry bylo vytvoření svazku s Masarykovou ligou dobrovolným činem. ČZPS byl silně postižen válečnými událostmi. Sanatorium na Pleši bylo dostavěno v roce 1915, od roku 1916 se výbor spolku rozhodl propůjčit ho k léčení tuberkulózních vojínů. Toto léčení mělo probíhat na náklad Státní zemské ústředny, která se k této akci zavázala smlouvou. Ve spolupráci s ní byla spolku přislíbena toho roku i subvence c. k. ministerstva vnitra 30 000 K a dále bezúročná půjčka od Státní zemské ústředny ve výši 10 000 K.²⁵⁶ Po rozpadu Rakousko – Uherské monarchie se však k finanční náhradě za tuto léčbu nikdo neměl. Po vzniku MLPT se navíc změnil tok veřejných subvencí, které dříve plynuly do pokladny Českého zemského pomocného spolku. Spolek se dostal do tíživé finanční situace a měl jen velice málo volného manévrovacího prostoru. Vstoupit ve svazek s Masarykovou ligou bylo v tu dobu jedinou možností, jak získat alespoň část veřejných dotací, které mu byly dříve přidělovány. V roce 1921 pak dostal podporu od vlády v podobě bezúročných zápůjček ve výši 800 000 Kč od Ministerstva veřejného zdravotnictví a 300 000 Kč od Ministerstva sociální péče, které byly určeny na reorganizaci sanatoria na Pleši. I sama Masarykova liga přispěla k této reorganizaci sumou 100 000 Kč. Také sanatorium „Albertinum“ se dočkalo refinancování. Státní subvence od Ministerstva veřejného zdravotnictví na jeho přístavbu čítala 200 000 Kč. ČČK věnoval 25 000 Kč na jeho vnitřní vybavení a spolek Československá péče o dítě přispěl potravinovou pomocí v hodnotě 37 000 Kč. S peněžní fundací na toto sanatorium se připojila Masarykova liga částkou 10 000 Kč a Zemský výbor v Čechách částkou 50 000 Kč. Z výroční zprávy za rok 1920 jasně vyplývá, že ČZPS byl ve všech ohledech odkázán na subvence ze strany státu či jiných spolků, neboť na darech a členských příspěvcích vybral za tento rok pouze 144 086 Kč. I když se k této sumě připočetl roční příjem ve formě proplaceného léčebného (1 180 303 Kč) a výdělků z vlastního lesního a polního hospodářství (28 247 Kč) a živý inventář (69 090 Kč), stačily tyto příjmy

²⁵⁵ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 194 – 195.

²⁵⁶ *Zpráva o činnosti „Českého pomocného zemského spolku za rok 1915*, s. 14 - 24. Podle pokladní zprávy za rok 1915 skutečně získal spolek státní subvence v celkové hodnotě cca 45 000 K. Celkový pokladní příjem toho roku činil 190 452 K.

pokryt zhruba jen osm měsíců nákladů na nemocné a personál sanatoria na Pleši. Celoroční náklady na vedení dvou sanatorií proto vysoce převyšovaly možnosti tohoto spolku.²⁵⁷

Německým ekvivalentem ČZPS byl Německý zemský spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách (Deutscher Hilfsverein für Lungenkranke in Böhmen), který byl založen roku 1903. Jeho náplň a organizace byla velmi podobná Českému zemskému pomocnému spolku, vykonávala však nadále i činnosti, kterých ČZPS vzdal ve prospěch Masarykovy ligy. Vedle léčebné péče obsahoval jeho program i výchovnou, propagační i poradenskou činnost. Častým nástrojem jejich propagace byly naučné přednášky. Léčebná péče se odehrávala v ústavech Weinmannovy a Petschkovy nadace Stejně jako ostatní výše uvedené spolky byl i Německý zemský spolek složen z místních a okresních odborů v čele s kuratorem. Veškerá důležitá rozhodnutí se probírala na valných hromadách.

Další z řady německých spolků byl Pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami ve Slezsku (Hilfsverein für Lungenkranke in Schlesien). Jejich hlavní činnost se soustředila v léčebně v Horním Šárově, k jejímuž vybudování byly v počátečním období vzniku samostatného Československa upínány veškeré snahy spolku. Organizace založila i několik dispenzářů: v Opavě, Těšíně, Bielicí a Krnově. Dispenzáře v Těšíně a Bielicí se po odtržení východního Těšínska dostaly mimo dosah tohoto spolku a o dispenzář v Krnově ho zase připravila válka. Nadále spravoval hlavně dispenzář v Opavě.²⁵⁸

Spolkem s trochu odlišnou pracovní náplní byl Československý vědecký spolek proti tuberkulóze. Vznikl roku 1919 z podnětu prof. Dr. Ivana Honla, který byl následně i jeho předsedou. Jak už název napovídá, jeho činnost měla být především vědecká, složená z poučných přednášek, vědeckého bádání, publikování v odborných periodikách, vzdělávání lékařů, založení odborného muzea a odborné knihovny. V neposlední řadě byla podpora lidového protituberkulózního boje. Nejčastější, pravidelně se opakující, činností bylo organizování vědeckých přednášek a debat. Tyto se konaly v zimním období každý týden a jejich náplň tvořila hlavně klinická a patologická témata – především vývoj užitečné vakcíny proti tuberkulóze, dále pak časná diagnosa tuberkulózy a její sociální diagnostika nebo otázky vhodné ústavní léčby. Přednášky sloužící k většímu vzdělání lékařů v oblasti tuberkulózy byly konány především o prázdninách, popřípadě formou večerních kurzů. K jejich potřebě byla zhotovena řada diapozitivů, jak klinických, tak histologických či anatomických. Pro dispenzární lékaře byly ve spolupráci s Masarykovou ligou pořádány zvláštní prázdninové

²⁵⁷ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 195 – 196.

²⁵⁸ Tamtéž, s. 197 – 201. Pomocný spolek ve Slezsku měl tříčlenné presidium, volené ze šestičlenného výboru. Jeho členové se mohli seskupovat do okresních zastupitelstev, která však nesměla operovat s žádnými vlastními financemi.

kurzy. Honorář pro přednášející byl vynakládán ze subvencí Ministerstva veřejného zdravotnictví.²⁵⁹

Své spolky zakládala i různá politická uskupení. Ústřední svaz nemocenských pokladen, ve kterém bylo v roce 1921 organizováno 151 okresních nemocenských pokladen po celých Čechách, Moravě a Slezsku, čítal zhruba 1 milión členů. Většina z nich byla příslušníky strany sociálně demokratické. Jednotlivé pokladny se vedle dalšího zabývaly i protituberkulózním bojem, ale ústředí šlo v této práci ještě dále a založilo v roce 1914 spolek Humanita, který měl pečovat o sociální postavení a zdraví dělnictva na základě dobročinnosti. Další péče o tuberkulózní probíhala pak už jen skrz spolek Humanita. Brzy po založení se tento spolek zaměřil na vybudování vlastního sanatoria v Prosečnici nad Sázavou a dispenzáře v prostorách nemocenské pokladny v Praze v tehdejší Krakovské ulici č. 14. Mimo tuto léčebnou péči se staral spolek o své pacienty i jinak. Sanatorium v Prosečnici bylo otevřeno až v roce 1922, ještě před tím však spolek platil pobyt jednotlivcům v jiných (převážně soukromých) léčebnách – např. na Pleši, v Žamberku, v Luži - ze zemských léčeben např. v Jevíčku. Humanita podporovala nemocné i hmotně a to ve formě přidělů mléka či masa.

Vedle léčebné péče se Humanita starala i o výchovu dělníků a o propagaci boje proti tuberkulóze. Pravidelně publikovala své články v časopisu „*Svépomoc*“, který byl propagačním nástrojem celého Ústředního svazu nemocenských pokladen a sloužil všem jeho členům. Roku 1926 začal spolek Humanita vydávat dokonce časopis „*Zdraví*“ a to vlastním nákladem. Jednalo se o měsíčník, který vycházel v počtu 650 výtisků. Většinou byl rozdán zdarma pacientům sanatoria, popřípadě posílán i jiným léčebným ústavům, sociálně zdravotním institucím a spolkům nebo i pouhým jednotlivcům. Obsahový základ se pohyboval na poli sociálně zdravotním, nebyl však striktně vyhrazen pouze na léčbu tuberkulózy nebo jen na léčebnu v Prosečnici. Do roku 1931 se o redakci staral převážně tehdejší předseda spolku, po jeho odchodu převzal tuto funkci jednatel Josef Slavík. Humanita také vydala pohledy s tematikou výstavby sanatoria v Prosečnici. K výchově dělnictva sloužila řada diapozitivů, které používali především ordinující lékaři uvedeného dispenzáře v Krakovské ulici. K příležitosti desátého jubilea existence sanatoria v Prosečnici byl na náklad spolku také natočen propagační a orientační film ze života sanatoria.

Spolek se značnou měrou pokoušel nejen bojovat s projevy nemoci, ale také jí předcházet. K tomuto účelu sloužila jeho činnost na poli bytové péče – „*aby zdravým bydlením bylo nemajetné obyvatelstvo před onemocněním chráněno*“. Jelikož byl spolek

²⁵⁹ Tamtéž, s. 202 – 203.

v této práci poměrně čínorodý, zažádal u ministerstva sociální péče o přidělení statutu všeobecné prospěšnosti. Ministerstvo zareagovalo na tuto žádost vydáním výnosu č. 23.733–II-5-31 ze dne 31. července 1931. Humanita se také velmi snažila zpříjemnit život nejen pacientům sanatoria, ale i jejich rodinným příslušníkům. Proto dlouhá léta bojovala za zřízení staniční budovy na železniční zastávce v Prosečnici. Spolupráce se železniční správou se dařilo i v tom smyslu, že nedělní vlaky ve směru do a z Prosečnice měly přiřazeny zvláštní vagóny pro návštěvníky pacientů sanatoria.²⁶⁰

I v případě spolku Humanita došlo k přiřazení pod ochranu Masarykovy ligy proti tuberkulóze. Jejich spolupráce byla stvrzena už tím, že se Humanita stala jedním ze zakládajících členů MLPT. Měla také své zástupce v hlavním stanu Československého Červeného kříže. Velmi důležitou osobností byl pro Humanitu prezident Tomáš Garigue Masaryk, který podporoval její činnost nejen finančně, ale i osobní přízní.²⁶¹ U příležitosti jeho 70. narozenin zřídil spolek roku 1926 léčebný fond pro děti z nemajetných rodin. Jeho výnos měl mimo jiné směřovat na výstavbu speciálního dětského pavilonu v sanatoriu v Prosečnici. Osobností ještě významnější byl však pro spolek poslanec a ředitel Ústředního svazu českých nemocenských pokladen Václav Johanis, dlouholetý předseda Humanity. Na počátku 30. let ho vystřídal v této funkci šéflékař Ústřední sociální pojišťovny Mudr. Eduard Břeský. Václav Johanis se největší měrou zabýval otázkou nemocenského pojištění a byl otcem myšlenky založení sanatoria v Prosečnici. Není proto divu, že k jeho uctění byl taktéž v roce 1926 zřízen Fond V. Johanise. Tento fond přiděloval peněžní příspěvky pro ty nemocné s plicní chorobou, kteří neměli nárok na nemocenské pojištění nebo ho již vyčerpali, a přesto potřebovali lékařskou pomoc. Náhrada léčení těmito nemocným byla v sanatoriu v Prosečnici poskytována z úroků tohoto fondu. V průběhu let 1926 - 1934 bylo takovýmto způsobem podporováno 127 pacientů s počtem 6530 ošetřovacích dnů a to v celkové hodnotě 68 614 Kč. Aby se mohl výtěžek z Johanisova fondu plně fungovat ve prospěch pacientů sanatoria, byl zřízen ještě jeden zvláštní podpůrný fond. Uvedený fond spravoval peníze, z nichž byla vyplácena podpora ohroženým rodinám pacientů. Rodiny tuberkulózních pacientů byly totiž díky sanatoriální léčbě často postiženy dočasnou ztrátou živitele a daleko více jim tak hrozila hmotná nouze. Z podpůrného fondu jim byly alespoň částečně opatřovány

²⁶⁰ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 218 – 219. Dále: *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*. V Praze: Humanita, 1933.

²⁶¹ V roce 1935 byl k příležitosti svých 85. narozenin jmenován čestným členem spolku. *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*. V Praze: Humanita, 1935.

potravin a placena výpomoc.²⁶² Takovýchto menších podpůrných fondů však vznikalo v Humanitě více. Jeden takový existoval pro okresy podbrdské a byl hrazen z příspěvků předsedy spolku V. Johanise. Další podobný fond vznikl k uctění památky zemřelé členky Vlasty Hatašové – Johanisové a zaměřil se na nervové choroby. Spolek rovněž věnoval část svých prostředků na zaplacení ošetrovacích výloh jednoho postiženého dítěte v Jedličkově ústavu. Tato dvouletá péče, která se skládala jak z léčení a ošetřování, tak z výchovy, čítala až 8 000 Kč. V době hospodářské krize se dokonce výbor spolku rozhodl vyčlenit deset lůžek v sanatoriu v Prosečnici pro léčení nezaměstnaných s tuberkulózou plic. A jelikož byl spolek založen svazem nemocenských pokladen, nechyběla v jeho charitativní činnosti ani poradna v otázkách sociálního a zdravotního pojištění.²⁶³

Organizace spolku se od ostatních příliš nelišila. Správní orgány vypadaly po rekonstrukci stanov v roce 1931 následovně: v čele spolku byl předseda, který spolu s dalšími jedenácti členy tvořil výbor spolku. Za členy výboru byli voleni jak jednotliví členové jako soukromé osoby, tak zástupci důležitých institucí, jako MVZTV, Ústřední sociální pojišťovny, Ústředního svazu nemocenských pojišťoven, Odborového sdružení československého a Dělnické akademie. Vedle tohoto výboru fungovala ještě dozorčí rada. Ze všech takto zvolených funkcionářů se vybralo pět členů, kteří tvořili předsednictvo. Pro dohled nad sanatoriem v Prosečnici bylo ustanoveno kuratorium, které mělo sedm členů. Svého dohlázele potřebovala i bytová péče, které se spolek tolik věnoval. Na stavbu obytných domů v Praze XI. dohlížela osmičlenná stavební komise, o záležitosti nájemníků se starala šestičlenná bytová komise. Důležité úkoly spolkové činnosti se probíraly na valných hromadách, které se po změně stanov konaly každé dva roky. Pouze ve výjimečných případech se konaly mimořádné valné hromady.²⁶⁴ Kromě valných hromad se členové scházeli při mnoha schůzích, poradách a konferencích. Zprávy funkcionářů o činnosti spolku vycházely vlastním nákladem Humanity tiskem také každé dva roky. Po změně stanov pohyboval se počet členů kolem 260, z toho 40 členů bylo zakládajících, 27 přispívajících a

²⁶² Roku 1935 byl v rámci oslav 85. narozenin prezidenta T.G. Masaryka zřízen z pozůstatků tohoto fondu spolu s příspěvím 50 000Kč nový Masarykův podpůrný fond. Jeho funkce však zůstala stejná jako u předešlého podpůrného fondu. Při této příležitosti došlo k instalaci bronzové busty prezidenta T. G. Masaryka ve vestibulu léčebny v Prosečnici. Tamtéž, s. 10 – 11. Zpráva o léčení nemajetných osob tuberkulózních Tamtéž, s. 37.

²⁶³ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 15 - 16.; *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*, s. 15.

²⁶⁴ Např. 5. května 1932 se u příležitosti desátého výročí trvání sanatoria v Prosečnici konala v prostorách sanatoria mimořádná valná hromada, na níž byl bývalý předseda senátor Václav Johanis zvolen čestným členem spolku Humanita. Jako pocta panu V. Johanisovi mu byla ve vestibulu sanatoria instalována busta z bronzu. *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 7 – 8.

196 činných.²⁶⁵ O instituci takového rozsahu musel pečovat přiměřený počet zaměstnanců a s přibývajícím agendou se toto číslo stále zvyšovalo. Největší nárůst agendy nastal po založení sanatoria v Prosečnici, jehož chod spravovalo deset let po založení 92 zaměstnanců. V ústředí bylo zaměstnáno sedm lidí, dalších 32 pracovalo ve dvoře Dolní Požáry. V průběhu roku se k tomu přidružili i sezónní zaměstnanci, kteří převážně v letních měsících obhospodařovali zahrady, park a hospodářské objekty. V tomto období se počet zaměstnanců vyšplhal až ke 200 osobám.

V otázce financování spolku nebyla Humanita ničím výjimečným. Taktéž byla financována ze členských příspěvků, z darů a státních subvencí. Mimo to však dostávala nemalé finanční příspěvky od nemocenských pokladen a jejich svazu, což logicky vyplývá z faktu, že sám svaz tento spolek založil. Výjimečně štedré bylo vůči Humanitě ministerstvo veřejného zdravotnictví, když mu přičklo subvenci v hodnotě dvou miliónů korun na stavbu sanatoria. Celkové výdaje spolku za rok 1920 přesáhly částku tří miliónů korun.²⁶⁶ Spolek si udržoval finance v poměrně dobrém stavu a neupadal do červených čísel. Roku 1932 si například mohl dovolit pořídit automobil pro dojíždění ústředních zaměstnanců a funkcionářů spolku do sanatoria.²⁶⁷

Ve třicátých letech měl spolek další velké finanční vydání a to v rámci své bytové péče. Po první výstavbě hned čtyř panelových domů v Praze XI. se výbor spolku rozhodl zrušit bytový fond, aby jeho jmění mohl využít na snížení nájemného v těchto domech. Vedle prvního snížení nájemného o 32 400 Kč ročně už při zúčtování nákladů stavby došlo tedy k dalšímu snížení, tentokrát o 71 000 Kč ročně. K tomuto snížení došlo od 1. dubna 1933. Aby mohlo k plánované stavbě domů na Praze XI. vůbec dojít, získala Humanita půjčku od Všeobecného pensijního ústavu v Praze v hodnotě dvou miliónů korun. Druhou půjčku v hodnotě jednoho miliónu korun nedostala od nikoho jiného než od Ústředního svazu nemocenských pojišťoven. Humanita za tuto půjčku však musela ručit nájemními domy na Praze XI.²⁶⁸ Časem došlo k dostavbě dalších domů na Praze XI, celkově jich přibýlo šest. Jednalo se o pětipatrové domy, které se napojovaly na již stojící čtyři domy z let 1928 – 1929.²⁶⁹ K zajištění stavby potřeboval spolek opět půjčky a opětovně je získal od Ústředního pensijního ústavu v Praze (1 mil. korun) a od Ústřední sociální pojišťovny (2,35 mil. korun).

²⁶⁵ V následujících dvou letech se počet členů o trochu snížil – přispívajících na 24 a činných na 161. *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*, s. 10.

²⁶⁶ Hůlka, J. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu*, s. 220.

²⁶⁷ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 11.

²⁶⁸ Za první půjčku 2 mil. korun ručila domem čp. 980 na Praze II.

²⁶⁹ První čtyři domy stály v Přemyslovské ulici, další šest domů pak v ulicích Vratislavově, Lucemburské a Rostislavově. *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 25.

Humanita v tuto chvíli trochu zariskovala, jelikož se rozhodla začít se stavbou, i když ji neměla plně finančně pokrytou. Přikročila k ní však z toho důvodu, že chtěla takto vlastní měrou pomoci v době vysoké nezaměstnanosti. Na stavbě totiž získalo práci několik stovek dělníků a řemeslníků, kteří by jinak v zimě a na jaře 1933 v důsledku vleklé hospodářské krize ve stavebním ruchu nenašli uplatnění. Spolek byl rozhodnut ve své bytové politice pokračovat i přes překážky, které mu nastavovala vleklá hospodářská krize. Na Pankráci vlastnil dalších patnáct stavebních parcel, na nichž hodlal pokračovat ve stavbě levných a přesto hygienicky nezávadných bytů.²⁷⁰

Při své stavební činnosti používal spolek netradiční taktiku. Místo aby na řemeslnické a podnikatelské práce najal vždy jednu větší firmu, rozhodl se využít služeb tří až pěti firem. Největší měrou se jednalo o dělnická družstva. Tento systém nebyl obvyklý, neboť se tím výrazně zkomplikovala administrativa stavby, ale to spolku nevadilo. Jeho záměrem nebyl totiž výdělek, ale zprostředkování zaměstnání více dílnám a tím pádem i většímu počtu lidí. Podle výroční zprávy spolku za léta 1931 – 1932 navíc rozdělením prací mezi více firem dosáhl stavitel daleko větší soutěživosti v kvalitě práce na stavbě. Díky tomuto způsobu vedení stavby zaměstnala Humanita v roce 1932 na 52 firem a denně dala práci 400 – 500 dělníků, ale také montérů, řemeslníků, zedníků a samozřejmě k tomu i přiměřeného počtu kancelářského personálu.²⁷¹

Problematická byla už příprava projektu na stavbu nových domů. Původní představa pětipatrových domů musela být pozměněna, neboť do ní vstoupil regulační plán vytvořený státní regulační komisí. Pro daný okres byly doporučeny pouze čtyřpatrové domy, popřípadě s pátým patrem ustupujícím do ulice a do dvora. Spolek věděl, že pokud by se snažil za každou cenu prosadit svůj návrh, sebralo by to mnoho drahocenného času a výsledek by navíc nebyl jistý. Proto se rozhodl této podmínce podvolit.

Byty byly většinou jedno- až dvoupokojové s příslušenstvím a kuchyní. Nejmenší byty měly jen jeden pokoj s příslušenstvím. Celkem se jednalo zhruba o 200 samostatných bytových jednotek. V jednotlivých domech nebyly samostatné prádelny, naopak se veškeré prádlo soustředilo do centrální prádelny. Prádelna byla umístěna ve vyvýšeném suterénu jednoho z domů.²⁷² V domovních suterénech se nacházely malé krámy, v jednom z nich byla dokonce garáž pro tři vozy, v podkroví řadových domů se nacházely ateliéry s malým

²⁷⁰ Tamtéž, s. 16 – 25.

²⁷¹ Tamtéž, s. 26.

²⁷² I zde byl kladen velký důraz na hygienu. Jak prádelna tak sušárna byly obloženy glazovanými, bílými obkladačkami na zemi se šamotovou dlažbou. Veškeré stroje poháněly elektrické motory na vysokotlakou páru a teplou vodu. Sušárna byla vybavena rozsáhlým ventilačním systémem, který odváděl páry vzduchovými kanály až na střechem domu.

pokojem a příslušenstvím. Ve všech bytech byla zavedena voda, plyn a elektřina. V každém domě se nacházel soukromý výtah, kterým mohlo být mimo jiné přesouváno uhlí ze sklepů do bytů. A jelikož byla Humanita organizací zaměřenou proti tuberkulóze, byl i při stavbě domů a bytů kladen důraz na světlost pokojů, snadnou větratelnost a samozřejmě přiměřenou hygienu příslušenství a kuchyní.²⁷³

Po vyhodnocení všech finančních nákladů spojených se stavbou 6 domů činily výdaje zhruba 11,1 miliónů korun. Od této částky bylo pak následně odvozeno nájemné v průměru 3600 Kč za jednopokojový byt s kuchyní a příslušenstvím. Této ceny bylo dosaženo především díky ekonomickému zadávání prací, částečně díky poklesu cen na stavebním trhu a nakonec díky udělení tzv. obecné prospěšnosti od ministerstva sociální péče. Humanita tak mohla využít výhod plynoucích ze zákona o stavebním ruchu, který se vztahoval na družstva a umožňoval jim čerpat státní stavební příspěvek.²⁷⁴

Roku 1933, kdy byly stavby nových bytů završeny, čítal žižkovský blok deset domů se tři sta třiceti byty. Když se k tomuto číslu přičetly ještě domy pro zaměstnance sanatoria v Prosečnici a hospodářství v Dolních Požárech, čítal počet bytů ve vlastnictví spolku celkem 423 obytných jednotek.

Veškerá tato činnost zanechala na spolku Humanita i své šrámy. Hypotéční zápůjčky, za které spolek ručil svým činžovními domy, činily 3 374 151 Kč. Spolu s další hypotékou ve výši 1 900 000 Kč se dluh vyšplhal na 5 274 151 Kč. V roce 1934 se sice podařilo část dluhu splatit, na druhou stranu situaci komplikovala krize v pojišťovacím sektoru. Ta totiž zapříčinila velké prodlevy při proplácení nemocničních výloh. Pohledávky za léčebné se vyšplhaly během roku 1934 až do výše 1 360 000 Kč. I když tato situace nebyla ještě mezi zdravotně sociálními spolky z nejhorších, přes to značně komplikovala spolku Humanita jeho záslužnou činnost.

Pokud nemohl spolek sám pomoci nemajetným nemocným, kteří nedosáhli na nemocenské dávky, pokoušel se alespoň obstarat těmto pacientům příspěvek a sanatoriální léčení odjinud. Většinou se spolek obracel na Masarykovu ligu proti tuberkulóze, na Československý červený kříž, fysikát hlavního města Prahy, obce nebo Ústřední svaz nemocenských pojišťoven. Jestliže jim navíc nemohl zajistit léčení ve vlastním sanatoriu, snažil se jim dohodnout léčbu v jiných léčebnách nebo nemocnicích.²⁷⁵

²⁷³ V koupelnách byla instalována vždy kamna na uhlí pro ohřev teplé vody, popřípadě za příplatek plynové ohřívače „Karma“, smaltované litinové vany a nástěnná umyvadla. Kuchyně byly vybaveny kachlovými sporáky. Tamtéž, s. 26 – 28.

²⁷⁴ Tamtéž, s. 28.

²⁷⁵ Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934, s. 14 – 16.

III. 1. 5. Dispenzáře – dílny preventivní medicíny²⁷⁶

Asi nejčetnější a zároveň nejdůležitější prací zdravotně sociálních spolků bylo provozování poraden, dispenzářů, sanatorií a různých odborných ústavů. Tyto instituce zakotvily během několika málo let v československém zdravotnictví a udržovaly si své výjimečné postavení. Na druhou stranu je třeba uvést, že žádná jiná spolková zdravotně sociální činnost nevyžadovala tak velkou finanční podporu ze strany státu jako právě tato.

Nejrozšířenější dobrovolnickou zdravotně sociální institucí byly poradny a dispenzáře.²⁷⁷ Své unikátní postavení mezi zdravotnickými organizacemi si vysloužily i díky tomu, že byly zřizovány výhradně jako dobročinné, na rozdíl od sanatorií a specializovaných ústavů. Institut samostatného dispenzáře vznikl roku 1901 v Lille a byl dílem myšlenky Alberta Calmettea. V Československu se tímto typem práce zabýval Dr. Emerich Maixner. Poté, co se byl osobně podívat na pracoviště v Lille, se rozhodl založit stejný dispenzář i v českých zemích. Jeho přičiněním tak vznikl roku 1904 první dispenzář proti tuberkulóze na území Čech. Maixner převzal Calmetteovy myšlenky a snažil se zapracovat do praxe v jeho okolí. Hlavním středobodem zájmu každého dispenzáře se měla stát rodina nemocného a samozřejmě on sám. Především šlo o zlepšení hygienických a materiálních podmínek v rodinách tuberkulózních pacientů a o zvýšení jejich povědomí ve věci hygienických pravidel. Mělo jít o značně pružnou instituci, která měla být schopná se přizpůsobit potřebám každé rodiny, proto bylo také naléháno na vytvoření co nejhustější sítě těchto dispenzářů po celých českých zemích. V podstatě se jednalo o výpomocné stanice, které byly prodlouženou rukou sanatorií a nemocnic – měly léčebným zařízením předcházet a vybírat ty správné pacienty, kteří byli vhodní pro následnou léčbu. Na druhou stranu byly i koncovými body, protože po léčení nadále sledovaly bývalé pacienty a snažily se, aby se nemoc nevrátila. Někde uprostřed se nacházel další úkol, který dispenzáře vykonávaly. V době léčení tuberkulózně nemocného se pracovníci dispenzáře snažili zapojit do práce s jeho rodinou, aby vyléčený souchotinář po návratu ze sanatoria nepřišel do prostředí, které by ohrozilo jeho zlepšený stav. Často zaopatřovali rodinám nemocných jídlo, šatstvo nebo topivo. K tomuto účelu sloužil v dispenzáři laický pomocník, podle Calmetteova popisu inteligentní dělník,

²⁷⁶ Slovní spojení převzaté ze článku Dr. V. J. Proška: *Organizace zdravotně – sociální služby poradenské ve velké Praze*. Nákladem vlastním v Praze, 1929, s. 1. NA, MVZTV, krt. 159, inv.č. 1349, *Organizace zdravotně – sociální služby poradenské ve velké Praze*, v Praze 1929.

²⁷⁷ Někteří doboví autoři dávali přednost pojmu dispenzář, jiní pojmu poradna. V podstatě se ale jednalo o tu samou instituci.

kteřý měl proniknout do rodiny a zjistit, co by nejvíce potřebovala. Maixner převzal i tuto myšlenku a přetvořil jí do podoby tzv. sociálně zdravotní sestry. Osoba sociální pracovnice získala nakonec v dispenzáři své nezastupitelné místo, a pokud to bylo jen trochu možné, byla vždy jeho součástí. Zbytek zaměstnanců poraden byli vždy odborníci na danou problematiku. Úkolem zdravotních pracovníků však nebyla pouze spolupráce s léčebnými zařízeními a práce s tím spojená. Měli totiž pečovat i o těžce nemocné, kteří již pro svou nevyлéčitelnost nemohli být vzati do léčebny nebo nemocnice. Těmto pacientům se snažili alespoň ulehčit v jejich nesnadné životní situaci. Podle Maixnera nebyla ale hlavním cílem dispenzářů bezplatná konzultace a předepisování medikamentů. Jejich hlavním záměrem bylo šíření povědomí o sociálních chorobách mezi prostým lidem, aby se nejširší společnost dozvěděla, jak tyto choroby fungovaly, co napomáhalo jejich šíření a jak se daly u postiženého člověka rozpoznat její příznaky. V tomto ohledu se Calmetteova představa pouze hmotné pomoci přetavila v českých zemích do podoby spíše výchovné a poradenské. Přesto však zůstal základ činnosti zachován po celou dobu existence dispenzářů.²⁷⁸ Celá řada lékařů vznik poraden z počátku nepodporovala, jelikož nevěřila v jejich valný význam. Až čas a statistické údaje přesvědčily odbornou veřejnost, že v některých případech je jednodušší a také levnější nemocem předcházet, než je poté obtížně a nákladně léčit. Poradny byly dokladem toho, že ankety, výnosy a nařizení někdy nezmohly všechno. V určitém momentu bylo potřeba budít zdravotně sociální uvědomění a zodpovědnost každého jednotlivce a učinit ho přímým vykonavatelem hygieny namísto pomyslných úřadů. Dispenzář se ukázal být vhodným prostředníkem mezi jednotlivými občany a ustanovenými úřady – nejčastěji úředním hygienikem.

Někdy se může zdát, že pojem lidový ústav sociálně zdravotní péče, jehož podoba byla již uvedena v jiné části této práce, a dispenzář jsou vlastně totožné. Pravda je, že se v některých ohledech značně překrývaly, základním rozdílem však bylo, že ústav v sobě často shlucoval několik různých poraden, rozdělených podle odbornosti. Tímto způsobem mohl získávat mnohem ucelenější informace o celkovém výskytu sociálních chorob na jeho území a mohl tak vytvářet evidence a statistiky.²⁷⁹ Na rozdíl od dispenzářů, které mohly být založeny téměř jakoukoliv institucí, lidové ústavy zdravotně sociální péče byly organizovány a projektovány z podnětu ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. Více k podobě lidových ústavů se lze dočíst v kapitole *II. 2.4. Doma, v nemocnici nebo v ústavu?*. Postup zřizování těchto institucí byl o něco pomalejší nežli u dispenzářů. Princip byl přitom

²⁷⁸ Pelc, H. *Sociální lékařství*, s. 166 – 167.

