№ 3.

PRACA

Dodatek poświęcony artykułom w sprawach administracyjnych, ekonomicznych, prawnych i społecznych, oraz materyałom spraw tych dotyczącym.

Treść: Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego, przez D-ra Wacława Męczkowskiego.—Od redakcyi „Pracy“

Stan i potrzeby szpitali KRÓLESTWA POLSKIEGO.

ROZDZIAŁ I.

Krótki rzut oka na dzieje szpitali w Polsce.

Od najdawniejszych czasów znane były w Polsce zakłady mające na celu wspieranie ubogich, niesienie pomocy chorym i cierpiącym, podróżnym, pielgrzymom i t. p. Zakłady takie pod różnemi nazwami (hospitium, xenodochium, orphanotrophium, gerontocomium, nosocomium i t. d.) i dla różnych celów, jak wskazują same nazwy, były zakładane przez duchowieństwo i osoby możne, wiedzione miłosierdziem i troską o zbawienie duszy (ab remedium animarum, in remissionem peccatorum). Najbardzej rozpowszechnioną i ogólną nazwą był szpital (hospitale). Zakłady te jednak, rzecz prosta, miały zupełnie odrębny charakter, niż współczesne szpitale: były to przytułki, schroniska, w których wszelka nędza, cierpienie znajdowało opiekę czasową lub stałą.

W dokumentach i przywilejach XI w. znajdujemy już wiele uchwał dotyczących szpitali. W polskich dyplomatach z tych czasów, pełno jest o szpitalach, pod opieką świeckiego i klasztor-

nego duchowieństwa zostających.*) W XIII—XV wiekach, liczba szpitali wzrasta niezmiernie szybko: w każdej parafii znajdujemy już jeden, a często i więcej szpitali, zawdzięczających swe istnienie hojnej szczodrobliwości osób zamożnych. Gorliwym propagatorem szpitali było duchowieństwo, które za obowiązek poczytywało nieść pomoc, opiekę i obronę ubogim, cierpiącym i uciśnionym.**) Jak liczne były u nas szpitale, świadczy np. fakt, że w jednej tylko archidyecezyi Poznańskiej naliczyłem 228 szpitali, a w najbliższej okolicy Kazimierza nad Wisłą, było 16 szpitali tam, gdzie dziś, w XX w., niema ani jednego szpitala, ani wogóle żadnego zakładu dobroczynnego.***)

Szpitale parafialne pozostawały pod opieką plebanów. Szpitale po miastach większych fundowane były najczęściej przy klasztorach. W tym względzie szczególne w dziejach szpitali zasługi położyli Benedyktyni, bracia szpitalni Św. Ducha (t. zw. Duchaki), zakon szpitalny Św. Jana Jerozol., Bracia Miłosierdzia (Bonifratres) i t. d. Wogóle piecza nad szpitalami pozostawała w rękach duchowieństwa świeckiego, czy też zakonnego.

Wcześnie względnie, bo w XV—XVI w. w opiece nad szpitalami biorą udział miasta. Szpitale stają się poniekąd instytucyami publicznemi. Miasto deleguje drogą wyboru dwóch z pośród godniejszych mieszczan, rajcę, burmistrza, wójta lub ławnika, którzy, jako prowizorowie, kuratorowie, obejmują administracyę i zarząd funduszami szpitali. Prowizorowie wraz z przełożonym wzgl. proboszczem stanowili kollegialny zarząd szpitali. Ten jeden fakt, nieznany w innych krajach Europy, wystawia wspaniałe świadectwo kulturze polskiej. Zresztą dzieje szpitali w Polsce dostarczają licznych faktów, stwierdzających niezwykłą ofiarność na cele publiczne, zdolności organizacyjne, a w licznych uchwałach i ustawach odnajdujemy dążność do zaprowadzenia porządku i należytej administracyi w szpitalach i t. p. W tym względzie wspaniałym na zawsze dokumentem pozostaną uchwały Synodu gnieźnieńsko-piotrkowskiego r. 1628 pod prezydencyą

*) W. Maciejowski — Hist. Prawod. słow. t. II § 220. Okolski — Szkic historyczny opieki nad biednemi w Polsce. Warsz. 1878 str. 7.

**) Z liczby najdawniejszych szpitali wymienimy: Szpital Św. Jana Jerozolimskiego w Poznaniu (1170 r.); Szpital w Sławkowie pod Krakowem (1203 r.); Szpit. Św. Ducha w Prądniku pod Krakowem (1220); Szpit. Św. Ducha w Sandomierzu (1222 r.); i szpit. Św. Ducha w Kaliszu (1281 r.)

***) Opieka nad dziećmi w dawnej Polsce W. Męczkowski — Czytelnia dla wszystkich 1904 r.

arcyb. Wężyka, na którym to Synodzie ustanowiono specyalne rady szpitalne z pośród przedniejszych mieszczan.

Niestety kwitnący stan szpitali trwał tylko do końca XVI w. Od XVII w. rozpoczął się upadek. Nieład, nieporządek w administracyi szpitali, opieszałość i niedbalstwo rządców szpitalnych spowodowały, że bardzo wiele szpitali przestało istnieć, fundusze zniknęły, a inne szpitale doszły do zupełnej ruiny. Stan taki trwał do połowy XVIII w. Wówczas, gdy naród zaczął się dźwigać, nie pominięto i szpitali.

Przez długie wieki szpitale, jako zakłady dobroczynne, pozostawały pod wyłącznym zarządem duchowieństwa. Król zatwierdzał jedynie fundacye poszczególnych szpitali, ale akt ten nie oznaczał objęcia kontroli państwa nad szpitalami, lecz stanowił przywilej, na mocy którego król stawał się protektorem szpitala, obrońcą jego praw i majątków przeciwko gwałcicielom, wreszcie zwalniał szpital od wszelkich podatków i ciężarów.

Państwo jednak od najdawniejszych czasów uważało za swój obowiązek tworzyć zakłady dobroczynne i łożyć na ich utrzymanie. Gdziekolwiek państwo miało swoje żupy, tam powstawały zakłady dobroczynne (szpital w Sławkowie założony w 1203 r. dla tych, którzy utracili zdrowie w kopalniach). Zakłady te wszakże pozostawały pod opieką i zarządem duchowieństwa. Wszelkie niezbędne artykuły szpitale sprowadzały bez opłaty cła, co wielka ilość dyplomatów poświadcza.*)

Pierwszym ważniejszym aktem interwencyi państwa w dziedzinie szpitali, było ustanowienie Komisyj Dobrego Porządku w 1768 r. dla miast Korony i Litwy. Wśród zadań tych komisyj wymieniono opiekę nad szpitalami. Dalej znacznie w tym względzie poszła konstytucya 1775, stanowiąca centralny organ państwowy dla opieki nad szpitalami, pod nazwą: „Kommissya nad Szpitalami Oboyga Narodów, z których Koronna w Warszawie, a Litewska w Wilnie agitować się ma.“ W 1785 komisye te zostały zniesione a opieka nad szpitalami ponownie zlecona Komisyom Dobrego Porządku. Za rządów pruskich i za Księstwa Warszawskiego, żadnego organu centralnego nad szpitalami nie było. Szpitalami rządziły miasta, magistraty, pod zwierzchnim nadzorem kamery wzgl. prefekta departamentu. Na te czasy przypada niezmiernie ważny okres w dziejach szpitali naszych. Oto szpitale z instytucyj wyłącznie przytułkowych przeista-

*) Maciejowski Loco cit.

czają się stopniowo w zakłady lecznicze, zbliżone do współczesnego szpitala. W tym okresie wprowadza się stała opieka lekarska do szpitali przyczem następuje pewne zróżniczkowanie szpitali; szpitale mniejsze parafialne zachowują dotychczasowy charakter przytułków, schronisk dla ubogich i kalek; szpitale zaś miejskie, mające większe fundusze, przekształcają się w nowy typ pośredni przytułkowo-leczniczy; z jednej bowiem strony szpital utrzymuje na stałe pewną ilość ubogich zdrowych, z drugiej zaś przyjmuje na leczenie chorych z miasta. Odnośnie do szpitali parafialnych, w tym okresie nastąpiła inna jeszcze ważna zmiana: mianowicie: reskryptem Ministra Spraw wewnętrznych z 15 października 1811 r. wszystkie szpitale, które nie wykazały dochodu rocznego 100 złp. zostały skasowane; wszelkie zaś fundusze szpitalne wraz z kościołem, przywilejami i zobowiązaniami (odprawianie mszy za dusze zapisodawców i tp.) przechodzą na własność kościoła parafialnego, proboszcz zaś parafii, obowiązany za to został do utrzymywania dwunastu ubogich z parafii. Reforma ta dla szpitali-przytułków parafialnych — była zgubną: proboszczowie wkrótce zapomnieli o obowiązku utrzymywania ubogich, o co w wielu miejscach były spory między parafią a proboszczami; w r. zaś 1865, gdy przy regulacyi duchowieństwa wszelkie jego posiadłości i fundusze przeszły do skarbu, zabrano także i szpitalne, atoli nie przejęto obowiązku utrzymywania ubogich.

W pierwszych latach istnienia Królestwa Kongresowego, następuje reorganizacya szpitali. 2 grudnia 1817 r. zostaje wprowadzona Rada Ogólna Dozorcza w Warszawie, jako organ centralny zarządzający wszelkiego rodzaju szpitalami Królestwa, a przy komisyach wojewódzkich Rady Szczególne Dozorcze.

Rady szczególne, ściśle urzędnicze, o bardzo szczupłych atrybucyach, zależne w zupełności od komisyj wojewódzkich, miały charakter organów doradczych. Miasta w dalszym ciągu kierowały administracyą szpitali, lecz przy ustroju biurokratycznym właściwy zarząd i wogóle kierownictwo szpitali sprawiały komisye wojewódzkie, — magistraty zaś (urzędy municypalne) były jedynie wykonawcami zleceń tych komisyj. Okresu bardziej biurokratycznego niż ten, nie znały nasze szpitale. Każda sprawa przechodziła przez szereg instancyj (Rada Dozorcza Szczególna, Urząd Municypalny, Komisya Wojewódzka, Rada Dozorcza Główna, Komisya Rządowa Spraw Wewn., Rada Administracyjna, wreszcie Namiestnik). Pomimo, że Rady Dozorcze według ustawy miały być organem zawiadującym szpitalnictwem, Rady te jednak nie występują samodzielnie; w sprawach dotyczą-

cych szpitali, występują komisye wojewódzkie, jako organ kierowniczy, urzędy municypalne, jako organ administracyjno-wykonawczy, a zwierzchni nadzór i kontrolę ma Komisya Rząd. Spr. Wewn. Rady Dozorcze ze szczupłemi atrybucyami doradczemi pozostają bezczynne.

Jako korzystny rys okresu Rad Dozorczych musimy zaznaczyć wprowadzenie pewnych zasad administracyi do wewnętrznej gospodarki szpitali. Być może, że po długoletniej dezorganizacyi szpitali, wprowadzenie złożonej maszyny biurokratycznej z zawiłą bardzo kontrolą, z różnemi stopniami wzajemnej zależności licznych zwierzchnich organów szpitalnych, z niezmiernie obfitą korespondencyą kancelaryjną i t. p., być może że to było pod niektóremi względami pożytecznym. Być może, że to wszystko wdrożyło administracyę szpitali do pewnego ładu, że wytworzyło pewne konieczne formy gospodarki wewnętrznej, bez których dotychczas szpitale żyły. Lecz przy tej administracyi biurokratycznej, nie zdołano ustalić nawet funduszów szpitalnych, wywindykować zaległości i kapitałów szpitalnych, podźwignąć z upadku liczne, zrujnowane szpitale. W okresie tym kilka zaledwie wzniesiono szpitali, a mianowicie: 1) we Włocławku 1823 (przekształcony z dawnego szpitala, założonego w 1569 r.); 2) w Radomiu (1821 r.); 3) w Zamościu (1812 r.); 4) w Siedlcach (1819 r.); 5) w Maciejowicach (1810 r.); 6) w Płocku (św. Aleksego 1823 r.).

Wszystkie braki Rad Dozorczych należycie oceniała Komisya Rządowa Spraw Wewn. W odezwie swej do Rady Administracyjnej Królestwa z dnia 28 sierpnia r. 1832, Dyrektor Główny Komisyi Rząd. Spr. Wewn. Duch. i Ośw. Publ. zaznacza: „Podług dawnego postanowienia składała się Rada Ogólna po większej części z urzędników zajętych innemi gałęziami służby publicznej, którzy poczytywali zadania zakładów dobroczynnych za przedmiot uboczny, którym się tylko tyle zająć wypadało, ile na to dozwalał czas od innych zatrudnień pozostały... Te Rady żadnego prawie wpływu na ulepszenie szpitali mieć nie mogły.“

Taki stan rzeczy był powodem wprowadzenia reformy r. 1832 Ustawa r. 1832 tworzy przy Komisyi Rząd. Spr. Wewn. Radę Główną Opiekuńczą, jako centralny organ zawiadujący szpitalami i zakładami dobroczynnemi Królestwa. Rada ta składała się: 1) z prezesa, przez rząd mianowaneego; 2) prezydenta municypalności m. Warszawy; 3) duchownego wyższego; 4) z opiekunów prezydujących w Radach szczegółowych szpitali warszawskich; 5) naczelnika wydziału Instytutów w Kom. Rząd. Spr. Wewn. Duch. i Ośw. Publ.; 6) z dwóch członków Rady Lekarskiej; 7) z dwóch

assesorów prawnego i budowniczego; 8) z osób, któreby Rada Administr. Królestwa na przedstawienie Kom. Rząd. Sp. Wewn. do tejże Rady powołała.

Rada główna zajmowała się całą dziedziną szpitalnictwa, administracyą istniejących szpitali, tworzeniem nowych szpitali, zakładów dla dzieci, kalek, starców i t. d.

Przy każdym szpitalu, tak w stolicy, jak i po województwach zostały ustanowione Rady Szczegółowe Opiekuńcze „złożone z obywateli osiadłych miejscowych, znanych z miłosierdzia i chęci niesienia ulgi cierpiącej ludzkości, tudzież z lekarza naczelnego szpitala.“

Rada Szczegółowa bezpośrednio zarządza szpitalem, czuwa nad porządkiem wewnętrznym i dokładnością służby tak lekarskiej, jak ekonomicznej, mianuje oficyalistów, oprócz intendentów, a lekarzy, przedstawia Radzie Głównej Opiekuńczej do nominacyi.

W 10 lat później (1842 r.) następuje nowa reforma: zostaje wprowadzona ustawa szpitalna, obowiązująca do dnia dzisiejszego, nadto zaś dotychczasowe Rady Opiekuńcze Szczegółowe, istniejące przy poszczególnych szpitalach, przekształcają się na Rady Opiekuńcze powiatowe, zawiadujące wszelkimi zakładami w powiecie. Na czas działalności Rad Opiekuńczych przypada jeden ze świetniejszych okresów w historyi szpitali naszych. Dwa głównie rysy tego ustroju, jak wykazała historya, wywarły tak dodatnie wyniki: 1) Utworzenie w Warszawie jednego centralnego organu o dość rozległych atrybucyach. Organ taki, obejmując całokształt szpitalnictwa, mógł prowadzić akcyę planową, godzić potrzeby poszczególnych miejscowości z potrzebami całego kraju i tworzyć potrzebne dla niego instytucye; 2) Powołanie do czynnego udziału w pracy przedstawicieli społeczeństwa. Okoliczność ta zapewniała przypływ dobroczynności i ofiarności prywatnej, należytą kontrolę nad gospodarką szpitali, wreszcie tworzyła nić między szpitalami a społeczeństwem, tak niezbędną i konieczną, by żywa społeczna instytucya mogła się należycie rozwijać. Oceniając ważność udziału i kontroli społeczeństwa miejscowego nad życiem szpitali, Rada Główna opiekuńcza usiłowała nadać Radom szczegółowym zupełną samodzielność, a jednocześnie wyłączną odpowiedzialność za byt i rozwój szpitala. Rada Szczegółowa była jedynym i bezpośrednim gospodarzem szpitala; należyty rozwój szpitala był jej zasługą, a upadek jej winą. Pojmowała doskonale Rada Główna ważność tego czynnika: „Uznana i ciągle doświadczana użyteczność instytucyj Rad Szczegółowych — czytamy w sprawozdaniu za r. 1836 — jest Radzie Głównej powodem

do utrwalenia ich samodzielności i uwolnienia od wszelkiego obcego tęż samodzielność krępującego wpływu.“ Rada Główna stale kierowała się myślą, by „nie ścieśniać obrębu działania i władzy miejscowych Rad Szczegółowych.“ Niestety, jak zobaczymy, w kilkanaście lat później Rada Główna metodę tę stopniowo zmieniła.

Organizacya ta jednak pominęła parę punktów zasadniczych, których brak w życiu dał się poważnie odczuwać: 1) Najważniejszym brakiem było usunięcie miast ze sfery wpływów na szpitale. Od najdawniejszych czasów aż do r. 1832 miasta brały czynny udział w życiu szpitali, w opiece nad chorymi ubogimi i t. p.. Magistraty stale i zawsze sprawowały zarząd szpitali. Rok 1832 usunął miasta od tego obowiązku, a stan taki trwa do dnia dzisiejszego. 2) Ustawa r. 1832 oparła byt szpitali przeważnie na ofiarności publicznej, na własnych funduszach szpitali, wreszcie na zasiłkach ze skarbu i żadnego stałego źródła dochodów dla szpitali nie obmyślano. Sprawiedliwość jednak każe zaznaczyć, że ten brak wynikał zresztą logicznie z pojęć współczesnych, według których, szpital był tylko instytucyą dobroczynną, a przekształcenie szpitali w instytucye publiczne, społeczne, nastąpiło zaledwie za naszych czasów. 3) Wreszcie niedostatecznie uwzględniono lekarzy w Radzie Głównej. Wynikało to również z uznawania szpitali jedynie za zakłady dobroczynne, a pociągało to za sobą powolność i osłabienie działalności skutkiem tego, że Rada Główna z konieczności musiała się wciąż zwracać do opinii Rady Lekarskiej, oddzielnej zupełnie instancyi, albowiem dwaj członkowie lekarscy Rady Głównej nie mogli podołać swym obowiązkom.

Pomimo tych braków, okres działalności Rad Opiekuńczych stanowi jasną kartę w życiu wszystkich szpitali naszych. W tym okresie powstało 47 nowych szpitali [1]); inne, fundowane w wie-

[1]) W Warszawie szpitale: na Pradze i Dziecięcy przy ul. Aleksandryi; w Kutnie, w Łowiczu, w Kaperze, w Ciechocinku, w Piotrkowie (starozakonnych), w Łodzi, w Częstochowie, w Nowo-Radomsku, w Pogoni, w Sielcach, w Radomiu (starozakonnych), w Opatowie, w Opocznie, w Staszowie, w Starachowicach, w Kaliszu (starozakonnych), w Łęczycy, w Wieluniu, w Sieradzu, w Koninie, w Łomży (starozakonnych), w Ostrołęce, w Suwałkach (św. Piotra i Pawła, oraz starozakonnych), w Kalwaryi, Maryampolu, w Sejnach, w Hrubieszowie (św. Jadwigi i starozakonnych), w Krasnymstawie, w Puławach, w Sterdyni, w Łukowie, w Radzyniu, w Międzyrzecu, w Milanowie, w Wyrozębach, w Płocku (starozakonnych), w Lipnie, w Mławie, w Miechowie, w Olkuszu, w Stopnicy, w Busku i w Solcu.

kach dawniejszych, a później doprowadzone do upadku, podźwignięto; nadto, czynne z dawnych czasów bez przerwy, doprowadzono do porządku i należytego stanu. Wreszcie poczyniono starania i wszelkie przygotowania do utworzenia innych szpitali, których ostateczne otwarcie nastąpiło po r. 1870 t. j. już po skasowaniu Rad Opiekuńczych (szpitale w Turku, w Będzinie, w Janowie, w Augustowie, starozakonnych w Płocku). Nakoniec w ostatnich latach swego istnienia Rady Opiekuńcze zadecydowały o konieczności założenia nowych szpitali i w tym kierunku czyniły przygotowania w wielu miastach, które i dziś, po kilkudziesięciu latach, szpitali jeszcze niemają (Nowo-Mińsk, Ciechanowiec, Kałuszyn, Końskie, Jędrzejów, Włoszczowa, Lubartów i Pińczów).

W tym okresie nadano szpitalom właściwszy charakter zakładów leczniczych; stworzono medycynę szpitalną, zaprowodzono prawidłową i stałą opiekę lekarską i przyuczano ludność do udawania się do szpitala w razie choroby. Nie było instytucyi leczniczej lub dobroczynnej, któraby nie uczuwała na sobie troskliwej opieki Rady Opiekuńczej; nie było dziedziny ani żadnej sprawy z zakresu zdrowia publicznego, któraby nie zwróciła na siebie bacznej uwagi Rady Opiekuńczej. Dość wspomnieć tu: o pomocy położniczej dla ludności (założenie instytutu położniczego oraz szkoły babek dla ludności wiejskiej), pomocy dla chorych umysłowych, o przygotowaniach do założenia wielkiego szpitala (co późniejsze Rady Dobr. Publ. urzeczywistniły po 30 dopiero latach przez założenie szpitala w Tworkach), o działalności na polu walki z chorobami wenerycznemi, szczepieniu ospy, uporządkowaniu lub otwarciu źródeł mineralnych leczniczych (Busk, Ciechocinek, Solec) i t. p.

*

* *

A jednak cała ta energiczna i rozległa działalność Rad Opiekuńczych nie odbywała się bez przeszkód i stałych utrudnień.

Od początku istnienia Królestwa Kongresowego władze ogólnopaństwowe zwróciły szczególną uwagę na szpitale i wogóle zakłady dobroczynne. Nowe władze państwowe uznawały, iż przez dobroczynność i troskliwość względem ubogich i cierpiących najłatwiej można ująć sobie ludność miejscową i zjednać sympatye dla nowego rządu. Jednym ze środków była wielka ofiarność na rzecz szpitali. W latach 1850—1860 roczny zasiłek ze skarbu na zakłady dobroczynne wynosił do 150,000 rs. oprócz zasiłków jedno-

razowych dla różnych zakładów i prócz ofiar, często znacznych, z prywatnej szkatuły Monarchów, wreszcie ofiar prywatnych różnych dygnitarzy państwowych. Tu również należą liczne ofiary ze skarbu Królestwa w naturze, deputaty z lasów rządowych na budowę nowych szpitali i na potrzeby już istniejących. Tu wreszcie zaliczyć należy zachęcania społeczeństwa do dobroczynności przez szczodre nagradzanie członków Rad opiekuńczych orderami i godnościami.

Atoli jednocześnie i z wielką systematycznością zaczęto wprowadzać kontrolę państwową nad zakładami dobroczynnemi.

Pierwszem w tym celu wskazaniem było wprowadzanie do zakładów dobroczynnych przedstawicieli władz państwowych. Już w samym początku XIX w. na stanowisku prezesów Towarzystw Dobroczynności, zawiązywanych wówczas w wielu miastach, spotykamy naczelników wojennych województw, a później gubernatorów. W tymże celu do Rady Głównej Opiekuńczej zaczęto stopniowo wprowadzać coraz liczniejszych przedstawicieli władz państwowych, początkowo jako członków, później jako prezesów. (jenerałowie Dmitriew i Rożnow).

Jako logiczne następstwo tegoż systemu, czuwano bacznie, by do Rady Głównej i Rad Szczegółowych nie wchodziły z pośród społeczeństwa jednostki, dla jakichkolwiek powodów nieprzychylnie widziane przez władzę państwową. Każdy kandytat na członka Rady Opiekuńczej musiał ulegać zatwierdzeniu władzy państwowej. W tym względzie przestrzegano niezmierną surowość. Najmniejszy cień w atestacyi kandydata uniemożliwiał zaliczenie go do Rady. Nawet brak ujemnych rysów u kandydata, nawet takie świadectwo „że o sprawowaniu się kandydata nic nie wiadomo“ wystarczało, by kandydaturę odrzucić. Rada Główna Opiek. i Kom. Rząd. Spr. Wewn. stosowały się zawsze do tych uwag bez żadnej apelacyi [1]). Inna droga, wiodąca do tegoż celu,

[1]) Dla charakterystyki przytoczymy parę faktów: w r. 1841 Rada Szczegółowa Piotrkowska podaje na kandydata Tomasza Piątkowskiego. Kancelarya Namiestnika na odnośne pytanie odpowiada, że o Tom. Piątkowskim nic jej nie wiadomo, natomiast pewnem jest, że niejaki Piotkowski, bez oznaczonego bliżej imienia, należał do klubu patryotycznego, do którego był przyjęty 11 stycznia 1831. Taka wiadomość o Piotkowskim wystarczyła do nie zatwierdzenia na członka Rady, Piątkowskiego.

W r. 1844 Kancelarya Namiestnika komunikuje Główn. Inspekt. Zdrowia Czetyrkinowi, że członek Rady Opiekuńczej pow. Konińskiego Hektor Tailer, właściciel majątku Ostrowąż „ściąga na siebie podejrzenie pod względem po-

polegała na systematycznem wprowadzaniu kontroli państwa nad wszelkimi zakładami dobroczynnymi, czy to w postaci specyalnych opiekunów czy też komisarzów rządowych, co miało jednocześnie być dowodem troskliwości państwa o te zakłady. Gdy społeczeństwo zżyło się z ideą tej kontroli, Namiestnik wydaje w r. 1856 rozporządzenie: „Wzbronić zawiązywania przez osoby prywatne instytutów dobroczynnych bez poprzedniego pozyskania w tej mierze zezwolenia Komisyi Rząd. Spraw Wewn.“ Bardzo wcześnie, bo już w r. 1816 znajdujemy rozporządzenie, zakazujące zbierania składek publicznych na zakłady dobroczynne bez uprzedniego zezwolenia rządu.

Ponieważ od dawnego czasu państwo miało stale na względzie zjednoczenie Królestwa z Cesarstwem, usiłowano w tym celu wprowadzać do Królestwa instytucye według wzorów z Cesarstwa.

Już w r. 1832 Dyrektor Główny Kom. Rząd. Spr. Wewn. Strogonow, motywując zasady ustawy r. 1832 zaznacza, że „urzędy opiekunów szpitalnych utworzone są na wzór podobnych urządzeń w Petersburgu istniejących.“ Tymczasem, jak widzieliśmy, instytucya opiekunów istniała w Polsce stale od początku 16 wieku t. j. wówczas gdy Petersburg jeszcze nie istniał.

W r. 1855 cesarz Mikołaj I rozkazał, aby wprowadzono w Królestwie „Izby powszechnej Opieki (prykazy Obszczestwiennaho pryzrenja) tak szczęśliwie zakrzewione w Cesarstwie.“ Okazało się jednak, że doświadczenie Cesarstwa nie mogło służyć za wzór i to, co w Cesarstwie ustaliło się, u nas zupełnie nie mogło się przyjąć.

Stopniowo kontrola państwa stawała się coraz ściślejsza. W r. 1865 Rada Główna Opiekuńcza, z polecenia Komisyi Rząd. Spr. Wewn., nakazuje, aby Rady Op. Szczegółowe zawiadamiały o swych posiedzeniach naczelnika żandarmeryi, który musi być obecnym na posiedzeniu Rady. Później, w r. 1868, uczyniono pewne ustępstwo: „Namiestnik rozkazał, aby w tych wypadkach gdy miejscowi oficerowie żandarmscy, skutkiem swoich bezpośrednich zajęć obowiązkowych, nie mogą być obecni na posiedzeniach Rad Opiekuńczych, odbywać posiedzenia dla roztrzygania nagłych spraw w komplecie prawem przepisanym i w nieobecności tych oficerów.“

---

litycznym i pomimo swego kalectwa, które nie pozwala mu władać ani rękami ani nogami, często wyjeżdża w różne strony.“ Z tego powodu nakazano usunąć tego bezrękiego i beznogiego członka Rady.

W r. 1865 Rada Główna z polecenia Komisyi Rząd. Spr. Wewn. nakazuje, aby Rady Szczegółowe prowadziły korespondencyę z Radą Główną w języku rosyjskim. Rozporządzenie to w r. 1868 rozszerzone zostało na wszelką korespondencyę wewnętrzną i zewnętrzną.

Również wyższe względy państwowe nakazywały częstokroć postępować wbrew wyraźnym przepisom i uchwałom. Tak np. w r. 1862 postanowiono, że posady ordynatorów mają być obsadzane jedynie drogą konkursu. Tymczasem, wbrew tej decyzyi, z mocy rozporządzenia Rady Administracyjnej wydanej 12 stycznia r. 1866, mianowano w Warszawie pięciu nowych ordynatorów bez konkursu.

Wszystko to, rzecz prosta, musiało krępować działalność Rady Głównej Opiekuńczej, musiało zmniejszać energię jej i wstrzymywać rozwój szpitalnictwa. Niezależnie od tego pod wpływem otrzymywanych rozporządzeń, a także skutkiem zmiany składu jej osobistego, Rada Główna rozpostarła niezmiernie ścisłą kontrolę nad działalnością Rad Szczegółowych. Zniknęła wówczas „samodzielność i niekrępowany obręb działania Rad Szczegółowych," co pierwiastkowo Rada Główna tak usilnie pielęgnowała; znaczenie i wpływy Rad Szczegółowych zostały ograniczone zupełnie na rzecz organów władzy administracyjnej.

W r. 1870, gdy uznano zakłady dobroczynne za dostatecznie już przygotowane do przyjęcia opieki państwowej, wprowadzono nową ustawę do szpitali Królestwa Polskiego.

Reforma r. 1870 miała być koroną w sprawie zjednoczenia Królestwa z państwem, zniesienia odrębności Królestwa i nadania mu charakteru oddzielnych gubernij Cesarstwa. Za jeden ze środków do tego celu wiodących, uznano konieczność zniesienia centralnego zarządu szpitali Królestwa Polskiego (Rady Głównej Opiekuńczej) i przeniesienia ich pod zarząd ministeryum spraw wewnętrznych w Petersburgu. Cel ten wyraźnie jest zaznaczony w Ukazie Najwyższym, wydanym 19 czerwca r. 1870 do Senatu Rządzącego: „Stworzyć w guberniach Królestwa Polskiego gubernialne i powiatowe instytucye, zarządzające zakładami dobroczynnemi, podwładne Ministeryum spraw wewnętrznych na ogólnych zasadach, ustanowionych dla Cesarstwa."

Cel ten występuje jeszcze wyraźniej w protokule Komitetu do spraw Królestwa Polskiego [1]): „Po wysłuchaniu opinii Namie-

[1]) Art. 3083—Wypiska iz Wysoczajsze utwierżdionnaho 19 Ijunja 1870 g. żurnala Komitieta po diełam Carstwa Polskaho.

stnika Komitet do spraw Królestwa Polskiego wziął pod rozwagę, że zmiany proponowane w urządzeniu Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności publicznej mają właśnie na celu pozbawienie miasta Warszawy tak szkodliwego, pod względem politycznym, charakteru stolicy całego kraju, i nadania o ile można, miastu temu znaczenia miasta gubernialnego“ [1]).

Stosownie do tego celu zasadniczego, reforma r. 1870 nie dotknęła zupełnie wewnętrznego życia szpitali, funduszów, środków utrzymania i t. p.; zmieniła jedynie formę zarządu, a poza tem pozostawiła w mocy ustawę r. 1842, obowiązującą po dziś dzień.

Dla celów państwowych wyłącznie stworzono instytucyę ściśle urzędniczą, tak potępioną w r. 1832, w którym jak widzieliśmy, dyrektor Komisyi Rząd. Spr. Wewn. Strogonow żądał zniesienia Rad Nadzorczych, dowodząc, iż Rady te, jako urzędnicze, nie są w stanie kierować szpitalami. Z tego właśnie powodu w r. 1832 wprowadzono Rady Opiekuńcze nie urzędnicze. Tymczasem po latach 40 Rady Opiekuńcze zniesiono, by znów wprowadzić zarząd szpitali w charakterze bardziej jeszcze urzędniczym, uznanym poprzednio za tak szkodliwy. Na ten charakter organizacyi r. 1870 zwrócił uwagę prof. Okolski w r. 1878 w pracy przygotowanej na zlecenie ministeryum spraw wewnętrznych. W kilka zaledwie lat po wprowadzeniu tych Rad prof. Okolski zaznaczył ujemne strony nowego ustroju i z tego powodu nie rokował rozwoju szpitalom Królestwa Polskiego.

ROZDZIAŁ II.

Ustrój Rad Dobroczynności Publicznej i ich działalność.

Z mocy prawa wydanego 19 czerwca r. 1870 zniesione zostały Rady Opiekuńcze: Główna w Warszawie i Szczegółowe w powiatach, a szpitale i wszelkie zakłady dobroczynne oddano pod zarząd Rad Dobroczynności publicznej: Warszawskiej Miejskiej oraz gubernialnych i powiatowych, pod ogólnym kierunkiem władz administracyjnych, Ministeryum spraw wewnętrznych, Generał-Gubernatora warszawskiego, Gubernatorów i Naczelników powiatu. Radę

[1]) Z tego właśnie powodu prezesem warszawskiej rady miejskiej dobr. publ. został początkowo gubernator warszawski, a w r. 1893 z mocy opinii Rady Państwa Najwyżej zatwierdzonej 12 maja 1893 r. prezesem warszawskiej rady miejskiej zostaje prezydent m. Warszawy.

miejską warszawską stanowią: 1) Prezydent miasta; 2) Oberpolicmajster; 3) Naczelnik zakładów dobroczynnych; 4) Inspektor lekarski szpitali warszawskich; 5) Zarządzający Izbą Skarbową i 6) Inspektor szkół m. Warszawy. Nadto do Rady należą: Kuratorzy zakładów dobroczynnych, Prezes tow. dobrocz. i Dyrektor szpitala w Tworkach—wszyscy z prawem głosu jedynie w sprawach dotyczących zakładów przez nich reprezentowanych. Wreszcie do Rady wchodzi 4—6 członków z pośród mieszkańców miejscowych i osób pozostających w służbie państwowej (art. 336, t. XIII Zb. Pr. wyd. 1892 r.) Wybór kuratorów zakładów dobroczynnych i członków z wyboru dokonywany jest przez stałych członków Rady z urzędu. Kuratorzy i członkowie z wyboru ulegają zatwierdzeniu Generał-Gubernatora.

Ustrój analogiczny mają Rady Dobroczynności Publicznej, gubernialne i powiatowe. Według art. 365 Radę Gubern. stanowią: 1) Gubernator; 2) Wice-Gubernator; 3) Zarządzający Izbą Skarbową; 4) Naczelnik Dyrekcyi naukowej; 5) Inspektor lekarski gubernialny; 6) jeden z radców rządu gubernialnego, a nadto kuratorzy istniejących zakładów dobroczynnych i 4—6 członków z pośród mieszkańców miejscowych i urzędników pozostających w służbie państwowej. Radę powiatową stanowią (art. 364): 1) Naczelnik powiatu; 2) Pomocnik naczelnika powiatu; 3) lekarz pow. — wreszcie kuratorzy zakładów dobroczynnych i 2 — 4 członków z pośród mieszkańców miejscowych lub urzędników. W Radach gubernialnych, a zwłaszcza powiatowych, znakomitą większość członków stanowią wszędzie urzędnicy państwowi, albowiem ci członkowie z wyboru są wybierani przez władze administracyjne. Dla tego też skład Rad Dobroczynności Publicznej bywa dość jednostajny. Oprócz członków zarządu należą do Rad urzędnicy rządu gubernialnego lub powiatu, komisarze włościańscy, sędziowie pokoju, duchowni prawosławni i katoliccy, oficerowie pułków konsystujących, oficerowie żandarmeryi i straży pogranicznej, inspektorowie podatkowi i t. p. [1])

[1]) Dla przykładu przytoczymy skład Rad w różnych miastach, podając tylko członków Rad z wyboru kuratorów: 1) Rada Gubernialna w Płocku (1903 r.): prokurator sądu okręgowego; dyrektor gimnazyum męskiego, naczelnik wydziału izby skarbowej; kurator szpitala św. Trójcy, radca rządu gub.; kurator szpit. św. Aleksego—pułkownik, kurator szpitala żydowskiego — nauczyciel gimnazyum; 2) Rada pow. w Mławie (1903) żona komisarza do spraw włościańskich, kasyer urzędu miejskiego; 3) Rada pow. w Rypinie (1903): dowódca brygady straży pogranicznej; rotmistrz pułku dragońskiego; duchowny prawosławny, sekretarz powiatu; 4) Łomża (1895) kurator szpitala rot-

Rady Dobroczynności Publicznej złożone z urzędników państwowych nie rokowały rozwoju szpitalom. Jak widzieliśmy, już w r. 1832 Strogonow uznał, że Rady złożone z urzędników „nie mogą mieć wpływu na polepszenie szpitali.“ Istotnie Rady takie z natury rzeczy musiały być organem biernym, bezczynnym. Nawet najdzielniejsi i ożywieni najlepszemi chęciami urzędnicy państwowi nie mogą poświęcić się należycie szpitalom. Nie tylko nie mogą posiadać należytych wiadomości i znajomości szpitalnictwa, lecz bezpośrednie ich zajęcia i obowiązki, ideały i cała karyera ich życiowa, zwracają ich energię w innym kierunku. Czy podobna przypuścić, aby np. prokurator sądu, komisarz spraw włościańskich i t. p. przy licznych i odpowiedzialnych zajęciach i obowiązkach urzędu mogli istotnie zająć się szpitalem? Nawet przy najlepszych chęciach z ich strony, może to być zajęcie tylko dorywcze. Faktycznie przeto wszystkie szpitale nasze pozostają bez opieki. Tylko gdzie niegdzie zdarzają się wśród członków Rad jednostki, którym szpital leży na sercu i które dokładają wszelkich starań, by szpital podtrzymywać.

Oprócz tego z samego ustroju organizacyi r. 1870 wynikają pewne cechy, które musiały niekorzystnie odbić się na szpitalach. Mamy na myśli zarząd szpitali

Pomimo, że zarząd szpitali warszawskich i prowincyonalnych zorganizowany został na jednakich zasadach, to jednak w praktyce wytworzyły się dość znaczne różnice. W Warszawie obok centralnego organu — Rady Miejskiej — każdy szpital ma następujące władze właściwie od siebie niezależne: 1) Lekarz Naczelny; 2) Kurator; 3) Intendent; 4) Inspektor szpitali cywilnych.

Według ustawy r. 1870 wszyscy ci funkcyonaryusze nie rządzą szpitalem kolegialnie, lecz każdy ma ściśle określone odrębne atrybucye. Lekarz naczelny (art. 406) „zarządza działem lekarskim i farmaceutycznym, ale chociaż nie mięsza się do działu go-

---

mistrz żandarmski; 5) Rada powiatowa w Zamościu (1901): dwóch duchownych prawosławnych i komisarz włościański; 6) Lublin (1902): kurator szpit. św. Jana były prezes komisyi włościańskiej; szpit. św. Wincentego — prezes kom. włośc. 7) Rada gubern. w Suwałkach (1902): prokurator sądu okręgowego, sztab oficer przy gubernatorze, asesor farmacyi, budowniczy miejski; kurator szpital św. Piotra — Korniejew; 8) Sejny (1902) inspektor podatkowy; 9) Piotrków (1902): Rada gubern.: prezes komisyi włościańskiej, inżynier gubern., inżynier powiatowy, adwokat; 10) Łódź (1902) — inżynier powiatowy, referent powiatu; 11) Włocławek (1901): pomocnik naczelnika powiatu, naczelnik więzienia, inżynier powiatu, sztabs kapitan i t. p. i t. p.

spodarczego, jednak zauważywszy jakieś braki w tym względzie winien o tem komunikować intendentowi.“ Intendent (art. 405) zarządza gospodarstwem szpitalnem i za dział ten jest bezpośrednio odpowiedzialnym. Kurator (art. 411) kontroluje administracyę wewnętrzną w szpitalu, lecz zwierzchnikiem intendenta nie jest. Kurator niema prawa nawet czynić uwag intendentowi, lecz może tylko o dostrzeżonych brakach w zakresie gospodarki wewnętrznej zawiadamiać Radę. Wreszcie Inspektor szpitali (art. 390) kontroluje działalność lekarską szpitala; [1]) nie jest on jednak zwierzchnikiem lekarza naczelnego, podobnie jak kurator według ustawy nie jest zwierzchnikiem intendenta.

Istnienie tych czterech organów musi w praktyce sprawiać, że albo w szpitalu panuje bezrząd — ponieważ niepodobna wyodrębnić atrybucyj różnych organów, ani rozbić złożonego życia wielkiego szpitala na oddzielne szufladki—albo też niektóre z tych organów, zależnie od osobistych właściwości jednostki lub społecznego jej stanowiska, wysuwają się naprzód i wbrew ustawie przejmują na siebie władzę naczelną.

Dotyczy to przedewszystkiem inspektora szpitali, urzędu nieznanego zresztą w całem państwie rosyjskiem.

W Warszawie inspektor szpitali zajął rolę naczelnej władzy szpitalnej. Fakt ten musiał być naturalnem następstwem reformy r. 1870. Mianowicie reforma ta w zupełności pominęła udział lekarzy w Radach Dobroczynności Publicznej t. j. w zwierzchnich organach szpitali Do Rady Warszawskiej wprowadzono inspektora szpitali, wyznaczając mu rolę kontrolera-rewidenta. Z natury rzeczy ten jedyny lekarz w Radzie, jedyny rzeczoznawca w sprawach lecznictwa szpitalnego, musiał stopniowo przejmować przeważającą rolę w czynnościach Rady, ponieważ we wszystkich sprawach szpitalnych koniecznym jest głos lekarza. Dla tego też inspektor szpitali stał się w Warszawie głównym rządcą szpitali. On mianuje lekarzy naczelnych i ordynatorów, on tworzy oddziały szpitalne, on wreszcie czuwa nad całą działalnością szpitali nietylko pod względem lekarskim, lecz i administracyjnym. W niektórych znów szpitalach dominujące stanowisko zajmuje kurator.

---

[1]) Według § 34, art. 390, t. III Zbioru Praw z 1895 r. Inspektor szpitali w Warszawie spełnia względnie do zakładów pozostających pod zarządem Rady Miejskiej takie same obowiązki, jak inspektor lekarski gubernialny odnośnie do zakładów leczniczych.

Sam fakt, że pewni funkcyonaryusze mogą wysuwać się z ram, zakreślonych przez ustawę, i zajmować przewodnie stanowisko, należy poczytać za zasadniczy brak samej ustawy.

Wreszcie w szpitalach warszawskich istnieje jeszcze jeden organ w zarządzie — mianowicie siostry miłosierdzia.

W szpitalach prowincyonalnych w praktyce dzieje się nieco inaczej. Tu główne stanowisko zajmuje naczelnik powiatu, jako prezes Rady Dobroczynności Publicznej. W praktyce wytworzył się taki stosunek, że naczelnik powiatu uważa lekarza szpitalnego za bezpośredniego swego podwładnego. W większej jeszcze mierze podwładnym naczelnika powiatu jest intendent. Zresztą Rada powiatowa, składająca się przeważnie z urzędników powiatu, jest organem, kierowanym wyłącznie przez tegoż naczelnika.

W większym stopniu niezależności od naczelnika powiatu pozostaje kurator szpitala, zwłaszcza o ile jest nim jednostka niezależna ze względu na zajmowane przez nią stanowisko (np. komisarz włościański, oficer i t. p.).

To też powiatowe Rady Dobroczynności mają właściwie znaczenie formalne. Rządy w szpitalu sprawuje naczelnik powiatu, a w wielu miastach Rady nie bywają zwoływane po roku i dłużej (Rawa i t. p.). Lecz, jak to łatwo zrozumieć, naczelnik powiatu przy najlepszych nawet chęciach nie jest w stanie zająć się szpitalem.

Dodać wreszcie należy, że według ustawy lekarz szpitala do Rady Dobroczynności publicznej nie należy, do zarządu nie może się wtrącać, a spełnia jedynie czynności lekarskie w szpitalu.

O ile przeto szpitale warszawskie mają nadmiar władz, o tyle znów szpitale powiatowe faktycznie nie mają nad sobą żadnej opieki. Wprawdzie w niektórych szpitalach prowincyonalnych istnieje inna władza niezależna — mianowicie t. zw. krzyżanki, siostry miłosierdzia Czerwonego Krzyża św. Elżbiety. Istnieje bowiem zasadnicza różnica w stanowisku w szpitalu szarytek i krzyżanek. Szarytki, pracujące w szpitalach, podług obowiązującego je kontraktu, „podlegają miejscowemu szpitalnemu i administracyjnemu zarządowi.“ Tymczasem krzyżanki w szpitalu prowincyonalnym zależą jedynie od Zarządu Czerwonego Krzyża w Warszawie i nie podlegają miejscowym władzom szpitalnym. Okoliczność ta musi w życiu sprowadzać różne scysye i nieporozumienia z miejscowym Zarządem szpitali, dochodzące niekiedy do starć poważniejszych (Grójec, Lipno, Siedlce i t. p.).

Nieporozumienia dochodzą częstokroć do tego, iż władze administracyjne (gubernator) zmuszone są interweniować w spra-

wach, dotyczących usunięcia Elżbietanek. Tak było w Lipnie, w Grójcu; to samo przed niedawnym czasem miało miejsce w Siedlcach, gdzie Elżbietanki usunięto, a na ich miejsce sprowadzono mniszki z klasztoru prawosławnego w Wirowie.