²⁷⁹ Ne vždy došlo k dosažení takového ušlechtilého cíle. Mnohdy byly ústavy jen obyčejnou ambulancí pro tuberkulózní.

jasný: každá poradna měla povinnost zaobírat se společnostmi, ať už v důsledku všeobecného boje nebo skrz konkrétního jednotlivce. Při tomto procesu mohla narazit na celou řadu problémů, které navazovaly jeden na druhý, vzájemně se prolínaly a ovlivňovaly. Spojení takových poraden do jedné budovy bylo tedy logickým krokem. V praxi prý však narážela tato myšlenka nejen na neochotu ze stran úřadů, ale i na nedostatečnou spolupráci jednotlivých místních poraden. Tyto poradny prý často pracovaly, jako kdyby o sobě vzájemně ani nevěděly. Do některých rodin tak docházelo více sester najednou a každá přitom byla z jiné poradny a udělovala rodinám jiná opatření. Někdy mohla být tato doporučení dokonce vzájemně protichůdná. Idea jednotného postupu proto měla své opodstatnění.²⁸⁰

Po vzniku samostatného Československa se myšlenka dispenzární péče stala fenoménem, který se začal republikou šířit jako lavina. Směrem k východu republiky byla situace kvůli těžkým životním podmínkám stále velmi vážná a poradenská protituberkulózní péče tam neprobíhala ani vzdáleně na takové úrovni, jako v západní části země. V té bylo postupem času založeno na dvě stě samostatných protituberkulózních poraden. Po opadnutí prvotního nadšení začal tento počet postupně zase klesat. I tak si ale vyžadoval pozornost ze strany státní zdravotní správy. Minimálně v tom ohledu, že bylo potřeba sjednotit poradenskou práci a dát jí jasný směr. K tomuto účelu byla vytvořena již zmíněná Směrnice pro činnost poraden protituberkulózních, která byla sestavena na základě výnosu ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy č. 35.137 ze dne 28. prosince 1927.²⁸¹ Tuto příručku vypracovalo MVZTV ve spolupráci s předními československými odborníky na tuberkulózní problematiku. Tato příručka obsahovala rámcový program a pracovní metody, kterými se měly nově vzniklé poradny řídit. Zaváděla také jednotnou administrativu. V § 1 bylo jasně uvedeno, že protituberkulózní poradny byly institucí preventivní, čili ochranné péče, nikoliv však léčebné.²⁸² Existovala ale i tzv. preventivní léčba, která posilovala vzdornost organismu a měla podobu např. ozařování horským sluncem u dětí ohrožených tuberkulózou. Ta nebyla považována ve své podstatě za léčebnou péči a poradny jí tak mohly bez problémů provozovat (§ 4 odst. 2). Další hlavní zásadou byla všeobecná přístupnost založená na ideji, že poradny „přístupny jsou všemu obyvatelstvu bez ohledu na národnost,

²⁸⁰ NA, MVZTV, krt. 159, inv.č. 1349, *Organizace zdravotně – sociální služby poradenské ve velké Praze*, v Praze 1929, s. 2 – 3.

²⁸¹ Pravidla, kterými se řídily protituberkulózní poradny, byly prakticky totožné s pravidly lidových ústavů sociálně zdravotní péče. Protituberkulózní poradna byla také často jejich součástí.

²⁸² Výjimky z tohoto pravidla jsou uvedeny v § 4 odst. 2. Především se jednalo o osoby chudé, které neměly možnost nemocenského pojištění, a nebylo by o ně tedy jinak postaráno.

náboženství, a majetkové poměry“ (§ 2).²⁸³ Veškerá její péče byla bezplatná a všechny finance byly získávány pouze ve formě darů či subvencí. Jejím výrazným projevem bylo mnohem silnější propojení s pacientem. Jeho diagnostická činnost neskončila pouze klinickou diagnózou. Pacient ji totiž zajímal především po stránce sociálně zdravotní, proto vyšetření lékařem zahrnovalo i pátrání po pramenech nákazy, popřípadě okolních podmínkách, které na nemocného působily. Lékaři se proto zajímali i o pacientovy pracovní podmínky, bytovou otázku, sociální postavení atd. (§ 4 odst. 1). Jednou ze služeb, které dispenzáře poskytovaly, byla podpůrná činnost. I když se nejednalo o službu primární, měli pracovníci poradny možnost udílet chudým nemocným podporu ve formě stravy, otopu nebo oblečení. Nikdy se však nejednalo o přímou peněžní podporu (§ 15).

Péči v poradnách zaštiťovali jak lékaři, nejlépe odborníci na plicní choroby, tak zdravotní sestry. Na tuto pozici mohla být přijata pouze odborně kvalifikovaná zdravotnice, která absolvovala odbornou školu typu Vyšší školy sociální péče v Praze. Vedle těchto vyškolených zdravotníků mohly v dispenzářích pracovat i absolventky státní ošetrovatelské školy nebo některé ze středních škol sociálně zdravotních. Tyto osoby pak často vykonávaly tzv. ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách. Institut této služby vznikl roku 1929 díky součinnosti Československého Červeného kříže se svazky územní samosprávy a s Ústřední sociální pojišťovnou. Poté byla vtělena do činnosti odborů Masarykovy ligy proti tuberkulóze a k okresním ústavům zdravotní a sociální péče.²⁸⁴ Uvedenou činnost prováděly ošetrovatelky, a pokud tyto v ústavu nebyly, pak ji vykonávala sama zdravotní sestra. Všechny tyto pracovnice však musely být plně kvalifikované.²⁸⁵ Ošetrovatelská péče byla poskytována pouze nemajetným osobám a rodinám, kde někdo onemocněl závažnou chorobou a z jakéhokoliv důvodu nemohl být léčen v sanatoriu nebo ve všeobecné veřejné

²⁸³ V některých případech byla přístupnost poraden chápána tak, že je vyhrazena pouze pro nemajetné a chudé. Tato směrnice se snažila tuto domněnku vyvrátit, jelikož chápala prevenci jako nejdůležitější bod v boji proti tuberkulóze, který není zaměřen pouze na určitou skupinu obyvatel a který je potřeba šířit v nejširších vrstvách společnosti. Na druhou stranu nevidělo ministerstvo veřejného zdravotnictví problém v tom, když by poradna požádala dobře situovaného pacienta o příspěvek na chod zařízení, potřebného k ošetření nemocného. Vyloučeno nebylo ani veřejné vyvěšení žádosti o dobrovolný příspěvek mezi pacienty dispenzáře.

²⁸⁴ V roce 1941 byla prováděna ošetrovatelská služba v těchto městech či okresech: Praha, Pardubice, České Budějovice, Nymburk, Kutná Hora, Plzeň, Nová Paka, Moravská Ostrava, Brno, Jihlava, Hranice, Kroměříž, Olomouc, Přerov, Vsetín a Třebíč. V Praze tuto službu zastával Ústav sociálně zdravotní péče v Praze II. Břeský, E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění.*, s. 4.

²⁸⁵ Toto stanovisko bylo sice ukotveno ve směrnici pro činnost poraden protituberkulózních naprosto jasně, v praxi však bylo často porušováno. Některé poradny neměly dostatek financí na zaplacení diplomované zdravotní sestry a tak její činnost vykonávaly i pracovnice s nižší kvalifikací, které prošly pouze zdravotně sociálním kurzem. Tento stav byl veřejně znám a byl trpěn, jelikož nikdo nedokázal zajistit potřebné finance na úhradu těchto nákladů. Směrnice se proti tomuto nešvaru snažila bojovat jasně stanoveným pravidlem - pokud nově vznikající poradna nebyla schopna zajistit diplomovanou zdravotní sestru, neměla jí být státní zdravotní správou povolena činnost. Směrnice pro činnost poraden protituberkulózních. In: *Věstník ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy 10*. V Praze 1928, s. 86.

nemocnici. Pokud se takový případ vyskytl, začala nemocného navštěvovat diplomovaná ošetřovatelka, která po poradě s léčícím pokladenským nebo úředním lékařem dohlížela nad prováděním jeho předpisů. Popřípadě, pokud se jednalo o nemocnou matku od rodiny, zařídila přidělení vhodné pracovní síly, která po dobu nemohoucnosti nemocné zajišťovala obstarávání nejn nutnějších domácích prací. Pokud bylo potřeba, mohla sestra vypomoci i z hlediska výchovné a rodinné péče. Sestra však nebyla plnou náhradou za lékaře, většina činností spojených s ošetřováním nakažlivých chorob nebyla sestřím ukládána a to z důvodů možnosti přenesení nákazy, jelikož domácí prostředí nemohl zajistit takové hygienické podmínky jako v ordinaci lékaře. Jediná výjimka byla umožňována u tuberkulózy. Pokud si nemocný nemohl dovolit ani potřebné terapeutické pomůcky, snažila se sestra o jejich zajištění prostřednictvím dobročinných organizací nebo veřejných prostředků. O míře péče poskytované zdravotní sestrou rozhodoval ošetřující lékař, naléhavost případu i potřeby nemocného. Návštěvy bývaly opakované, sestra vedla rodinu v patrnosti a dohlížela, zda rodina plnila nařízení lékaře. Pokud si to naléhavost situace vyžadovala, mohla rozhodnout i o převozu do nemocnice nebo jiného ústavu. Tuto službu poskytovaly poradny pro nemajetné rodiny zdarma a stejně tak jim i zprostředkovala potřebné léky a pomůcky. V případě, že měl pacient sociální pojištění, podílela se na hrazení provozu ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách Ústřední sociální pojišťovna, případně příslušné nemocenské pojišťovny. Pokud měla rodina nemocného potřebné sociální i finanční zázemí, byla požadována její spoluúčasť na hrazení nákladů za tuto službu a to ve výši, která byla stanovena pro každý konkrétní příklad jednotlivě.²⁸⁶

Součástí ústavu sociální a zdravotní péče měla být vždy i sociální pracovnice. Z důvodu napnutého finančního rozpočtu většiny poraden byla však tato pozice nejvíce ohrožena. Z úsporných důvodů pracovala většinou jedna sociální pracovnice pro více organizací zároveň – většinou pro ty, které byly spojeny v jeden ústav sociální a zdravotní péče. Pokud musela být spolupráce těchto poraden z nějakého důvodu přerušena, byla ohrožena především pozice sociální pracovnice, která byla v podstatě poskládána z mnoha malých úvazků. Jedním z mála ukázkových míst byla Praha. Organizace její sociální péče byla považována za vzor hodný následování. Na území hlavního města pracovalo dvacet šest sociálních pracovnic ve spolupráci s pěti sty dobrovolníky. Hojnost pracovníků umožňovala vykonávání sociální péče v rámci stanoveného programu a dovolovala také spolupracovat

²⁸⁶ Jako příklad náročnosti ošetřovatelské služby může sloužit fakt, že v roce 1940 vykonalo pouhých devět zdravotních sester 18 844 návštěv rodinách. Celkový náklad této služby byl stanoven na 184 176 Kč. Břeský, E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění.*, s. 5 – 6.

s jinými institucemi, především se sociálně zdravotními spolky. Jejich činnost tak mohla být výjimečně koordinována.²⁸⁷

Každé nově vzniklé poradně měl být vytyčen konkrétní obvod, založený většinou na teritoriálním principu, který neměl být překračován ani porušován. Tento obvod se nemusel slučovat s politickým nebo soudním okresem. Mnohem důležitější byla využitelnost dispenzáře a snadná dostupnost pro klienty. Ve městech s více národnostmi se problém dispenzářů řešil trochu složitěji. Pokud se v daném městě nacházelo více poraden závislých právě na národnostním rozdělení jejich klientů, mohly se tyto poradny rozhodnout, jak svůj rajon stanovit. Na výběr byl buďto již zmíněný teritoriální princip nebo podle národnosti ošetřovanců. Více doporučovaná byla cesta teritoriálního přístupu, jelikož umožňoval systematictější činnost.

Zajímavým a trochu nečekaným zjištěním byl účel poradny, který byl jasně stanoven v § 6: „*Není proto nejdůležitější složkou činnosti ústavní individuální péče o nemocného jednotlivce, nýbrž ochrana jeho okolí před přenesením infekce.*“ Hlavním cílem poradny nebylo podle směrnice zdraví jednotlivce, ale ochrana okolí nemocného, pátrání po zdroji infekce a zabránění jejího šíření.²⁸⁸ Dispenzář se tak vlastně odvracel od původní Calmettovy představy sociální instituce pečující o blaho konkrétního nemocného a přetvářel se do podoby zdravotnického zařízení, kde se preferoval princip prevence chránící společnost jako celek. Z toho důvodu byla vytvořena stupnice infekciozity, která stanovovala, do jaké míry tuberkulózní pacient ohrožoval své okolí. Bylo vytvořeno deset skupin od úplně zdravých pacientů až po ty s pokročilou chronickou tuberkulózou plic s bacily ve sputu. U závažných typů se dále zjišťovalo, zda jsou nemocní ve styku s dětmi a mládeží či nikoliv (§ 6). S preventivní a diagnostickou funkcí dispenzáře byla spojena i tzv. depistáž. Tento pojem zaštiťoval soustavné pátrání po nových ohniscích tuberkulózní nákazy. Vhodným způsobem depistáže byly soustavné prohlídky a to převážně školní mládež, dělníků v továrnách, horníků, hutníků a dalších ohrožených skupin. Tyto prohlídky se samozřejmě musely konat s ohledem na souhlas všech zúčastněných (správa školy, vedení závodů atd.).²⁸⁹

§ 7 směrnice pro protituberkulózní poradny pojednával o jednotně vedené administrativě, která byla založena na kartotékovém systému s přijímacím protokolem pro každého nového pacienta. Pro všechny ústavní ošetřovance byly vedeny jak lékařské tak sociálně zdravotní záznamy. Směrnice zaznamenávala vedení evidence do nejmenších detailů.

²⁸⁷ Kodymová, P. *Historie české sociální práce v letech 1918 – 1948*, s. 37.

²⁸⁸ Okolím nemocného mohla být myšlena celá společnost nebo také její nejmenší jednotka – rodina nemocného.

²⁸⁹ Směrnice pro činnost poraden protituberkulosních. In: *Věstník ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy* 10. V Praze 1928, s. 85.

Každodenní práce zdravotníků byla vepisována do denních (týdenních) záznamů výkonu, které se následně promítaly do čtvrtletních výkazů o činnosti. Tyto výkazy se vytvářely ve třech vydáních, z nichž jedno zůstávalo v poradně, jedno patřilo okresní politické správě a jedno muselo být odesláno na MVZTV. Totéž se opakovalo s ročními výkazy (§ 7 odst. 6 – 8). Poradny plnily také funkci pomocných institucí při tvorbě statistik a při mapování tuberkulózní nákazy ve společnosti. Vytvářely rejstříky osob nakažených a ohrožených tuberkulózou a také rejstříky hygienicky vhodných a nevhodných bytů.²⁹⁰

V rámci možné pomoci bylo důležité, kým byla poradna založena a z kolika různých zdrojů byla finančně podporována. Finančně odpovědným za vedení poradny byl vždy zřizovatel. Nejčastěji zastával tuto funkci stát nebo dobrovolná organizace, která poradny udržovala ze svých prostředků. Avšak i v případě, kdy byl zakladatelem jeden z dobročinných spolků, se poradna neobešla bez subvence zvenku. Většinou byly dispenzáře dotovány obcemi, okresy nebo zeměmi, popřípadě nemocenskými či jinými pojišťovnami. Zdravotně sociální spolky, které pracovaly s tímto druhem poraden, měly rozdílné finanční zdroje, a i když byly většinou dotované státem, byly ovlivněny politikou, kterou daný spolek v protituberkulózním boji preferoval. Některé spolky, jako např. Československý Červený kříž, se zaměřovaly především na děti a mládež. Jiné zase kladly důraz na dělnictvo, jako tomu bylo u spolku Humanita. Jednotlivé spolky měly navíc kontakty s různými léčebnami, což ovlivňovalo umístění tuberkulózně nemocných do konkrétních sanatorií a také míru ostatní pomoci, kterou mohla poradna poskytnout.

Výkonnost jednotlivých poraden se pohybovala mezi dvěma až třemi ordinačními dny v případě malých měst a obcí a čtyřmi až pěti dny v případě velkých měst. Rozsah ordinačních hodin a počet dnů závisel na okruhu působnosti konkrétní poradny a na lidnatosti dané oblasti. Jedinými doporučenými parametry byla snadná dostupnost pro pracující veřejnost. Bylo navíc nutné počítat s kontrolními bytovými návštěvami, pro něž musel být zdravotní sestře vyhrazen dostatek volného času. Podle směrnice měla tato činnost zdravotní sestře zabírat až 50% její pracovní doby (§ 8). Asi nejnáročnějším a často těžko splnitelným požadavkem bylo vhodné místo pro poradnu. V nejideálnějším případě měla být poradna umístěna v prostorách speciálně pro ni vybudovaných. Pokud nesídlila ve vlastní budově, mělo být zajištěno, aby její vchod byl oddělen od vchodu pro ostatní veřejnost. Klád se proto velký důraz na spolupráci s jinými poradnami a na jejich společné umístění do lidových

²⁹⁰ K tomuto účelu potřebné informace získávali pracovníci poradny při osobních návštěvách v bytech nemocných. Když přijímaly poradny nemocného do své péče, zavazovaly se zároveň k péči o celou jeho rodinu a při té příležitosti prováděly kontroly v bytech nemocných (§ 4 odst. 3 a 4).

ústavů sociálně zdravotní péče, jelikož v takovém případě byla představa vlastní budovy o něco reálnější.²⁹¹ Navíc se poradny mohly dělit i o část personálu, což znamenalo další tak potřebné snížení nákladů. I tak bylo zajištění vhodných prostor jedním z největších problémů, se kterými se poradny potýkaly. Za naprosto nevhodné byly považovány soukromé ordinace lékařů, jelikož byla brána v potaz vysoká nakažlivost tuberkulózních osob.

Stále více se objevovala snaha oddělit protituberkulózní poradny od terapeutických zařízení a přiřčenit je k jiným preventivním poradnám. Jednou z mála výjimek byla protituberkulózní poradna při I. interní klinice lékařské fakulty Karlovy univerzity v Praze. Svou činnost zahájila 1. dubna 1929 a sloužila k výchově mladých lékařů a mediků v péči o tuberkulózní pacienty. Poradna se nacházela v místnostech klinické ambulance a její provoz zajišťoval jeden vedoucí lékař, jeden klinický asistent a sociální diplomovaná sestra. Vrchní dozor připadl na přednostu kliniky a též na Dr. Hynka Pelce. Když žádal v roce 1928 přednosta I. české interní kliniky prof. Dr. Syllabus o zavedení dispensáře při této klinice, nebylo mu nejdříve vyhověno. Zemský úřad provedl na základě zákona č. 68/1870 ř. z. místní komisionelní řízení, na jehož základě nebylo doporučeno zřízení takové instituce. Uvedené rozhodnutí se opíralo o několik nežádoucích zjištění – např. že čekárna pro tuberkulózní byla stejná jako pro ostatní ambulantní pacienty, i když se jejich návštěvní hodiny nepřekrývaly, dále že vchod do poradny byl umístěn do druhého patra uzavřené budovy. Výtky pokračovaly tím, že z důvodu malých prostor kliniky vedly z čekárny dveře také do obývacího pokoje asistenta lékaře, stejně tak do terapeutického pokoje a do pokoje nemocných. Následně jim byly vytčeny nedostatky vybavení místností poradny. Místnosti, ve kterých se usídlila, byly totiž již v předešlé době označeny komisí jako nevyhovující pro zdravotně sociální poradnu. Budova pražské všeobecné nemocnice byla podle jejích slov stísněná a zastaralá pro vznik takové novátorské instituce. Nakonec se komise snažila upozornit na administrativní složitost dispensáře v rámci kliniky, která by působila jako: „*cizorodé těleso nedobře ovladatelné a nekontrolovatelné*“.²⁹² Na druhé straně bylo ministerstvo veřejného zdravotnictví, které se vyjádřilo pro zřízení takového druhu poradny. Jako vzor mu sloužily poradny pro pohlavní choroby, které byly někdy zakládány při dermatologických klinikách, a ministerstvo s nimi

²⁹¹ I zde však byla četná omezení. Nejčastější kombinací byla protituberkulózní poradna spolu s poradnou pro matky a děti. Právě tyto dvě instituce však měly být od sebe, z důvodu možného přenosu infekce, naprosto separovány. Pokud byly tyto dvě poradny v jedné budově, měly mít oddělené vchody, oddělené místnosti (hlavně čekárny a ordinace) i odlišné ordinační hodiny (§ 11).

²⁹² NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Všeobecná nemocnice v Praze. I. česká interní klinika. Žádost o povolení zřízení dispensáře pro tuberkulosní.*, v Praze dne 3. září 1929.

mělo velmi dobré zkušenosti.²⁹³ Dr. Syllabus podal proti rozhodnutí komise odvolání a spolu s přímluvou ředitele pražské Všeobecné nemocnice mu nakonec bylo zemskou politickou správou uděleno povolení ke zřízení protituberkulózního dispenzáře při I. české interní klinice. Podle zprávy MVZTV byl boj proti tuberkulóze natolik závažný, že bylo ochotno se smířit zpočátku se skromnými podmínkami pro provoz poradny. Pro její vznik hovořil i fakt, že tuberkulózně nemocní navštěvovali tuto kliniku i dříve prostřednictvím všeobecné ambulance a setkávali se tak s dalšími pacienty i bez speciálně zřízené organizace.²⁹⁴

Vydržování dispenzáře bylo možné pouze za finančního přispění ministerstva veřejného zdravotnictví.²⁹⁵ Poradna neměla žádné jiné příjmy ani dary ve svých prospěch. Péče v ní poskytovaná se týkala buďto pacientů přešlých z Maixnerova dispenzáře nebo ze samotných pacientů I. interní kliniky. V roce 1931 věnovala poradna zdravotně sociální péči zhruba čtyřiceti rodinám. Uvedený počet byl na protituberkulózní poradnu poměrně malý, byl to však důsledek jejího zvláštního postavení, založeného ne na určité spádové oblasti, ale na principu didaktické výchovy budoucích lékařů. Vzhledem ke svému účelu měl větší význam malý počet kvalitně zpracovaných případů nežli velké množství případů bez konkrétních informací.²⁹⁶ Poradna časem navázala těsnější spolupráci s oddělením pro tuberkulózně nemocné při této klinice. Z poradny se stalo zdravotně sociální středisko, se kterým někteří lékaři konzultovali své případy.²⁹⁷ V roce 1931 uvedla poradna ve své zprávě o činnosti, že jí dokonce začaly vyhledávat i jiné české a německé kliniky, nemocenské pojišťovny nebo například zdravotně sociální spolky, pokud potřebovaly u svých tuberkulózních pacientů radu ve zdravotně sociální oblasti.²⁹⁸

Práce poradny při I. interní klinice nebyla dosud v našem prostředí zavedená, jelikož nikde zatím dispenzář neměl přístup přímo na klinická oddělení tuberkulózně nemocných. Poradna si tak musela metodou vlastních pokusů a omylů vytvořit zásady a program pro svou

²⁹³ NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Všeobecná nemocnice v Praze. I. česká interní klinika. Subvence na zřízení protituberkulózního dispenzáře*, v Praze dne 17. července 1928.

²⁹⁴ NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *I. česká interní klinika. Žádost o povolení dispenzáře pro tuberkulózní*, v Praze dne 7. října 1929.

²⁹⁵ Subvence byly přidělovány z mimořádného úvěru kap. 19. tit. 1., § 6 pol. 2: „Boj proti lidovým a sociálním chorobám“, který muselo vždy povolit ministerstvo financí. NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Poradna protituberkulózní při I. int. klinice prof. Hynka, subvence na rok 1932*, v Praze dne 8. července 1932.

²⁹⁶ Tento specifický přístup si vyžadoval zvláštní výběr rodin, které byly do poradny posílány. Už od počátku její existence bylo s městským fyzikem Dr. Procházkou dohodnuto, že poradna bude přičleněna k Maixnerově dispenzáři. Ten jí propůjčoval potřebný materiál – malý vybraný počet rodin ze své péče. Pokud by to situace vyžadovala, mohla být daná rodina opět předána zpátky Maixnerovu dispenzáři. NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Zpráva o činnosti poradny pro tuberkulózní při I. české klinice chorob vnitřních za rok 1929*, v Praze dne 14. února 1930.

²⁹⁷ Speciální oddělení pro tuberkulózní pacienty řešilo s poradnou často velice závažnou otázku, co dělat s vážně a smrtelně nemocnými.

²⁹⁸ NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Zpráva o činnosti poradny pro tuberkulózní při I. č. interní klinice prof. Dra Kr. Hynka za rok 1931*, v Praze dne 27. ledna 1932.

činnost. Ordinovalo se dvakrát týdně od 16h. do 19h, denně od 15h. do 16h. Sociální sestra měla přístup k seznamům nově příchozích tuberkulózních pacientů, s nimiž vyplnila podrobnou anketu, týkající se nejen zdravotního stavu nemocného, ale i jeho sociálního postavení, výdělečných poměrů, vztahu k nemocenskému pojištění atd. Spolu s lékařem (vedoucím poradny) následně zjišťovali, zda v místě bydliště nemocného nebyl některý z dispenzářů Masarykovy ligy proti tuberkulóze či jiných zdravotně sociálních spolků, který by měl ve své náplni protituberkulózní péči. Pokud takovou poradnu našli, oznámili jí přijetí nového pacienta na kliniku a požádali ji, aby navázala komunikaci s rodinou nemocného. Sama poradna se následně starala především o umístění méně náročných případů do vhodného sanatoria. Pokud se jednalo o vážnější případ, snažila se předat pacienta některému z ústavů pro pokročilou plicní tuberkulózu. Většinou se jednalo o umístění těžce nemocných v nemocnici Milosrdných sester nebo v nemocnici na Bulovce.²⁹⁹

Přes poměrně výjimečné postavení vykonávala poradna I. interní kliniky dispenzární činnost jako všechny ostatní poradny. Prováděla rentgenové vyšetření, dále vyšetření sputa, laboratorní vyšetření jim zajišťovala klinická laboratoř. V tomto ohledu byla součinnost s klinikou velkým přínosem. Dokonce i rentgenová vyšetření prováděl rentgenolog kliniky. V některých případech docházel zástupce dispenzáře za rodinami pacientů a pomáhal např. zprostředkovat dětem umístění v ozdravovně nebo prázdninové kolonii. Poradna podporovala rodiny mlékem a máslem, někdy šatstvem a ložním prádlem, popřípadě plivátky. V několika případech opatřila svým pacientům nové zaměstnání, čímž jim znovu dopomohla k nemocenskému pojištění. Zdravotní sestra také uvedla, že přínaležitost ke klinice působila na pacienty psychologicky dojmem větší autority a ti byli pak více ochotni k plnění pokynů a doporučení lékařů.³⁰⁰

Přes svůj nepřehlédnutelný význam byly poradny po celou dobu samostatného Československa záležitostí spíše dobrovolných zdravotně sociálních spolků nežli veřejných institucí. Důvodů, které k tomu vedly, bylo hned několik a byly předneseny již na několika místech této práce. I když představa dobrovolnosti evokovala již kdysi - a je tomu tak i dnes - dojem poctivosti, ochoty a obětavosti, bylo i v těchto případech třeba určité kontroly. Také zde se totiž daly najít výjimky, stejně jako ve všech ostatních kruzích lidské společnosti, které potvrzovaly pravidlo. Takovým příkladem byl například Okresní lidový ústav sociálně

²⁹⁹ Tamtéž. Dále: NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Zpráva o činnosti poradny pro tuberkulosní při I. české klinice chorob vnitřních za rok 1929*, v Praze dne 14. února 1930.

³⁰⁰ NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Zpráva o činnosti poradny pro tuberkulosní při I. české klinice chorob vnitřních za rok 1929*, v Praze dne 14. února 1930.; NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813, *Zpráva o činnosti sestry v poradně pro tuberkulosní při I. české klinice chorob vnitřních za rok 1931*, v Praze dne 27. ledna 1932.

zdravotní péče v Kladně. Protituberkulózní dispenzář daného ústavu obsluhoval několik okresů a nejvíce vedl v evidenci okolo 4000 osob v roce 1933.³⁰¹ Jeho pravidelné subvence činily okolo 20 000 Kč. V roce 1930 získal Ústřední výbor Masarykovi ligy proti tuberkulóze v Praze podezření, že na jejich okresní organizaci, která vedla dispenzář v Kladně, došlo k defraudaci ve finančním hospodaření. Proto bylo do tohoto ústavu pozváno ministerstvo veřejného zdravotnictví, aby v okresní MLPT v Kladně provedl odbornou účetní revizi a kontrolu využívání státních subvencí.³⁰² Ve výsledném vyúčtování, které se zaměřilo na hospodaření okresní organizace v Kladně v letech 1923 – 1930, se objevily difference v pokladně odboru ve výši 31 062 Kč a v pokladně správy biografu MLPT dokonce 95 287 Kč. Celkem čítala defraudace celých 126 349 Kč. Z celého podvodu byl obviněn bývalý pokladník Okresní Masarykovy ligy, který se takto dopustil zpronevěry hotovosti nesprávným vedením účetních knih a falšování dokladů. Pokladník úmyslně a systematicky používal doklady z jednoho roku v roce následujícím – vytvářel na nich falešné datumy a vymazával starší údaje. Rovněž padělal zápisy ve vkladních knížkách městské spořitelny v Kladně. Celá akce probíhala po tak dlouhou dobu díky laxnímu nedodržování stanov spolku a díky velké vážnosti, které bývalý pokladník požíval. Muž byl totiž zároveň vrchním pokladníkem pražské Železářské společnosti na Kladně, kterému procházely rukama ročně milióny československých korun. K žádnému odhalení nedošlo ani při pravidelné roční revizi knih, jelikož revizoři účtů nebyli účetními z povolání, ale příslušníci dělnických profesí.

Aby se zamezilo opakování nastalé situace, rozhodla se okresní MLPT pořídit si vlastní účetní sílu a dodržovat pravidlo, že pokladník a účetní měli být svou prací vzájemně neodvislí. Dále už se k této záležitosti politické úřady ani MVZTV nevyjadřovaly a všechny další kroky byly podřízeny výsledku zahájeného soudního řízení.³⁰³ Poradna MLPT v Kladně fungovala samozřejmě i nadále a tato politováníhodná událost byla pro spolek minimálně velkým ponaučením.

Své specifické místo si v některých dispenzářích vydobily pneumotoraxové stanice. Poté, co se začalo přistupovat k léčení tuberkulózy s pomocí operativních metod, se začala praktikovat tzv. kolapsoterapie, již je pneumotorax nedílnou součástí. Tato technika spočívala

³⁰¹ Dispenzář obsluhoval okres: Kladenský, Úhošťský, Slánský, Rakovnický, N. Stražický, částečně Kralupský a Smíchovský. NA, MVZTV, krt. 523, inv. č. 2446, *Zpráva o činnosti dispensáře za rok 1937*, v Kladně 11. ledna 1938.

³⁰² NA, MVZTV, krt. 523, inv. č. 2446, *Okresní M. L.P.T. Kladno, defraudace*, v Praze 18. září 1930.

³⁰³ NA, MVZTV, krt. 523, inv. č. 2446, *Vyšetřování diferencí v pokladně: a.) odboru Masarykovy ligy b.) správy biografu M.L. na Kladně 1923 – 1930*, v Praze 5. listopadu.

v zavádění plynu do pleurální dutiny mezi oba pohrudniční listy.³⁰⁴ Výsledkem popsaného zákroku byla imobilizace plic. Takto stlačená plíce totiž nedýchala a tím zamezila tuberkulózní nákaze ve svém šíření. Následný reparativní proces vedl často k uzdravení pacienta, problémem bylo zdlouhavé léčení, které trvalo třeba i dva roky. Tento fakt vadil asi nejvíce nemocenským pojišťovnám. Bylo velice náročné je přesvědčit o konečné hospodárnosti tohoto přístupu k léčení tuberkulózně nemocných. Nakonec se to však podařilo a nositelé sociálního pojištění ho všeobecně povolovali a uznávali. Často však nehradili celou léčbu. Během zmíněných dvou let mohly nemocnému dojít nároky na dávky z nemocenského pojištění nebo mu například léčba nepomohla natolik, aby nedošlo k zamezení hrozící invalidity. V tento moment nemocný ztrácel nárok na sociální pojištění.³⁰⁵

V takový okamžik mohly tuberkulózním pomoci zmíněné pneumotoraxové stanice, které sloužily výhradně chudým a nemajetným osobám. Pomoc zde mohli nalézt především ti, kteří pozbyli práva na sociální pojištění, a ti, kteří by si nemohli tuto léčbu dovolit u soukromého lékaře bez újmy na výživě své nebo svojí rodiny. Jejich úkolem bylo doplňování pneumotoraxových náplní, čímž výrazně pomáhaly nemocným na cestě k uzdravení. Stanice přijímaly pacienty na základě doporučujícího dopisu. Ten vydávaly především sanatoria pro plicně choré a veřejné nemocnice, dále pak protituberkulózní poradny, ošetřující lékaři a nakonec i sociální pojišťovny u pojištěnců, kterým vypršel nárok na sociální dávky. Aby byl pacient přijat k léčbě v pneumotoraxových stanicích, musel se dostavit s vyplněným a ověřeným dotazníkem ohledně svých majetkových poměrů. Teprve po prokázání nemajetnosti měl pacient šanci na zahájení léčby. Rozhodnutí o přijetí konkrétní osoby měl na starosti vedoucí lékař stanice, popřípadě Zemský sbor Masarykovy ligy proti tuberkulóze.