*

* *

Przechodząc teraz do działalności tak urządzonych Rad Dobroczynności Publicznej, zaznaczyć należy, iż stosownie do zasadniczego ich celu (zjednoczenia Królestwa z Państwem, usunięcia odrębności Królestwa) państwo stale dążyło, by w życiu szpitali nie działo się nic, coby było sprzeczne z tą zasadą. Dla tego też przedewszystkiem zwrócono uwagę, by zarząd szpitali znajdował się wszędzie w rękach osób zupełnie pewnych pod względem państwowym. Stąd, jak widzieliśmy, na stanowisku kuratorów szpitali i członków Rad spotykamy tak często komisarzów włościańskich, wojskowych, duchownych prawosławnych i t. p. Dla zapewnienia sobie wpływów donioślejszych, Rady poczęły usuwać ze szpitali szarytki i wprowadzały Elżbietanki (krzyżanki). Tak było w szpitalach w Ciechocinku, w Grójcu, Lublinie, Lipnie, Wyrozębach, Sterdyni, Białej, Przasnyszu, Zamościu, Szczebrzeszynie, Kutnie, Krasnymstawie, Milanowie, Radzyniu i w Łodzi. Niekiedy było to dla władz połączone z wielkiemi trudnościami ze względu na odmienny a wyraźny warunek, wyrażony przez testatorów w akcie erekcyjnym szpitala.[1]) Wszystkie te jednak trudności

[1]) Np. W r. 1858 hr. z Potockich Uruska, II voto Caboga, zbudowała szpital w Milanowie (pow. Radzyński), ofiarowała grunta i 15000 rs. na utrzymanie chorych oraz 15000 rs. na utrzymanie sióstr miłosierdzia pod warunkiem, że cała instytucya i 30000 rs. wracają do spadkobierców legatorki, jeżeliby kiedykolwiek zarząd szpitala został odjęty siostrom miłosierdzia. W roku 1889 szarytki zostały usunięte. Spadkobiercy żądali zamknięcia szpitala, ale żądanie to zostało uchylone przez władze administracyjne i sądowe.

W r. 1862 Tadeusz Dorio-Dernałowicz zapisał „dobra Wyrozęby, Podawce i Kunaty, w okręgu Węgrowskim położone," z częścią ziemską nieruchomą, na wsi Plutach w okręgu Siedleckim leżącą, z inwentarzami i sprzętami gospodarczymi, w tychże dobrach znajdującymi się, na rzecz Instytutu Dobroczynnego w dobrach Wyrozęby. Instytut składać się ma z trzech panien zakonnic szarytek, których obowiązkiem będzie utrzymywać swoim kosztem księdza kapelana, sześć osób chorych, dziesięć osób starców i kalek, felczera stałego, aptekę domową i ochronę czyli szkółkę... Gdyby władze ustanowionego In-

usuwano. Jak łatwo się domyśleć, musiało to znakomicie zniechęcać ludzi zamożnych do zapisów i ofiar na rzecz szpitali, nie mogli bowiem mieć pewności, że wola ich będzie uszanowana.

Niekiedy wprowadzano Elżbietanki nawet do szpitali, zakładanych przez osoby prywatne (szpital fabryczny w Łodzi). Logicznem następstwem powyższej działalności były: budowa cerkwi przy szpitalach (Szczebrzeszyn, Biała i t. p.), wprowadzanie personelu administracyjnego, a gdzie się dało i lekarskiego, z osób pochodzenia rosyjskiego (personel lekarski uwzględniony został zwłaszcza w Tworkach), zmiana nazw szpitali,[1]) korzystanie z bezpłatnej kuracyi w zakładach leczniczych mineralnych (Busk, Ciechocinek) przez urzędników państwowych i t. p.

Przytaczamy fakty powyższe, gdyż stanowią one ważną cechę charakterystyczną w życiu szpitali naszych. Jest to część licznych faktów, świadczących, że do szpitali wprowadzono cele uboczne i uczyniono z nich placówki działalności, niezgodnej z celem i przeznaczeniem szpitala, a nawet wbrew prawu. Oto w artykule 385 ustawy 1870 r. (T. XIII Zbioru Praw wyd. 1892) czytamy: „Gubernatorzy obowiązani są czuwać nad ścisłem spełnianiem w zakładach dobroczynnych rozporządzeń rządu, a przedewszystkiem nad tem, by zakłady te nie wykraczały z granic ich przeznaczenia, które ma na celu wyłącznie tylko dobroczynność.“

Jednem z następstw takiego stanu rzeczy było całkowite odsunięcie się społeczeństwa miejscowego od szpitali, co zresztą odpowiadało duchowi ustawy r. 1870. Jednym z objawów uchylenia się społeczeństwa było to, iż ofiarność na rzecz szpitali ustała prawie zupełnie.

---

stytutu nie potwierdziły i dobra, na ten Instytut zapisane, na inny cel użyć chciały, w takim razie dobra Wyrozęby napowrót do zeznającego lub jego sukcesorów na własność powrócić mają.“ Zapisane dobra miały obszaru 595,8 mórg. Zakład istniał na warunkach wyrażonych, w akcie erekcyjnym, do r. 1887, w którym szarytki usunięto; zakład oddano pod zarząd Rady Dobroczynności publicznej pow. Sokołowskiego, a w miejsce szarytek sprowadzono Elżbietanki. Żądania spadkobierców T. Dernałowicza w sprawie zwrotu dóbr Wyrozęby na ich własność, zgodnie z aktem erekcyjnym, nie zostały uwzględnione.

[1]) Hrubieszów — szpital św. Jadwigi zamieniono na św. Aleksandra Newskiego; Radzyń—św. Kunegundy na św. Georgia; Zamość—św. Łazarza na św. Mikołaja; Augustów—św. Siergieja; Biała—św. Karola na św. Maryi Magdaleny i t. p.

Kilka cyfr, zestawionych przez D-ra B. Jakimiaka, rzecz bliżej wyświetli. W ciągu 28-ioletniej działalności Rad Opiekuńczych (1842—1869) kapitały zakładów dobroczynnych Królestwa wzrosły sześciokrotnie (w r. 1842 wynosiły 497,292 rs., w r. 1869 —3,246,329 rs.). Tymczasem w ciagu 31-oletniej działalności Rad Dobroczynności publicznej, suma kapitałów nie podwoiła się nawet. Np. kapitały zakładów dobroczynnych m. Warszawy wynosiły w r. 1870 1,644,504 rs., a ogólny ich majątek 4,691,422 rs.; w r. zaś 1901 kapitały wynosiły 2,498,330 rs., a ogólna wartość majątku 8,860,450 rs. Atoli to powiększenie wartości ogólnej majątku jest tylko pozorne i zmniejszy się jeszcze, gdy uwzględnimy, że źródło tego zwiększenia wartości polega na znacznem podrożeniu domów i placów w Warszawie oraz gruntów podmiejskich.

O zaniku dobroczynności prywatnej na rzecz szpitali w większym jeszcze stopniu mówią następujące dane. Ogólna suma zapisów w Warszawie na różne instytucye społeczne w okresie 1870—1901 wynosiła 4,270,647 rs.; z sumy tej na szpitale przypada tylko 579,808 rs. Przy rozpatrywaniu poszczególnych lat fakt ten staje się jeszcze bardziej rażącym. Tak np. w r. 1889 suma zapisów wynosi 248,000 rs., a z tego na szpitale przypada 6000 rs.; w r. 1892 ogólna suma zapisów 376,000 rs., a na szpitale 12,000 rs. i t. p. Charakterystycznym jest fakt, że ofiary na szpital dla obłąkanych w Tworkach wyniosły w ciągu 14 lat jego istnienia rs. sześć (!). A wszakżeż ci nieszczęśliwi obłąkani zazwyczaj budzą najwięcej współczucia w społeczeństwie. Musi przeto być coś, co powstrzymuje to społeczeństwo od ofiar na ten cel. Lecz i w tych nieznacznych zapisach na szpitale ujawnia się fakt charakterystyczny. Mianowicie społeczeństwo ogranicza ofiarność na rzecz zakładów, pozostających pod zarządem Rad Dobroczynności Publicznej, a skierowywa ją na inne cele, np. na tak zw. zakłady prywatne (szpital dziecięcy przy ul. Aleksandryi, szpital dziecięcy starozakonnych przy ul. Śliskiej, przytułki prywatne i t. p.), które to zakłady nie są pod bezpośrednim zarządem Rady Dobroczynności Publicznej. W r. 1870 takich prywatnych zakładów było zaledwie parę; fundusze ich były tak niewielkie, że pierwsze sprawozdania Rady Dobroczynności Publicznej zaledwie o nich wspominają i nie wskazują ich nawet w oddzielnej rubryce. Tymczasem w sprawozdaniu za rok 1901 znajdujemy już bogate instytucye, posiadające 6,262,233 rs. majątku. Zaznaczyliśmy wyżej, że suma zapisów na rzecz szpitali w tym okresie wynosiła 579,808 rs.; znaczna część tych zapisów była właśnie przezna-

czona na zakłady prywatne (na jeden tylko prywatny szpital dziecięcy przy ul. Aleksandryi zapisano 221,269 rs.).

Wszystko to świadczy, że ofiarność wśród społeczeństwa nie zanikła zupełnie. Zmieniła jedynie koryto: ominęła te instytucye, do których społeczeństwo niema zaufania i nad których działalnością nie może mieć żadnej kontroli, a skierowała się do tych zakładów, które mniej lub więcej pozostają w sferze wpływów społeczeństwa.

O braku zaufania społeczeństwa do szpitali, oprócz faktów powyższych, i zmniejszania się ofiarności na ten cel, świadczą nadto zastrzeżenia, czynione w testamentach przez legataryuszów. Widzieliśmy powyżej, jakie zastrzeżenia uczynili w testamentach hr. Caboga-Potocka i T. Dernałowicz w zapisach na szpitale w Milanowie i Wyrozębach — zastrzeżenia, które zresztą były bezskuteczne. Charakterystycznym jest również zapis rejentalny Sz. Eisenmana, uczyniony 28 października 1903 r. przed rejentem Landauem w Warszawie. Oto Sz. Eisenmann między innemi zapisuje: 1) na budowę nowego szpitala starozakonnych 4,000 rs. i 2) na utworzenie stałego funduszu wsparć przy zarządzie warszawskiej gminy starozakonnych 20,000 rs., lecz czyni następujące zastrzeżenie (dokładna cytata z aktu rejentalnego): „Najwyraźniej zastrzegam, że Warszawska Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, ani żadna inna władza, nie mogą mieć żadnego wpływu ani mieszać się do tego naszego zapisu. Gdyby zaś kiedykolwiek fundusze te kwalifikować się miały pod dyspozycyę lub zarząd jakiejkolwiek władzy, to zapisy te winne być uważane za upadłe i ustałe w swych skutkach, i fundusz jakiby wówczas istniał powinien być rozdzielony podług prawa między prawnych moich sukcesorów."

Zapisu powyższego Warszawska Rada Miejska nie przyjęła.

Charakterystycznem jest również, że o ile istnieją jakieś zapisy na rzecz szpitali pozostających pod zarządem Rady Dobroczynności Publicznej, to pochodzą one z lat ostatnich przeważnie od Polaków z Cesarstwa, nie znających warunków życia tutejszego. Do takich np. należą: 1) zapis Psurskiej z Litwy 10,000 rs. na szpital Dzieciątka Jezus; 2) zapis Baranieckiego z Odesy — 5000 rs. na Dom Wychowawczy w Warszawie i 5000 rs. dla nieuleczalnych, który to zapis Warszawska Rada Miejska przeznaczyła dla przytułku w Górze Kalwaryi.

Rzecz prosta, że w tych warunkach, wobec wyraźnej niechęci społeczeństwa do szpitali, działalność Rad Dobroczynności publicznej nie mogła być owocną. Wszakże szpitale, jako insty-

tucye społeczne, przeznaczone dla społeczeństwa, mogą wzrastać i krzewić się tylko wtedy, gdy są związane licznymi korzeniami z temże społeczeństwem. Gdy korzenie te są podcięte, instytucya musi schnąć. I w tym względzie nietylko brak funduszów, spowodowany przez zanik ofiarności na rzecz szpitali, jest przyczyną upadku: bo nawet, gdyby szpitale posiadały dostateczne fundusze, to zawsze w oderwaniu od społeczeństwa muszą ginąć. Nie uwzględniły jednak tego warunku Rady Dobroczynności publicznej i błąd ten musiał pociągnąć za sobą szereg niepożądanych następstw. Lecz przejdźmy do faktów. Przyjrzyjmy się bilansowi działalności Rad Dobroczynności Publicznej.

W okresie 1871—1901 r. w Warszawie przybyły nowe szpitale: 1) Zapasowy (św. Stanisława); 2) Wolski i 3) Pawilon przy szpitalu praskim oraz drewniane baraki rekruckie. Ogółem przybyło 395 łóżek. Jeżeli jednak według sprawozdań urzędowych cyfra ta podana jest na 593 (1871 r. — 1567 łóżek, 1901 r. — 2160 łóżek), to nie znaczy jeszcze, że w okresie tym przybyło istotnie nowych pomieszczeń na 593 łóżka. Nowych pomieszczeń przybyło właściwie tylko na 395 łóżek, a po za tem w dawnych pomieszczeniach dostawiono tylko 198 łóżek, zacieśniając jeszcze bardziej ciasne i bez tego pomieszczenia szpitalne. Wobec gwałtownego braku łóżek szpitalnych, pilnej potrzebie zaradza się w ten sposób, iż do istniejących oddziałów szpitalnych wstawia się coraz nowe łóżka, a gdy i to nie pomaga, chorych kładzie się na podłodze. Często też na oddziałach leży liczba chorych niemal dwa razy większa od tej, jaka ma być podług etatu. Dodać przytem należy, że z liczby tych nowych 395 łóżek 120 powstało w ten sposób, że drewniane baraki rekruckie przerobiono na szpital (oddział dla chorych przewlekłych przy szpitalu Praskim).

Co się tyczy prowincyi, to w okresie działalności Rad Dobroczynności Publicznej przybyły następujące szpitale: 1) szpital św. Pawła w Turku (1876 r.), założony z funduszów b. szpitala parafialnego, funduszów miejskich oraz ofiar obywateli pow. Tureckiego; 2) szpital Aleksandryjski w Będzinie (1878), z funduszów miejskich (o szpitalu tym znajdujemy wzmiankę w sprawozdaniu 1867 r.); 3) szpital powiatowy w Janowie (1879), z ofiar mieszkańców powiatu oraz ordynacyi hr. Zamoyskich; 4) Barak w Chełmie (1893); 5) szpital im. Poznańskich w Łodzi (1890), fundowany przez rodzinę przemysłowców Poznańskich, na użytek gminy żydowskiej w Łodzi; 6) szpital św. Stanisława w Tomaszowie Rawskim (1891), założony za staraniem D-ra Rodego, przy pomocy przemysłowców miejscowych, jako instytucya szczególnie

potrzebna w mieście tak przemysłowem jak Tomaszów; 7) szpital w Łasku (1889), założony przez przemysłowców m. Pabianic; 8) szpital św. Sergiusza w Augustowie; szpital ten otwarty został zaledwie w r. 1884, lecz już za czasów Rad Opiekuńczych przygotowania były poczynione w tym kierunku; w sprawozdaniu bowiem za r. 1867 czytamy: „przedsięwzięto środki do rychłego otwarcia szpitala w Augustowie;“ 9) szpital starozakonnych im. Iz. Fogela w Płocku (1872); 10) szpital starozakonnych w Siedlcach (1892).

Nie zaliczamy do tego okresu szpitali w Skierniewicach, w Staszowie i w Wyrozębach, albowiem szpitale te zostały stworzone przez Rady Opiekuńcze, a tylko urzędownie otwarte w roku 1870—1871.

Jeśli z liczby wymienionych szpitali odrzucimy szpitale starozakonnych, które tylko gminom zawdzięczają swe istnienie, oraz szpitale, założone przez przemysłowców, to nie wiele pozostanie na karb zasług Rad Dobroczynności Publicznej.

Jednocześnie w tymże okresie zamknięto: 1) szpital św. Joanny w Koniecpolu; 2) szpital w Wąchocku, założony przez Stowarzyszenie Górnicze, zorganizowane przez Staszica; 3) szpital starozakonnych w Zamościu, spalony w r. 1884 i dotychczas nie odbudowany; 4) szpital św. Edmunda w Hrubieszowie i 5) szpital św. Łazarza w Białej.[1])

O niewielkiej intensywności i energii Rad Dobroczynności Publicznej w sprawie tworzenia nowych szpitali, świadczy fakt, że jeszcze w sprawozdaniu za r. 1867 wymieniono kilka szpitali, jako blizkich otwarcia, które jednak po kilkudziesięciu latach jeszcze nie istnieją. Do takich należą: 1) Nowo-Mińsk; 2) Kałuszyn; 3) Ciechanowice; 4) Końskie; 5) Jędrzejów; 6) Włoszczowa; 7) Lubartów; 8) Pińczów.

Taka powolność wynika z zasadniczych rysów ustroju, które czynią z Rad Dobroczynności Publicznej organ, niezdolny do żywej akcyi, a zresztą z biurokratycznego sposobu prowadzenia spraw. Tam nawet, gdzie są fundusze dostateczne na założenie, sprawa ciągnie się długie lata. Procedura jest niezmiernie złożona i długa. Plany szpitala opracowują się na miejscu; Rada

[1]) Oba ostatnie zostały połączone z innymi szpitalami, znajdującymi się w tychże miastach. Szpital św. Edmunda w Hrubieszowie połączony ze szpitalem św. Jadwigi, otrzymał nazwę św. Aleksandra Newskiego; szpital św. Łazarza w Białej, połączony ze szpitalem św. Karola, otrzymał nazwę św. Maryi Magdaleny.

powiatowa przesyła je do Rządu Gubernialnego, stąd idą do Ministeryum i z powrotem przez też same instancye. Po każdej poprawce lub zmianie planu cały projekt odbywa ponownie tę samą podróż. Jeśli uwzględnimy, że każda instancya trzyma u siebie taki projekt sporo czasu, to zrozumiemy, że sprawa musi się ciągnąć długie lata. Projekt budowy wielkiego szpitala dla obłąkanych podjęto w r. 1863 a nawet wcześniej, a jednak szpital w Tworkach otwarto dopiero w r. 1897. Szpital Dzieciątka Jezus postanowiono przenieść w inne miejsce i rozszerzyć w r. 1862, otwarto zaś nowy szpital w r. 1902.

Lata długie ciągnie się sprawa budowy szpitala w Nowo-Mińsku, w Końskich, w Częstochowie, Opolu, Zamościu, Tomaszowie Lub., Kielcach i t. d. A już wprost krzyczące zjawisko przedstawia Łódź. Wielkie miasto przemysłowe, liczące przeszło 340,000 mieszkańców, posiada tylko jeden szpital miejski na 90 łóżek,[1]) stojący pod względem urządzenia wewnętrznego niżej od wielu szpitali małych miast powiatowych.

Wobec tego wszystkiego liczba szpitali i łóżek szpitalnych jest wysoce niewystarczająca i stale z roku na rok musi się zmniejszać, względnie do naturalnego wzrostu ludności. Kilka cyfr oświetli liczebny rozwój szpitali.

W r. 1867 przy ludności Królestwa 5,450,000 głów było łóżek 3811; w r. 1897 przy ludności 9,456,000 było łóżek 5031, a w r. 1902 Królestwo, przy ludności 10,200,000, miało 6051 łóżek szpitalnych. Inaczej mówiąc na 10,000 mieszkańców było w roku 1867—7 łóżek, w r. 1897—5,3 łóżek, a w r. 1903—5,8 łóżek.

W rachunku tym została uwzględniona i Warszawa. Gdy zaś odliczymy szpitale warszawskie, przeznaczone dla ludności miejskiej, to stosunek wypadnie znacznie gorszy — mianowicie w r. 1867 na 10,000 mieszkańców przypadało 3,33 łóżka, a w roku 1902—2,63.

Cyfry te są niższe od przeciętnej dla całego Państwa Rosyjskiego łącznie z Syberyą, Kaukazem i Krajem Zakaspijskim. Podobnyż stosunek znajdujemy i w Warszawie. Kiedy w r. 1867 na 10,000 mieszkańców przypadało 82,9 łóżek, to w r. 1902 było już tylko 39,0. Dla porównania przytoczymy, że w r. 1895 dla całego Państwa Rosyjskiego wypadało 6,2 łóżek na 10,000 mieszkań-

[1]) Po za tem istnieją tylko prywatne: jeden założony przez znanych przemysłowców Poznańskich dla członków gminy żydowskiej i parę fabrycznych dla robotników.

ców; w guberniach o samorządzie ziemskim było 8,2; w guberniach nadbałtyckich—14,6. Od tego czasu stan rzeczy w Państwie Rosyjskiem poprawił się i poprawia się stale, gdy w Królestwie Polskiem widzimy wciąż upadek stopniowy. Co zaś do miast większych, to oto kilka cyfr: w Petersburgu (r. 1902) było 73 łóżka na 10,000 mieszkańców, w Moskwie (1902)—71, w Paryżu—98, w Kolonii—91, we Wrocławiu (r. 1894)—87 i t. d.

Stopniowe pogorszanie się stanu rzeczy u nas wynika stąd, że szpitale nowe nie powstają w stosunku do potrzeb, wynikających z naturalnego wzrostu ludności. Uwidocznia to tablica I (str. 26, 27).

Nadmienić przytem należy, że poprawa stanu rzeczy w r. 1902 względnie do r. 1897 (rubryki X, XII, XIV, XV tablicy I) jest tylko pozorna. Chcąc w pracy niniejszej dać dokładny obraz tego, czem rozporządza społeczeństwo w sprawie leczenia ludności kraju, wciągnąłem do wykazu za r. 1902 takie zakłady, które zazwyczaj nie bywają zawarte w liczbie szpitali i które nie zostały uwzględnione w wykazie za r. 1897, ogłoszonym w oddzielnej pracy w r. 1900. Zakłady te są wymienione w tablicy II (str. 32 i nast.). Należą do nich między innemi przytułki położnicze i przytułek dla rekonwalescentów.

*

* *

Z kolei przejdziemy do gospodarki finansowej Rad Dobroczynności Publicznej. Zastrzegamy z góry, że całkowitego obrazu przedstawić niepodobna i możemy podzielić się z czytelnikiem tylko pojedyńczemi faktami. Urzędowe sprawozdania Rad Gubernialnych, niedostępne zresztą dla publiczności, są tak lakoniczne i suche, tak mało informacyj zawierają, że nawet pomimo znacznego dla ich przestudyowania nakładu pracy, niepodobna dokładnie zoryentować się w sytuacyi. Sprawozdania te składają się z szeregu tablic, w których podane są cyfry bez żadnych objaśnień, a które bez bliższego oświetlenia nic nie tłómaczą.[1]) Jedynie tylko przy porównaniu sprawozdań z szeregu lat można

[1]) Niektóre Rady Gubernialne dodają nadto skład osobisty Rad Dobroczynności Publicznej, oraz stan kancelaryi Rady Gubernialnej, t. j. wykaz papierów (bumag), które weszły do kancelaryi i wykaz papierów załatwionych.

oryentować się nieco, lecz i tu bardzo często napotyka się szereg różnych sprzeczności i wątpliwości. Wątpliwości takie budzą np. dane dotyczące ważnej sprawy, kapitałów przeznaczonych na budowę naszych szpitali.