Pneumotoraxových stanic v Československu nebylo mnoho. Jejich zřizovatelem byla výhradně Masarykova liga proti tuberkulóze. Některé stanice byly zřízeny v rámci poradny proti tuberkulóze, některé byly umístěny samostatně. Jedna z nich se nacházela na Praze XIV. a její působnost se vztahovala na území Velké Prahy a okresů: Praha – venkov, Kralup nad Vltavou, Brandýsa nad Labem, Říčany a Jílového. Morava se mohla pochlubit hned třemi pneumotoraxovými stanicemi: v Brně, Uherském Hradišti a ve Valašském Meziříčí.³⁰⁶

I přes různá nařízení a směrnice byla výkonnost československých dispenzářů poměrně malá. Podle teoretických propočtů mělo možnost využívat protituberkulózní dispenzářovou péči před rokem 1931 zhruba 35% obyvatelstva. Ze 103 českých politických

³⁰⁴ Plíce za normálních okolností přiléhají těsně k hrudní stěně. Pneumotorax způsobil jejich odchýlení a následné zmenšení jejich objemu, smrštění nebo stlačení.

³⁰⁵ Břeský, E. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění.*, s. 6 – 7.

³⁰⁶ Poslední dvě zmíněné stanice se nacházely při protituberkulózních poradnách MLPT. Více: Tamtéž, s. 7 – 8.

okresů (+ Velká Praha) nemělo žádnou protituberkulózní poradnu celých padesát okresů. Ve zbylých 54 okresech se nacházelo 65 českých protituberkulózních poraden, které byly buďto samostatné, nebo součástí lidového ústavu sociálně zdravotní péče, popřípadě dohromady s německou poradnou. 38 z nich spadalo pod Masarykovu ligu proti tuberkulóze. Velká Praha měla hned tři dispensáře: v Karlíně, Vršovicích a Říčanech a všechny byly pod patronací MLPT. Zároveň zde pracovaly ještě tři ústavy sociálně zdravotní péče – na Praze II, na Žižkově a na Smíchově.³⁰⁷ A dokonce i v tomto nízkém procentu obyvatel se poradny staraly jen o 22% otevřených tuberkulóz. Ani uvedené číslo však nebylo konečné. Zmíněné teoretické propočty byly založeny na předpokladu, že počet otevřených tuberkulóz byl roven trojnásobku počtu úmrtí. Tento údaj udávaly evropské normy. Americké normy udávaly hodnoty ještě daleko vyšší. Důležitou otázkou bylo samozřejmě vybavení poradny. Aby byl zaručen nejehospodárnější postup, byla vytvořena Standardizace dispensářového zařízení. Uvedená norma byla sestavena komisí pro normalizaci a racionalizaci dispensářového zařízení a následně publikována.³⁰⁸ Součástí elaborátu byly dokonce i architektonické plány budov, kterými se měly řídit poradny, pokud si pro sebe hodlaly postavit vlastní budovu.

III. 1. 6. Sanatoria a ústavy

Díky vzrůstajícímu sociálnímu citění ve společnosti a pokrokům lékařské vědy přestaly veřejné nemocnice stačit všem úkolům, které na ně byly kladeny. Právě i z tohoto důvodu se objevil v Československu fenomén soukromých léčeben a sanatorií. Jejich výhodou bylo, že se nemusely zaobírat povšechnou medicínou, ale mohly se odborně zaměřit pouze na určitý okruh nemocných. Soukromé léčebny a sanatoria byly tedy ve většině případů odbornými léčebnými ústavami, které mohly veškerý svůj potenciál zaměřit na jednotlivá onemocnění a podrobovat je odbornému léčení pomocí zvláštních metod a přístrojů.

Historie plicních léčeben je v podstatě založena již na poznacích V. Priessnitze, rodáka z Gräfenberku, který své léčebné zásady vyjádřil slovy: „*Studená voda ve spojení s dietou, pohybem a čistým vzduchem jest největším léčebným činitelem.*“³⁰⁹ Podle těchto zásad byl následně založen vodoléčebný ústav v Görbersdorfu. Ústav zpočátku neměl valný

³⁰⁷ NA, MVZTV, krt. 160, inv. č. 1349, *Přehled okresních protituberkulosních dispensářů v zemi české*, v Praze [1929 – 1933].

³⁰⁸ V jejím čele stál Doc. Dr. Hynek Pelc, v komisi pak bylo dalších dvanáct odborníků na zdravotnickou problematiku. NA, MVZTV, krt. 160, inv. č. 1349, *Předběžný elaborát komise pro standardisaci dispensářového zařízení*, v Praze [1929 – 1933].

³⁰⁹ NA, MVZTV, krt. 522, inv. č. 2446, *Plicní sanatorium Jablunkov*, v Brně, říjen 1935, s. 21.

úspěch, jeho doba však měla teprve přijít. Roku 1854 jej koupil Dr. Brehmer, díky němuž byl ústav přetvořen na první sanatorium pro plicně choré. V sanatoriu začal uplatňovat své teze o léčení tuberkulózy, pro které vytvořil přesná pravidla. Zásadním bodem jeho teze bylo přesvědčení, že tuberkulóza je za správných klimatických podmínek vyléčitelná. Zmíněných zásad se následně chopil jeho žák Dr. Dettweiler a vypracoval na jejich základě pravidla pro ústavní léčení plicní tuberkulózy, která se v ústavech dodržují dodnes. Problémem však byl fakt, že léčení bylo přístupné pouze pro movité pacienty. Situace se změnila až se zákonem z roku 1881 o starobním, invalidním, úrazovém a nemocničním pojištění., který umožňoval všem nositelům invalidního pojištění poskytovat službu preventivního lékařství svým pojištěncům z důvodů zamezení invalidity. Moderní boj proti tuberkulóze jako sociální chorobě v sounáležitosti s myšlenkou sociálního lékařství by bez sociálního pojištění nebyl prakticky existence schopný.³¹⁰

Jedním z prvních míst, kde se nově nastavené podmínky začaly uplatňovat v praxi, bylo Německo. Brzy po vydání zmíněného zákona o sociálním pojištění se začaly objevovat léčebny, které byly zřízeny jak pojišťovnami, tak charitativními institucemi. Právě zde se vytvořil vzor, který se české léčebny snažily vesměs napodobit. Prvním sanatoriem tohoto druhu v Československu bylo plicní sanatorium „Albertinum“ v Žamberku, vybudované roku 1905 prostřednictvím Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Čechách. Ostatní léčebny už na sebe nenechaly dlouho čekat. Roku 1908 vzniklo plicní sanatorium Petschkovy nadace v Bukově u Ústí nad Labem. Další tři léčebny byly založeny během první světové války. Ve dvou případech se jednalo o zemské plicní léčebny – jedna pro ženy v Jevíčku, druhá pro muže v Pasekách. Výraznou aktivitu projevil Český pomocný zemský spolek, když během války otevřel svou druhou plicní léčebnu, tentokrát v Nové Vsi pod Pleší. Po válce se podobných zdravotních institucí objevilo ještě několik.

České spolky a pojišťovny nepřejaly pouze trend zakládání léčeben, ale samozřejmě také jejich obsahovou náplň. Sanatoria tudíž poskytovala ze začátku pouze péči v duchu Brehmerova učení. Jednalo se tedy o všeobecné léčení tuberkulózy, založené na metodě posílení organismu. To probíhalo formou dostatečné a hodnotné stravy, kvalitního odpočinku a čerstvého vzduchu. Uvedenou metodou však nebylo možné vyléčit těžce nemocné a v krátkých léčebných lhůtách to bylo již naprosto nemyslitelné. Příznivý výsledek měly léčebny jen u lehčích případů.³¹¹ Nemocenské pojišťovny navíc na sanatoria tlačily, protože potřebovaly příznivé léčebné výsledky. A stát zmíněný systém navíc podporoval vyhláškami

³¹⁰ Tamtéž, s. 22.

³¹¹ Jako tomu bylo např. u počínající tuberkulózy plic, která měla minimální nebo dokonce žádné příznaky.

a nařízeními. Situace nakonec vypadala tak, že např. pacient s otevřenou formou tuberkulózy byl v léčebně vzácností. Sítem nemocenského pojištění tak prošel do sanatorií jen velmi omezený okruh pojištěnců. Po nějakém čase se však tento přístup začal zajídat jak klinickým lékařům, tak sociálním hygienikům, a proto se začaly hledat nové přístupy protituberkulózního boje. Do léčení plicní tuberkulózy se pomalu začaly prosazovat chirurgické metody.³¹²

Personál léčeben se pomalu začínal učit jak s těžce nemocnými pacienty zacházet. Logika věci napovídala, že pokud se nedařilo vyléčit nemoc samotnou, bylo třeba zamezit co nejvíce jejímu přenosu. Jedním ze způsobů, jak zamezit rozšiřování tuberkulózy, bylo zřizování speciálních zařízení – chorobinců a domovů pro tuberkulózní invalidy, do nichž se měli nemocní shromažďovat. Nápad se však neseťkal s valným ohlasem, jelikož sami nemocní považovali tyto ústavy za místo, kam se odchází zemřít. Proto se jim vyhýbali nebo tam trávili jen nejkratší možnou dobu. Toto však nebyl problém pouze Československa, většinu ostatních evropských zemí trápila stejná situace. Roku 1907, kdy se konala ve Vídni mezinárodní protituberkulózní konference, bylo dané téma jedním z hlavních bodů programu. O rok později byl na podobné konferenci ve Filadelfii podán návrh na zřizování nemocničních zařízení pro tuberkulózní, kde by se léčili jak pacienti s lehkou formou plicní tuberkulózy, tak i těžké případy. Lékaři počítali s psychologickým vlivem, který měli mít lehce nemocní pacienti na ty se závažnou formou nemoci. Následně ale přišla první světová válka a ta veškeré snahy o boj s tuberkulózou odsunula do pozadí. A byla to právě válka, která pomohla rozšířit tuberkulózní nákazu v nebývalém měřítku. Po jejím skončení začaly léčebny otvírat své dveře i pacientům s otevřenou formou tuberkulózy. Od této chvíle bylo přijetí do plicních léčeben umožněno všem bez rozdílu formy nebo stádia nákazy. Následný vědecký pokrok ještě více přispěl k tomuto pojetí léčeben. Přednostní postavení si vydobily chirurgické metody – a to i v oblasti otevřené plicní tuberkulózy.

Ve chvíli, kdy se nový přístup k péči o tuberkulózní pacienty prokázal jako účinný, bylo zapotřebí přizpůsobit této situaci také provoz a zařízení sanatorií. Ta se postupně začala přeměňovat z bývalých klidových ústavů, jejichž nejdůležitější lékařskou součástí byly tuberkulinové injekce, na nové klinicky vedené nemocnice. Důležitou součástí přeměny bylo moderní medicínské vybavení, laboratoře, rentgeny, operační sály a samozřejmě odborně vyškolený personál. Své uplatnění v sanatoriích začali shánět zkušení lékaři a operatéri. Nový přístup však neznamenal úplný odklon od starých pořádků. Sanatoria mohla dále využívat

³¹² Tamtéž, s. 22 – 23.

svou vhodnou klimatickou polohu a hygienicko – dietetická léčba byla přese všechn pokrok stále považována za základ ústavní léčby tuberkulózních.³¹³

Vlnu pokroku zarazila zase až druhá světová válka, která přerušila i přerod sanatorií do nemocnic pro tuberkulózní v pravém slova smyslu. Vývoj, který směřoval k zavádění léčby všech forem tuberkulózy – nejen té plicní, byl však tímto válečným aktem násilně přerušen. Změny se mělo dočkat i vnímání invalidního pojištění, které do té doby povolovalo ústavní léčbu jen v případě zamezení nebo odstranění invalidity. Veřejnost – a spolu s ní i nemocenské pojišťovny – si začínaly uvědomovat, že nemocný, který sice byl schopen práce, ale rozsával kolem sebe nákazu tuberkulózy, byl pro společnost stejnou finanční zátěží, jakou by znamenala jeho ústavní léčba. K tomuto kroku však nestačila jen změna myšlenková, nýbrž i ta zákonná. A taková změna si v českém prostředí vždy vyžádala svůj čas.

III. 2. Organizace spolkové zdravotně sociální činnosti za druhé světové války

Z pohledu zdravotně sociálních spolků znamenaly roky 1939 - 1945 především zamezení vlastního rozvoje a nastolení určitých omezení v jejich práci. Aktivity spolků byly redukovány a jejich propagace byla potlačována. Na počátku se nacistická správa zaměřila na spolkové podnikání, poté obrátila pozornost na jejich každodenní činnost. I když spolky nebyly oficiálně zrušeny a jejich provoz mohl probíhat i nadále, začalo se zde objevovat mnoho maličností, které jim ztrpčovaly život. Pokud chtěl nějaký spolek uspořádat schůzi, musel k tomu mít zvláštní povolení, nedostatek financí mnohým z nich navíc neumožňoval vydávat výroční zprávy. Ačkoliv zdravotně sociální spolky zajišťovaly většinu poradenských a částečně i léčebných služeb v oblasti tzv. sociálních chorob, byly stále dotovány převážně státním aparátem. Tyto subvence se však neřídily žádnou zákonnou normou a i nadále byly čistě dobrovolné, což dobrovolným spolkům značně svazovalo ruce. Spolkové organizace musely také plošně změnit své stanovy, aby odpovídaly novým politickým pořádkům.³¹⁴

Viditelnou transformací prošla především ústřední organizace sociálních a sociálně zdravotních spolků. Všechny spolky a dobročinné instituce byly sdruženy do Národního ústředí sociální a zdravotní péče (NÚ), jehož předchůdcem bylo Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků. Kvůli lepší komunikaci uvnitř tak rozsáhlé organizace byly v Národním ústředí spolky zastoupeny svými svazy, které se podle pracovní

³¹³ Tamtéž, s. 24.

³¹⁴ Kodymová, P. *Historie české sociální práce*, s. 85 – 87. Masarykova liga proti tuberkulóze se např. musela přejmenovat na Ligu proti tuberkulóze.

náplně rozdělovaly do šesti skupin. První skupinu tvořila tzv. Národní pomoc (NP), jejímž hlavním úkolem bylo získávání a spravování finančních prostředků potřebných k výkonu sociální a zdravotní péče spolků. Národní pomoc představovala finančně hospodářskou složku Národního ústředí, nevykonávala tedy praktickou zdravotně sociální péči. Potřebné finance získávala NP prostřednictvím organizovaných sbírkových akcí. Jednotlivé spolky se totiž vzdaly svých dílčích snah o získávání finančních prostředků.³¹⁵ Všechny takto získané finance byly Národní pomocí distribuovány dále mezi jednotlivé zdravotně sociální spolky, sdružené v ostatních skupinách. Pro představu o jak velkou částku zhruba jednalo – pro rok 1940 spravovala NP celkem 40 mil. korun, z nichž 32 mil. byly přiděleny do Okresních pomocných výborů, a 8 mil. zůstalo centrálním organizacím jednotlivých oborů. O přidělech konkrétním dobrovolným institucím rozhodovalo předsednictvo Národního ústředí na základě návrhů společné komise NÚ a NP. Rozhodujícími činiteli v přerozdělování příspěvků byly potřeby jednotlivých korporací, jednotlivých oborů sociální a zdravotní péče a také jednotlivých okresů. Mezi NÚ, NP a místními odbory zdravotně sociálních spolků fungovaly ještě navíc okresní pomocné výbory, které přebíraly od ústředí oběžníky a pracovní pokyny, aby je následně distribuovaly místním organizacím (spolkům a ústavům sociálně zdravotní péče). Právo k jejich zřizování a jmenování jejich referentů měla Národní pomoc. Periferními orgány Národního ústředí byla podle stanov tzv. Okresní ústředí sociální a zdravotní péče. K jejich zřízení však nakonec nedošlo a veškerou jejich povinnost připadly Okresním pomocným výborům, kterým tak připadla koordinace různých dobrovolných spolků v daném okrese. Rozložení jejich sil vypadalo následovně: ve věci dobročinných sbírek byly orgánem Národní pomoci, ve věci organizace a výkonu sociálně zdravotní péče byly orgánem Národního ústředí. Jelikož bylo těchto okresních výborů velice mnoho a NÚ nemohlo udržovat stálý kontakt se všemi, zasílaly tyto instituce Národnímu ústředí pravidelné zprávy o činnosti, pokladní výkazy a rozpočty.³¹⁶

Další složkou spadající pod Národní ústředí byli krajsí referenti. Náplň jejich práce však už nebyla tak rozsáhlá a všestranná jako tomu bylo u Okresních pomocných výborů. Fungovali především jako poradní orgán výborů, které se na ně mohly kdykoliv obrátit

³¹⁵ I když dobová literatura uvádí, že spolky uvítaly vznik Národní pomoci a že dobrovolně přešly na tento systém získávání finančních prostředků, lze jen hádat, jak moc byla tato vstřícnost pouze vynucená okolnostmi. V době vzniku Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků roku 1921 se také objevila myšlenka, že by se začalo s hromadnými sbírkami, praxe však ukázala, že tato cesta rozhodně nepřinášela větší finanční zisk, dokonce byl znát spíše propad. ÚDSSZS se z této praxe poučila a následně již spolky do společných sbírek nenutila.

³¹⁶ *Naše dobrovolná sociální a zdravotní péče: přednášky kursu uspořádaného 3. – 6. března 1941 Národním ústředím sociální a zdravotní péče pro krajské referenty a tajemníky Národní pomoci.* V Praze: Národní ústředí sociální a zdravotní péče, 1941, s. 3 – 7.

s dotazem. V poměru k ústředí měli zase za povinnost sledovat domnělé odchylky v organizaci a práci jednotlivých výborů a v případě nutnosti na tyto závažné záležitosti upozornit. Chybou např. bylo, pokud některá z okresních dobročinných organizací preferovala pouze podpůrnou péči, která ne vždy nesla nějaký pozitivní výsledek, neboť příliš rozdrobená individuální péče byla často ve svém důsledku bezúčelným mrháním cenných finančních zdrojů.³¹⁷

Schéma organizace dobrovolné sociální a zdravotní péče vypadalo následovně: na vrcholu stálo Národní ústředí, v němž byly soustředěny ústřední organizace, rozdělené do šesti skupin podle zájmového zaměření spolků. Část ústředních organizací se dále dělila na zemské složky. Ještě méně z nich mělo krajské složky. U velké části spolků přecházela ústřední složka hned v tzv. ústavy, které jako jediné nebyly děleny podle teritoriální příslušnosti. Tyto ústavy byly pro zdravotně sociální péči velice důležité a většinou podléhaly přímo ústřední nebo zemské organizaci. Část spolků vlastnila mimo ústavů i tzv. „pečovné organizace“ (např. Spolek péče o hluchoněmé). Územní příslušnost ústavů byla velmi odlišná a záležela na mnoha faktorech. Některé pečovaly o nemocné v jednom městě, jiné sloužily nemocným z celého Protektorátu. Ani další složka se nevyhnula určitým problémům. Jednalo se o okresní organizace, které se však někdy řídily územím politického okresu a někdy soudního. V rovině soudního okresu navíc docházelo opět k slučování zdravotně sociálních spolků do Okresních pomocných výborů. Tyto výbory byly ekvivalentem k NÚ pro ústřední organizace spolků, pouze v menším měřítku. V roce 1941 jich bylo na území Protektorátu 214. Každý z nich měl pět členů předsednictva, kteří zastupovali sloučené spolky. K nim bylo vždy kooptováno dalších osm členů, kteří byli vybíráni ze zástupců místních složek dobrovolné zdravotně sociální péče. Právě místní organizace tvořily nejnižší položku v organizační struktuře dobrovolné zdravotně sociální péče. I když se jednalo o instituce nejmenší, přesto byly způsobem svého uspořádání nejrozmanitější. Někdy panovaly velké rozdíly v rozsahu teritoriální působnosti i u jednotlivých místních organizací téhož spolku. V některých případech byla jejich územní příslušnost zaměřena pouze na bezprostřední okolí organizace, jindy byl obvod mnohem větší. Církevní složky ve své nejnižší formě odpovídaly svým církevním obvodům. Hlavní informací, která z celého řetězce vyplývá je fakt, že každá složka dobrovolné sociálně zdravotní péče byla v kontaktu s Národním ústředím, i když třeba zprostředkovaně přes ústřední organizace nebo přes Okresní pomocné výbory.³¹⁸

³¹⁷ Tamtéž, s. 7.

³¹⁸ Tamtéž, s. 9 – 11.

K lepšímu pochopení zařazení Národní pomoci do celé organizační struktury dobrovolnické péče je nutné uvést pár základních informací. NP patřila mezi nejmladší dobrovolné sociálně zdravotní spolky v Čechách. V roce 1941 měla za sebou dva a půl roku existence. Po krátké době se však dobrovolně začlenila do Národního ústředí. Od toho okamžiku se začala zaměřovat především na organizování dobročinných sbírek. Společnost tak chápala její postavení jako svým způsobem výlučné. Pouštěla se totiž do velkých celostátních sbírek, které se týkaly mnoha obcí, měst a celých okresů a k jejich zorganizování bylo zapotřebí několik tisíc dobrovolníků. Jejich výběr a přerozdělování do měst a obcí měla na starosti taktéž Národní pomoc. NP následně obhospodařovala finanční zisky ze sbírek, prováděla jejich vyúčtování, revizi i likvidaci. Dohlížela také na to, jakým způsobem Okresní pomocné výbory spravovaly přidělené prostředky. Národní pomoci byla zamezena jakákoliv součinnost s Národním souručenstvím, což jí velice omezovalo v možnosti výběru nejvhodnějších spolupracovníků.

Její pomocné akce byly za a) akce, které svou velikostí přesahovaly rámec územní působnosti konkrétního místního nebo okresního pomocného výboru, za b) akce řízené z ústředí přímo do nižších pater Národní pomoci. I okresní a místní referenti směli v rámci svých možností vést samostatně pomocné akce, k jejichž jednotnému přístupu je vedly oběžníky vydávané ústředím NP v roce 1941. Dodržování přesného postupu bylo nesmírně důležité pro zachování důvěry obyvatel v dobrovolnou sociálně zdravotní péči, neboť i sebemenší ztráta sympatií veřejnosti mohla mít dalekosáhlé důsledky. Pomocná akce nemusela mít pouze podobu peněžního zisku, jako např. při vybírání příplatků ke vstupenkám do kina. Její výsledek mohl mít také podobu naturálií ve formě brambor, klasů atd., které následně sloužily stravovacím akcím. Spolu s mnoha dalšími spolky se NP pokoušela o umístění dětí ze sociálně slabých rodin na venkov.³¹⁹

Národní ústředí získávalo prostředky nejen prací Národní pomoci. Existovalo několik finančních zdrojů, ze kterých dobrovolná sociálně zdravotní péče těžila nějaký zisk. I během druhé světové války byl největším donátorem dobrovolné péče stát. Konal tak prostřednictvím svých daní a dávek, z nichž některé byly určeny přímo pro tuto konkrétní činnost, stejně tak jako pro potřeby veřejného zdravotnictví. Druhým nejdůležitějším zdrojem byly výše uvedené sbírkové akce Národní pomoci. Část takto získaných prostředků byla přidělována ústředním organizacím spolků, část putovala přímo k Okresním pomocným výborům. Ústřední organizace však měly i jiné zdroje příjmů, nezávislé na Národní pomoci. Sem se započítávaly

³¹⁹ Tamtéž, s. 12 – 15.

především členské příspěvky, dary, odkazy atd. Množství těchto samostatných prostředků bylo regulováno Národním ústředím tak, aby nenarušovalo snahy Národní pomoci. Takto získané finance ústřední organizace přerozdělují opět mezi Okresní pomocné výbory a pouze část si nechávají pro sociálně zdravotní péči, kterou vykonávají sami. Okresní pomocné výbory byly největšími vykonavateli této dobrovolné péče a pracovaly na území soudních okresů, z toho důvodu se u nich sbíhala většina finančních příspěvků. Základní myšlenkou při získávání dotačních příspěvků byl neustálý koloběh peněz. Příspěvky musely být neustále v pohybu, buďto byly získávány nebo byly vydávány. To však neznamená, že mělo docházet k neorganizovanému a chaotickému mrhání prostředky za každou cenu. Koloběh byl proto regulován v rámci větší úspěšnosti celku.³²⁰

Více než kdy jindy platila ve vedení sociálně zdravotní péče zásada vydobýt z minima prostředků maximum užitku. Všechna zdravotní a ozdravná zařízení si pro své hospodaření zavedla nejrůznější účetní a administrativní předpisy, správní pokyny a řády, hospodářské agendy a výchovné či zdravotní směrnice. Spolky si vybudovaly i kontrolní a revizní systém jakožto nástroj organizační kázně. Hlavní hesla byla účelnost, přehlednost a přesnost. Spolky musely mít na paměti, že hospodaří s veřejnými prostředky, ať už se jednalo o státní subvence nebo veřejnou dobročinnost. Celá organizace Národního ústředí byla pod dozorem ministerstva sociální a zdravotní správy.³²¹

Období druhé světové války zasáhlo i do činnosti Masarykovy ligy proti tuberkulóze. Prvotní, nejspíše rozpoznatelnou změnou byla transformace názvu. Jméno prvního československého prezidenta z něj bylo odstraněno a nadále spolek vystupoval pouze pod názvem Liga proti tuberkulóze. Následně došlo také ke změně stanov, které musely reagovat na novou politickou situaci a geograficky se přizpůsobit nově vymezenému prostoru. Nově se organizačními složkami LPT staly místní odbory LPT, zemské sbory LPT a ústředí LPT. Všechny tyto složky tvořily přes 200 samostatných právních jednotek.³²² Pouze v některých konkrétních oblastech se místní odbory sloučily do větších regionálních svazů a to vždy za účelem společného postupu při dosažení stanoveného úkolu.³²³

Základní jednotkou byly, jako již před tím, místní odbory. Jejich rozmístění bylo řízeno podle zásady jeden odbor na jeden soudní okres. Tento plán se však ještě v roce 1941

³²⁰ Tamtéž, s. 17 – 18.

³²¹ Tamtéž, s. 59.

³²² Podle údajů z 1. března 1941 tvořilo Ligu 181 místních odborů (128 v Čechách, 53 na Moravě). Vedle těchto základních organizací měla Liga dva zemské sbory a jedno ústředí. Každá z těchto jednotek byla samostatným právním subjektem. Tamtéž, s. 105 – 106.

³²³ Již v předválečné době vznikla Krajiňská liga proti tuberkulóze v Moravské Ostravě. Zahrnovala ostravský, frýdecký, místecký a frenštátský okres. Jejím cílem bylo zřízení vlastní ozdravovny pro tuberkulózní děti z ostravského kraje. Více: Tamtéž, s. 105.

nedařilo naplnit, jelikož celých 22 soudních okresů v Čechách nemělo do té doby svůj místní odbor LPT. Liga se i přes to snažila zdokonalovat své služby a zpřístupňovat je stále širšímu okruhu zájemců. Proto měla pro zbylých 22 soudních okresů schválené od zemského úřadu v Praze alespoň stanovy. Tento krok napovídal, že spolek měl opravdu zájem o co největší rozšíření své základny směrem k veřejnosti. Úkol zakládání nových odborů náležela zemským sborům LPT, stejně tak jako usměrňování a kontrola odborů stávajících. Zemské sbory sídlily v Praze a v Brně a měly na starosti také různá protituberkulózní zařízení, jejichž provoz přesahoval obvody místních odborů – např. pneumotoraxové stanice nebo rodinné kolonie. Ústředí LPT v Praze představovalo vrcholný orgán celé organizace, jehož náplň se skládala především z ideového vedení celé LPT, dozoru nad zemskými sbory, spolupráce s ústředními úřady a opatřování finančních dotací na provoz spolku. Navíc také provozovalo ty nejnáročnější podniky, které Liga zřídila, jako např. léčebnu pro pokročilou tuberkulózu v Budech u Zásruk. Roku 1940 došlo k další proměně vnitřního schématu LPT a to když vznikla její nová výkonná složka – zemský sekretariát v Praze, jehož roli původně zastával generální sekretariát, který náležel k ústředí v Praze. Tento sekretariát byl rozdělen do čtyř referátů³²⁴, které pokryly veškerou činnost zemského sboru. Zemský sekretariát v Brně sice nebyl rozdělen do referátů, přesto plnil stejné úkoly jako zemský sekretariát v Čechách. Generální sekretariát zpracovával následně především usnesení ústředního výboru, personální a účetní agendu ústředí a obou zemských sborů a obstarával redakci dvou spolkových časopisů – „Boj proti tuberkulóze“ a „Rozhledy v tuberkulóze“.³²⁵

I když hlavní těžiště spolkové činnosti leželo na místních odborech, většina z nich neměla ke své práci žádnou příslušející kancelář - spolkovou agendu místních odborů zastávali sami spolkoví funkcionáři, odbornou agendu vykonávaly poradny. Jejich prvořadým motivem byl stále boj proti tuberkulóze. LPT se v této době zaměřovala především na prevenci, léčebná péče jí náležela pouze z části. Spravovala sice jednu léčebnu v Budech u Zásruk, ale ta byla určena především pro izolaci nositelů tuberkulózní infekce. Léčebná péče LPT byla tedy omezena na přispívání na pobyt v jiných léčebných ústavech, i když počet nemocničních lůžek byl přinejmenším nedostačující. Jedinou trochu novější léčebnou metodou, kterou začala LPT využívat, byly pneumotoraxové stanice, kde se nemajetným tuberkulózním doplňoval zdarma pneumotorax. Operativní zákrok založení pneumotoraxu

³²⁴ Jednalo se o 1) referát organizační – kontroloval činnost a zřizování nových místních odborů, 2) referát poradenský – kontroloval práci protituberkulózních rad a rozvoj jejich sítě, 3) referát lidovýchovný – staral se o propagaci a tiskovou službu, 4) referát individuální péče – rozhodoval o umístění tuberkulózně nemocných do léčen a ozdraven a dohlížel na rodinnou kolonii ve Vlašimi. Tamtéž, s. 107.

³²⁵ Tamtéž, s. 106 – 107.

musel být však proveden v odborném ústavu. Do roku 1940 byly zřízeny čtyři takové stanice – jedna z nich v Čechách a zbylé tři na Moravě.