Według sprawozdania Rady Kieleckiej za r. 1896 na budowę nowych szpitali istniały sumy następujące: w Kielcach 16,972 rs., w Pińczowie 10,416 rs. W sprawozdaniu za r. 1897 odnośną sumę dla Pińczowa podano 10,507 r. 42 k. Otóż gdyby nawet nie było żadnych ubocznych wpływów (ofiary prywatne, teatry i t. p.), a wzrost kapitału ograniczałby się jedynie do odsetek, to nawet przy skromnej stopie 3%, kapitał winienby wynosić 10,728 r. 52 k. Dlaczego zaś jest mniej o 220 rs., sprawozdanie nie tłómaczy. Wreszcie w sprawozdaniu kieleckiem za r. 1901 zupełnie znikają sumy na budowę szpitali w Kielcach i Pińczowie. Co się z niemi stało—niewiadomo. Na budowę szpitala w Ciechanowcu istnieje kapitał, który w najrozmaitszy sposób wykazują sprawozdania łomżyńskie: w r. 1895—23,330 r. 30 k.; w r. 1896—18,017 r. 53 k.; w r. 1897—24,674 r. 86 k., wreszcie w sprawozdaniu za r. 1901 niema już żadnej wzmianki o istnieniu jakiegokolwiek kapitału na budowę szpitala w Ciechanowcu, chociaż toż samo sprawozdanie wykazuje kapitały na budowę innych szpitali (w Ostrowie, w Makowie). Skąd takie wahanie dość znaczne z roku na rok, dochodzące wreszcie do zera, o tem sprawozdania również nie pouczają.[1]) Częstokroć przez szereg lat powtarza się jedna i ta sama cyfra (przytułek w Końskich, szpital w Szreńsku, przytułek w Szydłowcu i t. d. i t. d.). Zresztą przykładów podobnych możnaby przytoczyć wiele.

Wniosków stąd żadnych niepodobna wyprowadzić. Możemy tylko ogólnikowo stwierdzić, że buchalterya Rad Dobroczynności Publicznej nie prowadzi się zbyt dokładnie, skoro nie daje jasnego obrazu stanu rzeczy i raczej budzi szereg wątpliwości zamiast jasno informować o stanie istotnym.

Nietrudno zresztą przytoczyć i wiele innych niedokładności buchalteryjnych. Tak np. w sprawozdaniu Warszawskiej Rady Miejskiej podane są ceny produktów (jednostki), ilość oraz wydatek na poszczególne pozycye. Otóż w tym wykazie za r. 1902 znajdujemy szereg niedokładności. Tak np. za 2490 pudów masła (pud 11 r. 56 k.) zapłacono 18,783 r. 40 k.; powinno zaś być

[1]) Szczegółowy wykaz kapitałów na budowę nowych szpitali podajemy w tablicy IV.

TABLI

Tablica, dotycząca danych za lata 1867, 1897 i 1902 a obejmująca: a) liczbę szpitali, b) liczbę łóżek szpitalnych, c) ludność, d) stosunek łóżek do ludności, e) liczbę chorych, f) liczbę dni szpitalnych, g) stosunek liczby chorych do ludności, h) stosunek liczby dni szpitalnych.

GUBERNIA	Liczba szpitali			Liczba łóżek szpitalnych			LUDNOŚĆ			Jedno łóżko przypada na mieszkańców		
	1867	1897	1902	1867	1897	1902	1867	1897	1902	1867	1897	1902
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Warszawska . .	7	7	7	171	227	237	643480	1295500	1394500	4468	5707	5884
bez m. Warszawy												
Kaliska	6	7	7	233	328	303	579356	846700	913500	2486	2580	3015
Piotrkowska . .	7	11	11	180	326	412	620550	1409000	1520000	3447	4322	3700
Kielecka . . .	4	4	4	151	140	140	496619	763700	824500	3107	5455	5900
Płocka	5	6	6	134	189	189	427474	556900	601000	3280	2946	3180
Łomżyńska . .	5	3	3	145	110	110	435041	585800	632000	3000	5325	5745
Radomska . . .	4	6	6	145	211	211	477420	820400	885000	3292	3888	4194
Lubelska . . .	12	12	12	319	387	547	619446	1159500	1250800	1941	2996	2300
Siedlecka . . .	8	9	9	147	172	172	455496	775300	836500	3089	4507	4860
Suwalska . . .	5	6	6	109	160	180	478438	604900	652500	4389	3780	3700
Razem w gub. Król. Polskiego	63	71	71	1734	2250	2501	5233320	8817700	9510300	3002	3919	3803
M. Warszawa. .	9	13	13	2015	2161	2705	243512	638200	689700	128	296	260
Szpit. Tworki .	—	1	1	—	500	725	—	—	—	—	—	—
Szpit. letnie:												
Ciechocinek,												
Busk, Solec . .	3	3	3	62	120	120	—	—	—	—	—	—
Ogółem. . .	75	88	88	3811	5031	6051	5476832	9455900	10200000	1430	1880	1686

CA I.

(Ludność Królestwa, wobec braku urzędowych danych, przyjąłem 10,200,000, po porozumieniu się z prof. Załęskim. Przyrost całkowity ludności rozdzieliłem proporcyonalnie na wszystkie gubernie i m. Warszawę, względnie do ludności r. 1897. Ludność Warszawy z tego powodu wypadła niewątpliwie mniejszą niż w rzeczywistości—różnica przypadła na korzyść 10 gubernij).

Na 10000 mieszkańców przypada łóżek			Liczba chorych leczonych w szpitalach			Liczba dni szpitalnych			Na 10000 mieszkańców korzysta z pomocy lekarskiej			Na 10000 mieszkańców liczba dni szpitalnych		
1867	1897	1902	1867	1897	1902	1867	1897	1092	1867	1897	1902	1867	1897	1902
XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	XX	XXI	XXII	XXIII	XXIV	XXV	XXVI	XXVII
2,23	1,75	1,6	2481	2774	2870	59782	73111	79811	38,7	21,4	20,5	929	565	565
4,02	3,87	3,3	3083	3556	3993	83074	112530	103165	53,2	41,9	43	1451	1328	1120
2,9	2,31	2,8	2364	6010	6142	69811	149897	167324	38,1	42,5	40	1125	1063	1110
3,21	1,83	1,7	1707	1628	1570	44035	44935	59143	36,4	21,3	18	957	576	717
3,24	3,39	3,1	1924	1683	1610	49574	57032	49260	45,1	30,2	26,7	1334	890	819
3,33	1,87	1,7	1677	1157	1419	29131	52078	31652	38,4	19,7	22,4	1197	497	500
3,06	2,57	2,4	2414	2772	3275	58642	63667	86035	50,5	33,7	37	1228	776	980
5,15	3,33	4,3	4084	6213	7761	110860	183034	219858	65,9	53,6	62	1778	1578	1750
3,23	2,21	2,0	2124	3540	3716	55191	50469	58722	46,6	45,7	44	1211	651	700
2,27	2,64	2,7	1212	1896	1766	41947	57343	58842	25,4	31,3	26	877	948	900
3,33	2,55	2,63	23070	31229	34122	592047	844087	913812	44,3	39,4	35,9	1216	921	961
82,9	33,8	39	24607	29272	35031	667005	722476	979272	1010	460	506	27391	11320	14210
—	—	—	—	769	1016	—	208222	255924	—	—	—	—	—	—
—	—	—	179	601	668	5846	18886	20689	—	—	—	—	—	—
7,0	5,3[illegible]	5,8[illegible]	47856	61871	70837	1264898	1793671	2169697	87,8	65,4	69	2396	1863	2126

28,784 r. 40 k.; za 2512 pudów nafty (pud 1 r. 37 k.) zapłacono 3,269 r. 37 k.; powinno zaś być 3,441 r. 44 k. Również fałszywie jest określony wydatek za jaja, węgiel, kaszę jęczmienną. Zresztą w sprawozdaniu niemal z każdego roku można znaleźć takie błędy. Niewątpliwie były jakieś powody, tłómaczące takie niedokładności. Lecz dlaczegoż dopuszczać do takich błędów, które mogą w czytelniku zachwiać zaufanie do całego sprawozdania?

Ze sprawozdań uderza także niezbyt wielka dbałość Rad Dobroczynności Publicznej o nieruchomości szpitalne. Nietylko nie dają one funduszów na rozszerzanie terytoryów szpitalnych, jak to czyniła niegdyś Rada Główna Opiekuńcza, która, zwłaszcza w Warszawie, stale zakupywała place niezbędne dla rozszerzenia szpitali, lecz przeciwnie starają się pozbywać posiadłości szpitalnych, a nawet uszczuplają terytorya szpitalne. Jak to już zaznaczał Dr. Jakimiak, w r. 1876 i 1877, Rada Warszawska sprzedała nieruchomości pod № 112 za 68,010 rs. do szpitala św. Ducha należącą i posiadłość № 1327 za 62,600 r. do szpitala Dzieciątka Jezus należącą. W r. 1898 rozpoczęto starania, dotyczące sprzedania części placu św. Łazarza 3122 sążni kwadr. W r. 1901 zdecydowano sprzedaż z posiadłości szpitala św. Ducha przy ul. Leszno i Żelaznej 754 sąż. kwadr. po 10 rs. za łokieć z rozpłatą na lat 5 i 4½%. Z folwarku Kamionek, nabytego przez Radę Główną Opiekuńczą na budowę szpitala dla obłąkanych, odstąpiono miastu 5 dziesięcin 446 sąż. kwadr. na cmentarz prawosławny po 1 r. 10 k. za sążeń kwadr.; nadto 188 sążni kwadr., postanowiono oddać bezpłatnie Komitetowi Czerwonego Krzyża.

Rzecz prosta, że takie uszczuplanie placów szpitalnych jest wysoce niekorzystne dla rozwoju i przyszłości szpitali.

Równie łatwo Rady Dobroczynności Publicznej przyprawiły szpitale o stratę różnych serwitutów na dobrach skarbowych. Dotyczy to przedewszystkiem deputatu z lasów rządowych. Np. w Nowo-Radomsku szpital z dawien dawna posiadał deputat z lasów Gidelskich rządowych w ilości 42½ sążni sześć. rocznie na opał. Od r. 1901 zaprzestano wydawać drzewo szpitalowi. Jednocześnie zaszedł dziwny fakt, że pomocnik naczelnika powiatu, członek Rady Dobroczynności Publicznej powiat., Tymiński, zagubił dokumenty, na mocy których szpital posiadał deputat w drzewie oraz prawa do placów i budynków poduchownych, skonfiskowanych w r. 1865. Z tego powodu szpital stracił możność dochodzenia praw swoich. Taki sam los spotkał i szpital w Częstochowie.

Z drugiej znów strony zdarzają się fakty wprost odwrotne. Tak np. szpital Wolski w Warszawie został wzniesiony na cudzej posiadłości, należącej do Domu Przytułku i Pracy powstałego z funduszu Staszica. Jest to zupełnie prywatna własność, na której bezprawnie zbudowano szpital. Lecz niedość tego. Szpital, który w charakterze gościa czy też bezpłatnego dzierżawcy wszedł na cudzą posiadłość, poczyna rządzić się, jak właściciel, i usiłuje wyrugować prawego właściciela. Komisya, wydelegowana w roku 1900 z ramienia Rady Miejskiej, wobec gwałtownego braku szpitali zadecydowała budowę nowego pawilonu na terytoryum Domu Przytułku i Pracy. Przeciwko temu wystąpili z opozycyą prawną adwokaci A. Suligowski i Nowakowski. Wprawdzie budowa nie została uskuteczniona, lecz może dlatego, iż żadna z uchwał Komisyi nie została wprowadzona w życie. Natomiast w r. bież., ze względu na cholerę, zamierzoną jest budowa baraku cholerycznego murowanego na terytoryum Staszica w tym celu, aby barak ten został użyty na potrzeby szpitala, gdy minie potrzeba walki z cholerą.

*

* *

Niedbalstwo i wadliwość gospodarska ujawnia się i odnośnie do budynków szpitalnych. Dla przykładu przytoczymy fakt, jaki miał miejsce w Sejnach. W r. 1901 spalił się dach na budynku szpitalnym. Szpital przeniesiono czasowo do wynajętego domu, budynek zaś szpitalny pozostawiono bez żadnego przykrycia i ochrony od wpływów atmosferycznych. Skutkiem tego budynek szpitalny, który zamierzano odrestaurować niewielkim kosztem, doszedł po kilku latach do ruiny i obecnie zużytkowany być już nie może. Trzeba budować nowy budynek, lecz szpital nie posiada na to dostatecznych zasobów. Wobec tego szpital mieścić się musi w prywatnym wynajętym domu i nie wiadomo, czy kiedy dojdzie do własnego i odpowiedniego budynku.

Do czego prowadzi wadliwa gospodarka, dowodzi szpital w Szczebrzeszynie. Jest to właściwie szpital bogaty, który, przy odpowiedniej administracyi, mógłby rozwijać się prawidłowo i bez kłopotu, tymczasem, skutkiem nadmiernych wydatków, nie zastosowanych do majątku (np. pokrycie wszystkich zabudowań kosztowną blachą) i zaciągnięcie w tym celu długu, szpital musi wciąż walczyć z brakiem funduszów.

Faktów takich możnaby przytoczyć z różnych szpitali prowincyonalnych bardzo wiele. A dzieje się tak dla tego, że Rada Dobroczynności Publicznej, jak już mówiliśmy, żadnej kontroli nad szpitalem spełniać nie może, i rządzi szpitalem tylko nominalnie. Ponieważ według ustawy lekarz szpitalny do zarządu mieszać się nie może, ster przeto szpitala, administracya i rachunkowość pozostają w rękach funkcyonaryuszów, którzy wyznaczeni są do pewnych określonych i szczegółowych czynności. Takim rządem faktycznym szpitala bywa albo pisarz Rady Dobroczynności Publicznej, który powinien spełniać czynności kancelisty i sekretarza, albo kasjer i t. p. Gdy zaś rządy te prowadzą się bez żadnej kontroli, przeto w szpitalach nie dzieje się tak, jakby to być winno. Gospodarka taka prowadzi do tego, że wszystkie niemal szpitale walczą nieustannie z brakiem funduszów, a stan taki już sam przez się, pomijając nawet złą wolę w poszczególnych przypadkach, powoduje wadliwości w gospodarce i naraża instytucye na straty.

ROZDZIAŁ III.

Stan obecny szpitali Królestwa Polskiego.

Przechodzimy teraz do przedstawienia obecnego stanu rzeczy. Rozpatrzymy mianowicie: a) liczbę szpitali względnie łóżek szpitalnych; b) wewnętrzne urządzenia i stan szpitali; c) fundusze. Dane liczbowe przedstawiamy w tablicach, opartych na urzędowych sprawozdaniach. Aby jednak czytelnik mógł się oryentować w długim szeregu cyfr, uważamy za właściwe dodać kilka uwag.

Dane cyfrowe dotyczące liczby szpitali i łóżek szpitalnych podają rubryki № I tablicy II.

A. Liczba szpitali i łóżek szpitalnych.

Tablica II zawiera dane dotyczące 88 szpitali Królestwa. Gdy porównamy ją z tablicą № I, okaże się, że od r. 1897 do 1903 nie przybył ani jeden nowy szpital. Jeśli jednak w r. 1903 liczba łóżek szpitalnych jest większa, to wynika głównie stąd, iż w dotychczasowych pomieszczeniach szpitalnych wstawiono większą liczbę łóżek.

TABLICA II.

Wykaz szpitali Królestwa Polskiego (1 Stycznia 1903) obejmujący:

a) liczbę łóżek; b) przeciętną liczbę dzienną chorych; c) ogólną roczną liczbę chorych; d) liczbę dni szpitalnych; e) % śmiertelności; f) kapitały, g) dochody; h) wydatki; i) deficyt wzgl. remanent; k) przeciętny wydatek dzienny na 1 chorego.

NAZWA SZPITALA	Liczba łóżek etatowych	Przeciętna liczba chorych w ciągu dnia	Ogólna liczba chorych w ciągu roku	Liczba dni szpitalnych
M. Warszawa:				
1. Dzieciątka Jezus	600	673,67	9172	245888
1a. Oddz. położ. przy Dzie. Jezus.	50	29,10	1104	10622
2. Św. Ducha	176	236,14	3102	86188
3. Św. Rocha	100	93,89	1466	34268
4. Pragski	212	273,48	3401	99820
4a. Oddz. dla chroników na Pradze	120	107,31	157	39167
5. Wolski	75	62,77	1063	22910
6. Św. Stanisława.	100	93,87	1408	34265
7. Żydowski.	340	240,74	4354	87873
7a. Oddz. dla wener. przy Żydow.	64	49,5	708	18062
7b. Oddz. dla umysł. przy Żydow.	100	120,35	243	43943
7c. Oddz. oczny przy Żydowsk. .	36	24,23	346	8844
7d. Oddz. położniczy przy Żydow.	10	4,77	188	1741
8. Ewangielicki	80	80,88	1243	29525
9. Św. Łazarza.	300	253,83	3916	92654
10. Św. Jana	250	237,49	452	86667
11. Instytut oftalmiczny.	50	56,79	553	20729
12. Przytułki położnicze	30	42,29	2133	15438
13. Przytułek dla rekonwalescentów	12	9,77	222	2668
Razem.	2705	2690,87	35031	981272
Gubernia Warszawska:				
14. Włocławek Św. Antoniego . .	48	46,3	561	16906
15. Grójec. Św. Piotra	19	16,7	280	6057
16. Kutno. Św. Walentego. . . .	43	45,0	495	16443
17. Łowicz. Św. Tadeusza. . . .	40	24,9	305	9090
18. Mienia. Św. Józefa	25	31,1	446	11362
19. Pułtusk. Św. Wincentego. . .	43	41,0	511	15116
20. Skierniewice. Św. Stanisława .	19	13,3	252	4837
Razem	237	218,3	2850	79811
Gubernia Kaliska:				
21. Kalisz. Św. Trójcy	120	101	1692	36882
22. „ Żydowski	25	24,6	485	8993
23. Konin. Św. Ducha	50	53,0	331	19316
24. Łęczyca. Św. Mikołaja. . . .	34	37,2	436	13513
25. Sieradz. Św Józefa	30	28,0	441	10241
26. Wieluń. WW. Świętych . . .	20	17,9	294	6535
27. Turek. Św Pawła.	24	21,0	314	7685
Razem	303	282,7	3993	103165

% śmiertelności	Kapitały (Rb. kop.)	Dochody w ciągu roku (Rb. kop.)	Wydatki w ciągu roku (Rb. kop.)	Pozostało (Rb. kop.)	Deficyt (Rb. kop.)	Przeciętny dzienny wydatek na 1 chorego (kop.)
10,14	{ 59371,21 { 129002,95	117908,04	185989,32	—	68081,28	75,26
0,99	—	—	—	—	—	152,84
16,29	358740,30	116698,28	93842,34	22855,94	—	{ 89,04 { 119,87
12,14	133916,85	37418,19	33883,81	3534,38	—	97,96
10,46	4577,02	30652,94	93761,15	—	64108,21	{ 66,77 { 97,99
24,20	—	3552,20	20234,22	—	16682,02	50,99
15,80	36104,82	16079,80	22523,38	—	6443,58	91,53
10,23	—	33348,09	45316,69	—	11968,60	113,87
14,70	82466,22	113543,79	183942,14	—	70398,35	{ 89,79 { 127,55 { 117,75
0,42	—	—	—	—	—	89,79
5,30	—	—	—	—	—	{ 117,25 { 79,49
0,29	—	—	—	—	—	89,79
2,13	—	—	—	—	—	89,79
12,00	64112,24	29100,57	28272,75	827,82	—	{ 124,48 { 93,51
1,38	32778,40	53437,07	62254,03	—	8816,96	{ 95,53 { 65,65
7,45	145639,14	64584,37	84244,49	—	19660,12	{ 93,57 { 69,04
—	93736,50	24163,57	14038,84	10124.73	—	{ 94,21 { 65,75
0,23	3076,07	18182,58	33846,21	—	15663,63	139,23
—	71925,86	5713,51	1650,00	4063,51	—	61,85
—	1215447,58	664383,00	904799,37	41406,38	281822,75	—
11,5	30653,18	11596,51	8683,38	2913,13	—	41,6
8,5	13277,76	7945,32	7427,90	517,42	—	51,0
11,1	11275,44	6602,56	6412,59	189,97	—	37,5
11,8	14257,59	7046,07	7050,19	—	4,12	75,1
7,1	11467,09	6345,70	7105,32	—	759,64	52,1
16,0	26143,20	11945,66	13920,71	—	1975,05	69,6
10,0	1010,61	2362,15	2933,27	—	571,12	60,0
—	108084,87	53843,97	53533,36	3620,52	3309,91	—
7,7	42184,36	22705,31	37485,18	—	14779,87	65,3
3,8	8290,79	6087,95	9673,99	—	3586,04	67,4
12,7	12346,52	8933,70	8762,51	171,19	—	37,6
8,2	3787,35	6276,78	7495,16	—	1218,38	46,0
8,6	14118,00	8884,31	6851,19	2033,12	—	61,9
5,3	8349,00	5413,38	6292,72	—	879,34	79,8
14,0	3334,38	4972,08	5219,34	—	247,26	53,1
—	92410,4	63273,51	81780,09	2204,31	20710,89	—

NAZWA SZPITALA	Liczba łóżek etatowych	Przeciętna liczba chorych w ciągu dnia	Ogólna liczba chorych w ciągu roku	Liczba dni szpitalnych
Gubernia Piotrkowska:				
28. Piotrków. Św. Trójcy	40	51,16	645	18145
29. „ Żydowski.	20	18,66	111	3133
30. Łódź. Św. Aleksandra	88	69,5	1007	24220
31. „ Żydow. im. Poznańskich	90	88,7	1498	32147
32. Częstochowa. N. M. Panny . .	30	65,7	587	23989
33. Będzin. Aleksandryjski. . . .	40	63,61	808	23217
34. Rawa. Św. Ducha	31	37,5	418	13717
35. Brzeziny (bez nazwy)	10	6,8	76	2487
36. Nowo-Radomsk. Św. Aleksandra	38	18,2	232	6923
37. Łask. (bez nazwy).	15	25,2	311	9215
38. Tomaszów. Św. Stanisława . .	10	27,75	449	10131
Razem	412	472,78	6142	167324
Gubernia Kielecka:				
39. Kielce. Św. Aleksandra. . . .	50	84,0	823	30960
40. Olkusz. Św. Błażeja.	36	24,38	216	8901
41. Stopnica. Św. Karola	32	17,9	264	6562
42. Miechów. Św. Anny.	22	34,84	267	12720
Razem.	140	161,12	1570	59143
Gubernia Płocka:				
43. Płock. Św. Trójcy	44	38,16	454	13929
44. „ Św. Aleksego	20	11,38	156	4155
45. „ Żydowski im. Fogela .	25	14,90	143	5454
46. Mława. Św. Wojciecha. . . .	25	20,29	314	7408
47. Lipno. Św. Jana	40	24,36	217	8894
48. Prasnysz. Św. Stanisława . .	35	25,80	316	9420
Razem.	189	134,89	1600	49260
Gubernia Łomżyńska:				
49. Łomża. Św. Ducha	40	48,5	916	17717
50. Szczuczyn. Św. Stanisława . .	30	24,8	306	9038
51. Ostrołęka. Św. Józefa	40	13,4	197	4897
Razem.	110	86,7	1419	31652
Gubernia Radomska:				
52. Radom. Św. Kazimierza . . .	60	75,3	922	27460
53. „ Żydowski.	20	33,5	619	12234
54. Opatów. Św. Leona	28	42,0	578	15354
55. Opoczno. Św. Władysława . .	28	14,0	160	5119
56. Sandomierz. Św. Ducha . . .	50	37,4	165	13658
57. Staszów. Św. Adama	25	33,5	381	12210
Razem.	211	235,7	3275	86035

% śmiertelności	Kapitały (Rb. kop.)	Dochody w ciągu roku (Rb. kop.)	Wydatki w ciągu roku (Rb. kop.)	Pozostało (Rb. kop.)	Deficyt (Rb. kop.)	Przeciętny dzienny wydatek na 1 chorego (kop).
—	27480,00	23360,41	13334,07	10026,34	—	51.9
—	2230,73	4369,72	3015,96	1353,76	—	74,5
—	3478,34	19945.88	23648,52	—	3702,64	73,3
—	103782,00	48960,16	48960,16	—	—	108.86
—	16590,32	17361,16	14675,36	2685,94	—	50.9
—	11304,11	25870,20	15106,39	10763,81	—	56,54
—	13865,49	8883,56	8557,84	325,72	—	56,2
—	12732,55	2954,00	2571,75	382,25	—	95,59
—	8110,37	5696,41	6061,67	—	365,26	46.9
—	13246.85	5932,28	6793,24	—	860.96	70,7
—	2238,98	7364,22	8207,79	—	843,25	64,0
—	215059,74	170698,14	150932,75	25537,82	5772,33	—
6,75	17112,90	15665,00	15665,00	—	—	45,52
7,44	15066,11	4503,86	4102.89	400,97	—	46,92
8,8	1500,00	3078,66	3646,76	—	568,10	135,40
11,12	1864,88	9358,26	6991,02	2367,24	—	40,07
—	35543,80	32605,78	30405,67	2768,21	569,10	—
11	107976,04	28789,25	12394,69	16394,56	—	74,06
1	10820,02	2568,68	3922,44	—	1353,76	78,92
10	13693,20	4873,39	4788,83	84,56	—	73,64
8	14600,06	4480,93	6904,92	—	2423,99	54,25
11	11034,47	6332,83	10326,66	—	3993,83	72,09
9	4359,06	3698,46	11958,77	—	8260,31	47,37
—	162482,85	50743,54	50296,31	16479,12	16031,89	—
10,7	16650,50	10330,49	11235,29	—	904,80	59,6
7,5	24500,59	5094,90	5217,63	—	122,73	57,6
10,3	9705,34	4952,14	6908,55	—	1956,41	72,5
—	50856,43	20377,53	23361,47	—	2983,94	—
11,0	19005,00	33886,82	16034,80	17852,02	—	53,7
6,0	19850,00	11544,27	18278,81	—	6734,54	76,5
10,0	12139,63	8463,23	8647,60	—	184,37	51,7
13,0	15361,81	11812,99	11268,94	544,05	—	65,2
10,6	40014,56	17490,51	14511,15	2979,36	—	30,5
7,1	16974,15	8704,83	6456,05	2248,78	—	44,4
—	123345,15	91902,65	75197,35	23624,21	6918,91	—

NAZWA SZPITALA	Liczba łóżek etatowych	Przeciętna liczba chorych w ciągu roku	Ogólna liczba chorych w ciągu roku	Liczba dni szpitalnych
Gubernia Lubelska:				
58. Lublin. Św. Józefa	50	47,1	857	17201
59. „ Św. Wincentego . . .	160	192,6	2029	70300
60. „ Św. Jana	100	123,27	1088	44996
61. „ Żydowski	40	65,9	1066	24053
62. Hurbiszów Św. Aleksandra New.	43	25,3	352	9231
63. „ Żydowski	10	9,4	129	3449
64. Zamość. Św. Mikołaja. . . .	30	17,7	144	7873
64a. „ Żydowski	—	—	—	—
65. Krasnystaw. Św. Mikołaja . .	30	38,0	286	13886
66. Szczebrzeszyn. Św. Katarzyny.	30	25,9	431	9462
67. Puławy. Św. Karola.	30	15,3	299	5595
68. Janów. (bez nazwy.)	12	13,8	282	5036
69. Chełm	12	24,1	498	8796
Razem	547	598,37	7761	2 9878
Gubernia Siedlecka:				
70. Siedlce. N. M. Panny.	40	32,6	476	11901
71. „ Żydowski	10	9,5	254	3463
72. Biała. Św. Maryi Magdaleny dawniej Św. Karola.	25	33,2	674	12138
73. Łuków. Św. Tadeusza	20	34,9	1197	12768
74. Radzyń. Św. Georgja . . . . dawniej Św. Kunegundy	20	12,3	149	4509
75. Maciejowiec. Św. Konstantego	10	8,1	172	2974
76. Sterdyń. Św. Pawła	17	9,1	323	3340
77. Wyrozęby. Św. Tadeusza. . . .	16	14,3	236	5210
78. Międzyrzec Żydowski	14	6,9	145	2419
Razem.	172	160,9	3716	58722
Gubernia Suwalska:				
79. Suwałki. Św. Piotra i Pawła .	60	57,6	637	21043
80. „ Żydowski	30	32,8	233	11976
81. Marjampol	30	20,3	267	7411
82. Kalwarja	25	21,7	173	7953
83. Sejny	20	13.6	191	4970
84. Augustów. Św. Siergieja . . .	15	15	265	5489
Razem.	180	161,0	1766	58842
85. Tworki.	725	701,16	1016	255924
Szpitale letnie.				
86. Ciechocinek. Św. Tadeusza . .	50	51,5	168	6229
87. Busk. Św. Mikołaja	50	90	370	10795
88. Solec. Św. Edwarda.	20	31	130	3665
Razem.	845	873,66	1684	276613
Ogółem	**6051**	**6078**	**70837**	**2169697**

% śmiertelności	Kapitały (Rb. kop.)	Dochody w ciągu roku (Rb. kop.)	Wydatki w ciągu roku (Rb. kop.)	Pozostało (Rb. kop).	Deficyt (Rb. kop).	Przeciętny dzienny wydatek na 1 chorego (kop.)
0,58	5591,75	10095,75	11171,44	—	1075,69	58,17
10,1	88911,64	38864,28	58444,91	—	19580,63	75,97
11,5	51991,05	24523,90	27193,01	—	2669,11	55,15
12,19	5461,30	15252,50	18767,74	—	3515,24	67,22
11,9	8676,83	7578,37	8554,15	—	975,78	92,92
11,67	5152,18	1962,39	2064,74	—	102,35	59,56
9,2	12998,54	7155,14	7227,30	—	72,16	90,22
—	10244,94	2861,64	1944,24	917,40	—	—
11,19	18775,12	9926,63	9574,58	352,05	—	65,60
7,0	71379,22	6168,30	5637,55	530,75	—	72,14
6,0	14180,59	4977,15	5360,65	—	383,50	95,80
10,6	4153,51	6555,25	4373,30	2181,95	—	78,0
8,75	—	4905,99	6240,62	—	1334,63	53,38
—	297516,77	140827,29	166554,23	3982,15	29709,09	—
10,3	35868,03	22709,33	11694,09	11015,24	—	51,9
9,8	10388,80	2658,85	2659,76	—	0,91	70,6
6,5	80938,03	15580,55	13267,46	2313,09	—	66,6
6,0	21484,95	6915,98	6722,73	193,25	—	47,0
13,5	26061,97	2827,32	6715,29	—	3887,97	65,8
8,7	41114,71	2634,72	2674,50	—	39,78	75,2
3,4	2048,61	1884,18	12972,04	—	11087,86	58,5
6,6	1225,48	5304,66	2915,18	2389,48	—	50,1
3,4	6175,32	1737,13	2076,29	—	339,16	57,2
—	225306,70	62252,72	61697,34	15911,06	15355,68	—
7,8	2400,00	10477,49	12140,50	—	1663,01	49,2
10,3	1200,00	4023,98	7603,16	—	3579,18	43,0
6,4	11900,00	4159,58	4285,65	—	126,07	54,2
9,2	13600,00	3470,67	5566,97	—	2096,30	54,5
5,3	14050,00	2521,19	3495,72	—	974,53	62,8
9,0	7000,00	2665,99	4466,51	—	1800,52	56,0
—	50150,00	27318,90	37558,51	—	10239,61	—
9,5	5000,00	124193,32	300191,41	—	175998,09	104,82 70,82
—	24740,98	8946,38	7751,89	1194,49	—	83,7
—	450,00	8803,99	7509,21	1294,78	—	—
—	255,00	2613,34	3231,58	—	618,24	—
—	30445,98	144557,03	318684,09	2489,27	176616,33	—
—	**2606650,36**	**1522784,06**	**1954800,54**	—	**432015,48**	—

Z wykazu szpitali łatwo się przekonamy, że z pośród 84 powiatów Królestwa, 29 powiatów niema zupełnie szpitali, co stanowi 34,5%, a mianowicie: 1) w Radzymińskim, 2) Płońskim, 3) Gostyńskim, 4) Błońskim, 5) Sochaczewskim [1]), 6) Nieszawskim, 7) Słupeckim, 8) Kolskim, 9) Kozienickim, 10) Iłżeckim[2]), 11) Koneckim, 12) Lubartowskim, 13) Biłgorajskim, 14) Tomaszowskim, 15) Węgrowskim, 16) Włodawskim, 17) Konstantynowskim, 18) Sierpeckim, 19) Ciechanowskim, 20) Rypińskim, 21) Mazowieckim, 22) Kolneńskim, 23) Ostrowskim, 24) Jędrzejowskim, 25) Włoszczowskim, 26) Pińczowskim, 27) Władysławowskim, 28) Wołkowyskim, 29) Makowskim. Powiaty te razem wzięte zajmują obszar 711 mil kwadr., a ludność ich w 1897 r. wynosiła 2463000 głów. Cała więc ta ludność pozbawiona jest możności leczenia się w szpitalach.

W tablicy zawarliśmy według urzędowych sprawozdań tylko te szpitale, które pozostają pod bezpośrednim zarządem Rad Dobrocz. Publ. By mieć obraz rzeczywisty stanu obecnego, by módz ocenić, o ile istniejące szpitale zaspakajają potrzeby społeczeństwa, musimy uwzględnić wszystkie szpitale, a więc i prywatne. Szpitale tej kategoryi uwzględnione są w tablicy następującej № III. Dane do tej tablicy zaczerpnięte zostały ze źródeł prywatnych. Urzędowe sprawozdania Rad Dobrocz. Publ. (z wyjątkiem Rady Gub. Warszawskiej) żadnych danych o szpitalach prywatnych nie zawierają.

Tak więc oprócz szpitali publicznych, podanych w tabl. № II, Królestwo posiada nadto 27 szpitali prywatnych, mieszczących 1259 łóżek. Rzecz prosta, że w ogólnym bilansie stanu szpitalnictwa krajowego, szpitale prywatne muszą być uwzględnione, albowiem z nich korzysta dość znaczna część ludności, i one więc przyczyniają się do zaspakajania potrzeb społeczeństwa w tym względzie. Tymczasem Rady Dobrocz. Publ., chociaż są organem zarządzającym szpitalnictwem, o tych szpitalach prywatnych nic nie chcą wiedzieć. Czyż wobec tego może być mowa o racyonalnej gospodarce, o działalności planowej, o wznoszeniu nowych szpitali z uwzględnieniem liczby łóżek, rodzaju szpitali i t. p. w stosunku do potrzeb różnych okolic kraju. Fakt ten przekonywająco dowodzi o konieczności istnienia w Warszawie centralnego organu, zarządzającego szpitalnictwem całego kraju, organu,

[1]) W r. 1904 w Sochaczewie otwarto mały szpitalik na 15 łóżek.
[2]) W Iłży ukończono budowę szpitala na 20 łóżek.

TABLICA III.

Wykaz szpitali prywatnych, nie pozostających pod bezpośrednim zarządem Rad Dobroczynności Publicznej.

MIEJSCOWOŚĆ	NAZWA	Liczb. łóżek	Założyciele wzgl. właściciele
1. Warszawa	Szpital Dziecięcy przy ul. Aleksandrya.	120	Towarzystwa prywatne
2. „	Szpital Dziecięcy Im. Bersonów i Baumanów.	35	
3. „	Zakład przy ul. Hożej.	20	Tow. Op. nad ubog. matkami i ich dziećmi.
4. „	Szpital kolejowy	65	Droga Żel. Nadwiślanska.
5. Żyrardów	Fabryczny.	80	Akc. Towarz.
6. Łódź . .	Fabryczny.	35	Akc. Tow. I. K. Poznański.
7. „ . . .	Fabr. przy ul. Nawrot.	40	Fabr.: Allard-Silberstein Schwartz-Birnbaum-Desurmont-Biedermann.
8. „ . . .	Fabr. Czerw. Krzyża.	120	Grupa fabr. kur. L. Meyer.
9. „ . . .	Fabryczny.	60	Tow. Akc. Scheibler.
10. „ . . .	Fabryczny.	25	Tow. Akc. Heintzel i Kunitzer.
11. „ . . .	Fabryczny.	50	Tow. Akc. Geyer.
12. „ . . .	Szp. Dz. Im. Anny Maryi [1]).	100	Edw. i Mal. Herbstowie.
13. Kochanówka pod Łodzią	Szp. dla umysł.-chorych.	100	Łódzkie chrześcijańskie Tow. Dobroczynności.
14. Zawiercie.	Fabryczny..	25	Towarz. Akc. Zawiercie.
15. Zagłębie Dąbrowskie	Fabryczny w Pogoni.	74	Towarz. Akc. Sosnowieckie.
16. „	Fabryczny w Sielcu.	60	Towarz. Akc. Renard.
17. „	Fabryczny w Dąbrowie.	40	Tow. Akc. Huta Bankowa.
18. „	Fabr. św. Barbary w Dąbr.	17	Tow. Akc. Franc. Włoskie.
19. „	Fabryczny w Sielcu.	24	Tow. Akc. Huta Katarzyna.
20. „	Fabryczny w Niemcach.	24	Tow. Warsz. kopalni węgla.
21. „	Fabryczny w Czeladzi.	30	Kopalnia węgla Saturn.
22. „	Fabryczny w Grodźcu.	12	Grodz. Tow. kopalni węgla i zakład. przemysł.
23. Starachowice, gub. Radom.	Fabryczny.	14	Zakłady gór. Starachowice.
24. Ostrowiec, gub. Radomska	Fabryczny.	25	Tow. Akc. Wielkie Piece i Zakłady Ostrowieckie.
25. Staporbów, gub. Radomska	Fabryczny.	6	J. hr. Tarnowski.
26. Milonów, gub. Siedlecka	Szp. św. Wincentego.	12	Z fundacyi hr. Potockiej - Coboga — administrowany przez książąt Swiatopełk-Czetwertyńskich.
27. Łomża . .	Szp. Starozakonnych [2])	46	Szpital publ., pozostający pod zarząd. Rady Dobr. Publ.
	Razem . .	1259	

[1]) Szpital Anny Maryi w Łodzi otwarty 16/V 1905.

[2]) Szpital starozakonnych w Łomży, jest właściwie szpitalem publicznym. Ponieważ jednak sprawozdanie Rady Łomż. Dobr. Publ. nie podało tego szpitala w wykazach, skutkiem tego nie został pomieszczony w tablicy II, a przeto zmuszeni byliśmy wciągnąć go do niniejszej tablicy.

któryby czuwał, gdzie i jakich szpitali potrzeba. Do sprawy tej zresztą wrócimy jeszcze niżej.

Porównywając tablicę I z tablicą II zaznaczymy, że liczba łóżek szpitalnych wzrosła w Warszawie w okresie 1897 — 1903 o 544 łóżka, a w guberniach o 251 łóżek. Pomieszczenia szpitalne w tym okresie wzrosły w Warszawie o 100 łóżek nowych w nowym szpitalu Dziec. Jez. i o 120 w t. zw. oddziale dla chroników przy szpitalu Praskim, przerobionym z baraków rekruckich. Poza tem powiększenie liczby łóżek w Warszawie i w guberniach zależy wyłącznie od powiększania etatów szpitali t. j. od wstawiania nowych łóżek w oddziałach dotychczasowych.

Dotyczy to wszystkich szpitali, w których rok 1903 wykazuje większą liczbę łóżek szpitalnych względnie do r. 1897.

Zresztą różnica na korzyść r. 1903 wskazana, w rubryce IX tablicy I, zwłaszcza gdy chodzi o Warszawę, wynika z następującego powodu: do liczby łóżek szpitalnych w r. 1897 zostały włączone tylko szpitale ogólne, zaś nie zostały w niej zawarte takie zakłady specyalne, jak przytułek dla rekonwalescentów, przytułki położnicze i t. p. Tymczasem w r. 1903 zostały wciągnięte wszystkie bez wyjątku zakłady, związane z lecznictwem publicznem. Dla tego też na zasadzie rubryk XII, XV i XXVII tablicy I, możnaby wnioskować, że stan szpitalnictwa w r. 1903 względnie do r. 1897 poprawił się. Faktycznie jednak stan rzeczy jest gorszy, co się ujawnia z porównania analogicznych danych r. 1897 i 1903.

Porównywając rubryki V, VI, XIV i XV tablicy I, widzimy, że stan rzeczy we wszystkich guberniach był w r. 1903 gorszy, niż w r. 1897 z wyjątkiem gubernii Lubelskiej, gdzie zwiększenie wynikło z pomieszczenia znacznie większej liczby łóżek w dotychczasowych zabudowaniach. Szpital św. Wincentego (zamiast dawnych 50 łóżek ma 160) i szpital św. Jana w Lublinie (100 zamiast 50).

Biorąc stosunek liczby łóżek do ludności (rubryki XII i XV tablicy I) znajdujemy:

1) dla Królestwa, bez m. Warszawy, przypada 1 łóżko szpitalne na 3803 mieszkańców, czyli 2,63 łóżka na 10000 mieszk. (w 1867 r. było 3,33).

2) dla Warszawy 1 łóżko na 260 mieszk., czyli 39 łóżek na 10000 mieszk. (w 1867 r. było 82,9 łóżek)

3) w całem Królestwie Polskiem 1 łóżko na 1686 mieszkańców, czyli 5,8 łóżek na 10000 mieszk. (w 1867 r. było 7 łóżek).

Jeśli w rachunku tym uwzględni się i szpitale prywatne, to otrzymamy: Królestwo Polskie posiada we wszystkich 114 szpitalach (pozostających pod zarządem Rad Dobrocz. Publ. oraz prywatnych) łóżek szpitalnych 7210, czyli 1 łóżko przypada na 1413 mieszkańców, albo 7,0 łóżek na 10000 mieszk.[1]).

Wracając teraz do szpitali, pozostających pod zarządem Rad Dobrocz. Publ. zaznaczymy, że przy ogólnej sumie łóżek 6051, przeciętna liczba chorych jednego dnia we wszystkich tych szpitalach wynosi 6078 t. j., że przeciętnie leczy się w tych szpitalach 6078 osób. Rzecz prosta, że zwłaszcza w zimie, kiedy ujawnia się szczupły napływ chorych do szpitali, rzeczywista liczba dziennie chorych jest o wiele wyższa. Stąd także możemy wnioskować o przepełnieniu naszych szpitali. Pamiętać bowiem należy, że nigdy łóżko szpitalne nie jest zajęte przez cały rok t. j. przez 365 dni, lecz w najlepiej urządzonych szpitalach i w krajach, gdzie szpitalnictwo dosięgło najwyższego rozwoju, łóżko bywa zajęte najwyżej w ciągu 320 — 325 dni. Z tego powodu na 6051 łóżek, chorych jednego dnia winnoby być znacznie mniej. Jeśli zaś jest 6078 chorych to świadczy, iż chorzy po nad etat leżą na podłodze, na siennikach, zwłaszcza w porze zimowej.

To przepełnienie szpitali w związku z niedostateczną liczbą łóżek szpitalnych powoduje, że a) niewielką jest względna ilość chorych, leczonych w szpitalach, przytem liczba ta jest znacznie mniejszą od tego co było w r. 1867, i b) z konieczności szpitale muszą prędzej wypisywać chorych ze szpitali t. j. każdy chory spędza w szpitalu mniejszą liczbę dni szpitalnych. Szczegóły podaje tablica I w rubrykach XXII, XXIV, XXV i XXVII mianowicie: a) na 10000 mieszkańców w r. 1867 przypadało 87,8 korzystających ze szpitala, a w r. 1902 tylko 69; b) liczba dni szpitalnych na 10000 mieszk. stanowi 52, w r. 1867 — 2396, a w roku 1902 — 2126.

Rozważmy teraz, jak dalece szpitale nasze odpowiadają potrzebom społeczeństwa w stosunku do poszczególnych kategoryj chorób.

---

[1]) W rachunku powyższym nie uwzględniamy szpit. dziecięcego w Łodzi (prywatnego), który został otwarty 16 maja 1905 r.; wszystkie zaś obliczenia odnosimy do 1 stycznia r. 1903. Przyjmujemy więc 88 szpit. publicznych o 6051 łóżkach i 26 szpitali prywatnych o 1259 łóżkach.

a) Szpitale dla obłąkanych.

Liczbowe dane zestawiamy w poniższej tabliczce

Miejscowość:	*Liczba łóżek etatowych:*
1) Szpital w Tworkach pod Warszawą	725
2) „ św. Jana Bożego w Warszawie	250
3) Oddział przy szpit. starozakon. w Warszawie . . .	100
4) „ „ „ św. Jana Bożego w Lublinie . .	50
5) „ „ „ św. Wincentego „ . .	35
6) „ „ „ św. Franciszka w Krasnymstawie .	20
7) Szpit. prywatny Łódzkiego Tow. Chrz. w Kochanówce.	100
8) Oddział przy szpitalu św. Trójcy w Płocku	4
Razem. .	1284

Dla ścisłości dodać należy, że istnieją nadto dwa przytułki, z których korzystają nieuleczalni obłąkani: w Górze Kalwaryi i w Drewnicy.

Oto i wszystko.

Jak widzimy, siedem gubernij pozbawionych jest zupełnie szpitali dla umysłowo chorych, zresztą i w innych guberniach liczba łóżek jest wysoce niedostateczna.

Potrzeby całego kraju ma zaspakajać szpital w Tworkach. W szpitalu tym 725 łóżek dzieli się w następujący sposób: 24 łóżka I klasy (opłata 2,5 rb. dziennie), 136 łóżek II klasy (1,5 rb. dziennie) i 245 łóżek III klasy (50 kop. dziennie), reszta t. j. 320 łóżek bezpłatnych, po połowie dla mężczyzn i dla kobiet. Te 320 łóżek przeznaczone są dla mieszkańców poszczególnych gubernij, a mianowicie:

1) dla gub.	Warszawskiej	42 miejsca
2) „	Kaliskiej.	31 miejsc
3) „	Piotrkowskiej	36 „
4) „	Kieleckiej	26 „
5) „	Płockiej	20 „
6) „	Łomżyńskiej	20 „
7) „	Radomskiej.	26 „
8) „	Lubelskiej	36 „
9) „	Siedleckiej	26 „
10) „	Suwalskiej	24 miejsca
	Razem . .	287 miejsc.

Pozostałe 33 miejsca są zarezerwowane dla osób, przysyłanych do szpitala przez sądy i policyę.