Z hlediska léčebné péče byly daleko činnější některé menší spolkové organizace. Především se jednalo o Spolek pro tuberkulózní v Čechách (původně Český zemský pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách), který vydržoval léčebny v Pleši a v Žamberku a také ústav pro léčení lupusu v Motole. Dalšími byly spolky Humanita v Praze a v Brně nebo např. Halěřový spolek dělníků Škodových závodů v Plzni, který obhospodařoval léčebnu v Janově. LPT zaměřila svou pozornost jinam. Jejím hlavním pracovním nástrojem byly nadále protituberkulózní poradny. V protektorátu jich bylo 75, z toho 45 v Čechách a 30 na Moravě. Síť poraden se neustále zhušťovala s tím, že jejím cílem byla jedna protituberkulózní poradna na jeden politický okres. V případě větší rozlohy nebo horší dostupnosti to měly být až dvě poradny na politický okres. Zodpovědnost za poradny neunesly pouze místní odbory, ale také ústředí LPT. Ústředí stálo obvykle za vznikem poradny, takže neslo zařizovací a personální náklady³²⁶, místní odbory následně pečovaly o věcnou režii a správu organizace. Práce poraden byla podrobena také kontrole ze strany zemských sborů Ligy. Tímto způsobem se na provozu poraden podílely všechny tři organizační složky LPT.³²⁷

Pokud byla v protituberkulózních poradnách LPT poskytována lékařská péče, jednalo se většinou pouze o určení diagnózy. Poradny vlastnily i některé lékařské vybavení, které mohlo dopomoci k přesné a včasné diagnóze – především rentgenový přístroj, mikroskop a jiné laboratorní zařízení. Jejich zaměstnanci prováděli časté prohlídky školních dětí, továrních dělníků a navštěvovali ohrožené rodiny doma, aby včas zachytili počínající chorobu. Tím vším naplňovaly poradny ideovou myšlenku, která stála už u počátku jejich zrodu. Nezměněna zůstala i jejich výchovná a lidovýchovná činnost, opět prosazovaná formou přednášek, brožur, loutkového divadla, výstav atd. Nadále se také snažily pomáhat ohroženým dětem – zprostředkovávaly jim pobyty v ozdravovnách a feriálních koloniích. Zdravým dětem z postižených rodin se pokoušely zajistit ubytování ve zdravých venkovských rodinách. Na žádost ministerstva sociální a zdravotní péče přibyla Lize ještě další, tentokrát pomocná činnost. Jednalo se o již zmíněnou ošetrovatelskou zdravotní službu v rodinách a na její vedení byla Lize vyplácena od ministerstva finanční podpora.

³²⁶ Odborný léčebný personál, tím myšleno lékaři a zdravotní pracovníci, byl placen z ústředí, aby tak byla místním odborům ušetřena nejtíživější položka nákladů. Samozřejmě díky tomu mělo ústředí ve svých rukou vliv na jakost a rozsah léčebné péče poraden.

³²⁷ Tamtéž, s. 107 – 108.

Úhrnem potřebovalo ústředí Ligy na veškerou svou činnost více jak pět miliónů korun ročně.³²⁸ Valná většina z těchto výdajů šla na programovou práci Ligy. Do této škatulky spadaly všechny výše zmíněné úkoly a navíc ještě provoz léčebny v Budech a schodky ošetrovatelské služby v rodinách. Oproti tomu místní odbory financovaly náklady týkající se již konkrétních pacientů: příspěvky na léčbu v odborných ústavech, příplatky na cestu do léčebny nebo poradny, léky pro nemajetné, poskytování lůžek, teploměrů, plivátek, podpora na nákup potravin a šatstva atd.³²⁹ Zdroje těchto financí se stejně jako poskytovaná péče příliš nelišily od těch prvorepublikových. Výjimku představovala snad jen Národní pomoc, okresní pomocné výbory a autonomní správa, které byly výtvorem až protektorátní éry.³³⁰

Příklad Ligy proti tuberkulóze jasně dokládá, že pro zachování dobrovolnické spolkové činnosti v době Protektorátu Čechy a Morava byla zapotřebí značná obratnost, přizpůsobivost a obětavost. Je poněkud hořkou ironií, že v konečném důsledku dokázaly české zdravotně – sociální spolky přežít nacistickou okupaci, aby byly následně zlikvidovány nově nastupujícím komunistickým režimem.

III. 3. Doba poválečná a úplný konec dobrovolnické péče v Československu

Po skončení druhé světové války se dobrovolnické spolky v Československu snažily přizpůsobit poválečné situaci a vypořádat se s velikým náparem nemocných, kteří se vraceli z front, koncentračních táborů a totálně nasazených zpět do svých domovů. K nim se přidávali sirotci a vdovy, kteří se v mnoha případech řadili k chudině tehdejší společnosti.³³¹

První poválečná léta ještě nevypadala pro spolkovou činnost vyloženě likvidačně, i když i tady už se objevovaly jisté náznaky. Jedním z nich byl zákon č. 49/1947 Sb., o poradenské zdravotní péči. Díky tomuto zákonnému opatření byla od 1. ledna 1948 preventivní poradenská služba, dosavadní dominanta dobrovolnické zdravotně – sociální péče, svěřena výhradně do rukou státu.³³² Pravomoci spolků v této oblasti převzaly nově vznikající Okresní národní výbory a s nimi samotnými se počítalo spíše subsidiárně a pod dohledem ministerstva zdravotnictví. Vedle Masarykovy ligy proti tuberkulóze se jednalo především o Československou společnost pro potlačování chorob pohlavních,

³²⁸ V roce 1941 čítala tato částka 5 256 000 K.

³²⁹ Odhad MUDr. M. Johanovské byl zhruba 2 000 000 K ročně na náklady místních odborů.

³³⁰ Tamtéž, s. 108 – 110.

³³¹ Aktuální problémy poválečných let byly v této práci již zmíněny v kapitole II. 4. „Zdraví a mír všem“.

³³² NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 6, *Zpráva o činnosti MLPT*, Praha 1950.

Československý abstinenci svaz, Společnost pro péči o duševní zdraví, Endokrinologickou společnost a Ligu proti revmatizmu.³³³

Po převratu v únoru 1948 již situace nabrala rychlý spád. Zákon č. 99 z 15. dubna 1948 Sb., o národním pojištění sice stále ještě rozděloval poskytovatele zdravotních služeb na veřejné a soukromé, v praxi tomu však bylo jinak. Vznikající ambulance při nemocenských pojišťovnách trpěly nedostatkem vyškoleného personálu a tak se stát pokoušel přimět lékaře v soukromé sféře k přechodu do veřejného sektoru. Zásadním byl zákon č. 185 z 19. července 1948 Sb., o zestátnění léčebných a ošetrovacích ústavů a o organizaci státní ústavní léčebné péče. § 8 tohoto zákona stanovoval, že jediným, kdo mohl zřizovat a provozovat léčebné a ošetrovací ústavy, byl stát, popřípadě výjimečně Ústřední národní pojišťovna.³³⁴

Jak taková situace konkrétně vypadala, o tom svědčí korespondence Masarykovy ligy proti tuberkulóze s Českou sociální pomocí (dále jen ČSP) v roce 1948. Česká sociální pomoc byla nástupnickou organizací výše zmíněné Národní pomoci z doby protektorátu. Pracovala tedy s financemi, které přerozdělovala jednotlivým spolkům. Už v roce 1948 byl však patrný tlak na co nejmenší zapojení spolků do veřejného života. V dopise ze dne 24. března 1948 se Liga vyhrazovala proti navrženým bodům nové směrnice pro spolupráci s ČSP, které se týkaly odebrání pravomocí Ligy ve prospěch ČSP a krácení rozpočtu zemských sborů Ligy. MLPT se snažila hájit své stanovisko slovy: „*Má-li MLPT po zveřejnění poraden protituberkulosních plniti řádně všechny své úkoly, a opatřovati si na svoji činnost kromě přidělů z ČSP vlastní finanční prostředky z darů, členských příspěvků apod., musí býti dána jednotlivým odborům Ligy možnost prováděti sociálně podpůrnou péči o tbc. pokud možno na nejširší základně.*“³³⁵ Je pravdou, že po zestátnění poraden, které tvořily základ činnosti Ligy, byla tato organizace ve velice svízelné situaci. Musela se pokusit přetransformovat své zaměření, aby i po této radikální změně dokázala ve společnosti obhájit svou existenci.³³⁶ Spolek se více zaměřil na sociálně podpůrnou péči o tuberkulózně nemocné v úzké spolupráci se státními poradnami. Stále navíc disponoval odborně vyškoleným personálem a lékaři se zaměřením na plicní choroby, což mu vytvářelo jistý manévrovací prostor v kooperaci

³³³ Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu*, s. 303.

³³⁴ Tamtéž, s. 304.

³³⁵ NA, MLPT, krt. 2, inv. č. 13, *Návrh Směrnice na spolupráci s MLPT*, Praha dne 24. března 1948.

³³⁶ Její základna byla stále poměrně rozsáhlá. Liga sdružovala v této době 191 odborů v Čechách a 76 na Moravě a ve Slezsku. O činnost těchto odborů a o spolkové ústavy pečovalo dohromady 51 zaměstnanců (36 v Čechách, 15 na Moravě). Spolu se slovenskými odbory čítala její členská základna cca 100 000 členů. NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 1, *Vyhledání č. 2065 z 3. 8. 1948*, Praha 3. listopadu 1948.

s Českou sociální pomocí, jelikož tito zdravotníci byli zárukou zkušeného a rychlého vyřizování žádostí nemocných.³³⁷

Mezi MLPT a ČSP došlo nakonec k dohodě, kdy se ČSP zavázala přispívat na činnost spolku formou poskytování dotací na úhradu ošetrovného za děti umístěné v jeho preventoriích,³³⁸ na léčení pacientů a krytí jejich drobných výdajů a na provádění podpůrné péče pro sociálně slabé osoby a jejich rodiny. Většinou se nejednalo o formu jednorázového finančního příspěvku, naopak, jednotlivé případy měly být zvláště prozkoumány ústředím České sociální pomoci, zda měly právo na příspěvek z veřejných nebo jiných zdrojů. O tento příspěvek mohl požádat nemocný sám, nebo prostřednictvím Českého pomocného spolku pro nemocné tuberkulózou v Praze, popřípadě na žádost Zemského sboru Masarykovi ligy proti tuberkulóze v Brně. I když bylo rodině přiznáno právo na podporu z veřejných prostředků, některá věcná vydání ČSP od této doby již nehradila. Jednalo se především o příspěvek na ošacení, výživu či úhradu nájemného. Pokud nemocný potřeboval v tomto ohledu finanční pomoc, mohly přispět i okresní národní výbory, které také poskytovaly část peněžních příspěvků na úhradu věcných vydání poraden.³³⁹

Ve vztahu k dětem ze sociálně slabých rodin, zavázala se ČSP k příspěvku ve výši 1/3 ošetrovacích nákladů v preventoriu. Většinou se tato částka pohybovala okolo dvaceti korun, jelikož celková ošetrovací sazba činila šedesát korun na dítě a den. Bylo však taxativně vyjmenováno, kterých preventorií se tato služba týkala. Konkrétně se jednalo o čtyři preventoria v Čechách a dvě na Moravě.

Česká sociální pomoc sice stále ztvrdovala, že je pouze společností doplňkovou, která po poradě s odbory MLPT, protituberkulózními poradnami a nemocenskými pojišťovnami poskytuje nemocným jednorázovou či stálou finanční podporu. Tato podpora měla skončit v okamžiku, kdy nemocnému bylo vyhověno v jeho žádosti o příspěvek, popřípadě když poskytovaná podpora byla nevyhovující. V praxi však byla Masarykově lize proti tuberkulóze stále více vnucována cizí vůle a možnosti jejího osobního rozhodování se s každým dnem snižovaly.³⁴⁰ Lze odhadovat, že většinu ostatních spolků takového významu čekal stejný úděl jako MLPT.³⁴¹

³³⁷ NA, MLPT, krt. 2, inv. č. 13, *Návrh Směrnice na spolupráci s MLPT*, Praha dne 24. března 1948.

³³⁸ Preventorium – jednalo se o zařízení pro nemocné děti s plicními chorobami, kteří však neměli aktivní formu nemoci. Většinou zde byli pacienti na doléčení své choroby. Průměrná délka pobytu dítěte v preventoriu čítala 56 dnů. Většina těchto ozdraven na českém území přijímala děti obojího pohlaví ve věku 5 – 14 let. Pouze v jednom případě pečovala ozdravovna o mladistvé muže ve věku 14 – 20 let. NA, MLPT, krt. 2, inv. č. 13, *Směrnice pro poskytování příspěvků České sociální pomoci na sociální a sociálně zdravotní péči v okresích*, s.d.

³³⁹ Tamtéž, s. 1 – 4.

³⁴⁰ V roce 1949 přijala MLPT prý mnoho žádostí od potenciálních odběratelů jejich časopisů „Rozhledy v tuberkulóze“ a „Boj proti tuberkulóze“. Podle svých slov musel spolek tyto žadatele odmítat, jelikož sám

V rámci zachování existence spolku bylo zapotřebí přistoupit i na některé kroky vedoucí k socializaci spolku. „*Ke zdárnému výsledku naší práce je třeba, aby všichni pracovníci ... měli kladný poměr k naší lidové demokracii a k naší nové vládě. Bude proto nutno, aby z našich řad byli vyřazeni všichni, kdož neměli a nemají kladný vztah k socialistické přestavbě našeho státu.*“³⁴² V průběhu voleb, které se konaly dne 30. května 1948, byly jednotlivé odbory vyzívány a občas i dotlačovány k aktivní spoluúčasti a podpoře Národní fronty. Členové všech odborů se měli zapojit do tzv. osobního přesvědčování, kdy mělo být potenciálním voličům zdůrazňováno, že socialistická vláda „*pracuje především pro blaho širokých vrstev národa*“³⁴³, a hlavně měli jako zasvěcení zdravotníci dosvědčit, co vše vláda vykonala pro zlepšení zdravotní a sociální úrovně obyvatel.

Osud dobrovolných zdravotně sociálních spolků na území Československa byl záhy nadobro zpečetěn. Za příklad může opět sloužit Masarykova liga proti tuberkulóze. V prosinci 1949 oznámilo ještě ústředí MLPT svým odborům, že zamýšlené včlenění jejich spolku do Československého Červeného kříže bylo odloženo na jaro 1950. Sloučení obou organizací mělo znamenat faktický konec MLPT. Důvodem jeho odložení byla údajně neprovedená reorganizace spolku v rámci celostátní nové organizace dobrovolné sociálně zdravotní péče.³⁴⁴ Nakonec k němu došlo dne 30. ledna 1951, kdy ústředí Ligy rozeslalo všem svým odborům „*pokyny pro sloučení po stránce spolkové i hospodářské*“.³⁴⁵ V nich byl jasně stanoven postup převodu jmění Ligy, ale i dalších spolků (jako např. Československého abstinenčního svazu), pod Československý Červený kříž. Odbory MLPT se spolu s veškerým svým majetkem měly vtělit do okresních spolků ČČK, ústředí MLPT mělo na stejném principu přejít pod ústředí ČČK. Převeden měl být všechn movitý i nemovitý majetek,

zvýšit náklad výtisků nemohl. NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Pokyny pro další činnost odborů MLPT*, Praha 12. prosince 1949. Jednou z mála vlastních akcí, které mohla MLPT vést a využívat z ní vzešlý zisk, byly tzv. protituberkulózní nálepky. Tyto nálepky s dvojitým lotrinským křížem, jako symbolem mezinárodního protituberkulózního boje, byly každoročně prodávány nejen v Československu, ale byly posílány i do 40 dalších států, kde byly prodávány krajanům. Tento zisk sloužil k vydržování dětských preventorií. V letech 1947 – 1948 vydělala Liga prodejem nálepek dva miliony korun. NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Provolání akčního výboru všem odborům Masarykovy ligy proti tuberkulóze*, Praha 1948.

³⁴¹ NA, MLPT, krt. 2, inv. č. 13, *Směrnice pro poskytování příspěvků České sociální pomoci...*, s. 2 - 5.

³⁴² NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Provolání akčního výboru všem odborům Masarykovy ligy proti tuberkulóze*, Praha 1948. Skrz výzvu Ústředního akčního výboru Národní fronty o hlášení spolků měli být navíc jasně označeni ti členové Ligy, kteří byli v rámci „očisty“ zbaveni nějaké funkce ve spolku. NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Hlášení spolků Ústřednímu akčnímu výboru Národní fronty*, Praha 20. března 1948.

³⁴³ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Oběžník č. 13*, Praha 19. května 1948.

³⁴⁴ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Pokyny pro další činnost odborů MLPT*, Praha 12. prosince 1949. Nabízí se myšlenka, jestli byly tyto odklady jen „divadlem“ umožňujícím prodloužení samostatné existence spolku, nebo se jednalo o pravdivou skutečnost. Ze zápisů schůze ústředního výboru Masarykovy ligy z května 1948 je jasné patrné, že zdaleka ne všichni členové výboru byli přesvědčeni o správnosti včlenění jejich spolku do organizace ČČK a někteří byli dokonce jasně proti. NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 3, *Zápis schůze ústředního výboru Masarykovy ligy proti tuberkulóze*, Praha 28. května 1948.

³⁴⁵ NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2, *Sloučení s Čs. červeným křížem*, Praha 30. ledna 1951.

včetně pohledávek, hotovostí, vkladů, cenných papírů, dluhů a jiných závazků. Všem činovníkům a členům Ligy mělo být přiděleno členství u okresního spolku či místní skupiny ČČK, respektive u jeho nově vzniklého protituberkulózního odboru. Umístění v takovém odboru probíhalo na základě místa bydliště žadatele. O vzniku protituberkulózního odboru rozhodovalo předsednictvo likvidovaného odboru spolu s předsednictvem okresního spolku ČČK.³⁴⁶

IV. PŘÍPADOVÁ STUDIE – STŘEDOČESKÉ LÉČEBNY TUBERKULÓZY

IV. 1. Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici

Když byla roku 1914 založena Humanita, spolek pro péči o zdraví dělnictva, měl zakladatel Václav Johanis jasnou představu o náplni její činnosti. Byl jím boj proti sociálním chorobám a to především proti tuberkulóze. Johanis nechtěl vybudovat spolek, který by svou prací zapadl mezi sérii dalších dobrovolných organizací tohoto typu, jeho cíle byly údajně od začátku vyšší. Už při založení spolku sestavil spolu se dvěma dalšími členy výboru Dr. Houserem a Jakubkou program Humanity s cílem zřídit v Posázaví ozdravovnu sloužící členům pokladen, kteří přestáli vážnou chorobu. Ozdravovna na venkově měla zajistit rekonvalescenci městským dělníkům, kteří by se jinak na venkov nedostali. S umístěním ústavu do lokality Posázaví názorově pomáhal také prof. Dr. Emerich Maixner. Důkazem uvedeného záměru byla snaha o zahájení jednání s krhanickou obcí o prodeji obecního pozemku na břehu řeky Sázavy hned v roce 1914.³⁴⁷ Po delším smlouvání skutečně došlo dne 3. ledna 1915 ke koupi určeného pozemku nedaleko tehdejší hydroelektrárny. Daný pozemek se však časem ukázal jako nevhodný, jelikož měla být v blízkém Kaňově stavěna továrna a nová elektrárna. Vidina ozdravovny v blízkosti továrních budov byla nemyslitelná. Dne 9. října 1915 byl proto pozemek prodán firmě L. G. Bondy. Nakonec se komisi podařilo 23. října 1915 odkoupit jednu selskou usedlost na samotě v Prosečnici od paní Anny Skružné. Zmíněné staveniště si vyhlédl sám Václav Johanis kvůli jeho výhodné poloze – ze tří stran bylo obklopeno lesy a ta čtvrtá otvírala prostor na jih a tím pádem umožňovala dostatečný přísun

³⁴⁶ Tamtéž.

³⁴⁷ Členové výboru nejdříve uvažovali o pozemcích v Troji, ale když se byli na místě přímo podívat, shledali, že smog z Prahy dosáhne až do těchto míst a od tohoto záměru tedy upustili.

slunečního světla.³⁴⁸ Místo mělo mírný spád k železniční trati i k řece a železniční stanice byla také nedaleko. Následujícího roku byla parcela rozšířena odkupem pozemku od osady Prosečnice. Od paní Skružné byl odkoupen i palouček, na němž byla zjištěna voda, zakladatelé léčebny tak mohli pomýšlet na vlastní vodárnu. 12. října roku 1917 přikoupil spolek v dražbě u okresního soudu v Jílové také budovu č. 63 s polnostmi a zahradou v obci Krhanice. Tato budova s pojmenováním „Na Vyhlídce“ byla vydražena za částku 18 370 K.³⁴⁹

Provedení plánu se ujal architekt Rudolf Jonáš a stavbu vysoutěžila největší tuzemská stavitelská firma Václav Nekvasil. Projekt jedné budovy se 150 lůžky byl propočítán na 520 000 korun. K samotné stavbě se přikročilo 5. května 1916, probíhala však ve velmi pozvolném tempu. Kvůli první světové válce mohl na stavbě pracovat jen omezený počet dělníků, převážně těch neodvedených do služby a tedy méně fyzicky zdatných. Další důležitou veličinou byl chybějící stavební materiál. Předseda Johanis musel na příslušných úřadech vymáhat např. cihly, železo nebo cement. Již 7. února 1917 přišla z Vídně zpráva, že sanatoriu bude přidělena státní subvence. Na první splátku z povolené subvence, kterou léčebně poukázalo místodržitelství, si však Humanita musela počkat až do září toho roku.

Jakmile se začalo se stavbou, došlo i na pojmenování budoucího ústavu - „Lidové sanatorium“. Hned se také započalo s pronájmem lůžek na určitou dobu v roce různým korporacím, velkým podnikům a nemocenským pojišťovnám. Dané finance měly sloužit jako základ pro výstavbu ozdravovny. Pokud si korporace tímto způsobem pronajaly lůžka, dostaly na ně sníženou ošetrovací sazbu. Další možností, jak sehnat peníze na stavbu, bylo zavedení biografu v prostorách budovy České banky. Uvedený nápad se však nesetkal s pochopením. Úspěšnější byla Humanita se žádostí o povolení dobročinné loterie ve prospěch léčebny. Loterie byla vydána v nákladu 400 000 kusů. Bezprostředně poté, co byla v lednu 1918 zastřešena hlavní budova ústavu, byly vydány i pohlednice na zvýšení propagace.³⁵⁰

Další zásadní změny se odehrály už v nově samostatném Československu. Hned 9. listopadu toho roku získala Humanita licenci na provozování biografu v budově Národní banky se svolením Národního výboru. Slavnostní otevření kina Světozor se konalo dne 6. prosince 1918. Provozování se ujala firma Kinema, která se zavázala odvádět 40% výtěžku spolku Humanita. Sanatorium čekalo ještě vybudování dvou pavilonů. S výkopem pro

³⁴⁸ Tento fakt byl pro stavbu sanatoria poměrně zásadní, jelikož sluneční záření bylo považováno za jednu z hlavních léčebných metod v boji s tuberkulózou.

³⁴⁹ Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu: Činnost spolku "Humanita" a sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1932: Pocta životnímu dílu Václava Johanise*. Praha: Humanita, 1932, s 73 - 75. Dále: Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřitelem lidstva: činnost spolku "Humanita" a jeho sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1926*. Praha: Humanita, 1927, s. 77-78.

³⁵⁰ Tamtéž, s. 78-79.

východní budovu se začalo v únoru roku 1919, ke stavbě západního pavilonu se přikročilo v říjnu téhož roku. Náklady na západní budovu byly vypočteny na 600 000 korun. Do výstavby sanatoria se výrazně zapojil i prezident republiky Tomáš Garrigue Masaryk, když ji 19. května 1920 navštívil a rozhodl se spolku věnovat 250 000 korun na vybudování výtahu pro nemocné a na dobudování ústavu. Zanedlouho spolek rozhodl o stavbě další budovy, avšak ne pro pacienty, ale pro personál. Budova nesla pojmenování „Náš domov“ a byla vyprojektována na 500 000 korun. Byla posazena za východní pavilon a v jejím přízemí byla zřízena ústavní pekárna. Veškeré stavební práce setrvaly až do roku 1921, kdy byly ukončeny společně se stavbou kanalizace a instalace světla. Následně přišlo na řadu vnitřní zařízení a svého zvelebení se dočkaly i zahrada s terasou.

Humanita neustala ani se skupováním okolních pozemků. Roku 1919 byla zakoupena usedlost č. 2 v Prosečnici od správy státních statků a lesů, roku 1922 došlo k vyvlastnění obecních i soukromých pozemků v Prosečnici a okolí o rozloze 18700 m² a nakonec i 30000 m² obecního lesa - vše pro potřeby pacientů a pro možnost výstavby dalších budov. Humanita rozhodně počítala ještě s obytnými budovami pro lékaře a správní personál. Kolaudace stavby proběhla 28. dubna 1922.³⁵¹

IV. 1. 1. Založení „Lidového sanatoria“ a jeho hospodaření do roku 1939

Sanatorium bylo slavnostně otevřeno dne 14. května 1922, avšak stejně jako tomu bylo u léčebny na Pleši, i sem byli první pacienti přivezeni již před slavnostním otevřením. První klient byl přijat do léčebny 7. května 1922. Ke slavnostnímu otevření sanatoria se připojili i významní zástupci místních úřadů a zdravotních korporací, zástupci nemocenských pokladen, odborových organizací i prostí občané. Na místo určení byli dopraveni zvláštním vlakem. Celou slavnost zahajovaly fanfáry ze Smetanovy Libuše v podání členů orchestru Národního divadla.

Ještě tentýž měsíc, 22. května 1922, bylo pro sanatorium zřízeno kuratorium, v němž zasedal zástupce MVZTV Dr. J. Šimek a zástupci Humanity v podání Václava Johanise, Josefa Chlumeckého, Rudolfa Holiče a Josefa Pošvy. Léčení nemocných nemohlo však oficiálně začít bez přípisu politické zemské správy. Sanatorium v Prosečnici bylo uznáno po zdravotní stránce jako vyhovující a bylo mu povoleno přijímání pacientů do péče.³⁵²

³⁵¹ Tamtéž, s. 79 – 80.

³⁵² Tamtéž, s. 80 – 81.

Stavební plány se nezastavily ani po založení sanatoria, neboť už 22. července 1922 byla zadána stavba gravitačního vodovodu od lesovny nad sanatoriem. Rozpočet na vodovod byl plánován na 120 000 Kč. Jen o několik dní později došlo k zadání další stavby, tentokrát leháren³⁵³, s rozpočtem 240 000 Kč. Tyto lehárny sloužily údajně za vzor všem západním ústavům a to pro svou ladnost spojenou s účelností. Zároveň sloužily jako přirozené propojení hlavní budovy s oběma postranními pavilony. Architektem leháren byl Rudolf Jonáš. Čím dál tím víc bylo jasné, že původní představa jedné dvoupatrové budovy se 150 lůžky byla značně překonána. Aby se chod takové léčebny vyplatil, byl zapotřebí co největší počet lůžek. Nakonec tedy vznikly do roku 1922 tři třípatrové pavilony pro 320 pacientů. Daný počet byl následně roku 1925 ještě rozšířen o 20 lůžek. Po dokončení stavby disponoval ústav celkem deseti budovami a 125 398 m² pozemků, rolí a lesů. Mezi nimi dominovaly vedle tří pavilonů pro pacienty hlavně vila „Vlasta“ pro ubytování lékařů a úřednictva na nedalekém návrší, budova pro dívčí služební personál „Náš Domov“ za pavilónovým komplexem a tři budovy v kotlině u Sázavy, které sloužily jako personální či hospodářské objekty. Veškeré provozní a lékařské místnosti se nacházely v pavilonech pro pacienty. Ústavu se během stavby podařilo zřídit i vlastní vodojem s čerpací stanicí a studnu na pitnou vodu. 7. srpna byl dokončen také osobní výtah na základě daru prezidenta republiky. Dalším výdobytkem byla vlastní biologická stanice k čištění výkalů. Poměrně dlouho se vlekl projekt pitevny a infekčního pavilonu. Celá stavba trvala více jak pět let a vyžádala si náklady ve výši zhruba sedmi milionů korun.³⁵⁴

Po výstavbě všech důležitých budov došlo i na úpravu zahradních a parkových ploch. Prvním krokem byla výsadba ovocných stromů – roku 1923 jich bylo 480, o rok později 425. Náročnější byla modifikace prostoru pro park, neboť na zvoleném místě muselo dojít ke složitým úpravám terénu. Ústav evidentně disponoval i velikou zelinářskou zahradou, která byla schopná zásobovat kuchyň léčebny po celý rok. Zelenina si však vyžadovala řádné zavlažování, proto byla pro tuto potřebu vybudována čerpací stanice u řeky Sázavy. Jednalo se už o třetí vodovod léčebny a do provozu byl uveden 11. srpna 1923. S ohledem na vlastní zdroje ovoce a zeleniny se však v léčebně vyskytoval jeden problém a tím bylo nedokonalé uskladnění. Ústavu se dlouhodobě nedařilo najít vhodné sklepy k uskladnění těchto potravin a zelenina zbytečně hnila. Situaci vyřešila až stavba chladiřen pro maso a jiné potraviny a mrazíren na výrobu ledu v prostorách sklepů hlavní budovy. Led byl totiž pro ústav poměrně

³⁵³ Lehárna byla většinou dlouhá chodba s jednou stěnou prosklenou či úplně otevřenou, aby do ní mohlo co nejvíce slunce. Po celé délce chodby stála rozložená lehátka pro pacienty. Nemocní zde přes den leželi zabalení v dekách a nechávali na sebe působit sluneční paprsky (na podzim a v zimě) a čerstvý vzduch.

³⁵⁴ Tamtéž, s. 81 - 82. Dále: Johanis, Václav, ed. *Zdravotní almanach*. Praha: Humanita, 1921, s. 4 – 7.

důležitou surovinou. Zmíněná stavba byla spojena s nákladem 83 549 Kč. Nijak nezaostával ani chov domácích hospodářských zvířat. Tato činnost byla soustředěna kolem „malého hospodářství“, jak se obecně říkalo usedlosti č.p. 2. Na místě se postavil chlév pro vepře, kterých pak měl ústav kolem 40 – 60 kusů, dále se pokračovalo se stavbou drůbežárny.

Ani léčebně v Prosečnici se nevyhnuly přírodní katastrofy. Dne 22. května 1924 byla postižena povodní, při které sanatorium utrpělo záplavou vod z přilehlých lesů a silnými dešti. Došlo při tom k zatopení ústavních sklepů a skladišť, a také k poničení motoru čerpací stanice. Ústavní hospodářství se muselo vypořádat i s protrženou hrází u rybníka.³⁵⁵

Rozvoj léčebny však rozhodně neubíral na intenzitě. Dne 8. května 1926 byl do ústavu zaveden telefon, takže bylo umožněno telefonické spojení se světem. Navíc personál léčebny neustále rostl, a proto se muselo přikročit ke stavbě další, v pořadí již třetí, obytné budovy s názvem „Pensionát na Sázavě“ v blízkosti vlakové zastávky. Tato budově měla sloužit pro ženaté zaměstnance a spolek Humanita nechal v jeho přízemí zřídit také restauraci. Své modernizace se dočkala i kuchyně, která byla znovuzřízena díky novým technickým zařízením a stojům.³⁵⁶

Pro sanatorium takového rozsahu byla nutností dobře vedená administrativa. Vedle řady lékařů bylo zapotřebí i značné množství úřednictva, zřízenců a dalších zaměstnanců, kteří se starali o hladký chod léčebny. Sanatorium se svými pozemky totiž nepředstavovalo jen léčebný prostor, ale i místo pro mnohá další přidružená odvětví, která napomáhala efektivnějšímu chodu léčebny. Byla zde ústavní pekárna, truhlárna, strojírna, lakýrnická dílna a malířská dílna. Roku 1931 si léčebna nechala ve dvoře v Dolních Požárech zřídit i vlastní kovárnu. Celkově poskytoval ústav práci 167 zaměstnancům. Šest úředníků bylo zaměstnáno na ústředí spolku Humanita v Praze, dalších čtyřicet zaměstnanců pracovalo v zemědělství na dvoře v Dolních Požárech a v hospodářství č. 1 a 2 v Prosečnici. Zbytek tvořili zaměstnanci samotného sanatoria.³⁵⁷ To však neznamená, že byla léčebna naprosto samostatná. Jedním z hlavních úkolů administrativní správy bylo neustálé shánění potravin, především masa, mouky a uzenin. Suroviny od místních zemědělců sice byly k dostání, ale jejich cena neodpovídala možnostem léčebny. Proto provádělo sanatorium nákupy i veškeré dodávky prostřednictvím ústředí spolku Humanita v Praze. Správa ústavu zasílala své požadavky na

³⁵⁵ Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřítelem lidstva*, s. 82 - 83.

³⁵⁶ Tamtéž, s. 44.