Dodać należy, że szpital w Tworkach został pobudowany na 420 chorych (1891 r.), lecz już w r. 1893 podniesiono etat do 500, a w r. 1900 do 725. Ten, nieomal w dwójnasób, zwiększony etat mieści się w tych samych prawie zabudowaniach. Zastosowano tu bowiem metodę, jaka się praktykuje stale, gdy chodzi o rozszerzenie szpitala wobec gwałtownie pilnych potrzeb, mianowicie, do tego samego lokalu wstawia się nowe łóżka, co, rzecz prosta, nie może nieodbijać się niekorzystnie na warunkach hygienicznych, w jakich muszą pozostawać chorzy.

Zauważyć wreszcie należy, że z pośród wymienionych szpitali jedynie Tworki, Kochanówka oraz jeden pawilon w szpitalu św. Jana w Warszawie i oddział przy szpitalu starozakonnych w Warszawie, odpowiadają wymaganiom współczesnym pod względem urządzeń. Reszta zaś może być zamieniona conajwyżej na przytułki dla obłąkanych nieuleczalnych. Wobec tego możemy powiedzieć, że w szpitalach dla chorych umysłowych Królestwo posiada niewiele więcej, niż 1000 miejsc. Jakże smutno przedstawia się ta cyfra wobec potrzeb Królestwa, które obliczać należy na 4000 miejsc szpitalnych (dla chorych, wymagających leczenia) oraz tyleż dla chorych nieuleczalnych, których należy trzymać w przytułku.

Tutaj wreszcie należy zaznaczyć, że nie posiadamy ani jednego zakładu dla alkoholików i wogóle nie uczyniliśmy jeszcze ani jednego kroku w walce z klęską społeczną, jaką jest alkoholizm, będący tak częstą przyczyną chorób umysłowych oraz zwyrodnienia fizycznego i umysłowego.

b) Zakłady dla położnic.

Liczbę miejsc tej kategoryi uwidocznia następująca tabliczka:

1)	Instytut położniczy przy szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie	50 miejsc
2)	Oddział położniczy przy szpitalu starozakonnych w Warszawie	10 „
3)	Zakład Towarzystwa opieki nad ubogiemi matk. przy ul. Hożej w Warszawie.	20 „
4)	6 przytułków położniczych „	30 „
5)	Przytułek położniczy w Lublinie . . .	4 miejsca
6)	„ „ w Częstochowie .	3 „
7)	„ „ w Kaliszu	3 „
	Razem . .	120 miejsc.

Rzecz jasna, że te nieliczne zakłady nie mogą zaspakajać potrzeb kraju. Ten smutny stan pogarsza się znakomicie przez to, że ludność całego kraju, zwłaszcza wiejska, jest zupełnie pozbawiona pomocy akuszerek i t. zw. babek wiejskich. Krzywda bardzo wielka stała się społeczeństwu, gdy jedyna szkoła babek wiejskich, założona w r. 1859, a przygotowująca kobiety wiejskie do udzielania pomocy położnicom po wsiach, została zamknięta w r. 1903. Przy zupełnym braku pomocy położniczej, te t. zw. babki były bardzo pożyteczne dla ludności wiejskiej. Obecnie i ich już nie stało.

c) Szpitale dla chorych wenerycznych i skórnych.

1)	Szpital św. Łazarza w Warszawie	300 miejsc
2)	Oddział dla wener. przy szpit. staroz. w Warszawie	64 „
3)	Szpital św. Józefa w Lublinie	50 „
4)	„ św. Aleksego w Płocku	20 „
	Razem . .	434 miejsca

Zresztą chorzy tej kategoryi są przyjmowani do wszystkich prawie szpitali prowincyonalnych.

d) Chorzy oczni.

Dla chorych tej kategoryi istnieją w całem Królestwie tylko zakłady: prywatny Instytut Oftalmiczny ks. Lubomirskich w Warszawie na 50 łóżek, oraz oddział oczny przy szpitalu starozakonnych w Warszawie na 36 łóżek. Ogółem dla tej kategoryi chorych kraj cały posiada 86 miejsc. Dodać należy, że przy szpitalach dla chorych wenerycznych w Lublinie i w Płocku (św. Józefa i św. Aleksego) utworzono małe oddziały dla chorych ocznych, mianowicie w Lublinie 14 łóżek i w Płocku 6 łóżek.

e) Chorzy zakaźni.

Dla tej kategoryi chorych istnieje w całem Królestwie jedyny szpital, mianowicie szpital św. Stanisława (dawniej zapasowy) w Warszawie, posiadający 100 łóżek etatowych dla wszelkiego rodzaju chorób zakaźnych (ospa, odra, szkarlatyna, dyfteryt, róża, tyfus wysypkowy i brzuszny, zapalenie płuc i t. p.). Tak niewystarczająca liczba łóżek zakaźnych dla Warszawy powoduje, że szpital ten najczęściej bywa zajęty w czasie większych epidemij tylko przez jeden rodzaj choroby (np. ospę lub szkarlatynę) wtedy chorzy, dotknięci innemi chorobami zakaźnemi, są mieszczeni w szpi-

talach ogólnych, pośród chorych, dotkniętych chorobami niezakaźnemi. Na prowincyi, wobec braku szpitali oddzielnych, a nawet oddzielnych pokojów dla chorych zakaźnych, chorzy tej kategoryi stale są lokowani w salach ogólnych.

f) Zakłady lecznicze dla dzieci.

Wszystkie, istniejące w Królestwie zakłady tej kategoryi są prywatne, a mianowicie:

1)	Szpit. dziecięcy w Warszawie przy ul. Aleksandryi	120 łóżek
2)	„ „ małżonków Bersonów i Baumanów w Warszawie przy ul. Ślizkiej	35 „
3)	Szpital Anny Maryi dla dzieci w Łodzi	100 „
	Razem . .	255 łóżek

Niedostateczna liczba łóżek szpitalnych uderza jeszcze bardziej gdy uwzględnimy poszczególne kategorye chorób. Ludność kraju pozbawiona jest zupełnie pomocy w wielu rodzajach chorób. Chorzy obłąkani, oczni, zakaźni, dzieci i t. d. pozostawać muszą bez opieki szpitalnej. Niepodobna przecież chorych tych wieść z Maryampola, Biłgoraja i t. p. do szpitali warszawskich, które zresztą nie są w stanie obsłużyć chorych miejscowych.

B. Urządzenia i stan wewnętrzny szpitali.

Przystępując do omówienia stanu wewnętrznego szpitali, musimy z góry uprzedzić, że będzie to obraz ponury bardzo, a przekona o tem rozważenie zosobna: pomieszczenia szpitali, odżywiania chorych, dezynfekcyi i wreszcie pomocy lekarskiej.

Co się tyczy *pomieszczenia*, to szpitale warszawskie, które winnyby być wzorem dla całego kraju, nie odpowiadają zgoła właściwym wymaganiom. Oprócz trzech nowych (Dzieciątka Jezus, starozakonnych, św. Stanisława) wszystkie inne szpitale powstały w dawnych czasach. Niektóre, jak św. Rocha, Wolski i po większej części Praski, wprost winny być zburzone, a inne wymagają gruntownych przeróbek. Lecz i nowe szpitale posiadają tyle stron ujemnych, iż podziwiać należy, że przy budowie nie chciano skorzystać z gotowych wzorów zachodnio-europejskich. Dla charakterystyki przytoczymy parę faktów: 1) w szpitalu Dzieciątka Jezus werandy (leżalnie dla chorych) pobudowano nie od południa, lecz od północy, a nadto chorzy wystawieni są na kurz, dym, hałas i t. p. od strony Wiedeńskiej drogi żelaznej; zapomniano o urządzeniach zapasowych, łączących kotłownię ze stacyą elektryczną, z kuchnią, maglownią i t. p. na przypadek zepsucia

lub koniecznego czyszczenia; skutkiem tego obecnie (czerwiec r. 1905) dla dokonania niezbędnego oczyszczenia urządzeń stoją w szpitalu wszelkie urządzenia techniczne, zależne od stacyi centralnej (oświetlenie elektryczne, elektryzacya chorych, kuchnia, suszarnia i t. p.). W kuchni piece są tak nizko wpuszczone, że dla oczyszczenia ich potrzeba rozbijać podłogę terrakotową. W nowo wystawionym domu dla służby, nie mającym ogrzewania centralnego, łazienki są tak zimne i niemożliwe do ogrzania, że nikt nie chce z nich korzystać i t. d. i t. d.; 2) w szpitalu starozakonnych sale są bardzo nizkie, brak wentylacyi, wadliwy podział sal i oddziałów; 3) w szpitalu św. Stanisława pawilony stoją na niewielkiej przestrzeni i położone są między stajniami tramwajowemi a oborą szpitalną: wielka ciasnota w pawilonach, brak należytego rozgraniczenia między oddziałem męskim a kobiecym i t. d. i t. d.

Wszystkie te wady wynikają stąd, że przed budową plany nie są należycie obmyślone i opracowane. W Europie zachodniej, ilekroć przedsiębierze się budowa większego szpitala, delegują lekarza i budowniczego do obejrzenia najlepszych szpitali. U nas na ten cel wydatków żałują, zapominając, że wszelkie poprawki późniejsze i stałe braki są o wiele kosztowniejsze.

Jednym z największych braków w sprawie pomieszczenia szpitali warszawskich jest ciasnota. Nawet przy t. zw. etatowej liczbie chorych niezbędna ze względów hygienicznych norma przestrzeni (40 metr. sześć. na 1 chorego) nigdzie u nas nie istnieje. W szpitalach warszawskich cyfra ta waha się pomiędzy 15 — 25 metr. sześć., a często spada do 10 metr. sześć. W sprawie tej bowiem administracya nie kieruje się względami hygieny, lecz koniecznością umieszczania w danej przestrzeni, jak największej liczby chorych, co jest następstwem braku szpitali. Wszakże w oddziałach, w których powinno być 30 — 36 chorych, bywa ich, w pewnych zwłaszcza porach roku, po 60 i więcej. Na oddziały wstawiane są coraz to nowe łóżka dodatkowe, a gdy miejsca fizycznego na łóżka zabraknie, kładą się sienniki na podłogę, lub tam gdzie się tylko da je zmieścić. Takich sienników bywa na oddziałach po kilkanaście. Sytuacyę pogarsza t. zw. remont szpitali, odbywający się od wielu lat jednocześnie we wszystkich szpitalach, i to zwykle w jesieni lub nawet w początkach zimy. Administracya szpitali wysyła projekty remontu w maju, w czerwcu; Rada Miejska zatwierdza je w sierpniu (r. 1904 [1]), a roboty rozpo-

[1]) Obecnie (połowa czerwca 1905 r.) projekt remontu szpitala nie został jeszcze wysłany ze szpitala Dzieciątka Jezus.

czynają się we wrześniu. Wobec spóźnionej pory roboty trzeba prowadzić pośpiesznie i jednocześnie we wszystkich szpitalach.

Złe warunki hygieniczne, wynikające z ciasnoty, pogarsza jeszcze brak należytej wentylacyi, która w szpitalach warszawskich dokonywa się przez otwieranie okien i lufcików. Wprawdzie w nowych szpitalach urządzono wentylacyę, lecz w szpitalu starozakonnych, św. Stanisława i w nowym pawilonie przy szpitalu pragskim wentylacya urządzona jest wadliwie: a wentylacya szpitala Dzieciątka Jezus chociaż urządzona prawidłowo nie wystarcza wobec przepełnienia szpitala, zwłaszcza że pomocnicze bębny, poruszane elektrycznością, stale nie działają. I tu więc, jak w innych szpitalach, głównym środkiem wentylacyi jest otwieranie okien, co jest stałym powodem narzekań i skarg ze strony chorych.

Ciasnota lokalu w równym stopniu dotyczy kuchni, pralni i t. p. Nawet w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus, kuchnia, mieszcząca się w oddzielnym budynku jest bardzo ciasna; nadto brak w niej pomieszczenia do czyszczenia i zmywania statków, brak ogrzewanego stołu i okna dla wydawania potraw do pawilonów i t. d.

Smutniej przedstawiają się jeszcze pralnie. Wogóle w starych szpitalach do prania bielizny szpitalnej służą przyrządy pierwotne t. j. balja i ręce. W nowszych szpitalach są już urządzenia mechaniczne, lecz funkcyonujące wadliwie. Krzyczącem jest wprost urządzenie pralni w szpitalu św. Stanisława dla chorych zakaźnych: cała pralnia mieści się w jednej izbie, gdzie się odbywa odbiór brudów, pranie, maglowanie, prasowanie, segregowanie i wydawanie czystej bielizny.

W tem miejscu winniśmy dotknąć sprawy *dezynfekcyi*. To, co się dzieje w tym względzie, to już przekracza granice zwykłego niedbalstwa i lekkomyślnej obojętności. W Warszawie panują wiecznie epidemye różnych chorób zakaźnych, pochłaniające masę ofiar, a mimo to Warszawa nie zna wprost kamer dezynfekcyjnych, tak ważnego środka w walce z chorobą zakaźną.

Z pośród jedenastu szpitali warszawskich istnieją kamery tylko w pięciu, lecz istnieją tylko nominalnie, niektóre nie działają zupełnie, a inne funkcyonują tak wadliwie, że o dezynfekcyi prawdziwej mowy niema. Jako fakt charakterystyczny, chociaż nie do uwierzenia a jednak autentyczny, przytaczamy, że w szpitalu św. Stanisława dla chorób zakaźnych kamera dezynfekcyjna zupełnie nie funkcyonuje i od bardzo dawna. Dezynfekcya w szpitalu tym odbywa się zapomocą małych maszynek formalinowych (sic!). Nawet wówczas, gdy kamery szpitalne działają, procedura

cała odbywa się w sposób, całkiem formalistyczny, jedynie, dla spokoju sumienia. Wystarczy gdy powiemy, że zazwyczaj tenże sam człowiek „dezynfektor," który wkłada brudnemi rękoma brudy do kamery, nie zmieniając ubrania, i nie myjąc nawet rąk, wyjmuje z kamery rzeczy quasi-zdezynfekowane. Taka robota nie daje żadnej pewności, że rzeczy zakażone uległy istotnej dezynfekcyi. I będzie tak trwało dalej, dopokąd nad działalnością kamer nie będzie jakiegoś nadzoru, kontroli, dopóki dezynfektorzy nie będą wybierani z pośród ludzi świadomych rzeczy, a nie jak się to dzieje obecnie z pośród prostych robotników, nie pojmujących ani ustroju kamery dezynfekcyjnej, ani celu i ważności dezynfekcyi.

W obec takiego obrazu szpitali warszawskich cóż mamy powiedzieć o szpitalach prowincyonalnych? Przedewszystkiem tylko niewielka część szpitali tych mieści się w budynkach, specyalnie w tym celu wystawionych. Przeważnie mieszczą się one w dawnych klasztorach, szkołach (Szczuczyn), albo w wynajętych domach prywatnych (Sejny). To też ciasnota panuje wszędzie niezwykła. Stałe przepełnienie szpitali, fatalnie urządzone ustępy, powszechny brak wentylacyi, brak wanien lub wprost niemożliwe ich urządzenie, liche oświetlenie za pomocą kopcących lampek, wprost niemożliwe powietrze i t. d. i t. d.—wszystko to sprawia, że szpitale te czynią wrażenie jakichś przytułków średniowiecznych dla nędzarzy. I nie dotyczy to bynajmniej szpitalików w małych miasteczkach. Nie, proszę zobaczyć szpitale w wielkich miastach, jak np. jedyny szpital miejski w Łodzi lub szpital w Częstochowie [1]). Najbardziej kardynalnym brakiem tych szpitali, wynikającym również z ciasnoty pomieszczenia, jest niemożność należytej izolacyi chorych. Chorych niezakaźnych kładzie się na łóżkach świeżo opuszczonych przez chorych zakaźnych, chorych zakaźnych obok niezakaźnych, chirurgicznych i t. d. i t. d. To też nabywanie przez chorych w szpitalu chorób zakaźnych jest powszechnie znaną tajemnicą. Chory przybywa z raną i dostaje róży; przybywa z powodu zapalenia opłucnej i dostaje dyfterytu lub tyfusu i t. p. Na wszystkie te fakty, które dzieją się w XX wieku w kraju cywilizowanym, trzeba patrzyć i z konieczności

[1]) Rzecz prosta, że są szpitale, w których dzięki staraniom lekarzy, walczących z różnemi przeszkodami, a zwłaszcza z brakiem funduszów, ten ponury obraz jest mniej uderzającym i powoli się zaciera. Znaczna jednak większość szpitali prowincyonalnych przedstawia obraz powyższy, a wyglądałby on jeszcze bardziej ponuro, gdybyśmy mogli wchodzić we wszystkie szczegóły.

tolerować! Czyż w obec tego warto jeszcze wchodzić w inne szczegóły? Dla ilustracyi tylko stanu rzeczy przytoczymy jeszcze, że w niektórych szpitalach niema zupełnie salek operacyjnych (Łuków, Puławy, Pułtusk, Grójec, Łęczyca). Operacye dokonywują się na salach chorych, w kancelaryi szpitalnej, w korytarzu i wogóle gdzie się da.

Analogicznie do obrazu powyższego przedstawia się stan pościeli, bielizny, odzieży chorych, sprzętów szpitalnych. Wszędzie uderza ubóstwo i nieporządek.

Dotkniemy tu jeszcze dwóch ważnych rysów z życia wewnętrznego szpitali—mianowicie odżywiania i pielęgnowania chorych.

Co się tyczy *odżywiania chorych* w szpitalach warszawskich, to według ustalonego poglądu lekarzy szpitalnych, odżywianie to jest równoznaczne z systematycznem poddawaniem chorych głodzeniu. Wprowadzona 1 stycznia r. 1900 norma (20 kop. na chorego dziennie) już wtedy, podług obliczeń dra Rzętkowskiego, była za nizka przeszło o 20%. Od owego czasu stan rzeczy znacznie się pogorszył z powodu znacznego podrożenia produktów spożywczych, zwłaszcza tych, któremi przeważnie odżywia się ludność, korzystająca ze szpitala. W zwykłych warunkach chory użala się na głód, a skargi te lekarz słyszy codziennie i jest wobec nich bezradny. W gorszem jeszcze położeniu jest i chory i lekarz, gdy choroba wymaga specyalnego odżywiania, tuczenia, gdy chodzi o kuracyę dyetyczną, tak ważną według współczesnych wymagań medycyny. Tu lekarz musi albo skwitować z tej metody, albo też odżywiać chorego kosztem innych chorych t. j. zabierać na rzecz jednego lub paru chorych pożywienie przeznaczone dla innych.

Wobec powyższego braku mniejsze, rzecz prosta, znaczenie mają braki jakościowe t. j. odżywianie jednostajne i niesmaczne. Mniejsze—bo to przynajmniej bezpośrednio zdrowiu chorych szpitalnych nie szkodzi, ale braki te są powodem, że chorzy gorzej się odżywiają a nadto odstręczają ludność od udawania się do szpitala w razie choroby.

Rzecz prosta, że w szpitalach prowincyonalnych rzeczy te mają się o wiele gorzej. Brak funduszów, nieodpowiednio urządzone kuchnie, wadliwa gospodarka, brak należytej kontroli i t. p. wszystko to sprawia, że chorzy wprost przymierają głodem. Nizkie normy (13 — 15 kop. na chorego dziennie) przy niewielkiej liczbie chorych, nie pozwalają na odpowiednie odżywianie chorego. To też użalania się, jakie słyszymy od chorych co przeszli przez szpitale warszawskie, rozbrzmiewają dobitniej i częściej, gdy chodzi o szpitale prowincyonalne (zwłaszcza Siedlce, Brzeziny,

Suwałki, Włocławek, Zamość, Piotrków, Rawa, Noworadomsk, Augustów, Stopnica, Ostrołęka, Szczuczyn).

Co do *pielęgnowania* chorych w szpitalach warszawskich, to głównym a bardzo ważnym jest brak odpowiednich dozorców, posługaczy, pielęgniarzy szpitalnych. Służba t. zw. salowa przy chorych, rekrutuje się z pośród prostych wyrobników albo takich, którzy gdzieindziej pracy znaleźć nie mogą i nie są do czego innego zdolni, albo też z pośród wyrobników wiejskich, którzy w poszukiwaniu pracy przybywają do miasta i pierwsze pole znajdują w szpitalu. Przeważnie są to żywioły niepewne pod każdym względem. I nie może być inaczej. Nędzna płaca, liche pożywienie, brak oddzielnego pomieszczenia, sypianie na salach chorych, praca ciężka niemal przez całą dobę, wreszcie możliwość zarażenia się chorobą — wszystko to odstrasza od służby w szpitalach. Jednostki lepsze, opuszczają służbę w szpitalu przy pierwszej sposobności i pozostają gorsi, nie mogący znaleźć nigdzie zajęcia, kalecy, ślepi, dotknięci różnemi brakami fizycznemi i t. d. Zresztą zmiany posługaczów szpitalnych są ciągłe, niemal co miesiąc i nieliczni tylko pozostają czas dłuższy. Na opiece takich to ludzi znajdują się chorzy szpitalni. Rzecz jasna, że opieka ta jest zła, gruba, że chory nietylko nie otrzyma pomocy troskliwej i delikatnej, lecz niekiedy i krzywdy dozna, a w takich warunkach żaden nadzór nie jest w stanie złemu zaradzić i zarówno lekarze, jak siostry miłosierdzia, są bezsilni, ani kary, ani prośby, ani przekładania, nie pomagają, bo to nie zmieni grubego, mało kulturalnego człowieka. Dopókąd służba szpitalna będzie się rekrutowała tak jak to ma miejsce obecnie, dopóty zapobiedz złemu nie sposób, bez względu na świadomość, że choremu źle się dzieje i że on większą część dnia musi spędzać na wyłącznej opiece nieodpowiedniego posługacza.