³⁵⁷ Mimo lékařského personálu léčebna zaměstnávala: 1 šéfkuchaře, 1 druhého kuchaře, 1 kuchařku – moučníkářku, 2 čišníky, 1 hospodyni, 2 švadleny, 3 strojníky – topiče, 1 elektrikáře, 2 zahradníky, 2 pekaře, 2 natěrače a malíře, 2 vrátné (z nich jeden holič), 1 čalouníka, 1 truhláře, 1 řezníka, 1 dezinfektora, 1 zedníka, 1 prادلenu, 4 zřízence, 10 servírek (jídlonosiček), 30 služek - uklízeček, 8 zahradních dělnic, 12 dělníků a 1 dozorce. Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 96 - 99.

ústředí denně.³⁵⁸ Nejvíce utrácela léčebna podle bilancí za brambory, sádlo, cukr, mouku a jablka. Oblíbenou pochutinou byla káva, cikorka a také marmeláda.³⁵⁹

Další velký stavební rozkvět nastal na jaře roku 1930, kdy se začalo se stavbou nového pavilonu pro kuchyně a jídelny,³⁶⁰ jehož součástí se staly i kanceláře pro administrativní a mzdovou agendu. Ke stavbě nové budovy se připojily i rekonstrukce v ostatních pavilonech, zahradách a nádvořích. V okolí nového pavilonu muselo dojít k úpravě terénu, která vyšla na 250 000 Kč. Přes ústavní les k němu vedla zvláštní cesta, takže tamní provoz nijak nenarušoval léčebný chod ústavu. Dokonce byla k pavilonu přistavěna i nová úzkokolejová dráha, která zajišťovala dopravu potřebného materiálu od železniční rampy. Zvětšení kapacity ústavu si vyžádalo i rekonstrukci elektrického vedení a zesílení transformační stanice. V souvislosti s touto změnou byl do léčebny zaveden domácí telefon, rozsáhlejší elektrická síť navíc umožnila zavést do všech léčebných budov automatická zvonková signalizační zařízení pro určování denního rozvrhu pacientů a světelná signalizační zařízení pro lékařskou a ošetrovatelskou službu. Poslední tři zmíněné vymoženosti stály léčebnu 227 000 Kč.³⁶¹

Význam těchto staveb stoupl i z hlediska boje proti nezaměstnanosti v době hospodářské krize. Při stavebních pracích, které nebyly přerušovány ani v zimě, poskytovaly měsíčně práci zhruba 100 – 150 zaměstnancům, zejména z řad kvalifikovaných a pomocných dělníků.³⁶² Nový pavilon byl vystavěn nákladem 2, 8 mil. Kč, zařízení nové kuchyně vyšlo na 500 000 Kč a chladírny spolu s potřebným zařízením na 176 000 Kč. Nová kuchyně byla schopná vařit pro 500 strážníků, jednalo se tedy o docela velký provoz. Kuchyně byla do výšky dvou metrů vykachlíčkována a podlaha zhotovena tak, aby se dala místnost ostříkovat a mýt a voda stékala do předem vyhrazených míst. Myšleno bylo samozřejmě i na ventilaci a izolační nátěr na stropě, aby se v místnosti neudržovala pára a přílišná vlhkost.³⁶³

Stavba zmíněného pavilonu silně ovlivnila chod sanatoria i z hlediska léčebného. Vytvořením vlastních prostor pro administrativní a hospodářskou činnost se v léčebných pavilonech uvolnily místnosti, které mohly být nyní adaptovány na léčebnou péči. Díky tomu

³⁵⁸ Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřitelem lidstva*, s. 44 - 45. Dále: Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 94.

³⁵⁹ Státní oblastní archiv v Praze (dále SOA Praha), Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Prosečnice (dále LTRN Prosečnice), kniha č. 1, inv. č. 123, *Účetní rozvaha 1926 – 1929*, v Prosečnici 1926 – 1929, s. 5 – 6.

³⁶⁰ Kvalitní a hygienicky nezávadná kuchyně s jídelnou byly pro tuberkulózní léčebny nepostradatelné. Nejen že muselo být zajištěno, že zde nedojde k nějakému přenosu bacilů, ale zároveň představoval v této době jídelniček nemocných jednu ze základních léčebných metod. Dokud totiž nebyla objevena vakcína proti tuberkulóze, sestával léčebny program převážně z odpočinku, procházek a kvalitní stravy. Tyto faktory samy o sobě pacienta nevyлéčily, ale upevnily jeho fyzickou kondici natolik, že mu umožňovala lépe s nemocí bojovat.

³⁶¹ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 12.

³⁶² Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 77 – 78.

³⁶³ Tamtéž, s. 85. Dále: *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 12.

byly vybudovány nové lázně, inhalatorium, moderní laboratoře a pneumotoraxová síň, krční ordinace, nová prádelna a dezinfekce. Při všech uvedených inovacích zbylo stále ještě místo na několik nových lůžek, kapacita ústavu tedy vzrostla na 400 lůžek pro nemocné. Nový hospodářský pavilon byl navíc propojen s těmi lékařskými pomocí krytých a temperovaných přechodů. Celým sanatoriem se tak dalo projít tzv. „suchou nohou“.³⁶⁴ Ke zlepšení životního prostředí v okolí sanatoria dopomohla i výrazná rekonstrukce ústavní kotelny a ústředního topení, celkově nákladem 709 000 Kč. Zlepšení situace tkvělo v nových nízkotlakových a vysokotlakových kotlích, které nevypouštěly do ovzduší žádný kouř.³⁶⁵

Pro co nejvíce samostatné hospodaření sloužily sanatoriu tři hospodářské objekty – zbytkový dvůr Dolní Požáry, statek č. 1. a usedlost č. 2. v Prosečnici. Na dvoře v Dolních Požárech se soustředila především zemědělská produkce, která zásobovala potravinami celou léčebnu. Dle bilance za rok 1926 se hospodářství léčebny skládalo z 36 vepřů, 2 tažných koní, 122 slepic, 9 kohoutů a 22 holubů. Roku 1927 se již mohlo sanatorium pochlubit daleko větším živým inventářem: 9 koňmi, 8 voli, 1 býkem a 52 dojnicemi, 51 vepři, 27 husami, 142 slepicemi a 21 holuby. Z rostlinné produkce převažovala cibule, kapusta, mrkev, červená řepa, zelí, a také seno a otava. U všech uvedených plodin dokázalo prosečnické hospodářství vyprodukovat přes 1000 kg za rok.³⁶⁶ Roku 1928 se výsadbě ovocných stromů a pěstování zeleniny přidalo ještě zřízení skleníků. Dlužno zmínit, že se v nich vedle pelargónií, petúnií, karafiátů, hyacintů, fikusů a dalších okrasných rostlin pěstovala i raná zelenina jako kedlubny a salát.³⁶⁷ Masných produktů a zeleniny dokázala léčebna vyprodukovat tolik, že pokryla téměř celou svou spotřebu. Už sám dvůr v Dolních Požárech dokázal pokrýt celou spotřebu mléka a hovězího masa, u vepřového masa to bylo zhruba 60% a u brambor zhruba 90% spotřeby ústavu.³⁶⁸ Stará deputátní budova dvora V Dolních Požárech byla stržena a na jejím místě byla vybudována nová jednopatrová stavba se zdravými a vzdušnými byty. Sanatorium bylo nadále rozšiřováno co do velikosti lesní plochy. Lesy sloužily jako přirozená ochrana proti škodlivým povětrnostním podmínkám a jako terapeutické místo pro procházky pacientů.

I když hlavní finanční podporu získávala léčebna díky péči spolku Humanita a především jejího předsedy – Václava Johanise, byla schopná si zajistit některé finanční

³⁶⁴ Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 8.

³⁶⁵ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 12.

³⁶⁶ SOA Praha, LTRN Prosečnice, kniha č. 1, inv. č. 123, *Účetní rozvaha 1926 – 1929*, v Prosečnici 1926 – 1929, s. 21. Dále: SOA Praha, LTRN Prosečnice, kniha č. 2, inv. č. 124, *Účetní rozvaha 1930 – 1936*, v Prosečnici 1930 – 1936, s. 64. Výkaz za rok 1927: Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřitelem lidstva*, s. 46.

³⁶⁷ SOA Praha, LTRN Prosečnice, kniha č. 1, inv. č. 123, *Účetní rozvaha 1926 – 1929*, v Prosečnici 1926 – 1929, s. 106 – 107. O druhu a množství pohledávek se lze dočíst ve všech třech účetních rozvahách z let 1926 – 1939, které se ve fondu LTRN Prosečnice dochovaly.

³⁶⁸ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 25.

prostředky z vlastní činnosti a nebyla tedy odkázána pouze na dobročinnost. Ve výkazech zisků a ztrát za rok 1927 byl na prvním místě uveden zisk z úhrad léčebného ve výši 4 467 498, 80 Kč. Nejvíce pohledávek získávala léčebna od okresních nemocenských pojišťoven, zemských nemocenských pojišťoven a všeobecných pojišťoven. Na straně zisků se dále objevovala pekárna, zubní ambulance, úroky, ale také např. pohlednice a od tohoto roku i ústavní konzum. Ve skupině největších výdajů v hodnotě stovek tisíc ročně zaujímal první příčku obstarávání mezd a služného, následovalo nájemné, potraviny, palivo a osvětlení. Velkým a neoddiskutovatelným výdajem byla údržba budov, strojů, cest a silnic.³⁶⁹

Při hospodaření se objevily samozřejmě i některé komplikace. Dlouhodobý a vleklý problém představovala např. pitná voda. Léčebna nutně potřebovala zdravou a nezávadnou pitnou vodu, proto podnikla několik nákladných sond a nechala v roce 1932 vykopat deset nových studní, ve kterých byla objevena pitná voda. Vodu se podařilo zachytit do jímacích zářezů, které vedly do tzv. Svitákova vodovodu. Tato práce, která stála zhruba 100 000 Kč, pomohla rozšířit vodovod, aby jím mohlo protékat až 200hl vody za 24 hodin. To sice nepředstavovalo úplné východisko z problému nedostatku pitné vody, ale rozhodně to přineslo alespoň částečné zlepšení situace. Se stále se zvyšující kapacitou ústavu se objevila i potřeba zvětšení výtlačného potrubí pro užitkovou vodu ze Sázavy. K těmto účelům bylo zakoupeno silnější čerpací zařízení a položeno nové objemnější potrubí, což byla akce velice finančně nákladná. Aby mohl ústav využívat i užitkovou vodu v době dešťů nebo vlhka, zřídil roku 1934 v lese nákladem 100 954 Kč objemný dvoukomorový vodojem.³⁷⁰ Uvedené problémy se však jeví jako maličkost oproti těm, které na léčebnu dopadly na počátku 30. let. V té době totiž projevila pražská firma Ing. Hlava v Praze zájem o pozemky „Na Splazích“ v sousedství léčebny. Firma měla zájem zřídit tam žulový lom.³⁷¹ Taková věc však nepřicházela v úvahu a Humanita se proti ní tvrdě ohradila. Žádost byla původně firmě povolena Okresním úřadem v Jílovém, spolek se však odvolal k Zemskému úřadu v Praze a ten rozsudek zrušil. Neprodleně poté se o pozemky „Na Splazích“ začala zajímat sama obec Krhanice a to ze stejného důvodu – zřízení lomu. Tentokrát žádost zamítl již Okresní úřad v Jílovém. V tu dobu se do záležitosti vložil opět Zemský úřad v Praze a z jeho rozhodnutí ze dne 22. července 1932 č. 395.463 byla osadě v Krhanicích stavba lomu v bezprostřední

³⁶⁹ SOA Praha, LTRN Prosečnice, kniha č. 1, inv. č. 123 *Účetní rozvaha 1926 – 1929*, v Prosečnici 1926 – 1929, s. 76 -77.

³⁷⁰ Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 8 – 9. Dále: *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 14 – 15.; *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*, s. 12.

³⁷¹ Zájem o lom kamene nebyl v této oblasti ničím novým. Na západní hranici sousedila léčebna se státním kamenolomem. NA, MVZTV, krt. 681, inv. č. 2870, *Náčrt důvodové zprávy k návrhu osnovy zákona o ochraně léčebných ústavů*, bez místa a data, s. 2.

blízkosti sanatoria povolena. Spolku nezbylo než podat stížnost k Nejvyššímu správnímu soudu.³⁷² Humanita argumentovala tím, že lom by znamenal hluk a zvýšenou prašnost, což by netvořilo pro tuberkulózní pacienty vhodné prostředí pro léčení. Navíc se při stavbě lomu předpokládalo i vykácení části lesa z východní strany sanatoria, což by výrazně narušilo povětrnostní podmínky na území sanatoria.

Nakonec byl této stížnosti přiznán odkladný účinek a tak byla stavba lomu zastavena. V akci se angažoval nejen spolek Humanita, ale i Český pomocný zemský spolek pro nemocné plicními chorobami či Ústřední svaz nemocenských pojišťoven. Jelikož měly pojišťovny v léčebně zaplacená svá lůžka, byly by zničením unikátního zdravotního prostředí v okolí sanatoria znehodnoceny jejich investice. Spolky začaly lobovat na základě této zkušenosti u MVZTV za vznik právní normy na ochranu léčebných ústavů.³⁷³ Věc se dostala až tak daleko, že se na ministerstvu snažili o sestavení osnovy zákona na ochranu léčebných ústavů. Záležitost se však táhla a ještě v roce 1934 nebyla osnova nového zákona na dohled. Ministerstvo si chtělo být jisté dosahem takového zákona a požádalo o spolupráci Státní zdravotní ústav, jakožto záštitu ve vědeckých otázkách. MVZTV se navíc rozhodovalo, zda místo uvedeného zákona neřešit spíše otázku přesného úředního povolování ústavů. Pokud by totiž měly léčebné ústavy nějaké výhody, mělo mít už povolování jejich zřízení mnohem jasnější a systematičtější pravidla.³⁷⁴

IV. 1. 2. Léčebná péče v sanatoriu

První čtyři pacienti byli do léčebny v Prosečnici přijati ještě před oficiálním otevřením dne 7. května 1922. V době oficiálního otevření 14. května se sanatorium staralo již o patnáct nemocných. Přijetí každého pacienta však předcházela předem stanovený postup. Přijímání a propouštění pacientů bylo v diki říditelství léčebny. Pokud byl žadatel s plicní chorobou členem některé z nemocenských pojišťoven, musel podstoupit vyšetření lékařem v plicní

³⁷² NA, MVZTV, krt. 681, inv. č. 2870, *Podání osnovy zákona o ochraně léčebných ústavů*, v Praze dne 12. září 1932. Dále: *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 10.

³⁷³ Daná myšlenka se ve společnosti objevovala už delší dobu. Vzrůstající industrializace a s ní spojená rozšiřující se komunikační síť začínaly poškozovat životní prostředí v okolí mnoha léčebných ústavů. Ministerstvo vnitra sice nabádalo obecní a politické úřady, aby chránily „*veřejné zdravotní zájmy léčebných a humanitních ústavů... proti zmenšování a ubírání prostoru světelného a vzduchového*“ ze strany soukromoprávních institucí. NA, MVZTV, krt. 681, inv. č. 2870, *Náčrt důvodové zprávy k návrhu osnovy zákona o ochraně léčebných ústavů*, s.d., s. 2.

³⁷⁴ Otázka nového zákona byla o to složitější, že ani Státní zdravotní ústav si nebyl jist, zda by tato problematika měla být řešena formou samostatného právního předpisu nebo jako součást zamýšleného všeobecného nemocničního zákona. NA, MVZTV, krt. 681, inv. č. 2870, *Petice spolku „Humanita“ stran kácení lesa v Krhanicích; ochrana léčebných ústavů*, v Praze dne 16. června 1934. Dále: samostatného právního předpisu nebo jako součást zamýšleného všeobecného nemocničního zákona. NA, MVZTV, krt. 681, inv. č. 2870, *Petice spolku „Humanita“ stran kácení lesa v Krhanicích; ochrana léčebných ústavů*, v Praze dne 17. září 1934.

stanici Ústřední sociální pojišťovny. Pro nemocné bez nemocenského pojištění prováděl tyto prohlídky dobrovolně MUDr. Albert Schwarz v Léčebném ústavu ve spolkovém domě v Praze.³⁷⁵ Pokud byl nemocný uznán za vyléčitelného a tím pádem vhodného pro umístění do některého ze sanatorií, mohla se na několik následujících týdnů či měsíců stát jeho dočasným domovem i léčebna v Prosečnici. Ošetřovací taxu za nemocného platily nemocenské pojišťovny. U nemajetných tuberkulózních osob, které žádné pojištění neměly, nebo ho již vyčerpaly, mohlo být léčení hrazeno ze speciálního fondu V. Johanise, který byl právě k tomuto účelu založen. Za pět let od svého vzniku roku 1926 umožnil fond léčení dvaceti osob, které by na něj jinak neměli nárok. Aby chudí pacienti, kteří měli často již své rodiny, mohli v klidu podstoupit několikátýdenní léčbu, byl k Johanisovu fondu zřízen ještě podpůrný Masarykův fond. Z něj byla hrazena podpora, potraviny a také výpomoc rodinám prosečnických pacientů. Když přišla hospodářská krize, rozhodl se výbor spolku, že vyčlení deset lůžek v prosečnickém sanatoriu na léčení nezaměstnaných osob s tuberkulózním onemocněním plic.³⁷⁶

Zpočátku bylo sanatorium určeno pouze pro muže. Teprve 5. října 1922 byla na konferenci Masarykovi ligy proti tuberkulóze otevřena debata, zda by měla být striktně oddělena léčba žen a mužů tak, že by se muži léčili v sanatoriu na Pleši a ženy v sanatoriu v Prosečnici. Tento návrh byl však už v počátku zamítnut. 7. května 1923, přesně rok po zahájení léčení v prosečnickém ústavu bylo rozhodnuto, že se v ústavu v Prosečnici budou léčit i pacientky ženy. Bylo pro ně vyhrazeno 100 lůžek v pavilonu pí. Masarykové. Mužům byl určen pavilon J. Steinera. Za rok 1923 bylo v sanatoriu ošetřeno 155 žen a 1007 mužů. I v následujících osmi letech převažoval vždy počet léčených mužů a to téměř o polovinu.³⁷⁷

Ve svých počátcích byla léčebna spíše ozdravovnou. Hlavním nástrojem byla hygienicko – dietetická metoda, která spočívala především v umístění pacienta do hygienicky vyhovujícího prostředí, upravení jídelníčku, nastolení klidového režimu s dostatkem procházek, čerstvého vzduchu a slunečního svitu. O způsobu léčby rozhodovalo především to, zda se jednalo o tuberkulózu s aktivním nebo neaktivním plicním procesem. První z nich byl léčen především klidem na lůžku, druhý naopak jistou mírou pohybu a procházek. Jedním z hlavních léčebných prostředků byla léčba klidem na lehárně.³⁷⁸ Roku 1923 byla zařízena první rentgenová síň, jelikož rentgen byl jedním z nejdůležitějších zařízení pro diagnostiku

³⁷⁵ Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 96.

³⁷⁶ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 15 – 16.

³⁷⁷ Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřitelem lidstva*, s. 81. Dále: Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 93.

³⁷⁸ Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřitelem lidstva*, s. 20 – 21.

tuberkulózního onemocnění. O rok později přibylo i krční oddělení, které do té doby nebylo v léčebnách tohoto druhu obvyklé. Vedeno bylo doc. Dr. Karlem Greifem, stejně jako krční oddělení v léčebně na Pleši. Doc. Dr. Greif dojížděl do obou těchto ústavů. Krční oddělení se zabývalo především hrtanovou tuberkulózou, která byla po dlouhou dobu považována za nevléčitelnou. Již ke konci 19. století se však podařilo tento mýtus vyvrátit a ve 20. letech 20. století se již díky zdokonalené laryngoskopické technice a vhodným nástrojům dala hrtanová tuberkulóza naprosto vyléčit. Nutno však dodat, že se muselo jednat o případy počáteční, nikoliv pokročilé.³⁷⁹

Jak postupovala lékařská věda, chirurgické zákroky se v léčebnách prováděly stále více, především již zmíněný pneumotorax, který byl součástí tzv. kolapsoterapie. Léčení touto chirurgickou metodou bylo v sanatoriu zavedeno ke konci roku 1925, kdy sem byl přivezen tzv. Küssův pneumotorax a nové lampy a štít k rentgenu. Dalším významným datem bylo otevření nového hospodářsko - administrativního pavilonu roku 1931, přičemž se uvolnily místnosti v hlavním Johanisově pavilonu např. pro novou pneumotoraxovou síň s novým přístrojem. Svůj podíl na této změně měly i plicní stanice ÚSP, které zpřesnily svou diagnostiku pacientů, vhodných k sanatornímu léčení. Dřívější praxe, kdy většina sanatoria byla obsazena pouze lehkými případy a pacienty s neaktivní formou tuberkulózy, jejichž léčba závisela především na hygienicko – dietické metodě, se začala měnit. Vybíráním vhodných pacientů se zvýšila i potřeba provádění hrudních chirurgických zákroků. Tímto však padla na léčebny také daleko větší zodpovědnost.³⁸⁰

Výstavba nového správního pavilonu roku 1931 přinesla pacientům všeobecné zvýšení komfortu v sanatoriu. Nové velké prostory (např. bývalé mužské jídelny) byly přepažovány a vznikaly tak malé pohodlné ložnice. Na počátku 30. let ústav disponoval 10 dvoulůžkovými, 23 třílůžkovými, 42 čtyřlůžkovými, 6 šestilůžkovými, 1 sedmilůžkovým a 12 osmilůžkovými pokoji. I počet leháren se zvýšil, navíc byly nyní rozděleny na lehárny pro případy lehké, těžší a nejtěžší. Dvě velké lehárny pojaly až 276 lehátek pro lehké případy, čtyři lehárny s 55 lehátky pro těžší případy byly umístěny ve spojkách mezi pavilony, kam měli pacienti snazší přístup. Na balkonech hlavního Johanisova pavilonu bylo umístěno 12 lehátek pro ty nejtěžší případy. Také krční ordinace získala nové větší prostory spolu s moderním třípokojevým

³⁷⁹ Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřítelem lidstva*, s. 47 – 48.

³⁸⁰ *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 21. Roku 1932 bylo v Prosečnici léčeno umělým pneumotoraxem 175 pacientů. Spolu s předešlými roky byl pneumotorax zaveden u 321 osob.

inhalatériem. Objevily se i snahy o zřízení sálu pro helioterapii,³⁸¹ ale na jeho zařízení už neměla léčebna dostatek financí.³⁸²

V roce 1932 však na sanatorium s konečnou platností dolehla všudypřítomná hospodářská krize, která se dotkla i nemocenských pojišťovacích ústavů. Pojišťovny začaly značně šetřit s posíláním svých klientů do léčeben, a to se odrazilo i na obsazenosti sanatoria v Prosečnici. Největší pokles obsazenosti nastal poté, co Okresní nemocenské pojišťovny přestaly do léčebny posílat své klienty. Léčebna se následně pokusila zvrátit nastalou situaci vyčleněním speciálního oddělení a zavedením tří ošetrovacích tříd pro soukromé pacienty, kteří by zaplnili neobsazená lůžka. Navíc podal spolek žádost na ministerstvo obrany, aby mohlo být sanatorium zařazeno do seznamu ústavů pro léčení příslušníků branné moci. Snahy funkcionářů se však zdařily pouze z části. I přes přijímání privátních pacientů zůstávalo permanentně zhruba třicet lůžek neobsazených. Počty pacientů přestaly sice klesat, ale na druhou stranu už dále nerostly.³⁸³

Krizi v obsazenosti lůžek se sanatorium snažilo řešit také snížením ošetrovací sazby. Pro všechny pacienty, kteří byli do léčebny posláni některou z nemocenských pojišťoven nebo jinou sociální institucí, platila stejná taxa 40 Kč denně za III. ošetrovací třídu. Od 1. ledna 1935 byla taxa snížena o 4 Kč na 36 Kč za den. Pro soukromé pacienty byla vytvořena stupnice tří ošetrovacích tříd, které se lišily především komfortností ubytování a větším výběrem při stravování.³⁸⁴ Ošetrovací sazba zahrnovala vše od ubytování, stravování, lékařského ošetření a léků až po praní prádla. Z hlediska lékařských zákroků bylo vše, včetně pneumotoraxových operací, krčních operativních zákroků, nitrokrčního ozařování u pacientů s krční tuberkulózou, zahrnuto již v ošetrovací sazbě. Nemocenským pojišťovnám byly účty vždy posílány zpětně, naproti tomu privátní pacienti museli platit vždy dopředu.³⁸⁵

O léčení pacientů se v průběhu roku staralo šest lékařů, v sezóně jich však mohlo být až sedm nebo osm. Dále v ústavu působili dva medicí, deset ošetrovatelek, dvě ošetrovatelky elefky, jeden asistent lékárny a jedna laborantka. Prvním ředitelem sanatoria byl Dr. Václav Skalák, který se zasadil o vznik krčního oddělení a alespoň základní péči o chrup pacientů.

³⁸¹ Helioterapie – léčba slunečním zářením.

³⁸² Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 19. Dále: *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 12 – 13.

³⁸³ V roce 1931 bylo v léčebně ošetřeno 1547 osob s celkovým počtem 138 937 ošetrovacími dny, v roce 1932 to bylo 1466 osob s 129 824 dny. *Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932*, s. 23. Dále: *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*, s. 11 – 12.

³⁸⁴ I. třída zajišťovala pacientovi jednolůžkový pokoj, směřovaný na jih s balkonem a výběr diet. Tato třída stála soukromého pacienta 70 – 80 Kč denně. Tento komfort se snižoval s rostoucí třídou. Ve III. ošetrovací sazbě se museli nemocní spokojit s více lůžkovým pokojem bez dalších výhod. *Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934*, s. 36.

³⁸⁵ Tamtéž, s. 36.

Roku 1926 převzal tuto funkci Dr. Otto Lukas. Ohledně stavu ošetřovatelek lze dodat, že nikde nebyla nalezena zmínka o tom, že by ošetřovatelky byly řádové sestry, jak tomu bylo v léčebně na Pleši.³⁸⁶

Jelikož si byla už tehdy lékařská věda velice dobře vědoma vlivu duševního rozpoložení pacienta na jeho fyzický stav, činili zaměstnanci ústavu vše pro to, aby pacienti neupadali do deprese. Ústavní park byl roku 1934 obohacen o růžové keře, kolem ústavu proběhla velká zalesňovací akce, při níž bylo vysazeno kolem 30 000 lesních stromků. Pokud pacienti nemohli být venku, snažili se jim ošetřovatelé najít rozptýlení i uvnitř ústavu. Místnosti bývalé prádelny a žehlírny v pavilonu paní Masarykové byly přeměněny na společenskou místnost a divadelní sál s jevištěm. Zde se pořádala divadelní představení, zájmové či naučné přednášky nebo koncerty. Prostor divadelního sálu byl využíván jednou týdně jako biograf, léčebna si pro tento účel pořídila vlastní kinematografický aparát a zvukovou aparaturu.³⁸⁷

Výsledky léčení každého pacienta byly hodnoceny z hlediska jeho pracovní schopnosti. Propuštění tak nebyli vždy jen vyléčení pacienti. Pokud měl nemocný po delší dobu neaktivní formu tuberkulózy, při níž byl uznán jako práce schopný, byl navržen k doléčení v ozdravovně nebo pokračoval v ambulantní léčbě. U pacientů, u nichž nedošlo ani po delším léčení k pokroku a kteří byli nakonec uznáni za trvale práce neschopné, bylo doporučeno přeložení do nemocnice nebo podle uvážení do domácího ošetřování.³⁸⁸

IV. 1. 3. „Jedna rána za druhou“ – doba nacistické okupace a následné zestátnění sanatoria po roce 1948

Zřízení Protektorátu Čechy a Morava se odrazilo na chodu mnoha významných léčebných zařízení a Sanatorium pro plicně choré v Prosečnici nad Sázavou nebylo v tomto ohledu žádnou výjimkou. Roku 1940 dosadila německá správa do vedení ústavu své zaměstnance. Nově dosazené vedení však v léčebně nevydrželo dlouho. Na konci roku 1941 obsadily levý břeh Sázavy od Benešova jednotky SS, které si zde zřídily své cvičiště. Začátkem roku 1942 bylo cvičiště rozšířeno i o prostor sanatoria. Jeho budovy nově sloužily jako úřadovna velitelství SS, tanková škola SS, Junkerská škola, ale třeba také jako vězení pro delikventy SS. Pozemky, budovy a dvory byly zakoupeny říší za 18 mil. korun, i když jejich

³⁸⁶ Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 18 – 93.

³⁸⁷ Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934, s. 12.

³⁸⁸ Spolek Humanita a sanatorium v Prosečnici 1931 – 1932, s. 20.

faktická hodnota dosahovala 50 mil. korun.³⁸⁹ Pacienti byli ze sanatoria převezeni do lázní Velichovek, které byly následně přeměněny na náhradní léčebnu tuberkulózy. Do Velichovek byl převeden také lékařský personál a veškeré zařízení. Ředitelem Plicní léčebny Velichovky se stal Dr. B. Urbančík, původní ředitel sanatoria v Prosečnici. Nová léčebna byla částečně uvedena do provozu v květnu 1942.³⁹⁰

Roku 1944 byly na území zrušené léčebny přesunuty zbylé jednotky SS z říše i ze států tzv. „Osy“. Sešlo se zde velké množství národností – Italové, Rumuni, Bulhaři, ruští Volksdeutsche, 4000 členů Hlinkovy gardy a mnoho dalších. Na obou březích Sázavy v tu dobu údajně tábořilo na 50 000 vojáků SS, vyzbrojených těžkou vojenskou technikou. Když začala válka směřovat ke svému konci, začaly se i zde objevovat mezi vojáky nepokoje. Někteří se dokonce pokusili uprchnout. Na jaře roku 1945, kdy už byl jasný postup spojeneckých vojsk, se důstojnická škola SS narychlo přestěhovala do Dolního Rakouska a okamžitě je následovaly i elitní jednotky. Na pozemcích léčebny se do poslední chvíle ukrývalo ve sklepích 650 vojáků SS, kteří byli nakonec 8. května odzbrojeni dobrovolníky československé armády a Revoluční gardy. Českoslovenští dobrovolníci drželi sanatorium až do příjezdu Rudé armády. Po jejich příjezdu na konci května 1945 se v budovách sanatoria usídlil strážní prapor Rudoarmějců, kteří byli během války umístěni v zajateckém táboře na protějším břehu řeky Sázavy spolu se 30 000 dalších vojenských i civilních zajatců.

Do péče zdravotnictví bylo sanatorium předáno až na podzim roku 1945 ve velice neutěšeném stavu. Přítomnost Rudé armády si na objektu vybrala svou daň, jejímu řádění neuniklo ani vnitřní zařízení. Aby mohla být léčebna znovu uvedena do provozu, bylo zapotřebí 14 mil. korun, které byly věnovány Správou Spojených národů pro pomoc a obnovu (zkráceně UNRRA). Tato organizace, jak už její název napovídá, vznikla z vůle vítězných států za účelem pomoci válkou postiženým oblastem. O opravy sanatoria se postaral Ústřední svaz nemocenských pojišťoven a veřejnosti bylo odevzdáno 9. listopadu 1946. V následujících třech letech se v léčebně vystřídali tři ředitelé. Prvním poválečným ředitelem byl MUDr. Jaroslav Novotný, kterého v roce 1947 ho nahradil prof. Eiser. 1. července 1948 proběhlo předání sanatoria do péče Ústřední národní pojišťovny a k další výměně na ředitelském postu, tentokrát za prof. Dr. Ericha Jančíka. V roce 1947 byl obnoven operační sál, takže léčebna mohla konečně opět naplňovat svou funkci. Na tomto sále prováděl do 3. března 1949 své operace primář MUDr. Kasal. Po jeho odchodu zde prováděli operace

³⁸⁹ SOA Praha, LTRN Prosečnice, krt. 2, inv. č. 32, *Propagace léčebny – leták k 75. výročí založení léčebny v Prosečnici nad Sázavou*, v Prosečnici 1997, s. 7.

³⁹⁰ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Přehled činnosti léčeben pro tuberkulózní v roce 1942*, v Praze roku 1942.

především chirurgové II. kliniky tuberkulózy a respiračních nemocí MUDr. Diviše – např. MUDr. Kleint. Roku 1949 byl v ústavu zřízen i druhý infekční operační sál, který sloužil chirurgům I. kliniky doc. Kropáčka.³⁹¹

Léčba tuberkulózy zaznamenala po druhé světové válce obrovský skok. Léčebnu tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici tak nadále ovlivnily nejen politické události ve státě, ale především vývoj lékařské vědy, který především tuberkulózu po čase téměř vymýtil.