*

* *

W paru poprzednich działach podkreślaliśmy, że w szpitalach prowincyonalnych stan rzeczy jest o wiele gorszy niż w Warszawie. Prawda ta jest może szczególnie donośną, gdy chodzi o pielęgnowanie chorych, zwłaszcza w małych, powiatowych szpitalach. Nędzne pomieszczenie, ubóstwo, brak narzędzi i środków lekarskich, wanien i t. d. i t. d. — wszystko to, rzecz prosta, musi

ujemnie wpływać na jakość pomocy udzielanej choremu. Lecz tu przybywają inne jeszcze czynniki, a głównym jest pomoc, z jaką lekarz może służyć szpitalowi. Sumienne spełnianie obowiązków lekarza szpitalnego na prowincyi wymaga nieraz wielkiej ofiary z interesów osobistych i wielkiej straty czasu. Zajęcia kancelaryjne, sprawozdania miesięczne, ogólny raport roczny z działalności szpitala, doglądanie kuchni, śpiżarni, badanie chorych, konieczne analizy, operacje, pisanie kart chorych, opatrunki, zapisywanie recept, doglądanie apteki i udzielanie niezbędnych informacyj w aptece, wypadki sądowe (obserwacye, wypowiadania orzeczeń, badania pośmiertne, korespondencye w tych sprawach) i t. d. i t. d., wreszcie przyjmowanie chorych przychodnich w ambulatoryum—wszystko to wymaga dziennie przynajmniej kilku godzin czasu. Dodać do tego należy, że często, właśnie w tych małych szpitalach, lekarz jest jednocześnie intendentem t. j. zarządza rachunkowością, całem gospodarstwem i administracyą szpitalną, musi zajmować się a przynajmniej kontrolować zakupy produktów spożywczych, godzić służbę i t. d. i t. d. I tym wszystkim czynnościom ma podołać jeden człowiek, lekarz szpitalny, zwłaszcza, że w wielu szpitalach niema nawet do pomocy sióstr miłosierdzia. I za to wszystko lekarz pobiera pensyi rocznej 200 — 300 rb. Tylko człowiek wyjątkowo sprawie oddany może uczciwie spełniać wszystkie te obowiązki. Takich lekarzy nie brak w szpitalach prowincyonalnych, lecz rozumie się nie wszędzie. Nawet człowiek uczciwy nie jest w stanie wszystkiego załatwić. Niektóre czynności musi pomijać a załatwia to, co jest konieczne i nieodzowne, chociaż wybór tego, co jest konieczne, nie zależy od woli ani uznania lekarza. Konieczną jest przedewszystkiem korespondencya kancelaryjna, koniecznemi są sprawozdania urzędowe, układane podług stałych schematów, koniecznemi są wreszcie wszelkie przypadki sądowe. Poza tem, jeśli czasu starczy, wybór ważnych lub mniej ważnych czynności zależy już od lekarza. Położenie lekarza szpitala prowincyonalnego względnie do lekarzy szpitali warszawskich, jest pod wielu względami odmienne. Przedewszystkiem ordynator warszawski ma tylko obowiązek leczenia chorych i utrzymania oddziału w porządku; cały bowiem dział administracyjny, korespondencyi i wszelkie stosunki z władzami załatwiają specyalni funkcyonaryusze. Następnie ordynator ma do pomocy cały sztab asystentów. Wreszcie charakter praktyki lekarskiej, opłacanej znacznie wyżej niż na prowincyi, pozwala ordynatorowi warszawskiemu poświęcać szpitalowi więcej czasu. Lekarz prowincyonalny, dla którego pensya szpitalna jest nieznacznym dodatkiem do ogólnych jego docho-

dów, lekarz, którego praca jest cięższa, praktyka uciążliwsza i mniej opłacana, musi w ustroju obecnym sam jeden dźwigać cały ciężar zarządu szpitala t. j. leczenia chorych i administracyi. To też niekiedy dzieje się tak, że lekarz odwiedza szpital tylko w razie koniecznej potrzeby lub w miarę tego, ile mu pozwala na to czas, wolny od innych zajęć. Niekiedy w ciągu dni paru czas nie pozwala lekarzowi odwiedzać chorych szpitalnych. Jest to źle, a jednak metoda pozostawiania chorych na łasce losu jest do pewnego stopnia sankcyonowana a nawet polecana. Oto od czasu wprowadzenia w r. 1898 urzędowej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej w gub. Płockiej, do pracy tej powołano i lekarzy szpitalnych z Lipna i Mławy. Lekarze ci obowiązani są zjeżdżać na t. zw. punkty ambulatoryjne. Lekarz szpitala w Lipnie jedzie jeden raz w tygodniu (do Skępego), a lekarz z Mławy dwa razy tygodniowo, do różnych punktów. W dni wyjazdu lekarz szpitalny już nie odwiedza szpitala. Nadto lekarze ci mają urzędowe ambulatorya w Lipnie (jeden dzień w tygodniu) i w Mławie (dwa dni w tygodniu). W te dni ambulatoryjne szpitale są również pozbawione opieki lekarskiej.

Cóż się wtedy może dziać z chorymi w szpitalu? Czyż stan taki nie domaga się gwałtownie zmiany? Nie ulega wątpliwości, że i to sprawa niemniej ważna i pilna od tych, któreśmy rozważyli poprzednio.

Do niezbędnych reform w tym względzie zaliczyć musimy: 1) znaczne podwyższenie pensyi lekarza szpitalnego; 2) dodanie mu do pomocy drugiego stałego lekarza; 3) należyty wybór lekarzy szpitalnych, oparty jedynie na kwalifikacyach naukowych i moralnych z pośród lekarzy, którzy przynajmniej przez lat trzy pracowali w większym szpitalu.

*

* *

Czytelnik, zapoznawszy się z powyższym ponurym obrazem życia wewnętrznego szpitali, zauważyć może, że barwy są zbyt ciemne i niezgodne z prawdą, lub jeśli uzna ten obraz za odźwierciedlenie rzeczywistości, to nasunie mu się inne pytanie, co wobec tego czynili lekarze? dlaczego to wszystko tolerowali? Niestety, obraz ten nie jest przesadzony, a chociaż daje tylko zarysy ogólne, z pominięciem wielu szczegółów, to jednak odtwarza rzeczywistość. A co lekarze robili? Lekarze wołali i pisali, bo to ich broń jedyna. Z tego, co od lat kilkunastu o stanie szpitalnictwa

lekarze ogłosili w prasie, przeważnie lekarskiej, możnaby tomy ułożyć. Nadto gdziekolwiek i kiedykolwiek się dało występowali głośno i jawnie. I nietylko w towarzystwach lekarskich, hygienicznych, na zjazdach hygienicznych, lecz i w różnych instytucyach i komisyach urzędowych.

Gdy braki w szpitalnictwie szczególnie wybitnie dały się odczuwać, utworzono w r. 1898 komisyę szpitalną pod przewodnictwem prokuratora Izby Sądowej. Komisya ta zwróciła się do szpitali warszawskich z kwestyonaryuszem w sprawie braków i potrzeb szpitalnych. Lekarze po raz pierwszy zapytani i powołani do wypowiedzenia opinii, odezwali się bardzo żywo; opracowali szereg cennych referatów, szczegółowo przedstawiających stan i potrzeby szpitali warszawskich. Praca ta jednak pozostała zupełnie bezowocną i powiększyła jedynie archiwum Rady Miejskiej. W późniejszych komisyach prof. Czausowa, prof. Kosińskiego i t. d. lekarze nie przestawali formułować dezyderatów. Skutek był jednaki.

Nawet komisye urzędowe podnosiły konieczność przeprowadzenia gruntownych zmian. W r. 1899 podkomisya lekarska (pod przewodnictwem prof. Czausowa, członkowie: inspektor szpitali Troickij, prof. Szczerbakow, prof. Wasiljew, dr. Małow i dr. Zaleski) w referacie swoim w ten sposób, na podstawie opinii lekarzy, formułuje potrzeby szpitali warszawskich: 1) niezbędnem jest usunięcie nadzwyczajnego przepełnienia szpitali, zależnego od wielkiego braku łóżek szpitalnych; 2) w istniejących szpitalach, których pomieszczenia i urządzenia nie odpowiadają współczesnym wymaganiom, koniecznem jest przeprowadzenie gruntownych reform; 3) pilnem i koniecznem jest polepszenie żywności chorych przy zastosowaniu specyalnych, dyetetycznych porcyj [1]).

W r. 1899, a nawet znacznie wcześniej, wszystko to było bardzo pilne i konieczne, a pomimo to, do dnia dzisiejszego w niczem stan rzeczy nie zmienił się. Wszystkie dezyderaty tej podkomisyi, podobnie jak i innych komisyj, nie doczekały się urzeczywistnienia.

Chcąc dać odpowiedź na pytanie, dlaczego tak opłakany stan mógł trwać długie lata, należy pamiętać, że lekarze są w zupełności usunięci od zarządu i głosu w sprawie szpitali. Lekarze szpitali prowincyonalnych do Rad Dobroczynności Publicznej nie należą, a do udziału w posiedzeniach Rad tych przez lata całe nie

[1]) Inne bardziej specyalne dezyderaty pomijamy.

bywają wzywani nawet w charakterze informatorów lub rzeczoznawców. Zresztą wszelkie wskazówki, skargi i żale natrafiają zawsze na jedną odpowiedź: brak funduszów.

Nie bez winy zapewne są i lekarze, gdy chodzi o obecny stan szpitalnictwa; w wielu bowiem razach mogliby energią dopiąć zmian pomyślnych, ale zmiany te mogą dotyczyć tylko szczegółów, zaś na cały system, rzecz prosta, wpływu mieć nie mogą. Podkreślić tu jednak należy fakt, że jednym z warunków prawidłowego rozwoju szpitali musi być udział lekarzy w zarządzie, jako ludzi najbliżej z życiem i potrzebami szpitali obeznanych.

*

* *

A teraz zwrócimy uwagę jeszcze na jedną sprawę. Szpital winien być rozsadnikiem, szkołą hygieny, tu ludność mniej kulturalna winna uczyć się czystości, porządku, poznawać co szkodzi zdrowiu; tu powinna się kształcić i przyzwyczajać do pewnych potrzeb, bez jakich człowiek kulturalny żyć nie może. Szpital spełnia takie obowiązki, ale w krajach cywilizowanych. W szpitalu niemieckim, szwajcarskim, angielskim i t. p., nawet w najmniejszych miasteczkach chory spotyka surowe przestrzeganie czystości, porządku i wogóle warunków hygienicznych. Ścisłe stosowanie się do tych przepisów stopniowo wdraża i przyzwyczaja chorego do tego trybu życia, a wszystko to staje się powoli jego potrzebą. U nas rzecz się ma inaczej. Chory ma na jednym stoliku bułki, chleb, kufel z plwocinią, naczynie z moczem, grzebień i t. p.; chory je na łóżku, kładzie chleb, łyżkę i t. p. na kołdrze brudnej, która bez zmiany służyła poprzednio wielu innym chorym; chory leży w atmosferze wprost—sit venia verbo—cuchnącej, chodzi do ustępów fatalnie utrzymanych, widzi wanny powyginane, brudne i t. d. i t. d. Wszystko to jest tą samą tak mu dobrze znaną atmosferą domową, ten sam brud, w którym wprost zasmakował, który go nie razi i którego zmienić nie pragnie. Chory taki, przeszedłszy przez szpital, nietylko nie zmienia się pod względem potrzeb kulturalnych, lecz przeciwnie utwierdza się w tym swoim brudzie, bo przekonywa się, że ten brud jest naturalny, że inaczej człowiek żyć nie potrzebuje.

Lecz z tego wypływają inne jeszcze następstwa. Do szpitala udaje się człowiek, którego wymagań osobistych nie razi całe urządzenie szpitala, albo ten, którego zmusza konieczność, nędza

i t. p. Powszechnie znanym jest fakt, że zamożniejsi włościanie unikają szpitala, uważając sobie za hańbę i pośmiewisko leczenie się w szpitalu. Sprawia to w znacznym stopniu nędza, przebijająca ze wszystkich stron życia szpitalnego u nas.

Są zresztą i inne jeszcze czynniki, działające w tym samym kierunku. Wyliczymy je pokrótce: 1) zbyt wielka odległość od szpitali, a stąd uciążliwy przewóz chorych; 2) różne braki w szpitalach: niedostateczne odżywianie („głód w szpitalu," jak powszechnie mówią chorzy), niedostateczna pomoc lekarska; 3) pewien rygor, panujący w szpitalu, do czego włościanin nie jest przyzwyczajony; 4) wysoka opłata za kuracyę i t. d. i t. d.

Niezmiernie też ważnym bezwątpienia jest rodzaj pomocy lekarskiej. Faktem jest powielekroć sprawdzonym, że ludność nabiera zaufania i chętnie udaje się do szpitala, ilekroć na czele jego stanie lekarz sumienny, uczciwie spełniający swoje obowiązki i umiejący wzbudzić dla siebie zaufanie chorych.

Co zaś do chorych ubogich, za których kuracyę płaci gmina, ważną przeszkodą są liczne trudności, jakie gmina, względnie pisarz gminny, stawia ubogiemu choremu przy wydawaniu kwalifikacyj, wymaganych przez szpital, a to w tym celu, by możliwie najmniej narażać mieszkańców gminy lub wsi na ciężary. Zwłaszcza jeżeli choroba jest długotrwała, chorego o ile można nie dopuszcza się do szpitala, a gdy się raz dostanie, to albo sam śpieszy szpital jaknajprędzej opuścić, bojąc się „przekleństwa" gminy, albo też jest do tego zmuszony przez specyalnych posłów gminy.

Wspominałem już, że w przedstawionym smutnym stanie naszych szpitali uwzględniłem jedynie główne rysy zasadnicze. W szczegóły życia wewnętrznego nie wchodziłem, a szczegóły te przedstawiają się jeszcze smutniej. Atoli to, co podałem, zdaje się dosadnie malować stan rzeczy i przekonywa dokładnie, że cała dziedzina szpitalnictwa wymaga zmian, sięgających do gruntu rzeczy.

C. Fundusze szpitali.

Przeglądając tablicę II rubr. IV widzimy przedewszystkiem ubóstwo szpitali naszych. Fakt ten pozostaje w związku z zaznaczonym przez nas powyżej zanikiem od 40 lat ofiarności społeczeństwa na rzecz szpitali, będących pod zarządem Rad Dobro-

czynności Publicznej. Dawniej, za czasów Rad Opiekuńczych, gdy kapitał wogóle był tańszy, gdy liczono na złote a nie na ruble, sumy szpitalne były dość wysokie; dziś wartość względna tych kapitałów wobec podrożenia wszelkiego rodzaju produktów i przedmiotów, znacznie spadła. Zresztą w szeregu lat szpitale nieraz musiały czerpać z kapitałów, gdy chodziło o większe wydatki (przebudowa gmachów i t. p.).

Kapitały szpitalne przeważnie lokowane są w Banku Państwa i w kasach Rad Dobroczynności Publicznej, zaś w pewnej części zabezpieczone na hipotekach.

Porównywając rubrykę VI tablicy II z rubryką III tablicy VI, widzimy, że kapitały te przynoszą bardzo niewielki dochód, np.: w gub. Siedleckiej 1%, w gub. Kaliskiej 2,6%, w gub. Suwalskiej 3%, w gub. Radomskiej i Piotrkowskiej 3,6% i t. d. Ogółem dochód z kapitałów wynosi 93774,66 rb. rocznie, co stanowi 5% ogółu rocznych dochodów wszystkich szpitali.

*

* *

W tablicy IV-ej podajemy wykaz kapitałów i nieruchomości, przeznaczonych na budowę nowych szpitali w różnych miastach. Dane tu zawarte czerpiemy ze sprawozdań urzędowych.

Co się tyczy *nieruchomości*, to rozejrzenie się w tablicy V-ej i porównanie jej z rubryką II-ą tablicy VI-ej przekona z łatwością, że dają one względnie bardzo niewielki dochód, w czem nie można nie upatrywać wadliwej administracyi. Że Rady Dobroczynności Publicznej nie wykazują szczególnej dbałości w tym względzie, świadczy fakt, że w czterech guberniach Rady uważają za możliwe pominąć w swych sprawozdaniach wykaz nieruchomości i dochody z tego źródła. Ogólny wykaz nieruchomości szpitali Królestwa podaje tablica V-a, dochód zaś z tej pozycyi wskazuje tablica VI rubryka II. Dochód roczny wynosi 114,140.44 rb., co stanowi 6,1% ogólnego dochodu wszystkich szpitali Królestwa.

W tem miejscu podkreślić należy, że dochód z nieruchomości szpitalnych jest wogóle niezwykle mały. Administracya majątkowa w tym względzie szwankuje może najwięcej. Nieruchomości szpitalne (grunta, lasy) oddawna nie ulegają przeszacowaniu. Podług sprawozdań Rad Dobroczynności wartość nieruchomości nawet po kilkudziesięciu latach nie zmieniła się. Np. lasy należące do szpitala św. Ducha w Warszawie obszaru 42 mórg ocenione były

TABLICA IV.

Wykaz kapitałów i nieruchomości przeznaczonych na budowę nowych szpitali (1 stycznia 1903).

MIEJSCOWOŚĆ	KAPITAŁ R. i k.	Nieruchomość	Dochód roczny nieruchom.
Gub. Warszawska 1 stycznia 1902.			
1) Nowo-Mińsk—św. Teodora . .	44877, 22		
2) Kałuszyn—Żydowski	22628, 20		
3) Płońsk—Aleksandryjski . . .	12205, 68	Plac 957 sąż. kw.	12, 25
4) „ Żydowski	4075, 47	(z ofiary Sieklu-	
5) Pułtusk „	225, 91	ckiego).	
6) Nasielsk „	1628, 67		
Gub. Kaliska.			
7) Koło	21137, —		
8) Warta	16312, —		
Gub. Łomżyńska [1]) (1 stycznia 1902).			
9) Ostrów	1238, 77		
10) Maków—Żydowski	1337, 56		
Gub. Radomska.			
11) Końskie	18048, 76		
12) Kozienice	9686, 39		
13) Iłża	20282, 52		
Gub. Lubelska.			
14) Zamość—Żydowski	20919, 73	Plac 5238 łok. kw.	58, —
15) Opole	21064, 88	Plac 9188 łok. kw.	
16) Osada Swierze	3896, 46		
17) Chełm	15585, 06		
18) Lubartów	6634, 78	Plac 1877 sąż. kw.	45, 58
19) Tomaszów	27457, 91		
20) Biłgoraj	5748, 73		
Gub. Siedlecka.			
21) Biała—Żydowski	336, 13		
22) Węgrów	4864, 57		
Gub. Suwalska.			
23) Wołkowyszki	9600, —		
24) Władysławów	1300, —		
Gub. Płocka.			
25) Przasnysz—Żydowski	596, 18		
26) Dobrzyń n. Wisłą—Żydowski .	228, 40		
27) Szreńsk—Żydowski	286, 01		
28) Rypin—Żydowski.	316, 72		
29) Dobrzyń n. Drwęcą—Żydowski	270, 11		

[1]) Na budowę szpitala w Ciechanowcu istnieje jakaś suma, lecz jaka, ze sprawozdań urzędowych określić trudno. W 1895 r. suma ta podana jest na 23330,30 rb., w 1896 r. 18017,53 rb., w 1897 r. 24674,86 rb. W sprawozdaniu zaś za 1901 r. niema nawet wzmianki, aby istniała jaka suma na szpital w Ciechanowcu, chociaż są wymienione Ostrów i Maków.

TABLICA V.

Wykaz nieruchom. (1 stycznia 1903 [1]) stanowiących własn. szpit. Kr. P.

Nazwa szpitali	Rodzaj nieruchomości	Wartość R. i k.	Przestrzeń	Dochód roczny R. i k.
Warszawa				
1) Szpit. Dz. Jezus. .	Folwark Kaputy	20750,0	104 dz. 2148 s.□	1005,0
2) Dom wychowawczy.	Folwark Kręczki	35000,0	158 dz. 943 s. „	1694,0
3) Szpit. Św. Ducha .	6 placów w Warszawie №№ 687—688—689—1130—1131—	137616,0	1670¼ sąż. kw.	2700,0
„	17 placów w Warszawie we władaniu emfiteut.	4122,0	2 dz. 225 s. kw.	264,93
„	Dom propinacyjny w Cegłowie z placem	1200,0	184 s. kw.	60,0
„	Fol. Mienia	53585,0	269 dz. 2102 s.	1800,0
„	Fol. Piaseczno	39037,0	261 dz. 2148 s.	1126,0
„	Fol. Rudnik	30453,0	168 dz. 1508 s.	735,0
„	Fol. Skwarne	20983,0	141 dz. 1670 s.	500,0
„	Fol. Huta	27318,0	221 dz. 1338 s.	710,0
„	Fol. Brudno	173899,0	338 dz. 1300 s.	5500,0
„	Lasy w Mieni i Piasecznie	712656,0	1881 dz. 44 s.	21833,45
4) Szp. Św. Rocha. .	Folw. Rakowiec	1500000,0	313 dz. 1491 s.	9482,99
„	Część folw. Rakowiec oddana w dzierżawę bezterminową władz. wojsk.	9500,0	21 dz. 1256 s.	380,0
5) Szp. Św. Jana . .	4 place w Warszawie (emfiteut.)	7158,0	1007 s. kw.	357,90
6) „ Łazarza .	34 place w Warszawie (emfiteut.)	5266,0	3 dz. 1716 s. kw.	263,34
„ „	Plac № 1795 na ul. Franc. (w dzierż. bezterminowej)	15000,0		750,0
„ „	Piwnice na posesyi № 1751	9000,0		450,0
g. Warszawska (1/I 1902).				
7) Włocławek—ś. Ant.	Fol. Pinino w p. Rypińsk.		5 wł. 5 m. 93 pr.	49,41
8) Łowicz—ś. Tadeusza	Ogród z łąką		1 mórg 268 pr.	40,85
9) Mienia—św. Józefa	Ogród		4 morg 188 pr.	99,05
10) Ciechocinek—ś. Tad.	Dom 2piętr. drewn. of. przez ś. p. Sierakowską			1130,50
„	Dom gdzie mieszczą się sklepy			1020,50
11) Pułtusk—ś. Wincent.	Dom 2piętr. murowany			1625,0
„	Ogród		1 morg 101 pr.	64,25
„	Fol. Plocochowo		260 m. 87 pręt.	716,60
„	Las		283 m. 204 pr.	1109,0
12) Skiern.—ś. Stanisł.	P l a c		63 pręty	2,40
gub. Kaliska				
13) Kalisz—św. Trójcy	Ogród		1 m. 187 pręt.	35,0
„	Dwupiętr. murowany dom			280,0
„	4 pl., oddane w dzierżawę wieczystą			15,53

[1]) W tablicy tej podane są nieruchomości, dające dochód. Budynki szpitalne oraz place, na których znajdują się te budynki, w tablicy nie zostały zawarte.

Nazwa szpitali	Rodzaj nieruchomości	Wartość R. i k.	Przestrzeń	Dochod roczny R. i k.
14) Kalisz—Żydowski'.	Plac pod mykwą	—		10,0
15) Konin—św. Ducha'.	4 place i łąka	—		37,52
16) Sieradz—św. Józefa	Ogród	—	5 morg. 85 pr.	156,80
17) Wieluń — WW. Św.	Plac na którym stoi dawny budynek szpitalny oddany w dzierżawę	—	1540 łok. kw.	14,0
„	Młyn z ogrodem	—		9,0
„	Grunta uprawne, ogrody i łąki	—	72 m. 5 pręt.	782,30
„	Grunta w Łaszewie	—	8 morg. 37 pr.	30,45
Gub. Piotrkowska				
18) Częstochowa—NMP.	Dom № 560 przy ul. Rocha	—		[1])
19) Łódź — Św. Aleks.	Place przy ul. Piotrkows.	—		[2])
„	Place przy ul. Brzezińsk.	—	2 morg. 151 pr.	24,75
20) Brzeziny	Ogród	—	1 mórg 100 pr.	35,0
21) N.-Radomsk—ś. Al.	Dwupietr. dom murowan.	—		505,0
22) Rawa—św. Ducha	Folwark Św. Ducha	—	271 m. 299 pr.	900,0
„	Place z ogrodami №№ 69 70—71—72—73—74—75	—	7 morg. 289 pr.	30,35
„	Place	—	204 pręty	0,90
„	Ogród	—	2 morgi 43 pr.	18,70
Gub. Kielecka				
23) Kielce — św. Aleks.	Ogród i dwa place	—	1 mórg 43 pr.	—
24) Busk—św. Mikołaja	Dom murowany	—		22,50
Gub. Płocka (1/I 1904)				
25) Płock—św. Trójcy	Folwark Pinino	—		1788,91[3])
26) Lipno—św. Jana .	?	?	?	54,0
Gub. Lubelska				
27) Lublin—św. Józefa	Ogród w dzierż. wieczyst.	—	24000 łok. kw.	—
28) „ św. Wincent.	Ogród i łąka.	—	20519 łok. kw.	200,0
„ „	Fol. Swidnik Duży	—	755 m. 168 pr.	3800,0
„ „	Lasy, a w tymże—folw.	—	1284 m. 169 pr.	—
„ „	Place, na których stoi Rząd Gubernialny	—	260 prętów	73,04
29) „ św. Jana . .	Plac, na którym stoi biuro poczt.-telegr.	—	102 pręty	30,0
30) „ Żydowski .	½ domu № 544 z zapisu W. Felda	—	—	—
31) Zamość—ś. Mikołaja	Ogrody	—	1¾ dziesięciny	50,0
32) „ Żydowski	Place	—	5238 łok. kw.	58,0
33) Szczebrzesz. ś. Kat.	Ogrody	—	1 dz. 1700 s. kw.	80,0
34) Hrub. św. Aleks. N.	Ogrody	—	4 morg. 228 pr.	95,0
35) Hrubieszów — Żyd.	Dom—mykwa	—		1086,45
36) Janów	Dom murowany	—		1124,58

Sprawozdania Rad Dobrocz. Publ.: Łomżyńskiej, Radomskiej, Siedleckiej, Suwalskiej, jakkolwiek nie wykazują nieruchom. szpit. to jednak zaznaczamy, że zwłaszcza szpitale g. Radomskiej i Siedleckiej posiadają liczne i wartościowe nieruchomości.