IV. 2. Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí v Nové Vsi pod Pleší

Historie plicního sanatoria v Nové Vsi pod Pleší se začala psát roku 1899 a byla úzce spojena s dobročinným Spolkem k zřizování a udržování léčeben pro nemoce plicní, který byl později známý jako Český zemský pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách. Hlavní idea spolku byla jasně patrná už z názvu. Již na poradní schůzi 11. července 1899 si spolek určil jasnou metu v podobě stavby plicní léčebny pro dospělé. Před založením samotného sanatoria na Pleši slavil spolek hned dva další úspěchy, nejdříve při zřízení Maixnerova dispenzáře v Praze roku 1905, podruhé při zřízení plicního sanatoria pro děti „Albertinum“ v Žamberku roku 1907. Tyto snahy doprovázely i menší akce – zařizování dětských hřišť, letních kolonií a osad pro nemocné děti či chorobinců pro tuberkulózní sirotky. Největší výzva ale na spolek stále ještě čekala.³⁹²

Nejdříve bylo potřeba zapracovat na mínění veřejnosti. Bylo vytištěno tisíce letáků, plakátů a brožur. Konaly se přednášky, maškarní slavnosti a veřejné sbírky.³⁹³ To vše za jediným cílem ukázat nový myšlenkový proud a potřebu změny v postoji veřejnosti k zdravotnickým otázkám, které přinesl začátek 20. století. Následně se spolek snažil zainteresovat do daného úkolu i státní a zemskou správu. Proto navázal roku 1903 styky s tehdy novým ústředním Zemským svazem pomocných spolků pro nemocné plicními chorobami. K celoplošné informovanosti o spolku a jeho snahách dopomohlo zakládání místních odborů ČPZS. Aby snahy o zřízení vhodného sanatoria dostaly jasnější obrysy, bylo

³⁹¹ SOA Praha, LTRN Prosečnice, krt. 2, inv. č. 32, *Propagace léčebny – leták k 75. výročí založení léčebny v Prosečnici nad Sázavou*, v Prosečnice 1997, s. 8.

³⁹² Dvořák, Jan. *Vznik a vývoj organizace boje proti tuberkulóze v Čechách II*. Praha: Česká grafická akciová společnost „Unie“, 1916. Uloženo ve fondu: Státní oblastní archiv v Praze (dále SOA Praha), Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí Nová Ves pod Pleší (1910 – 1975) (dále OLÚTRN NVPP), nezpracovaný fond, *Vznik a vývoj organizace boje proti tuberkulóze v Čechách II.*, v Praze r. 1916.

³⁹³ Ve fondu se nachází kniha výstřižků s reklamními články na podporu stavby sanatoria již z roku 1910. Spolek vybízel českou veřejnost k podpoře stavby především o dušičkách, v době konání věcných loterií či v dobách konání valných hromad spolku. „I. Česká Loterie“ se konala roku 1909 s výnosem 150 000 K, další následovala roku 1912. SOA Praha, OLÚTRN NVPP, kniha, nezpracovaný fond, *Reklamní články ve prospěch stavby sanatoria na Pleši*, v Praze 1910 – 1919.

na výborové schůzi spolku dne 15. října 1906 schváleno založení zvláštního fondu na jubilejní sanatorium pro nemocné plicními chorobami.³⁹⁴

Dalším velkým úkolem bylo hledání vhodného mecenáše, který by věnoval spolku větší finanční obnos nebo vhodnou stavební parcelu ke zřízení sanatoria. Hledaného dobrodince našel spolek v osobě knížete Josefa Colloredo - Mansfelda, který daroval na stavbu sanatoria 300 jiter lesa na Dobříšsku. Nyní již bylo potřeba pouze sesbírat dostatečný stavební a zařizovací kapitál, aby se mohlo začít s projektováním. Roku 1908 byl schválen stavební program, který počítal se stavbou administrační budovy, budovy pro čtyřicet nemocných s lehárkami a příslušnými místnostmi a nakonec se strojovnou a prádelnou. Od počátku stavby se však počítalo s pozdějším rozšířením o další pavilon a o byt pro lékaře a správce. Na schůzi výboru dne 20. července 1908 bylo usneseno, aby zřizované sanatorium neslo název „*Jubilejní sanatorium na oslavu 60letého panování J. Veličenstva císaře a krále Františka Josefa I.*“ Základní kámen byl položen dne 6. prosince 1908. Ještě před zahájením stavby muselo být rozhodnuto, pro koho bude přesně léčebna určena. Po menších dohadách členů výboru bylo usneseno, aby léčebna sloužila zatím pouze pacientům se zhojitelnou formou tuberkulózy. Nevyloučili však možnost, že později by zde mohli být léčeni i pacienti se zhoubnou formou této nemoci. Během následujících dvou let došlo k vývoji projektu, až nakonec byl 10. ledna 1910 na mimořádné valné hromadě spolku přijat návrh na provedení stavby v pavilonovém systému podle náčrtu prof. Kříženeckého s kapacitou 120 lůžek a se stavebním nákladem 650 000 K.³⁹⁵

Stavba byla oficiálně započata dne 21. října roku 1912. Vedle stavebního komitétu, který zařizoval všechny záležitosti ohledně dozoru na výstavbu sanatoria, byl zřízen také finanční komitét. Tento komitét měl zajistit vhodné platební podmínky týkající se stavebního procesu. Vedle těchto otázek řešil finanční komitét i záležitosti budoucí a to hlavně schopnost finančního zabezpečení ústavu v době jeho provozu. Po zahájení stavby se během porad výborových schůzí začaly řešit i praktické otázky každodenního chodu léčebny. Na program se tak dostaly záležitosti vnitřního zařízení ústavu, administrativa, kuchyně a v neposlední řadě i lékařský a další odborný personál, bez nějž by se sanatorium jistě neobešlo.³⁹⁶ Důležitým bodem bylo zajištění ochranného pásma na Pleši, aby v okolí sanatoria nemohlo

³⁹⁴ Sanatorium získalo přídomek jubilejní, jelikož bylo projektováno k oslavě šedesátiletého výročí panování Františka Josefa I. na rakouském trůnu. SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vznik a vývoj organizace boje proti tuberkulóze v Čechách II.*, v Praze r. 1916, s. 42 - 51.

³⁹⁵ Tato částka měla stačit na vybudování poloviny pavilonu a navíc v sobě nezahrnovala instalační a vnitřní zařízení. Tamtéž, s. 54 - 56.

³⁹⁶ V lékařském komitétu došlo k rozepři mezi členy kvůli obsazení místa ředitele sanatoria. Názor předsedy komitétu Dr. Záhoře, aby na zmíněné místo byl vypsan veřejný konkurz, byl přehlasován zbylými členy komitétu a tak bylo rozhodnuto, že křeslo ředitele léčebny bude obsazeno bez konkurzu.

dojít ke zřizování dolů nebo k podobným hornickým pracím. 8. března 1915 byl v zemském zákoníku vyhlášen „*ochranný rayon pro Pleš vzhledem k pracím kutacím*“. Pásmo sahalo na východě až k Senešnici a na západě až k Mníšku. Okresní lékař navíc zaručil, že v dané oblasti nepovolí žádný průmyslový závod. Následovaly další projekty: na zavedení telefonní stanice v Pleši, na úpravu vodovodu a zavedení odželezňovací stanice, na zřízení lékárny v prostorách sanatoria atd.³⁹⁷

Na výborové schůzi 8. března 1915 začal spolek uvažovat o propůjčení sanatoria dočasně pro navrátní se vojíny stížené plicní chorobou. Válka tuberkulóze přidala na síle a ČPZS nechtěl zůstat k nastalé situaci lhostejný. V rámci podání této žádosti na ministerstvo vnitra a ministerstvo války chtěl spolek zároveň urgovat svou žádost o státní garanci půjčky na sanatorium. To byl evidentně krok správným směrem, jelikož již 31. března téhož roku sdělil předseda výborové schůze, že byla spolku poukázána slíbená subvence 40 000 K. Ministerstvo války požadovalo zřízení „baráků“ pro vojíny a otevření sanatoria s předstihem už 1. července namísto 1. října.³⁹⁸ Valná hromada se nakonec usnesla ke zřízení čtyř „baráků“, dřívější otevření léčebny se ale nepodařilo. Spolek se pokoušel využít všech výhod, které by mu předání sanatoria vojenské správě mohl přinést. Počítalo se s tím, že po předání dostane léčebna další subvence, jak na postavení „baráků“, tak na zařízení a vedení sanatoria. Doufali, že sanatorium také snadněji získá různá povolení – jako např. zavedení telefonní linky na Pleš či stavbu vlastní čekárny na nádraží. Vojenská správa však rezolutně jakékoliv dotace i výhody odmítla. Spolek se tak musel potýkat s nečekanou situací. Očekával nejen finanční podporu³⁹⁹, ale i předání vedení léčebny do rukou vojenské správy. Do situace se navíc připletla Státní zemská ústředna, která si v sanatoriu vyhradila 125 postelí. Pokud by totiž sanatorium přešlo pod vojenskou správu, nemohl by spolek svému závazku dostat. Poměr mezi spolkem, Státní zemskou ústřednou a vojenskou správou byl v tu chvíli nejasný a bylo nutné za stávajících okolností zaujmout nějaké stanovisko. Někteří členové spolku chtěli zamezit kolizím vytvořením kuratoria, v němž by byly zastoupeny všechny tři složky, jiní žádali, aby spolek vedl ústav sám ve své vlastní režii. Spolku nakonec nezbylo jiné řešení, než souhlasit s předáním sanatoria vojenské správě i za předpokladů, že to nepřinese žádný zisk. Mohli ale doufat, že se postoj vojenské správy změní a jejich pobyt na Pleši přeci jen ústavu

³⁹⁷ Tamtéž: s. 62 – 70.

³⁹⁸ Spolek žádal o 90% úhradu nákladů na stavbu slíbených „baráků“ pro vojíny. 10% měl zaplatit sám spolek s tím, že mu budou baráky po určité době přenechány. Tamtéž, s. 72.

³⁹⁹ Bylo zažádáno o 150 000 K na dostavbu a požívání sanatoria vojenskou správou. Na stavbu sanatoria bylo vydáno 1000 000 K, nekryto zůstávalo v tu dobu 358 000K a hotové jmění spolku čítalo 140 000K.

zajistí určité výhody. Minimálně jí budou moci přenechat jednání se Státní zemskou ústřednou. I tato jednání však vyšla naprázdno.⁴⁰⁰

Poslední možností bylo navázat těsnější kontakt s ministerstvem vnitra prostřednictvím Státní zemské ústředny pro království České pro péči o vrátivší se vojíny. Výsledkem tohoto kroku byla subvence od zmíněné ústředny ve výši 175 000 K pro postavení čtyř „baráků“ ze dne 3. října 1915. Součástí subvence však byly určité podmínky, které si ústředna stanovila – tou nejhlavnější bylo zajištění 80 míst v „barácích“ pro nemocné vojíny minimálně po dobu tří let a k tomu 75 míst ve východním pavilonu samotné léčebny pro stejné účely. „Baráky“ se okamžitě stávaly majetkem spolku a bylo stanoveno, že po uplynutí tří leté lhůty je mohl využít k dalšímu ošetřování nemocných plicními chorobami. Nakonec se spolek pokoušel ohradit vůči paušálnímu ošetřovacímu poplatku vojenské správy v hodnotě čtyř korun za osobu a den.

I když byl problém s dostavbou vyřešen, otevření sanatoria se stále oddalovalo. Válečné poměry totiž stavěly do cesty další a další překážky. Jednou z nich bylo personální obsazení léčebny. Ustanovený ředitel prof. Dr. Rudolf Eiselt konal vojenskou službu v pozorovací stanici v Pardubicích a spolku se nedařilo zařídit jeho přeložení na Pleš. Další překážkou v otevření sanatoria byla nedostatečná finanční záloha, kterou měl spolek přislíbenou od vojenské správy. Tato záloha měla sloužit na nákup paliva, potravin a dalšího zboží, bez něhož nemohlo dojít k otevření léčebny. Jelikož byly finance spolku stavbou značně vyčerpány, musel se ČZPS opět obrátit na Státní zemskou ústřednu. Ta vyhověla jeho žádosti až výnosem ze dne 12. února 1916, ve kterém přislíbila subvenci 30 000 K na vnitřní zařízení a zahájení chodu léčebny. Navíc získal spolek bezúročnou půjčku ve výši 10 000 K.⁴⁰¹

IV. 2. 1. Otevření jubilejního sanatoria na Pleši a jeho hospodaření do roku 1939

Zatímco probíhala jednání ohledně financování sanatoria, připravoval se výbor ČZPS na jeho otevření. Ve výborové schůzi dne 28. listopadu 1915 schválili členové spolku ustanovení sedmičlenného kuratoria pro správu ústavu. Pět členů pocházelo z výboru, jeden ze Státní zemské ústředny a posledním měl být ředitel léčebny.⁴⁰² První ustanovené kuratorium vypadalo následovně: dvorní rada E. Maixner, prof. R. Kříženecký, Dr. Friedl, Dr.

⁴⁰⁰ Tamtéž, s. 71 – 77.

⁴⁰¹ Tamtéž, s. 79 – 81.

⁴⁰² Spolek se po celou dobu stavby sanatoria snažil zajistit pro léčebnu jiné vedení (státní vojenskou správu, Státní zemskou úřadovnu). Nakonec však byl okolnostmi přinucen ke správě vlastními prostředky, na což nebyl z počátku vůbec připraven.

Fischer, rada Engelmann, ředitel Živnobanky A. Kosák a doc. Dr. Eiselt. Rozšíření kuratoria mohlo být provedeno kooptací. Jeho vztah k ČZPS závisel v tom, že kuratorium mělo jisté pravomoci stanovené zvláštní instrukcí, ale zároveň bylo zodpovědné výboru, který musel všechna usnesení a opatření kuratoria dodatečně schválit.

Superarbitrační komise se rozhodla, aby ze začátku byli do léčebny přijati jen pacienti s lehkou formou tuberkulózy. Těžké případy měly vyčkat až na dostavbu „baráků“. Dopředu bylo vybráno 25 vojnů, kteří měli být přijati hned v den otevření léčebny. Taxa na jejich ošetření byla i přes protesty stále 4 K na osobu a den. Cena však závisela také o vojenské šarže pacienta. Na Pleš měl být přijat také jeden důstojník, dva poddůstojníci a čtyři sanitní muži, jejichž taxa čítala 1,50 K.⁴⁰³ Okamžitě se tím pádem vynořila otázka, co se učiní s deficitem, který měl při tak nízkých ošetrovacích sazbách nastat.

Léčebna byla slavnostně otevřena 2. února 1916. Již 5. února se konala schůze kuratoria, kde hlavním tématem bylo opět financování ústavu. Členové kuratoria se shodli, že s nastavenou sazbou 4 K na vojína a den není možné ani při plné obsazenosti vyjít. Měli tak před sebou nelehký úkol, buďto si vymoci navýšení sazby minimálně o 2 K na osobu, nebo začít šetřit na provozu léčebny. Prvním krokem bylo snížení nákladů na minimum. Jistou možností představovalo zajištění zásobování potravinami od vojenského dodavatele za režijní ceny.⁴⁰⁴ Sanatoriu pomohla přítomnost velícího důstojníka setníka Butty, který se postaral o zásobování ústavu některými potravinami z vojenského skladu a pomohl vyjednat i dodávky uhlí. Nedostatkovým zbožím byly především brambory, maso, tuky, zelenina a ovoce. Z pohledu zasedání kuratoria sanatoria představovalo neustále shánění potravin a základních životních potřeb hlavní náplň práce jak zaměstnanců ústavu, tak členů výboru. Obstarávání lékařských přístrojů bylo také značně ztíženo a jejich nákup byl většinou odkládán s dovětkem „až po válce“. Výjimku z celkového nedostatku představovaly místní lesy, v nichž mohly probíhat honitby. Ulovená zvěřina byla pak vítanou změnou v jednotvárném jídelníčku léčených pacientů. Místní lesy zabezpečovaly i dostatek dříví, které bylo jinak také nedostatkovou surovinou. Sanatorium dokonce obdrželo několik nabídek stran koupi dřeva z jejich lesů, tyto nabídky bývaly však zamítnuty.⁴⁰⁵ Nedostatkovou surovinou bylo naopak uhlí, jehož dovoz měl být zajištěn ze strany vojenské správy. I když se s dovozem uhlí

⁴⁰³ Tento výměr byl stanoven na základě výnosu c. k. ministerstva války č. 22.301 z 15. října 1915. Tamtéž, s. 82.

⁴⁰⁴ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 5. února 1916.

⁴⁰⁵ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 14. února 1916. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 6. listopadu 1917.

skutečně započalo v létě 1918, už v září musel ředitel sanatoria Dr. Eiselt na schůzi kuratoria konstatovat: „*Na Pleš dostavila se kalamita s uhlím. Nesvítl se již od 8. září vůbec a nepere se již 3 neděle. Nesvítl se již ani u těžkých nemocných. Svítí se petrolejem na záchodech a ve fortně. Uhlí stačí nejvýše do konce týdne, pak se přestane i vařit a čerpati voda. Ve strojovně topí se již uhlím z pekárny.*“⁴⁰⁶

I přes velké snahy o co nejšetrnější provoz mělo sanatorium brzy deficit, který činil roku 1917 při pololetní revizi 50 967 K 30 h, a to i přes povolenou subvenci od Zemské státní ústředny.⁴⁰⁷ Po zjištění míry deficitu se začalo jednat o zvýšení ošetrovací taxy na 6 K. V listopadu 1917 vláda navíc tlačila na sanatorium kvůli přijetí 100 důstojníků. Jelikož ředitel léčebny vypočet, že péče o jednoho vojína či důstojníka vyšla léčebnu na 7,95 K na den, byla potřeba změny v hrazení nákladů za vojáky nevyhnutelná. Kuratorium proto zažádalo vojenskou správu o hrazení stravného pro své vojáky s tím, že léčebna by se postarala o vše ostatní. Vojenská správa však záležitost neustále protahovala a změny se tak děly velmi pomalu. Nakonec platila za důstojníky 12 K a za mužstvo 6,50 K na osobu a den. Léčebna měla v té době kapacitu 249 lůžek. Pokud chtěla vyjít s finančním příplatkem, potřebovala mít obsazeno důstojníky minimálně 150 lůžek.⁴⁰⁸

Personální obsazení zajišťovaly v době první světové války vedle lékařů a ošetrovatelek hlavně domobranci a vojíni, kteří vykonávali především pomocné úklidové a kuchyňské práce. O budovy a pozemky se staral správce sanatoria, spolu s topičem, zahradníkem a hajným. Chod léčebny se neobešel také bez řezníka nebo truhláře. V rámci úspor byli velice často využíváni jako pomocná pracovní síla i sami pacienti, zvláště pokud ovládali nějaké řemeslo či méně časté povolání. Vypomáhali vždy ale pouze s drobnými pracemi. Perličkou v tomto ohledu byla na podzim roku 1918 žádost na pacienta Mayera, který byl mimo léčebnu zaměstnán jako tajný policista, aby vypátral zloděje ložního prádla v ústavu. Za vypátrání viníka mu byla slíbena odměna 50 K.⁴⁰⁹

Na konci I. světové války bylo sanatorium opravdu na pomezí možného přežití. Léčebna trpěla nedostatkem uhlí, léků i potravin, což se odrazilo např. ve snížení přídělů masa na 15dkg na osobu za den. Navíc se ústavu nevyhnula ani obávaná chřipka, do 23. října 1918

⁴⁰⁶ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 18. září 1918.

⁴⁰⁷ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 30. srpna 1917.

⁴⁰⁸ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 18. září 1918. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Opis ze schůze výboru*, v Praze 27. září 1918.

⁴⁰⁹ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši*, v Praze 18. září 1918.

na ní zde onemocnělo 33 osob, z toho 3 zemřely. Jelikož byla v době války také velká poptávka po strategicky důležitých kovech, přišla léčebna o svou měděnou střechu.⁴¹⁰

Když přišel konec rakousko – uherského soustátí, znamenalo to pro léčebnu především naprostou změnu postoje. Kuratorium nechalo hned 5. listopadu hlasovat o změně názvu z „Jubilejního sanatoria císaře Františka Josefa I.“ na „První sanatorium pro nemocné plicními chorobami v království Českém na Pleši“. Očista od všeho mocnářského byla provedena do nejmenších detailů. Pavilon „královny a císařovny Zity“ měl být okamžitě přejmenován na „Wilsonův“, socha císaře měla být nahrazena sochou T. G. Masaryka a v léčebně měly být vyvěšeny obrazy W. Wilsona a také T. G. Masaryka. Hlavním cílem této akce bylo oproštění léčebny od všeho rakouského a to především v očích veřejnosti. Léčebna se také začala postupně uvolňovat nemocným civilistům, nejdříve jen z poloviny, následně byli všichni vojáci převezeni vojenskou správou do Havlíčkova Brodu nebo do Pardubic. Kromě civilistů měli však přijímat i nemocné invalidy. Na schůzi kuratoria byly odhlasovány i taxy jednotlivých ošetrovacích tříd – I. třída za 50 Kč na osobu a den, II. třída za 30 Kč a III. třída za 10 Kč.⁴¹¹

Bohužel nepřinesla změna státního zřízení léčebně východisko z její tíživé situace. Pohledávky bývalé monarchie v hodnotě 466 599 K najednou neměl kdo plnit. Funkcionářům sanatoria nezbylo nic jiného, než se obrátit na likvidační komisi bývalého rakouského státu a doufat v naplnění jejich požadavků. Dohoda s rakouskou vojenskou správou o uhrazení veškerých nákladů vzniklých léčením vojáků byla v tento moment také v ohrožení. Jediným světlým bodem v tomto těžké období byla větší ochota bankovních společností poskytnout ústavu půjčku. V danou chvíli znamenala půjčka jediné východisko z nouzové situace, kdy některé firmy již vyhrožovaly léčebně žalobou za nezaplacení vykonaných prací na stavbě léčebných budov. Kuratorium se rozhodlo požádat knížete Colloredo - Mansfelda o povolení zatížit Pleš hypotékou.⁴¹²

Roku 1920 dosáhl již deficit takové výše, že se spolek musel rozhodnout k ráznému kroku. Tím bylo zavření léčebny na dobu zhruba 1 měsíce a provedení rozsáhlé sanace. Postup při sanaci byl jasný – zvýšení léčebných poplatků, snížení nákladů na výživu pacientů a restrikce celkové režie sanatoria. Jako první byly schváleny nové ošetrovací taxy pro

⁴¹⁰ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria sanatoria na Pleši a výboru Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami*, v Praze 23. října 1918.

⁴¹¹ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Schůze výboru*, v Praze 4. listopadu 1918. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o společné schůzi kuratoria sanatoria na Pleši a výboru Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami*, v Praze 26. listopadu 1918.

⁴¹² SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o společné schůzi kuratoria sanatoria na Pleši a výboru Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami*, v Praze 10. prosince 1918.

jednotlivé třídy. I. ošetrovací třída byla od 15. 7. 1920 stanovena na 55 Kč, II. ošetrovací třída na 45 Kč a III. ošetrovací třída na 30 Kč na osobu a den. Následně byla stanovena jednotná strava pro všechny třídy, což si však vysloužilo od pacientů protestní hladovku. Nakonec bylo kuratoriem odhlasováno, že si pacienti mohli za finanční náhradu stravu přilepšovat. Dále bylo nařízeno přísné šetření s uhlím, jelikož to byla podle správce nejvyšší vydávaná položka sanatoria. Bylo stanoveno, do kolika hodin a kde se smí svítit a kdy se smějí používat umývárny, aby se šetřilo vodou a elektřinou. Poslední restriktivní akcí bylo snížení stavu personálu. Netýkalo se sice léčebného personálu, ale značně se dotklo administrativních a pomocných pracovníků. Byla zrušena funkce zahradníka, řezníka, malíře a snížen počet pomocných dělníků, topičů a kancelářského personálu. Vojenského personálu se škrty v rozpočtu tolik nedotkly, jelikož byl placen z prostředků vojenské správy. Celou sanaci měl na starosti sekční šéf Dr. Hamza.⁴¹³

Po potřebné sanaci se situace maličko uklidnila. Léčebně přišel na pomoc s dotacemi jak zemský úřad, tak MLPT nebo ministerstvo veřejného zdravotnictví. Dokonce i pan prezident T. G. Masaryk věnoval roku 1922 ústavu 100 000 Kč, které ústav vložil na Fond pro rozšíření sanatoria.⁴¹⁴ Následovala poměrně rozsáhlá rekonstrukce ústavu. Spolek zakoupil druhý pár koní a několik vozidel, které rekonstrukci značně urychlily. Kromě běžných oprav byl upraven sad kolem ústavu, zajištěna vhodná půda pro zelinářskou zahradu u pavilonu „A“, vyštěrkována silnice k Nové Vsi, na stráni kolem silnice vysázeno 4000 kusů křovin. Své úpravy se dočkaly i lesy kolem sanatoria. Byl zřízen lesní park a les celkově vyčištěn. Při inovaci se nezapomnělo ani na zřízení lesního koupaliště o rozměrech 25x20m a hloubce 1,8m. Největší zásah byl však proveden v pavilonech „B“ a „C“, kde bylo instalováno ústřední topení a došlo i na rekonstrukci vodovodu a elektrických rozvodů.⁴¹⁵

13. srpna 1927 byl ústav připojen na elektrickou síť. Nejprve byl střídavý proud použit pro čerpací stanici v blízkosti transformátoru a následně pro pohon dynama na výrobu stejnosměrného proudu. Tento zákrok bohužel nevedl k předpokládanému snížení nákladů na chod ústavu. Později byl využíván především v noci na pohon čerpací stanice, kdy byl elektrický proud levnější. Přitom náklady na zavedení této sítě vyšly léčebnu na 55 600 Kč. Pro potěchu pacientů bylo za částku 15 500 Kč zřízeno tenisové hřiště.

⁴¹³ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi sanační komise Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami*, v Praze 4. června 1920. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi sanační komise*, v Praze 15. července 1920.

⁴¹⁴ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi kuratoria Albertina a sanatoria na Pleši*, v Praze 21. září 1922.

⁴¹⁵ Jedlička Jaroslav. *Zpráva o činnosti I. českého ústavu pro choroby plic na Pleši za rok 1921*, Praha: V. Palásek a Frant. Kraus, 1922, s. 8

Ohledně živého inventáře obhospodařovalo sanatorium především na svých dvorech výkrm vepřů. Na konci roku 1927 činil stav 32 kusů vepřového dobytka. Vedle toho byly na pozemcích sanatoria chovány i 2 páry koní, 3 ovce, 8 slepic, 64 kuřat, 10 králíků, 15 morčat a 3 srny v ohradě. Koně sloužily jak pro dopravu, tak pro polní hospodářství.⁴¹⁶

Výstavba nové hlavní budovy roku 1931 byla na delší dobu jediným výrazným zásahem do podoby sanatoria v Nové Vsi pod Pleší. Však také toto zvelebení přišlo ústav na 1, 09 mil. korun. V dalších letech už byly zařizovány spíše menší úpravy.⁴¹⁷ Až roku 1934 se začalo jednat o stavbě nové hospodářské budovy a nové obytné budovy. Původní hospodářský objekt se třemi křídly měl být přeměněn na vepřinec, stáje pro koně a hovězí dobytek, kurníky, kůlnu a malou čalounickou dílnu. Nová budova měla stát v blízkosti lesa nedaleko cesty, vedoucí z ústavu. Náklady na stavbu nového hospodářského dvora se vyšplhaly na 589 000 Kč. Budovy byly dostavěny do konce roku 1934 a k užívání byla dána od 1. dubna 1935. Pro obsluhu dvora byl najat krmič s platem 600 Kč měsíčně.⁴¹⁸

Roku 1937 byl před pavilonem „A“ zřízen skleník a poblíž také pařeniště. Obojí nákladem zhruba 26 000 Kč. Účel těchto budov byl jasný, učinit ústav zase o něco samostatnější ve své správě a zásobování.⁴¹⁹ Tyto dvě stavby se staly na mnoho dalších let poslední investicí.

IV. 2. 2. Léčebná péče v sanatoriu

Ve svých počátcích pracovala léčebna v Nové Vsi pod Pleší převážně metodou hygienicko - dietetickou a její lékařské vybavení se pravděpodobně příliš nelišilo od vybavení mnohých dispenzářů. Podle denního rozvrhu z roku 1921 se léčebná péče stále skládala převážně z klidu na lehárnách a procházek. Byl kladen velký důraz na pravidelný denní režim.⁴²⁰ Časem se však začaly prosazovat nové léčebné postupy a mechanismy, které se

⁴¹⁶ Basař, Svatopluk. Štětina, Antonín. *Výroční zpráva o činnosti sanatoria na Pleši*, Praha: V. Palásek a Frant. Kraus, 1928, s. 15 – 18.

⁴¹⁷ *Výroční zpráva sanatoria na Pleši za rok 1937*, Praha: Nakladatelství Novina, 1938, s. 11.

⁴¹⁸ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol schůze stavebního odboru Čes. pomoc. zemského spolku pro nem. plic. chorob.*, v Nové Vsi pod Pleší 2. března 1934. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol schůze stavebního odboru Čes. pomoc. zemského spolku pro nem. plic. chorob.*, v Nové Vsi pod Pleší 8. června 1934.; SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Usnesení schůze kuratoria a výboru*, v Nové Vsi pod Pleší 13. března 1935.; SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Usnesení výboru*, v Nové Vsi pod Pleší 15. dubna 1935.; SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Stavby a investice*, v Nové Vsi pod Pleší [1910 – 1975], s. 37.

⁴¹⁹ *Výroční zpráva sanatoria na Pleši za rok 1937*, Praha: Nakladatelství Novina, 1938, s. 11.

⁴²⁰ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Denní rozvrh*, v Nové Vsi pod Pleší 26. srpna 1921. K terapii ležením sloužily 2 ústavní lehárny, 2 slunárny, 2 lesní lehárny a oddělení VII. a VIII. pavilonů „B“ a „C“, které měly kapacitu 140 lehátek. V létě mohli někteří pacienti dokonce spát venku v přírodě. K předepsané procházkové kůře sloužil ústavní park kolem sanatoria, dále pak lesní park a lesní silnice k Nové Vsi. K nutnému

dostávaly i do léčebny v Nové Vsi pod Pleší. Postupně se začala provozovat léčba hydroterapií, helioterapií, fototerapií, operativní terapií, medikamentózní terapií a terapií prací. Hydroterapie byla prováděna v ústavních vanových a sprchových lázních a v lesním koupališti, které bylo zřízeno ze subvence ministerstva sociální péče. Helioterapii sloužily slunárny a lesní lehárny, otočené směrem na východ nebo na západ. Za vzdušné lázně sloužil lesní park. Umělá fototerapie byla založena na používání tzv. horského slunce a lamp Solux. Operativní terapie zavedla v sanatoriu léčbu pneumotoraxem a medikamentózní léčba se zase pokoušela využívat takové látky, jako byl např. arsen. Léčba prací umožňovala některým pacientům rekonvalescenci v zemědělské pracovní kolonii ve Dlouhé Lhotě u Dobříše.⁴²¹ Z nařízení ředitele z roku 1929 je patrné, že kromě horského slunce bylo nově do provozu od 7. srpna 1929 uvedeno inhalační zařízení.⁴²² Ve třicátých letech byla v inventáři lékařských potřeb uvedena i místnost s rentgenem a operační sál.⁴²³

Na rozdíl od léčebny v Prosečnici si na Pleši museli pacienti pořizovat vlastní pomůcky – pokrývky pro lehárny, teploměry i kapesní plivátka. Výjimku tvořili nemajetní pacienti, kterým byly po dobu léčby deky zapůjčovány.⁴²⁴ Zvláštní pomůckou byla kapesní plivátka. Ta měla zamezit volnému plivání pacientů jak venku, tak v budově sanatoria. Plivátka obsahující sputum nemocného měly být vždy předávány k vyčištění sestřám, které uvedené sputum odstraňovali předepsaným hygienickým způsobem. Pokud totiž pacienti čistili svá plivátka sami, pouštěli tak choroboplodné zárodky kanalizací do místního ekosystému. Časem byl vytvořen propracovanější mechanismus, založený na výlevkách umístěných v předsíních klosetů. Po vylití sputum prošlo rourou do kotlů ve sklepě, kde bylo převařováno a teprve potom vypuštěno do kanalizace. Tím se zamezilo jakémukoliv přenosu nákazy.⁴²⁵

Léčebnou péči zajišťovali lékaři a ošetřovatelky. Roku 1927 mělo sanatorium spolu s ředitelem MUDr. Svatoplukem Basařem 5 ústavních lékařů a větší počet stipendistů, hospitantů a mediků na praxi. Ošetřovatelkami byly od počátku existence sanatoria řeholnice z řádu Šedých sester. Kromě ošetřování pacientů měly na starosti také dohled nad jídelnou, kuchyní a prádelnou. Po roce 1918 jim byly na pomoc v kuchyni přidány civilní pracovnice,

odpočinku sloužily lavičky a altánky, které byly postaveny na předem propočtených místech, aby se pacienti příliš neunavovali. Jedlička J. *Zpráva o činnosti I. českého ústavu pro choroby plic na Pleši za rok 1921*, s. 5.

⁴²¹ Jedlička J. *Zpráva o činnosti I. českého ústavu pro choroby plic na Pleši za rok 1921*, s. 5 – 7.

⁴²² SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Nařízení ředitele léčebny*, v Nové Vsi pod Pleší 6. srpna 1929.

⁴²³ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Inventář lékařský*, v Nové Vsi pod Pleší 28. února 1938.

⁴²⁴ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Dodatek k domácímu řádu II.*, v Nové Vsi pod Pleší 30. září 1921.

⁴²⁵ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele.*, v Nové Vsi pod Pleší 16. ledna 1929.

stejně tak na práci v prádelně. Roku 1927 sloužilo v ústavu 13 řeholnic a 2 civilní ošetřovatelky.⁴²⁶

Původní představa spolku, že léčebna bude časem obsazena pouze civilními pacienty, nebyla z počátku naplněna. Ústav totiž nebyl vyčleněn z vojenské správy, naopak v něm byla od roku 1919 zavedena dvojitá správa – tu civilní měl na starosti ředitel ústavu, tu vojenskou zase velitel ústavu. Spolek se pro tento krok rozhodl zřejmě z odůvodněné obavy, že jinak se mu nepodaří prosadit nárok na náhradu škod, způsobených na sanatoriu za dobu léčení vojinů z první světové války.⁴²⁷ Ještě roku 1922 bylo ředitelem léčebny Dr. Jedličkou vydáno nařízení pro pacienty, které se vztahovalo nejen na invalidy, ale výslovně i na členy československé armády. Jak vojáci, tak invalidé byli v sanatoriu léčeni na účet příslušných ministerstev – ministerstva národní obrany a ministerstva sociální péče.⁴²⁸

Roku 1920 umožnilo sanatorium Masarykově lize proti tuberkulóze zřídit ve svých prostorech zdravotně sociální dispenzář. Vyčlenilo mu tři místnosti v izolačním a infekčním pavilonu, ovšem s podmínkou, že na jeho zařízení vydá MVZTV subvenci ve výši 61 000 Kč a MLPT subvenci ve výši 20 000 Kč. Navíc se sanatorium uvolilo bezplatně ambulantně léčit tuberkulózně nemocné z bezprostředního okolí ústavu.⁴²⁹

Kapacita sanatoria byla ve 20. letech oficiálně 128 osob, přesto se v něm většinou léčilo kolem 200 nemocných najednou. Ústav takovým přeplňováním trpěl a přetěžování ústavního zařízení bylo po určité době jasně patrné.⁴³⁰ Léčebna byla rozdělena do tří pavilonů „A“, „B“ a „C“. Roku 1919 se kuratorium snažilo dohodnout, zda se jejich ústav stane léčebným zařízením pro lehké nebo těžké případy tuberkulózy. Z hlediska svých léčebných možností se rozhodli pro případy I. a II. stupně, což znamená lehčí případy.⁴³¹ Zpočátku byl ústav zaměřen pouze na léčení mužů, jelikož největší část jeho pacientů tvořili vojáci. Po roce 1918 se léčebna několikrát domáhala na Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy rozhodnutí, které by umožnilo přijímání pacientů obojího pohlaví. Ústav byl totiž již při svém zařizování opatřen tak, aby v něm mohli být léčeni muži i ženy zároveň. MVZTV

⁴²⁶ Basař, S. Štětina, A. *Výroční zpráva o činnosti sanatoria na Pleši*, 1928, s. 13 – 14.

⁴²⁷ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Schůze výboru*, v Praze 6. června 1919.

⁴²⁸ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Pánům invalidům a členům čs. armády!*, v Nové Vsi pod Pleší 18. listopadu 1922.

⁴²⁹ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Korespondence ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 31. prosince 1920.

. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o schůzi výboru*, v Nové Vsi pod Pleší 9. prosince 1921.

⁴³⁰ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhledání ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 28. července 1921.

⁴³¹ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Protokol o společné schůzi kuratoria sanatoria na Pleši a výboru Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami*, v Praze 2. ledna 1919.

však opakovaně tuto žádost zamítala s odůvodněním, že „v ústavě, kde by současně byly ošetřovány osoby pohlaví mužského i ženského, se páchaly poklesky proti mravopočestnosti“.⁴³² První zmínka o pacientkách v sanatoriu pochází z výroční zprávy sanatoria z roku 1927, kde je uvedeno, že z celkového ročního počtu 941 propuštěných osob bylo 34 žen.⁴³³ Po dokončení novostavby hlavního pavilonu roku 1931 se zvýšil počet lůžek v sanatoriu na 312. V hlavní budově bylo 217 lůžek, 11 jich bylo v pavilonu „A“, 42 v pavilonu „B“ a dalších 42 v pavilonu „C“. Sanatorium za rok 1931 ošetřilo 1125 nemocných, ale plné obsazenosti v tomto roce ani jednou nedosáhlo. Nejvyšší stav byl napočítán dne 27. července - 310 pacientů. Počty lékařského ani ošetřovatelského personálu se během této doby nijak výrazně nezměnily.⁴³⁴

Pro rozptýlení pacientů sloužil v léčebně Hudebně dramatický kroužek pacientů „na Pleši“, později přejmenovaný na Kulturně sociální kroužek pacientů „na Pleši“. Kroužek byl rozdělen do divadelního, hudebního a kulturního odboru a měl na starosti pořádání přednášek, oslav různých výročí a státních svátků, divadelních her a hudebních čísel s pravidelností zhruba 1 večerního programu na měsíc. Časem se k zábavným akcím přidaly i školní kurzy, které se zaměřovaly např. na výuku angličtiny.⁴³⁵ Začátek Kroužku lze vysledovat k roku 1925, kdy pořádal pro nemocné první představení. Členové kroužku se snažili, aby na těchto akcích účinkovali především sami pacienti léčebny. Na druhou stranu však nepohrdli ani mimoústavními účinkujícími. Opakovaně navštívil sanatorium např. Karel Hruška, sólista opery Národního divadla, pražský pěvecký soubor Hlahol nebo Max B. Stýblo, člen Státní opery. Kroužku také velice pomohlo, když byl 1. března 1931 při slavnostním otevření novostavby hlavní budovy zahájen provoz nové čítárny a divadelního sálu.⁴³⁶ Zkoušení her popřípadě zajištění vhodného složení orchestru bylo vždy kvůli značné fluktuaci pacientů obtížné.⁴³⁷ Dále byl v ústavu pro pacienty zaveden rozhlas, čítárna, možnost hry kulečnicku,

⁴³² SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Korespondence ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 31. prosince 1920.

⁴³³ Basař, S. Štětina, A. *Výroční zpráva o činnosti sanatoria na Pleši*, 1928, s. 2.

⁴³⁴ Hoffman, August. *Výroční zpráva Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Čechách za rok 1931*, Praha: V. Palásek a Frant. Kraus, 1932, s. 44 – 45.

⁴³⁵ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Kulturně sociální kroužek pacientů na Pleši - Léčba prací*, v Nové Vsi pod Pleší 29. března 1938.

⁴³⁶ Zařízení divadelního sálu a čítárny vyšlo ústav na 85 231 Kč. Největší částka padla na zařízení jeviště a kulis, dále pak na pořízení 206 divadelních křesel a 60 křesel do čítárny a na nákup biografického přístroje. Hoffman, A. *Výroční zpráva Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Čechách za rok 1931*, s. 47.

⁴³⁷ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Kroužek pacientů*, v Nové Vsi pod Pleší 3. června 1927. Dále: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Karel Hruška – dopis Sanatoriu na Pleši*, v Praze 4. prosince 1934.; SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Max B. Stýblo – dopis správci sanatoria*, v Praze 21. února 1936.; SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Slavnostní otevření divadelního sálu*

kuželek nebo krocketu. Knihovna Kroužku obsahovala kolem 1000 knih, které bylo možné si zapůjčit za cenu 20 hal za jednu knihu. Kulturně sociální kroužek měl však ještě jeden rozměr své činnosti, a tou byla finanční a věcná podpora nemajetných pacientů z výtěžků svých akcí.⁴³⁸

Léčebná péče v sanatoriu v Nové Vsi pod Pleší se mohla směle měřit s kteroukoliv jinou protituberkulózní léčebnou u nás. Rozsah její léčebné péče byl srovnatelný s léčebnou péčí, poskytovanou v sanatoriu v Prosečnici. Ještě než začala druhá světová válka, dosáhly obě léčebny počtu více jak 300 nemocenských lůžek. Nacistická okupace jim však přichystala naprosto odlišný osud.

IV. 2. 3. Život ústavu v době Protektorátu Čechy a Morava a následné období do roku 1948

Na rozdíl od sanatoria v Prosečnici neměl vznik Protektorátu Čechy a Morava na ústav v Nové Vsi pod Pleší takový drtivý dopad. Ústav se jistě musel podrobit německé vrchní správě, přesto mu ale zůstala jeho funkce i podstata jeho činnosti.

Válečné hospodářství sebou přineslo především silnou míru inflace a nedostatek zboží na trhu. Z hlediska zásobování potravinami měl ústav velké štěstí, že spravoval vlastní hospodářství. Zisk z těchto hospodářství zlevňoval chod sanatoria a naturálie z něj získané zase poskytovaly ústavní kuchyni tolik žádané čerstvé potraviny. Jednalo se především o obiloviny a brambory, pro pěstování zeleniny nebyla na pozemcích ústavu vhodná půda a navíc zde bývalo dost sucho. Další vytěžovanou surovinou bylo dříví, a to jak palivové tak užitkové. Úctyhodných výsledků dosahoval i živý inventář. Např. roku 1941 se na ústavním hospodářství chovalo 6 koní, 11 ovcí, 19 vepřů, 43 selat, 14 srn, 5 koroptví a zhruba 200 slepic.⁴³⁹

Nové poměry si vyžádaly i zvýšení léčebné taxy. Po podání žádosti u zemského úřadu bylo vyhověno výnosem č. j. 139 ze dne 18. ledna 1940 zvýšení sazby na 42 Kč na osobu a den a u jednolůžkových pokojů na 70 Kč na osobu a den. ČZPS ale i nadále přispíval k léčení

a čítárny, v Nové Vsi pod Pleší 19. února 1931. O rozhlasu více: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhlaška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 16. září 1934.

⁴³⁸ Např. v roce 1936 činil příjem z knihovny, kulečnicku, divadelních představení a koncertů 5900 Kč, které byly přerozděleny do 141 podpor pro nemajetné pacienty. SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Zpráva o „Kulturně – sociálního kroužku pacientů na Pleši“ o příjmech a výdajích na podporách za správní rok 1936*, v Nové Vsi pod Pleší 8. prosince 1936. O knihovně více: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Zpráva o činnosti knihovny „Kroužku“ za rok 1942*, v Nové Vsi pod Pleší 18. září 1943.

⁴³⁹ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Zpráva o činnosti sanatoria na Pleši za měsíc leden rok 1941*, v Nové Vsi pod Pleší v lednu 1941.

nemajetných pacientů v jeho ústavech. Proto bylo v letech 1939 – 1940 léčeno na účet spolku 54 nemocných s celkovým nákladem 75 451 Kč.⁴⁴⁰

V době druhé světové války léčebna spravovala jednu hlavní budovu a tři léčebné pavilony (A, B, C) s celkovým počtem 312 lůžek. Průměrná denní obsazenost se pohybovala kolem 280 pacientů. Za roky 1939 a 1940 bylo v sanatoriu ošetřeno 904 a 920 osob, z čehož bylo v prvním případě 112 žen, v druhém případě 31 žen. Pacienti pobýli v sanatoriu průměrně 116 dnů a průměrně 650 z nich odcházelo domů každý rok ve zlepšeném stavu. Na druhou stranu umíralo v ústavu zhruba 20 pacientů ročně. Metody léčebné péče se daly plně srovnat s těmi v léčebně v Prosečnici. Vedle hygienicko – dietetické léčby podstupovali pacienti chemoterapii, hrtanovou chirurgii, rentgenové ozařování, ozařování hrtanu umělým horským sluncem, inhalaci, pneumotorax i kolapsovou terapii.

O léčebnou péči pacientů se po celou dobu nacistické okupace staral jeden ordinující lékař a šest asistentů. Kvůli krčnícímu oddělení dojížděl do ústavu prof. Dr. Karel Greif. Ošetřovatelský personál se skládal z patnácti řeholnic a jedné civilní ošetřovatelky. O správní chod ústavu se staral správce spolu s účetním a několika pomocnými úředníky. Léčebna se evidentně neobešla ani bez technického a hospodářského personálu, který zajišťoval opravy budov a péči o pozemky. Spolu s množstvím služebných a zřízenců se o vzorný chod celého ústavu staralo 92 pracovníků.

Bylo jistě úlevou, že do sanatoria nebyla dosazena německá správa. Výroční zprávy, které obsahují informace z let 1939 – 1942 neuvádí žádného vojenského velitele, jako tomu bylo např. za první světové války. Také ředitelem sanatoria zůstal i v protektorátní době MUDr. Svatopluk Basař, který vykonával tuto funkci od 1. července 1926.

Sanatorium v Nové Vsi pod Pleší si prošlo nacistickou okupací Československa i nastolením nové lidově – demokratické formy vládnutí po roku 1948. Svou činnost však mohlo vykonávat v nezměněné formě nepřetržitě až do 70. let, kdy se přeměnilo na onkologické a rehabilitační centrum. Jedinou výraznou změnou v životě tuberkulózní léčebny v Nové Vsi pod Pleší byla změna zřizovatele léčebny. Na základě nařízení ministerstva zdravotnictví č. 24/1952 Sb. o organizaci preventivní a léčebné péče byla léčebna bezprostředně podřízena právě ministerstvu zdravotnictví. Jednalo se tehdy o výjimečné opatření, které mělo vyřešit nastalou situaci, kdy se hromadně likvidovaly dobrovolné spolky.

⁴⁴⁰ Barták, Jaroslav ed. *Výroční zpráva Českého pomocného spolku pro nemocné tuberkulosou za léta 1938 – 1940*, Praha: Tiskem Dr. Ed. Grégra a syna, 1941, s. 6 – 7.

Roku 1956 byla léčebna s konečnou platností podřízena příslušnému zdravotnímu odboru rady Krajského národního výboru.⁴⁴¹

⁴⁴¹ SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Výpis z dopisu ministerstva zdravotnictví č.j. LP/5 0706-28.5.56 ze dne 6. června 1956 zdravotnickým odborům rad KNV*, v Praze 11. června 1956.

V. ZÁVĚR

Záměrem této práce bylo přiblížit pojem zdravotně sociální péče, jakožto služby poskytované občanům Československa v letech 1918 – 1948. Užší zaměření na nemocné postižené tuberkulózou bylo logickým krokem, jelikož žádná jiná choroba nespojovala tak úzce zdravotní a sociální sféru. Kam vedly první kroky nemocného člověka? Jakou šanci měl tuberkulózně nemocný pacient na umístění v odborném léčebném zařízení? A co když neměl dostatek financí na hrazení takové léčby? To jsou jen některé z otázek, na které jsem se pokoušela v této práci odpovědět.

Na začátku své práce jsem se pokusila nastínit polickou situaci v Čechách a to, jakým způsobem se odrážela na vnímání zdravotní a sociální otázky. Se zrušením patrimoniální zřízení roku 1848 byla totiž politické, soudní i berní správě sebrána její nejnižší instance. Se zánikem vrchnostenské správy zmizela i početná skupina zdravotníků, která se starala o chudé na příslušném panství. Tuto díru se podařilo zacelit až s vydáním zákona č. 68/1870 ř. z., o organizaci veřejné služby zdravotní, který konečně ukotvil nové právní postavení státní správy a samosprávy z hlediska veřejného zdravotnictví. Chudí obyvatelé byly od této chvíle v působnosti své domovské obce a právě obec jim musela obstarat alespoň nejzákladnější zdravotní péči. Pokud byl obecní chudý opravdu vážně nemocný, mohl být umístěn ve veřejné nemocnici, jedné z mála zdravotních institucí té doby, které ošetřovaly všechny obyvatele monarchie bez rozdílu. Nově zřízený institut obecního lékaře měl na starosti především prevenci, hygienu a osvětu. Nově nastolený systém zdravotních obvodů vydržel více méně až do roku 1948, kdy podobu československého zdravotnictví zcela změnila socialistické reformy.

Tou dobou ovšem vznikl ještě jeden fenomén, který výrazně pozměnil způsob nahlížení za zdravotní péči. Byla to nově se rozrůstající vrstva městské chudiny – dělníků, která zapříčinila rozvoj tzv. sociální politiky. Ta byla vedena po dvou rovinách, jednou byla ochrana veřejného zdraví formou zdravotní policie a druhou byla individuální zdravotní péče, která byla soukromou záležitostí každého jednotlivce. Byla to ona zdravotní péče, která dala ve svém důsledku podnět k zavedení úrazového a nemocenského pojištění.

Nově vzniklé samostatné Československo se muselo v prvé řadě vypořádat s následky první světové války. Z toho důvodu převzalo velkou část bývalého státního aparátu a právního zřízení. Zakonzervování minulého správního systému mělo trvat pouze do doby, než budou provedeny řádné reformy. Bohužel u některých zákonů vydrželo dané provizorium až do roku

1948. A právě proto se i ve zdravotnictví řídil stát stále zákonem z roku 1870. Stejně tak, jako se marně čekalo na nový obecný zdravotnický zákon, čekalo se i na protituberkulózní zákon. Byl sice založen Poradní sbor pro boj proti tuberkulóze, ale ten plnil svou funkci jenom z části. Tento poradní odborný vědecký orgán měl vedle dalších úkolů také zřizovat léčebny pro tuberkulózní pacienty, vyhledávat prostředky k jejich zařizování a vydávat instrukce k jejich sloužící k jejich provozování. Stanovené úkoly však poradní sbor nikdy neplnil. Stát léčebny pro tuberkulózní nezřizoval, i když bylo jejich zavádění nutně zapotřebí. Nastala otázka, co s tuberkulózně nemocnými, kteří nebyli tak finančně zajištěni, aby si mohli zaplatit pobyt v zahraničním sanatoriu. Obecní lékaři se věnovali převážně prevenci a osvětě, léčebnou péči téměř neprováděli. Veřejné nemocnice byly ochotné přijímat pouze některé pacienty s těžkou formou tuberkulózy. Síť těchto nemocnic byla navíc naprosto nedostačující a státní správa ani samospráva se nijak nehrnula do zakládání větších nemocnic, či dokonce specializovaných ústavů. Co tedy měly dělat ty tisíce lidí, které trápila sice lehčí, zato ale velice vleklá forma nemoci, kterou navíc svým každodenním životem roznášeli mezi zdravé obyvatelstvo? Stát se pokusil najít odpověď na tuto otázku ve formě lidových ústavů zdravotně sociální péče a v sociální službě při veřejných nemocnicích. Obě služby kombinovaly zdravotní a sociální péči, byly tedy určeny primárně sociálně slabší části populace. Zaměřovaly se sice také především na prevenci a osvětlu, v určitých případech ale byly schopné poskytnout i odbornou léčebnou péči. Jednalo se především o poradny pro matky s dětmi, poradny pro tuberkulózní a pro pohlavní choroby. Pokud nebyl pacient léčen z jakéhokoliv důvodu v některém z léčebných zařízení, popřípadě nebyl schopen docházet do poradny, nastala třetí možnost zdravotně sociální ochrany, a to tzv. návštěvní služba v rodině. Pacient byl v tomto případě v domácím ošetřování a docházela za ním kvalifikovaná zdravotnice. Výhodou této práce byla možnost osvětově působit nejen na nemocného, ale na celou jeho rodinu a tím zamezit přenosu nemoci mezi ostatní členy domácnosti.

Daleko vehementněji se však ve 20. letech 20. století začaly zdravotně sociální péči věnovat dobrovolné zdravotně sociální spolky. Stát tuto ochotu dobrovolných spolků vnímal velmi pozitivně, jelikož mu spolky pomáhaly zbavit se části finanční odpovědnosti za zdravotní služby pro své obyvatele. Nutno také dodat, že dobrovolná péče byla mezi lidmi vnímána pozitivněji, protože jim nabízela možnost osobního zapojení. Počáteční forma jednorázových podpor se časem začala měnit v systematickou a specializovanou podporu určité skupině obyvatel. A svou pozici si stále upevňovaly díky neustále se zvyšující profesionalizaci.

Jedna z forem zmíněné profesionalizace proběhla v oblasti tuberkulózy. Byla to choroba, která dlouhá léta odolávala jakémukoliv vymýcení, a to nejen z důvodu nedostatečného vědeckého pokroku, ale i žalostné znalosti této nemoci mezi obyvatelstvem. Lidé si pod pojmem této nemoci představovali pouze tuberkulózu plicní bez ohledu na její další formy. Situaci nepomáhalo ani to, že z právního hlediska nešlo o nemoc nakažlivou (jako třeba neštovice nebo břišní tyf), ale o nemoc lidovou, jako např. cukrovka, alkoholismus nebo revmatismus. Skutečnou změnu v pohledu na tuberkulózu a pacienty touto chorobou trpící bylo možné zaznamenat až se zavedením nového pojmu - sociálního lékařství. Tento myšlenkový směr viděl v tuberkulóze nejvýraznější ze sociálních chorob. Důvodem byla jak skutečnost, že při onemocnění hrál často velkou roli sociální statut nemocného, tak jasný sociální důsledek. Pacient stížený tuberkulózou byl mnohdy práce neschopný, a proto značně hospodářsky znevýhodněný.

Spolků zabývajících se zdravotně sociální tematikou na poli tuberkulózy bylo v Československu hned několik. Mezi ty nejvýznamnější s celostátní působností patřil Československý Červený kříž, pro který byla ale tuberkulóza pouze jednou z mnoha specializací. Spolkem, jehož činnost by se plně zaměřovala na pomoc tuberkulózním, byla Masarykova liga proti tuberkulóze, založená roku 1919. Fungovala jako ústřední svaz místních a pobočných spolků v Československu, jejichž hlavním a zároveň jediným cílem byl boj proti tuberkulóze. Jedním z mála dalších zdravotně sociálních spolků, který se mohl Lize alespoň trochu přiblížit, byl Český zemský pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách. Byl založen už roku 1901 a po vzniku Československé republiky navázal úzkou spolupráci s Masarykovou ligou proti tuberkulóze. Svůj význam a prestiž si vydobyla i Humanita, spolek pro péči o zdraví dělnictva. Jeho postavení bylo ale trochu jiné. Za jeho založením roku 1921 stál Ústřední svaz nemocenských pokladen a jeho primárním účelem bylo zřízení a vedení protituberkulózního sanatoria.

Boj zdravotně sociálních spolků s tuberkulózou probíhal všemi způsoby, které byly v dané době dostupné. Spolky vydávaly publikace, pořádaly přednášky, zakládaly odbory a pobočky a při nich dispenszáře či sanatoria. Zajímavou a skutečně novou myšlenkou na počátku 20. století byly ony již zmíněné dispenszáře čili poradny. Středobodem zájmu takového dispenszáře byl nemocný pacient a jeho rodina. Pracovníkům poraden šlo především o zlepšení hygienických a materiálních podmínek v rodinách tuberkulózně nemocného pacienta. Dispenszáře fungovaly také jako výpomocné stanice, které byly prodlouženou rukou sanatorií a nemocnic – na jejich diagnostice často záviselo, zda pacientovo onemocnění bude

označeno jako vážné a tudíž vyžadující umístění v nemocnici, nebo jako lehčí a tím pádem vhodné pro sanatorium.

Daleko větším a náročnějším počinem, ke kterému se odhodlalo jen málo zdravotně sociálních spolků, bylo zakládání soukromých sanatorií a léčeben. Jejich výhodou bylo, že se nemusely na rozdíl od nemocnic zaobírat všeobecnou medicínou, ale mohly se odborně zaměřit pouze na určitý okruh nemocných. Je však potřeba rozdělovat soukromá sanatoria určená pro bohaté klienty, kteří zde hledali nadstandartní špičkovou péči, a sanatoria založená pro nositele nemocenského pojištění a sociálně slabé. Zdravotně sociální spolky volily druhou variantu. Je tedy nasnadě, že jejich největším problémem bylo shánění financí na chod takového ústavu. Finanční jistotou byly ošetřovací sazby, jejichž proplácení nemocenskými pojišťovnami nebo samotnými pacienty bylo právně vymahatelné. Pohyblivou a značně nejistou složkou v rozpočtu byly státní subvence a dary. Soukromá sanatoria tak často balancovala na hraně finanční nejistoty.

Problematice dvou soukromých sanatorií zdravotně sociálních spolků byla věnována v této práci případová studie. Prvním ze subjektů byla Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici nad Sázavou. Tato léčebna vznikla z činnosti spolku Humanita roku 1922 a brzy se stala největším odborným ústavem pro léčení plicních chorob v Československu. Zpočátku naráželo sanatorium stejně jako jiné ústavy na předsudky pacientů, kteří do nich nechtěli být posíláni. Z dřívějších dob totiž přežívala představa, že pacient odeslaný do sanatoria je někým, nad kým již klasická medicína tzv. „zlomila hůl“ a už mu není pomoci. Trvalo ještě mnoho let, než se odborným léčebným ústavům podařilo tuto představu vymýtit. V době založení sanatoria byl již v oboru léčení tuberkulózy vidět znatelný pokrok. Léčebna se tak mohla vedle hygienicko – dietetické metody, založené především na klidové terapii, procházkách a hygienické osvětě, zabývat i chirurgickým léčením tuberkulózy.

Sanatorium pečovalo především o pacienty, jejichž léčení hradily nemocenské pojišťovny nebo v případě nemajetných pacientů dobročinné fondy a nadace. Jelikož však za jeho zřizovatelem stál celý Ústřední svaz nemocenských pokladen, byla finanční stabilita sanatoria přeci jen silnější. Přestože ani jemu se nevyhnula hospodářská krize, která velmi citlivě zasáhla také oblast nemocenského pojištnictví. I tyto nesnáze ale dokázala léčebna překonat. Nebyla nicméně schopna překonat dobu nacistické okupace Československa. Roku 1942 bylo sanatorium zrušeno a jeho pacienti převezeni do nově zřízené provizorní léčebny v lázních Velichovky. Z léčebny se stala škola SS a až do konce války nesloužila svému původnímu účelu. Až po skončení druhé světové války se mohl ústav vrátit na své místo a

pokusit se napravit značné škody, které způsobila válka. Pak už následovalo zestátnění zdravotnictví po roce 1948, které mělo za následek převedení sanatoria do služeb státní zdravotní služby.

Druhou institucí byl Odborný léčebný ústav pro nemocné plicními chorobami v Nové Vsi pod Pleší, otevřený v roce 1916. Byl tedy nestarším odborným léčebným ústavem pro dospělé v zemích Koruny české. Jeho zřizovatelem byl Český zemský pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách. Spolek se od počátku stavby sanatoria potácel ve finančních problémech, které ovlivnily jeho fungování na několik let dopředu. Jelikož se do procesu jeho stavby projevila začínající první světová válka, rozhodl se spolek zahrnout do stavby i vojenskou správu, která přišla s návrhem uhradit část nákladů na dobudování ústavu za předpokladu, že bude následně určitá část sanatoria vyhrazena pro vojíny. Spolek na tuto nabídku přistoupil. Uvedená smlouva však fakticky zavedla v léčebně dvoukolejnou správu. První zastupovala zájmy spolku a ve svém čele měla ředitele sanatoria. Druhá zastupovala vojenskou správu v ústavu a ve svém čele měla velitele. Hranice jejich pravomocí nebyly jasně vymezeny a léčebně to přineslo řadu obtíží.

Zpočátku byla léčebna spíše ozdravovnou, která nabízela pacientům hlavně klid na lůžku, vyváženou stravu a procházkovou kúru. Postupem času s ohledem na vývoj lékařských metod se začala provozovat léčba hydroterapií, helioterapií, fototerapií, operativní terapií, medikamentózní terapií a terapií prací. Ve 20. letech se její léčebná péče dala srovnat s kteroukoliv jinou soukromou léčebnou v Československu.

Přicházející nacistická okupace neměla na sanatorium v Nové Vsi pod Pleší natolik drtivý dopad, jako tomu bylo u léčebny v Prosečnici. Válečné hospodářství sice sebou přineslo silnou míru inflaci a nedostatek zboží na trhu, sanatorium „na Pleši“ však spravovalo vlastní hospodářství, které dokázalo tyto nedostatky částečně vynahradit. Rozsáhlé vlastní hospodářství nebylo u odborného léčebného ústavu ničím výjimečným. Sanatorium ale nebylo podrobena žádné přímé nacistické správě a nedošlo ani ke změně obsazení ústavního personálu.

Po nacistické okupaci Československa čekalo sanatorium nastolení nového lidově – demokratického režimu roku 1948. Svou činnost však mohlo vykonávat v nezměněné formě nepřetržitě až do 70. let, kdy se přeměnilo na onkologické a rehabilitační centrum.

Zdravotně sociální péče o lidi nemocné tuberkulózou prošla za uvedené období mnohých změn. Nejenže se celkově proměňoval jak odborný přístup k jedincům postiženým touto chorobou, ale i obecné vnímání dané nemoci širokou veřejností. Vývoj zaznamenala zejména profesionalizace samotné tematiky stejně jako finanční postoj k léčbě a celková

proměna sociální perspektivy. Na závěr lze tedy konstatovat, že po určitých prvotních pochybeních a poučení se z vlastních chyb byly soukromé léčebné protituberkulózní ústavy důstojnou formou pomoci nejslabším členům společnosti, a sice chudým a nemocným.

VI. SEZNAM PRAMENŮ A LITERATURY

PRAMENY

Národní archiv, *Masarykova liga proti tuberkulóze, Praha*, krt. 1, inv. č. 1.

NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 2.

NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 3.

NA, MLPT, krt. 1, inv. č. 6.

NA, MLPT, krt. 2, inv. č. 13.

Národní archiv, *Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, Praha*, krt. 159, inv. č. 1349.

NA, MVZTV, krt. 160, inv. č. 1349.

NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2061.

NA, MVZTV, krt. 405, inv. č. 2058.

NA, MVZTV, krt. 515, inv. č. 2430.

NA, MVZTV, krt. 522, inv. č. 2446.

NA, MVZTV, krt. 523, inv. č. 2446.

NA, MVZTV, krt. 670, inv. č. 2813.

NA, MVZTV, krt. 681, inv. č. 2870.

Státní oblastní archiv v Praze, *Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí, Nová Ves pod Pleší*, nezpracovaný fond, 1910 - 1975, 24 balíků.

Státní oblastní archiv v Praze, *Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Prosečnice*, kniha č. 1, inv. č. 123.

SOA Praha, LTRN Prosečnice, kniha č. 2, inv. č. 124.

SOA Praha, LTRN Prosečnice, kniha č. 3, inv. č. 125.

SOA Praha, LTRN Prosečnice, krt. 2, inv. č. 32.

TIŠTĚNÉ PRAMENY

Barták, Jaroslav ed. *Výroční zpráva Českého pomocného spolku pro nemocné tuberkulosou za léta 1938 – 1940*, Praha: Tiskem Dr. Ed. Grégra a syna, 1941. 83 s.

Basář, Svatopluk. Štětina, Antonín. *Výroční zpráva o činnosti sanatoria na Pleši*, Praha: V. Palásek a Frant. Kraus, 1928. 22 s.

Dělník gentleman: [o společenské výchově] : proslovy před šikem dorostenců a mladých členů. V Praze: Nákladem Svazu D.T.J.Č., 1922. 21 s.

Hoffman, August. *Výroční zpráva Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Čechách za rok 1931*, Praha: V. Palásek a Frant. Kraus, 1932. 84 s.

Jedlička Jaroslav. *Zpráva o činnosti I. českého ústavu pro choroby plic na Pleši za rok 1921*, Praha: V. Palásek a Frant. Kraus, 1922. 8 s.

Spolek Humanita a Sanatorium v Prosečnici nad Sázavou 1931 – 1932, Praha: Nákl. vlastním, 1933. 41 s.

Spolek „Humanita“ a sanatorium v Prosečnici 1933 – 1934, Praha: Nákl. vlastním, 1935. 63 s.

Výroční zpráva sanatoria na Pleši za rok 1937, Praha: Nakladatelství Novina, 1938. 23 s.

Zpráva o činnosti „Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Království českém“ a jeho místních odborů za rok 1915. V Praze: Nákladem Českého pomocného zemského spolku pro nemocné plicními chorobami v Království českém, 1915. 28 s.

LITERATURA

Bébr Richard., Chaloupka Rudolf. *Československé zdravotnické zákony s příslušnými prováděcími předpisy. I. díl*. Praha: Nákladem Československého kompasu, 1937. 1335 s.

Bébr, Richard. *Povinnost obcí hraditi ošetrovací výlohy v ústavech léčebných a humanitních a výlohy za choroby nakažlivé*. Praha: vl. nákl., 1932. 56 s.

Bébr, Richard. *Výklad k některým otázkám o náhradě ošetrovacích výloh ve veřejných ústavech léčebných a o povinnosti obcí přispívati na tyto výlohy*. Praha: R. Bébr, 1933. 91 s. Knihovna časopisu "Československá Nemocnice".

Břeský, Eduard, MUDr. *Zdravotně sociální péče ve svých vztazích k sociálnímu pojištění*. Praha: Ústřední svaz nemocenských pojišťoven, 1941. 21 - [I] s. Studijní knihovna sociálního pojištění; sv. 11.

Dorazil, Otakar. *Čs. Červený kříž 1919 – 1929*. Praha: Československý Červený kříž, 1929. 271 s.

Hamza, František. *K výchově sociálních lékařů v boji protituberkulosním*. Praha: vl.nákl., [19-?]. 40 s.

Hledíková, Zdeňka, Janák, Jan a Dobeš, Jan. *Dějiny správy v českých zemích od počátku státu do současnosti*. [1. vyd.]. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2005. 568 s. ISBN 80-7106-709-1.

Hůlka, Jaroslav. *Sociální přehled tuberkulózy v Československu: (se 40 diagramy a 90 statistickými tabulkami v textu)*. V Praze: Ústředí Masarykovy ligy proti tuberkulóze, 1922. 472 s. Knihovna Masarykovy ligy proti tuberkulóze; č. 2.

Jelínek, Václav, ed., Sonnevend, Jan, ed. a Haselmann, Frant., ed. *Plicní sanatorium Jablunkov: 1935*. V Brně: Humanita pro zemi moravsko-slezskou, 1935. 89, [VII] s.

Johanis, Václav, ed. *Pět let boje s nepřítelem lidstva: činnost spolku "Humanita" a jeho sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1926*. Praha: Humanita, 1927. 85 s., 1 list, 8 ins. listů.

Johanis, Václav, ed. *Zdravotní almanach*. Praha: Humanita, 1921, 77 s.

Kodymová, Pavla. *Historie české sociální práce v letech 1918 – 1948*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2013. 132 s. ISBN: 978-80-246-2256-9.

Naše dobrovolná sociální a zdravotní péče: přednášky kursu uspořádaného 3.-6. března 1941 Národním ústředím sociální a zdravotní péče pro krajské referenty a tajemníky Národní pomoci. V Praze: Národní ústředí sociální a zdravotní péče, 1941. 186, [II] s.

Niklíček, Ladislav a Štein, Karel. *Dějiny medicíny v datech a faktech.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 374 s.

Pelc, Hynek. *Sociální lékařství.* V Praze: Melantrich, 1937. 417, [II] s. Vysokoškolské rukověti. II, Řada spisů lékařských; sv. 7.

Pelc, Hynek. *Zpráva o poměrech a zařízeních zdravotních v Království českém za léta 1902 – 1905.* Praha: C.k. místodržitelství v Praze, 1905. 32 s.

Rákosník, Jakub; Tomeš, Igor. *Sociální stát v Československu. Právně – institucionální vývoj v letech 1918 – 1992.* Praha: Auditorium, 2012. 416 s. ISBN: 978-80-87284-30-8.

Říha, Jiří. *Sociální péče a veřejné zdravotnictví.* [Praha: s.n., 1930. [I] s., s. 47-64.

Skálová, Michaela. *Hamzova dětská léčebna 1901 – 1961,* Pardubice, 2011. Diplomová práce na Filozofické fakultě Univerzity Pardubice. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Marie Macková, PhD., 118 s.

Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu: Činnost spolku "Humanita" a sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1932: Pocta životnímu dílu Václava Johanise.* Praha: Humanita, 1932. 156 s.

Svobodný P., Hlaváčová L. *Dějiny lékařství v českých zemích.* Praha: Triton, 2004. 247 s. [32] s. barev. obr. příl. ISBN:80-7254-424-1.

Tůma, Antonín. *Právní základy veřejné správy sociální a zdravotní, zvláště péče o mládež.* V Praze: Vyšší škola sociální péče, [1936]. 238 s.

Inventáře

Helešicová V.-Kacůrková A.: *Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy*, 1918 - 1938, SV.1.. Inventář, 1960, 271 s., ev.č. 242.

Helešicová V.-Kacůrková A.: *Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, všeobecná spisovna 1918 - 1938*, SV. 2.. Inventář, 1960, 355 s., ev.č. 243.

Malá, Irena. *Ministerstvo sociální a zdravotní správy v Praze 1938 – 1945*. Inventář, 53 s. ev.č. 311.

Milotová J.: *Masarykova liga proti tuberkulóze 1920 - 1951*. Inventář, 1987, 13 s., ev.č. 1195.

Trenevová P. *Hamzova dětská léčebna (1875)1908 – 1997*. Dílčí inventář, 2000, 172 s., ev. č. 8447.

Stieglerová, Pavla; Šumová, Martina. *Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Prosečnice 1926 – 1999*. Inventář, 2015, 8 s. Bez ev. č.

PERIODIKA

Směrnice pro činnost poraden protituberkulosních. In: *Věstník ministerstva zdravotnictví a tělesné výchovy 10*. V Praze 1928.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Kaliko [online]. Poslední revize 2016 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kaliko>>.

Národní zdravotní služba [online]. Poslední revize 30.11. 2014 [cit. 2016-06-02]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/N%C3%A1rodn%C3%AD_zdravotn%C3%AD_slu%C5%Beba>. ISSN 1804-6517.

VII. SEZNAM ZKRATEK

ČČK – Československý Červený kříž

ČSP – Česká sociální pomoc

ČZPS – Český zemský pomocný spolek pro nemocné plicními chorobami v Čechách

LPT – Liga proti tuberkulóze

LTRN Prosečnice – Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí v Prosečnici

MLPT – Masarykova liga proti tuberkulóze

MSZS – ministerstvo sociální a zdravotní správy

MVZTV – ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy

NA – Národní archiv

NP – Národní pomoc

NÚ – Národní ústředí sociální a zdravotní péče

ROH – Revoluční odborové hnutí

OLÚTRN NVPP – Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí v Nové Vsi pod Pleší

ONV – Okresní národní výbor

SOA Praha – Státní oblastní archiv v Praze

ÚDSSZS - Ústředí dobrovolných sociálních a sociálně zdravotních spolků

ÚNZ – ústav národního zdraví

UNRRA – United Nation Relief and Rehabilitation Administration = Správa Spojených národů pro pomoc a obnovu

ÚSP – Ústřední sociální pojišťovna

VIII. SEZNAM PŘÍLOH

Obrázek č. 1. - Pavilony sanatoria v Prosečnici – letecký pohled. Zdroj: Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu: Činnost spolku "Humanita" a sanatoria v Prosečnici v letech 1922-1932: Pocta životnímu dílu Václava Johanise*. Praha: Humanita, 1932. s 7.

Obrázek č. 2. - Pneumotoraxová síň sanatoria v Prosečnici. Zdroj: Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 17.

Obrázek č. 3. - Lehárna mužů v sanatoriu v Prosečnici. Zdroj: Slavík, Josef, ed. *Deset let práce pro zdraví lidu*, s. 62.

Obrázek č. 4. - Slavnostní otevření čítárny v sanatoriu v Nové vsi pod Pleší 1. března 1931. Zdroj: Státní oblastní archiv v Praze, Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí, Nová Ves pod Pleší, nezpracovaný fond, *Slavnostní otevření čítárny*, v Nové Vsi pod Pleší 1. března 1931.

Obrázek č. 5. - Slavnostní otevření divadelního sálu v sanatoriu v Nové vsi pod Pleší 1. března 1931 – jeviště. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Slavnostní otevření divadelního sálu*, v Nové Vsi pod Pleší 1. března 1931.

Obrázek č. 6. - Slavnostní otevření divadelního sálu v sanatoriu v Nové vsi pod Pleší 1. března 1931 – hlediště. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Slavnostní otevření divadelního sálu*, v Nové Vsi pod Pleší 1. března 1931.

Obrázek č. 7. - Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce porušování domácího řádu. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 13. listopadu 1929.

Obrázek č. 8. - Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce porušování domácího řádu. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 29. září 1932.

Obrázek č. 9. - Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce porušování domácího řádu. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 12. června 1927.

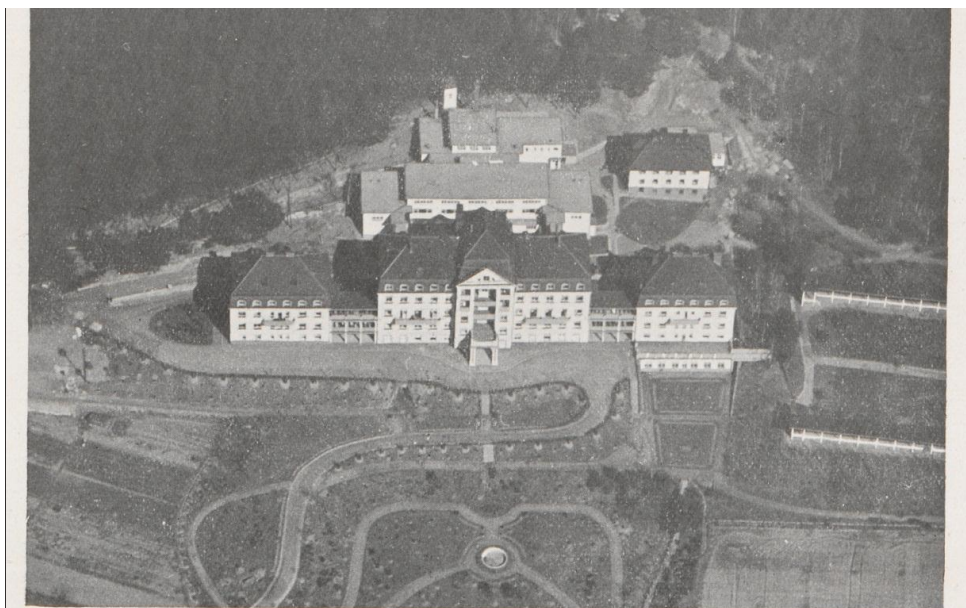
Obrázek č. 10. - Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce obtíží se zásobováním potravinami v době druhé světové války. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 3. dubna 1940.

Obrázek č. 11. - Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce obtíží se zásobováním potravinami v době druhé světové války. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 5. prosince 1939.

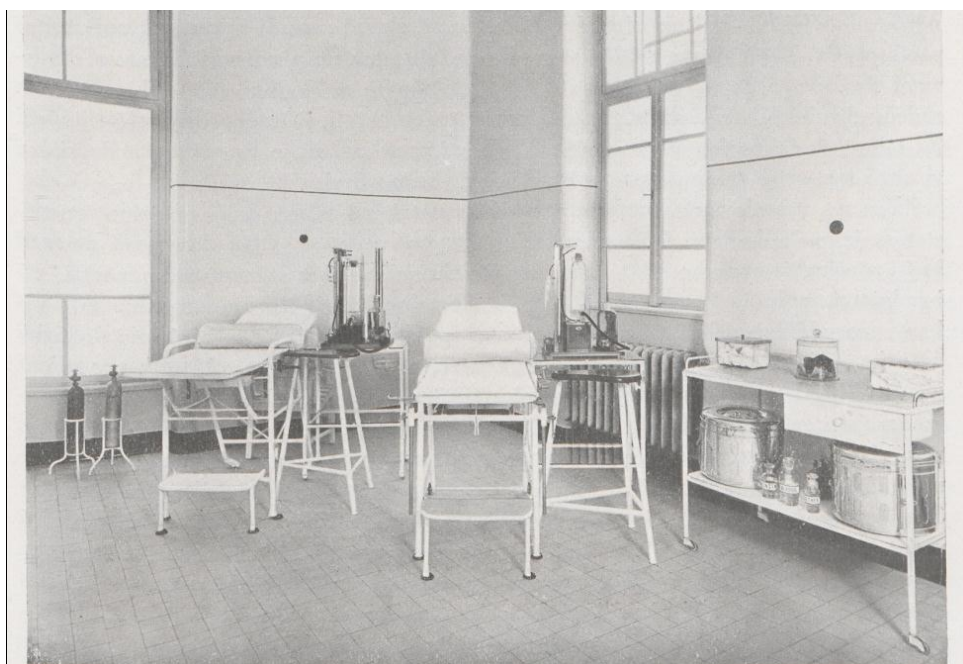
Obrázek č. 12. - Každodennost v protituberkulózní léčebně – oznámení ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší o uzavření biografu. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Vyhláška ředitele sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 25. ledna 1940.

Obrázek č. 13. - Každodennost v protituberkulózní léčebně – Meziústavní soutěž tuberkulózních léčeben. Zdroj: SOA Praha, OLÚTRN NVPP, nezpracovaný fond, *Oznámení správce sanatoria*, v Nové Vsi pod Pleší 20. srpna 1950.

IX. OBRAZOVÉ PŘÍLOHY



Obr. č. 1. Pavilony sanatoria v Prosečnici – letecký pohled



Obr. č. 2. Pneumotoraxová síň sanatoria v Prosečnici



Obr. č. 3. Lehárna mužů v sanatoriu v Prosečnici



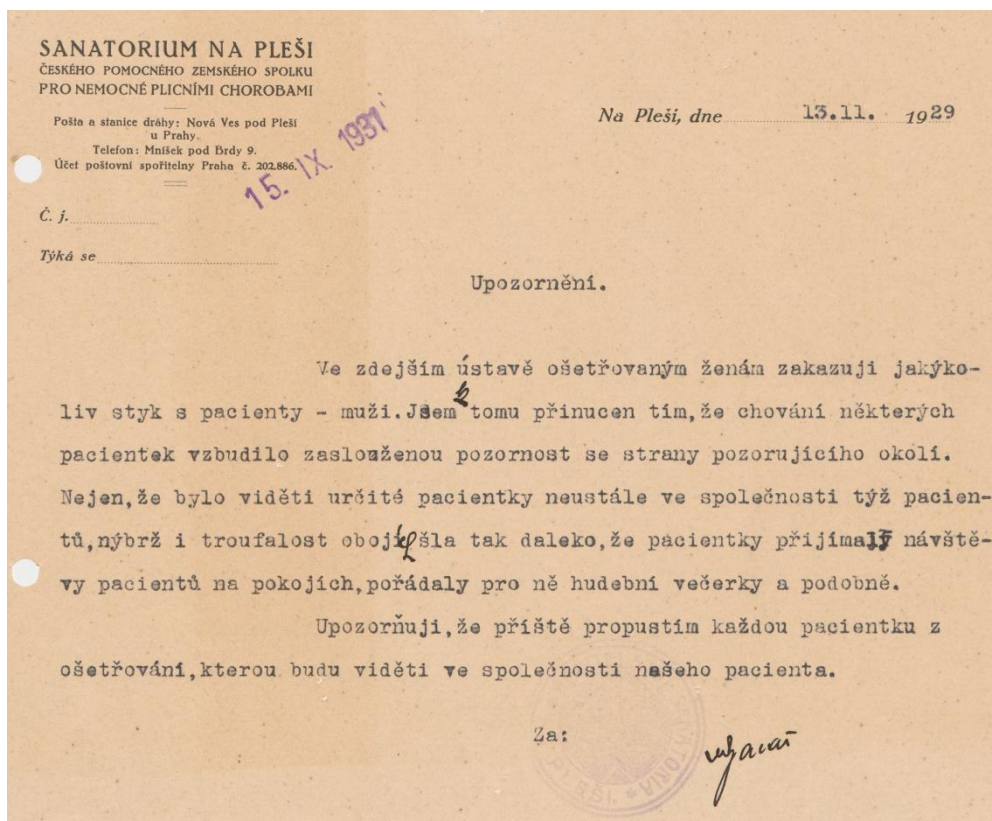
Obr. č. 4. Slavnostní otevření čítárny v sanatoriu v Nové vsi pod Pleší 1. března 1931



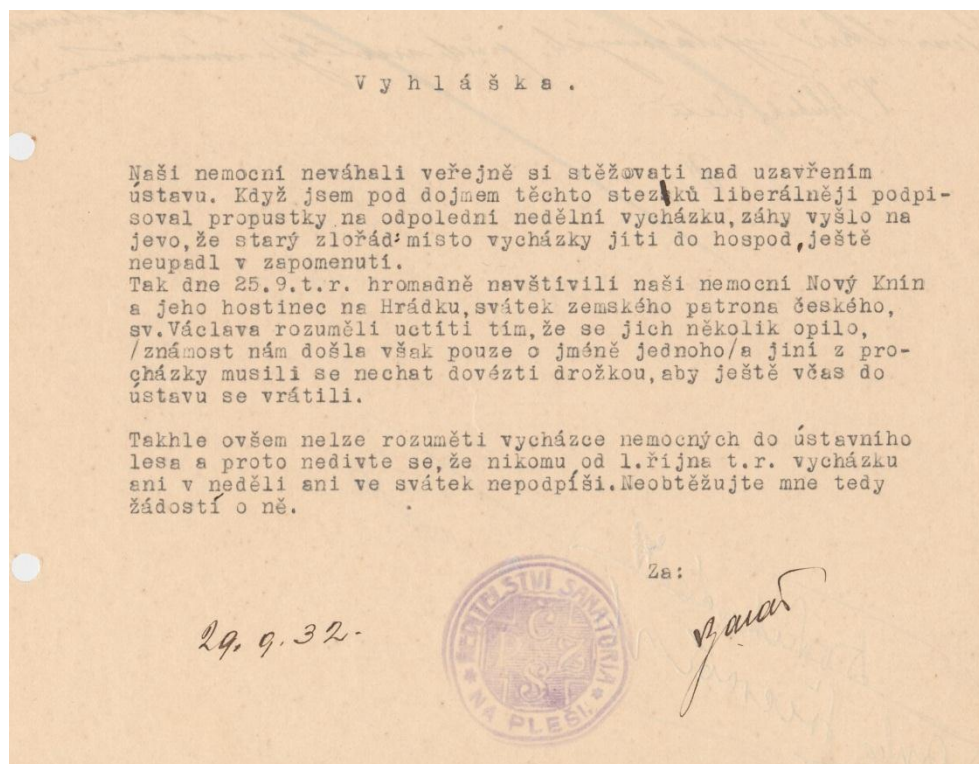
Obr. č. 5. Slavnostní otevření divadelního sálu v sanatoriu v Nové vsi pod Pleší 1. března 1931 - jeviště



Obr. č. 6. Slavnostní otevření divadelního sálu v sanatoriu v Nové vsi pod Pleší 1. března 1931 - hlediště



Obr. č. 7. Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce porušování domácího řádu



Obr. č. 8. Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce porušování domácího řádu

SANATORIUM NA PLEŠI

ČESKÉHO POMOCNÉHO ZEMSKÉHO SPOLKU
PRO NEMOCNÉ PLICNÍMI CHOROBAMI

Pošta a stanice dráhy: Nová Ves pod Pleší u Prahy.

Telefon: Mníšek pod Brdy 9.

Účet poštovní spořitelny Praha č. 202.886.

Na Pleši, dne 12. června 1927

Č. j.

V Y H L Á Š K A .

Týká se porušování domácího řádu.

Právě v minulém týdnu přesvědčil jsem se, že do ústavu byla vyslána poslední dobou řada ^{unčaných} různými fondy vydržovaných v ústavech našeho druhu na úkor jiných, kteří by si více vážili dobrodiní, jež jim ten neb onen fond skýtá, totiž nabýti znovu zdraví a pracovní schopnosti.

Jde-li nemocný třeba s dovolenkou, mimo obvod ústavu do hospody a ve dne nebo přes noc, případně i na tancovačku, je pro mne a pro ^{uvažujícího} každého člověka, jaký náklad je s léčbou v ústavu spojen, v y d í r a ě m p o d p o r y , které si nezaslouží.

Chytá-li zpěvné ptactvo v lese na místě, aby se z jeho přítomnosti těšil, a posílá-li je na prodej ptáčníkům do Prahy, není jen člověkem b e z o h l e d n ý m na své okolí, nýbrž i z l o d ě j e m .

Chová-li se někdo na jídelně hulvátsky, řve jak se často děje, a hází po spolustolujících chlebem, hrnky mléka, talíři polévky, pak nemohu se jinak vysloviti, než že tvor takový patří do chléva a ne do jídelny, neboť není právě člověkem nýbrž asi z v í ř e t e m .

Vznáším zdvořilý, ale důrazný apel na ty slušné pacienty, kteří se opravdu přišli k nám ~~léčit~~ léčit, aby mi pomohli zbaviti ústav všech těch, kteří svým jednáním dávají na jevo, že nepatří sem, nýbrž do putky, nebo do zvěřince.



Muzjasaň
ředitel ústavu.

Obr. č. 9. Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce porušování domácího řádu

Zásobovací poměry mění se rychle a žádají uskrovnění se i na pacientech v léčebných ústavech. Kdežto v míru převládá snaha pacienty v plicních léčebných přerkmovati, nebude tomu tak možno v době nejbližší. I v našem ústavu pocítíme již v příštích dnech důsledky válečných poměrů - obhospodařování všech poživatin státní mocí. Nebude nám možno předkládati pokrmy ve výměrce dosa- vadní, poněvadž úředně ustanovené výměrky potravin jsou nápadně nižší. Budou dny, kdy nebude masa snad ani k obědu, bude několik dnů, kdy nebude masa k večeři a konečně každá masitá porce bude menší než dosavad.

Jak jinak bude se jevití zásah státu do našeho stravování nevíme, leč, že bude chyběti dostatek cukru. Proto nebude- me vařiti čaj, jen v obmezené míře dopoledne - k přesnídáv- ce a přáli bychom si, aby pacienti proto méně odmítali mlé- ko. Čaj po večeři odpadne z programu vůbec.

Je to jeden z nejsmutnějších úkolů podávati Vám o těchto obmezeních zprávu.

Spoléhám jen, že ji přijmete s rozvahou. Zbývá jen poprosi- ti Vás, abyste několik dní přechodných byli více trpěliví, než při novém způsobu stravování nabudeme určitých zkušeno- stí.

Věřte, že nebude chyběti ani s naší strany nejlepší vůle stravování udržeti i za změněných podmínek na míře pokud možno nejlepší.

-3. IV. 1930

Někteří nemocní nezískali pochopení pro všeobecné obtíže zásobovací v současnosti.

Není-li komu po chuti slanina neznamená to, že je oprávněn vyhazo- vati ji z okna, nebo věseti ji na špagát na léhárnách, nýbrž bylo by slušnější zanechati ji na talíři, my bychom již upotřebení pro ni v nynější zlé době našli, aniž by kdokoli tím utrpěl újmu.

Stejně tomu je i s buchtami a jinými potravinami.

V dnešní době, která bojuje o každé sousto budí pohoršení takové počínání, pro jaké i v normálních dobách každý slušný člověk se zastyděl.

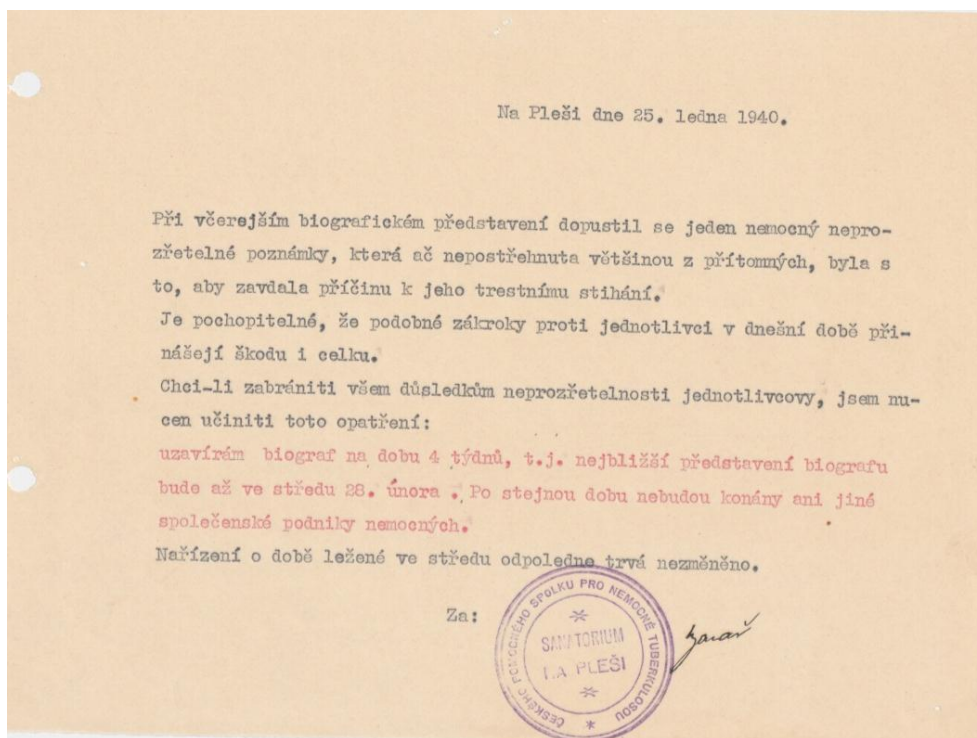
Což jste se ve škole a od rodičů učili takto zacházeti s Božím da- rem?

-5. XII. 1939

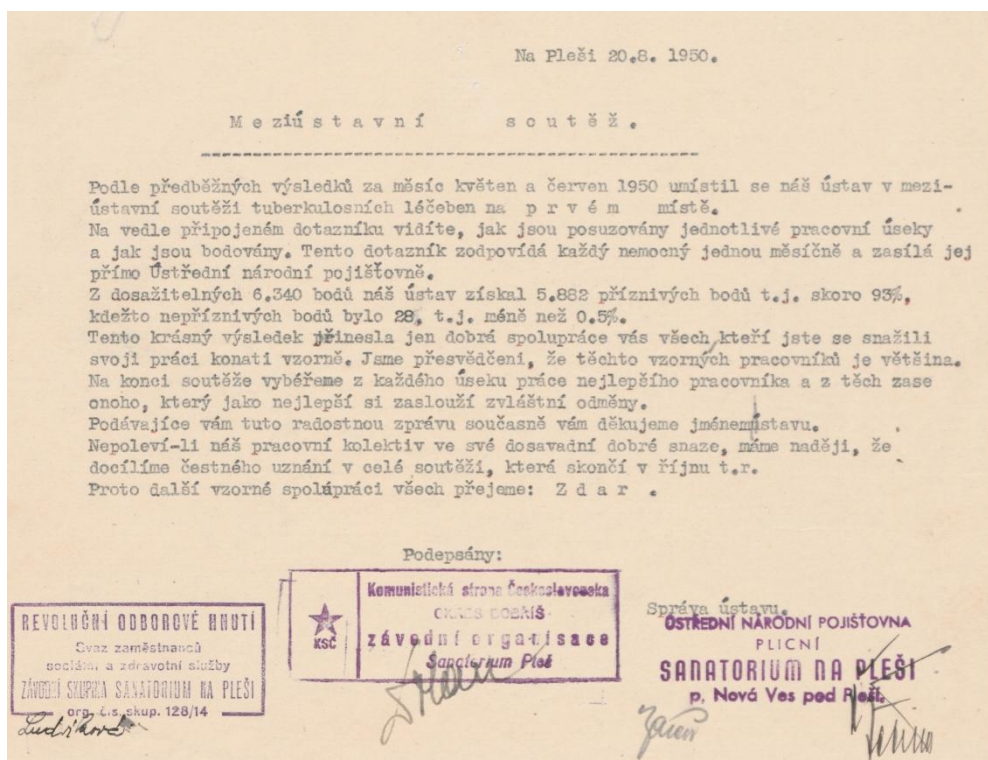


Jakov

Obr. č. 10. a 11. Každodennost v protituberkulózní léčebně - Vyhláška ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší v otázce obtíží se zásobováním potravinami v době druhé světové války



Obr. č. 12. Každodennost v protituberkulózní léčebně – oznámení ředitele sanatoria v Nové Vsi pod Pleší o uzavření biografu



Obr. č. 13. Každodennost v protituberkulózní léčebně – Meziústavní soutěž tuberkulózních léčeben

X. RESUME

In this diploma thesis I tried to outline the development of health and social care in Bohemia between the years 1918 and 1948. The second and third chapters were theoretical, the case study is compiled in the fourth chapter. The time period was chosen to cover a logical time unit, from the formation of the independent Czechoslovakia to the time of the political communist upheaval in 1948 which radically changed the course of the Czechoslovakian health care. I focused only on the area of Bohemia, or Central Bohemian region, because the development of the health care in Slovakia and Carpathian Ruthenia was very different. Even in Moravia and Silesia the question of the health and social care was being approached in a different way than in Bohemia. The term Czechoslovakia is hence used only in those cases when the given topic concerned the whole republic or in cases when its usage is necessary to illustrate the given situation.

The chapter about the development of the public (state) health care in Czechoslovakia in 1918 – 1948 follows after the introduction. At the beginning of the chapter, the origin of the health care in the time of Austria-Hungary is depicted. This origin was based on the transformation of the health police into medical officers, on the creation of social insurance and the establishment of public hospitals. Further in the chapter, the formation of Czechoslovakia and its Ministry of the Public Health Care and Physical Education is depicted. The continuity of the Austrian-Hungarian health legislation is evident here, as well as new approaches to the problematics of social-health care. This thesis also deals with the development of social insurance, municipal hygienic-dietetic care and all possibilities of medical care that was provided by the state. At the end of the chapter, the development of the public health care under the occupation by the Nazi Germany is depicted, as well as the later post-war period and then the full transformation of the public health care after the upheaval of 1948.

The third chapter tries to answer the question of the reflection of the social and health care development on the volunteer (charity) care in Bohemia in the same time period of 1918 – 1948. Also the problematics of tuberculosis and its treatment in the period of so called First Republic is viewed in more detail in this chapter. This part of the thesis should outline the forms of the anti-tuberculosis fight within the health and social associations and institutions created by them (e.g. dispensaries (counselling), sanatoriums (health resorts) or nursing service in families). The history of the most important health and social associations operating on the territory of Bohemia at that period is also depicted here. The end of the chapter once

again deals with the activities of the associations during the Second World War and with the withdrawal of the associations during the post-war period.

The fourth chapter is consisted of the case study. As a sample, I have chosen two former tuberculosis health centres in Central Bohemia – Odborný léčebný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí in Nová Ves pod Pleší and Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí in Prosečnice nad Sázavou. On specific cases of those two sanatoriums I have tried to depict the most important moments in the development of the anti-tuberculosis fight and also increasing quality of provided medical care in sanatoriums. Both sanatoriums were founded during or after the First World War and ceased during the second part of the 20th century. Because of that, they provided this thesis with a sufficient source base.