[1]) Oddany bezpłatnie w sześcioletnią dzierżawę.

[2]) Oddane w bezpłatną dzierżawę do 1906 r.

[3]) W opisie szpitala dochód roczny wykazano na 2200 rb., a w tabl. 1788,91 rb.

TABLICA VI.

Wykaz dochodów szpitali Królestwa Polskiego z podziałem na kategorye (1902).

GUBERNIE	Podatek jaki wnoszą gminy Królestwa na szpital w Tworkach i Dom wychowawczy w Warszaw.	Dochody (czynsz) od nieruchom.	% od kapitału	Zasiłek od rządu z sum Rad Dobr. Publ.	Zasiłek od miast	Od gminy żydowskiej i ewang.	Zwrot kosztów kuracyjnych	Ofiary, przedstawienia teatralne, dopłata do teatr. i t. p.	Z innych źródeł	Remanent z roku poprzedniego	Wpłynęło zaległości z dawnych lat	RAZEM	Pozostaje zaległych
	Ruble i kopiejki												
1. M. Warszawa	292100,00 [1]	65333,17	53816,92	—	62111,00	39183,92	476941,35	7388,49	18323,03	96773,62	[2]	1111971,50	[2]
2. Warszawska .	—	4599,46	2699,01	—	2660,50	—	14350,77	6564,52	1938,93	9204,40	20772,76	62790,35	59426,15
3. Kaliska . .	—	1088,57	2477,88	—	3603,65	—	17008,71	731,06	2106,58	1807,13	53809,93	82633,51	49801,12
4. Piotrkowska.	—	1377,29	8093,19	—	8648,36	—	37689,37	30786,29	3339,75	38983,19	42571,80	171489,24	82404,92
5. Kielecka . .	—	—	1383,74	—	1681,32	—	17990,24	3174,86	3330,67	3624,02	9011,73	40196,58	[3]
6. Płocka . . .	—	2293,46	6628,68	401,00	3683,29	—	4048,16	488,09	558,04	16253,89	16390,93	50745,54	50353,60
7. Łomżyńska .	—	191,90	1101,63	43,00	179,80	—	4279,15	2664,84	1714,57	335,78	10046,65	20557,32	19280,04
8. Radomska .	—	14670,43	4556,34	—	267,50	—	23090,24	2252,72	5510,21	29997,77	11556,44	91901,65	31896,86
9. Lubelska . .	—	14151,28	9263,11	5178,31	10883,68	—	39601,68	3748,98	5938,37	10036,33	40816,63	139618,37	37216,11
10. Siedlecka . .	—	10394,11	2254,98	8162,75	1713,69	—	10651,60	2898,45	1833,77	14665,37	9677,99	62252,71	24537,18
11. Suwalska . .	—	40,77	1499,18	—	1718,30	—	9217,47	548,81	378,95	1257,20	12658,22	27318,90	18342,79
RAZEM . .	292100,00 [1]	114140,44	93774,66	13785,06	97151,09	39183,92	654868,74	61247,11	44972,87	222938,70	227313,08	1861475,67	373258,77
	15,7%	6,1%	5%	0,7%	5,2%	2,1%	35,2%	3,3%	2,4%	12%	12,2%	100%	

[1]) Sumę tę (292100,00) Warszawska Rada Miejska nazywa zasiłkiem od Rządu i pomieszcza w rubryce IV. Sumę zaś tę tworzą składki stałe, jakie gminy Królestwa wnoszą na utrzymanie szpitala w Tworkach i Domu Wychowawczego w Warszawie.

[2]) Sprawozdania Rad Warszawskiej Miejskiej i Kieleckiej nie zawierają wykazu zaległości kosztów kuracyjnych, które, zwłaszcza w Warszawie, są ogromne.

w 1871 r. na 420,000 rb. W sprawozdaniu za rok 1901 podany jest taki sam szacunek, jak gdyby wartość lasu przez lat 30 nie podniosła się. Folwark Rakowice, należący do szpitala św. Rocha, wart około 2 miljonów rubli (Rada Miejska ocenia go na 1½ miljona). Tymczasem dochód z tej nieruchomości wynosi śmiesznie małą cyfrę 9,482.99 rb. (!). To samo można powiedzieć wogóle o nieruchomościach szpitali Królestwa Polskiego, a przekonywają o tem najsnadniej cyfry podane w tablicy V-ej.

Rozpatrując następnie wykaz innych dochodów (tablica VI-a) zauważymy: 1) że zasiłek od państwa (a właściwie *z różnych sum Rad Dobroczynności Publicznej*) otrzymują nieomal tylko szpitale gub. Siedleckiej i Lubelskiej w sumie 13,341.06 co stanowi 0,7% ogólnych dochodów wszystkich szpitali. Do rubryki tej Rada Miejska Warszawska zalicza 292,100.00 rb. ze stałych opłat gmin na utrzymanie szpitala w Tworkach i Domu Wychowawczego w Warszawie; 2) że zasiłek od miast podług tej tablicy wynosi w całem Królestwie 97,151.09 rub. co stanowi 5,2% dochodu ogólnego. Cyfra ta jednak jest wyższa od rzeczywistej, bo do rubryki tej sprawozdnie urzędowe zalicza zasiłki, jakie wnoszą na rzecz szpitali gminy żydowskie, Instytut w Puławach i t. d. Wreszcie w wielu miastach pod rubryką zasiłku na szpital, wykazane są koszta kuracyjne, jakie miasta uiszczają za ubogich mieszkańców. Faktycznie udział miast w gospodarce szpitalnej jest o wiele mniejszy; 3) że zwrot kosztów kuracyjnych stanowi 35,2% ogólnego dochodu. Wogóle wpływy tej kategoryi we wszystkich szpitalach są bardzo nieregularne. W zasadzie ludność zamożna płaci za szpital sama [1]), za ubogich zaś płacą gminy. Gminy jednak wszelkimi sposobami uchylają się od tego ciężaru, co sprawia, że dochód z tego źródła jest względnie niewielki. Wszystkie szpitale osiągają znaczne sumy w tej rubryce jako zaległości, które częstokroć przewyższają 2 — 3 razy dochód roczny rubryki kosztów kuracyjnych (patrz rubrykę XIII tablicy VI). Nie mogąc

[1]) Opłata ta wynosi: w gub. Warszawskiej: w Pułtusku 35 kop. dziennie; w Ciechocinku 60, w innych 32 kop.; w gub. Kaliskiej 50 kop.; w gub. Piotrkowskiej 45 kop.; w gub. Radomskiej: w Radomiu od chorych chirurgicznych 50 kop., od innych 35 kop.; w Staszowie 45 kop., a w pozostałych po 35 kop.; w gub. Łomżyńskiej 35 kop.; w gub. Siedleckiej: w szpitalu N. M. P. w Siedlcach 50 kop., w innych po 30 kop.; w gub. Suwalskiej we wszystkich szpitalach po 42 kop. dziennie.

odzyskać wszystkich należności z tego źródła, szpitale od czasu do czasu umarzają dość znaczne sumy zaległości. O rozmiarze tych zaległości świadczy także rubryka XI tablicy VI, wykazująca wpływy z zaległości za lata ubiegłe przeważnie kosztów kuracyjnych. — Stanowią one 12,2% ogólnego dochodu rocznego.

Inne pozycye dochodów uwidocznia tablica VI. Nadmienić zaś należy, że sumy dochodów z ofiar prywatnych na podstawie sprawozdań urzędowych określić niepodobna, zwłaszcza, że w tej samej rubryce sprawozdania zawierają: dochód z przedstawień amatorskich, z dopłaty do biletów teatralnych, z loteryj i t. p.

Z pośród poszczególnych dochodów zasługuje na szersze omówienie dochód osiągany przez niektóre zakłady warszawskie, ze specyalnego podatku, opłacanego przez całą ludność Królestwa.

Podatki, o których mowa, są dwóch kategoryj, mianowicie: podatek na utrzymanie szpitala w Tworkach i Domu Wychowawczego w Warszawie, oraz podatek rublowy od pewnej kategoryi mieszkańców Warszawy.

1) Podatek pierwszy wprowadzony został 1 stycznia 1890 r. z mocy prawa wydanego 24 kwietnia r. 1890, które brzmi jak następuje (Najwyżej zatwierdzone 24 kwietnia 1890 roku zdanie Rady Państwa): „Wprowadzić w guberniach Królestwa Polskiego oddzielny podatek na utrzymanie zakładów dobroczynnych Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej w sumie ogólnej 250,000 rubli rocznie na następujących zasadach:

a) Powyżej oznaczoną sumę Minister Spraw Wewnętrznych rozdziela corocznie pomiędzy m. Warszawą a guberniami Królestwa Polskiego podług liczby mieszkańców, przyczem podatek z m. Warszawy wyznacza się względnie do innych miejscowości w wysokości podwójnej.

b) Podziału wyznaczonej na każdą gubernię sumy pomiędzy oddzielne miasta i gminy, dokonywa Rząd Gubernialny odpowiednio do liczby mieszkańców każdego miasta i gminy.

c) Podziału szczegółowego sumy przypadającej na każde miasto i gminę dokonywują magistraty i zebrania gminne z zachowaniem ogólnych przepisów, ustanowionych dla miast i zebrań gminnych.

d) Sumy wpływające z tego podatku magistraty i urzędy gminne wnoszą do kas powiatowych i gubernialnych, na poczet specyalnych funduszów Ministeryum spraw wewnętrznych.

Na mocy prawa powyższego ludność miejska i wiejska opłaca tytułem tego podatku corocznie sumy następujące:

gub.	Warszawska	28300,83 rb.
„	Siedlecka	19783,71 „
„	Lubelska	27846,63 „
„	Kaliska	24236,41 „
„	Kielecka	20316,62 „
„	Łomżyńska	17880,26 „
„	Piotrkowska	28350,05 „
„	Płocka	17725,78 „
„	Radomska	21108,92 „
„	Suwalska	18694,88 „
m.	Warszawa	25755,91 „
	Razem	250000,00 rb.

Suma powyższa dzieli się pomiędzy trzy zakłady w sposób następujący:

1) Szpital w Tworkach . . . . . 116288 rb.
2) Szpital św. Jana w Warszawie . . 14996 rb.
3) Dom Wychowawczy w Warszawie 109096 rb.

Faktycznie dochód z tego źródła przekracza zwykle powyższą sumę 250000 rb., np. w r. 1902 stanowił 292100 rb. pomimo to, że podany rozkład podatku na poszczególne gubernie, pozostaje zazwyczaj bez zmiany.

2) Drugi podatek został wprowadzony w r. 1894 z mocy Najwyżej zatwierdzonej 3 czerwca r. 1894 opinii Rady Państwa, której brzmienie jest następujące: a) Na utrzymanie szpitali m. Warszawy, pozostających pod zarządem Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, pobiera się na rzecz dochodów miejskich oddzielny podatek szpitalny w ilości jednego rubla rocznie od osoby; b) podatek powyższy opłacają osoby płci obojej, bez różnicy stanu, wynajmujący się w granicach m. Warszawy do posług domowych i różnego rodzaju pracy i zajęć, zarówno u osób prywatnych jakoteż i w różnych zakładach, instytucyach, fabrykach i warsztatach, a także osoby pracujące w charakterze komisyonierów, pobierające opłatę dzienną lub od sztuki albo akordu, pracujący w charakterze woźniców, przekupniów. rozwożący lub roznoszący towary, zajmujący się rzemiosłem lub pracujący jako majstrowie; c) z liczby osób wymienionych powyżej od podatku szpitalnego zwolnieni są małoletni, którzy nie dosięgli 17 lat wieku; d) podatek szpitalny pobiera Kasa Miejska; e) osoby wymienione w artykule drugim oraz żony ich i dzieci nie mające 17 lat i przebywające przy nich w Warszawie, winny być w razie choroby leczone bezpłatnie w szpitalach Rady Miejskiej

Dobroczynności Publicznej; f) dochód z podatku szpitalnego po upływie każdego kwartału oddaje się do rozporządzenia Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej.

Poborem tego podatku trudniła się przez szereg lat policya warszawska. Że jednak koszta poboru były znaczne, przeto od dwóch lat poborem zarządza Magistrat m. Warszawy.

Wykaz dochodu z tej rubryki oraz podział na poszczególne zakłady podaje tablica № VII. [1])

Co się tyczy wydatków wszystkich szpitali, to wskazują je rubryki poszczególne tablicy № VIII.

1) Personel lekarski i administracyjny 11,7%
(rubryka ta ścisłą nie jest, albowiem w niektórych guberniach do tej rubryki zaliczone są wydatki kancelaryjne).
2) Utrzymanie (żywność) chorych 20,9%
3) Utrzymanie służby 17,9%
4) Lekarstwa, opatrunki, narzędzia lekarskie i t. p. 6,1%
5) Opał, światło, bielizna, odzież i t. p. 17,2%
6) Restauracya budynków 7,2%
7) Zaległe wydatki i długi . . . . . 14 %
8) Kapitał zapasowy 2,2%
9) Wydatki drobne 2,8%

Dla porównania przytoczę dane z najlepiej urządzonych szpitali Berlina i Hamburga, posiłkując się w tem cyframi podanemi przez D-ra B. Jakimiaka.

W Berlinie w r. 1896 wydatkowano na 1 chorego dziennie: w szpitalu Friedrichshain 3,237 marek; w szpitalu Moabit 3,0 marki; w szpitalu am Urban 3,27 marek; w Hamburgu (1894)

---

[1]) Nadmienić należy, że podatek ten obciążający pewną tylko klasę mieszkańców i pobierany tylko w jednem mieście, powoduje w praktyce wiele sprzeczności i trudności, Najprzód w praktyce nieraz spotykają się trudności przy rozstrzyganiu pytania, kto powinien opłacać podatek? Następnie przyjezdni z poza Warszawy często dopuszczają się nadużyć w celu korzystania z przywileju, jaki daje opłata podatku. Po zameldowaniu się opłacają 1 rb. podatku i bezpłatnie korzystają z kuracyi w szpitalu. Wreszcie istnienie tego podatku wobec braku szpitali nastręcza wielkie trudności z powodu punktu f) przytoczonego prawa. Prawie każdy, ktokolwiek opłaca podatek szpitalny, powinien w razie choroby znaleźć w szpitalu kuracyę bezpłatną. Wobec stałego braku miejsc w szpitalach Warszawskich chorzy, opłacający podatek, bardzo często nie są przyjmowani do szpitala. Wywołuje to cały szereg stałych scysyj i skarg, zanoszonych przez chorych do administracyi szpitalnej.

TABLICA VII.

Wykaz dochodu i wydatków (1902).

Z podatku szpitalnego, wprowadzonego w Warszawie 3 czerwca 1894 r.

	Rub. i kop.	
A. DOCHÓD:		
Otrzymano z magistratu m. Warszawy . . .		168360,59
B. WYDATKOWANO:		
1) Zwrot wydat. za leczenie osób, płacących podatek		
Szpital: Dzieciątka Jezus	40531,80	
„ Św. Ducha	15285,60	
„ „ Rocha	7644,—	
„ „ Łazarza.	4926,15	
„ Praski	7000,—	
„ Wolski.	4413,20	
„ Św. Stanisława	7430,70	
„ Żydowski	19711,80	
„ Ewangielicki	3458,70	
„ Dziecięcy	6484,20	
Oddział chroników przy szpitalu Praskim . .	2358,30	
Dom wychowawczy	1379,25	
Instytut oftalmiczny	1881,60	
2) Berentowi za okulary	70,50	
3) Na pokrycie deficytów:		
Szpital: Dzieciątka Jezus	2686,94	
„ Św. Łazarza	3131,11	
„ Wolski	4845,86	
„ Św. Stanisława.	13113,36	
„ „ Rocha	2592,38	
„ Żydowski	5112,67	
Oddziału chroników przy szpitalu Praskim. .	9420,90	
4) Zwrócono różnym niewłaściwie pobrane . . .	60,—	
5) Zamiast % od sum, wypożyczonych na urządzenie nowych budynków szpitala Dzieciątka Jezus zaliczono na dochód:		
Szpitala Dzieciątka Jezus	819,02	
Domu wychowawczego	418,91	
Oddziału starych sług i wyrobników . . .	169,17	
6) Budowniczemu za nadzór techniczny przy rozszerzaniu szpitala Praskiego.	194,44	
7) Bank państwa pobrał jako różnicę kursu przy zamianie renty państ. na sumę 83000 rb. w 1901 r.	3219,—	
Razem wydatkowano. . . .		168359,57
Remanent .		1,02

TABLICA VIII.

Wykaz wydatków szpitali Królestwa Polskiego z podziałem na różna kategorye (1902).

GUBERNIE	Pensye personelu lekarskiego i administracyi	Wydatki kancelaryjne	Utrzymanie chorych	Utrzymanie służby i sióstr miłosierdzia	Lekarstwa, opatrunki instrumenty i wogóle pomoc lekarska	Opał, światło pranie bielizna, odzież	Drobne reperacye, nowe budowle, restauracye budynków, utrzymanie czystości	Na pokrycie zaległości i długów	Na kapitał zapasowy	Wydatki drobne nieprzewidziane	Pożyczono innym zakładom	RAZEM
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1. M. Warszawa . .	121126,25	—	272687,73	328245,61[1])	67120,76	256432,13	67762,80	174179,41	38133,90	32075,00	—	1357763,58
2. Warszawska . . .	11397,76	1742,42	11240,14	5970,04	3647,56	5384,34	5107,90	2786,13	1344,60	4323,72	—	52944,61
3. Kaliska	11313,31	1129,59	20714,75	4290,23	4029,09	10748,22	5485,39	21181,09	494,21	2205,30	188,91	81780,09
4. Piotrkowska . . .	22436,14	1803,66	37854,02	8409,41	21967,17	23244,07	16542,30	12649,74	6039,	6039,10	—	150945,61
5. Kielecka	5558,10	976,88	14569,89	1568,74	4908,43	3944,15	1568,11	6930,80	—	1823,86	—	41848,46
6. Płocka	10146,10	—	6113,10	3332,35	2558,22	7261,94	4056,27	16828,32	—	—	—	50296,30
7. Łomżyńska . . .	4206,73	—	5354,37	2195,55	999,75	4238,47	1459,20	4026,17	—	881,22	—	23361,46
8. Radomska. . . .	13617,83	—	15218,10	2748,08	5570,25	8977,07	12485,20	14740,00	160,22	237,33	—	73754,28
9. Lubelska	28617,80	2235,77	35233,54	8119,39	12234,61	21024,89	26393,29	16188,26	3298,04	4504,00	—	157849,59
10. Siedlecka	9831,41	—	8929,52	2868,69	2815,58	7041,06	2483,91	16792,54	4202,00	6732,64	—	61697,35
11. Suwalska	8276,00	1074,43	9187,16	653,19	3291,44	5090,67	2412,51	6877,12	—	695,99	—	37558,51
Razem . . .	246527,42	8962,52	437102,55	368401,28	129142,86	353387,81	145756,88	293179,58	47632,97	59517,86	188,91	2089799,84
	11,7%	0,4%	20,9%	17,9%	6,1%	17,2%	7,2%	14%	2,2%	2,8%	0,1%	100%

[1]) W liczbie tej mieści się i wydatek na mamki w domu wychowawczym.

3,23 marki. Procentowo wydatki na poszczególne pozycye tak się przedstawiały;

	Friedrichshain	*Moabit*	*Am Urban*	*Hamburg*
1. Żywność	38,4%	36,0%	35,8%	40,8%
2. Środki lekarskie	7,1%	7%	7%	—
3. Bielizna, ubranie, pościel, ogrzewanie, oświetlenie, pranie, naczynia kuchenne i salowe.	17,3%	19%	18,9%	—
4. Służba lekarska, aptekarska, służba przy chorych, podwórzowa.	12,4%	18,0%	16,8%	[1]) —

Gdy porównamy wydatki nasze z Berlinem i Hamburgiem, to uderza: 1) znacznie niższy wydatek dzienny na 1 chorego, co wskazuje, że chory w naszych szpitalach być musi znacznie gorzej obsłużony; 2) z poszczególnych pozycyj wydatków znacznie mniejszym jest wydatek na odżywianie chorego: w Berlinie i w Hamburgu wynosi 36—40% ogółu wydatków, a u nas tylko 20%.

*

* *

Do liczby wydatków, jakie ponoszą Rady Dobroczynności Publicznej należy nadto zasiłek, jaki Rady te udzielają Towarzystwu Czerwonego Krzyża. O wysokości tego zasiłku sprawozdanie Rad Dobroczynności Publicznej nie wzmiankuje, zaś ze źródeł prywatnych wiemy, że Warszawska Rada Miejska wydatkuje na ten cel rocznie 14,000 rb.

Wreszcie zwróćmy uwagę na rubrykę X tablicy II. Wykazuje ona deficyt roczny szpitali Królestwa wynoszący ogółem 432,015.48 rb. Zupełnie dokładną cyfra ta nie jest, tak samo, jak wiele innych danych wskazanych w sprawozdaniach urzędowych. W każdym razie daje przybliżony przynajmniej obraz strony finansowej. O złym stanie finansów świadczy jeszcze fakt, że w końcu r. 1904 Warszawska Rada Miejska zwróciła się do Magistratu m. Warszawy z żądaniem zapomogi, grożąc, iż w razie odmowy będzie musiała zamknąć szpitale Warszawskie, ponieważ nie ma środków na pokrycie długów (250,000 rb.) i utrzymanie

[1]) Innych pozycyj wydatków nie podajemy, gdyż inaczej są ugrupowane.

szpitali. Sprawa ta dotychczas nie jest rozstrzygniętą. Owocem więc, 35 letniej gospodarki Rady Miejskiej, ma być zamknięcie szpitali!

ROZDZIAŁ IV.

Ile łóżek szpitalnych potrzebuje Królestwo Polskie? Koszta wzniesienia nowych szpitali i ich eksploatacyi.

Rozważymy tutaj konkretne a pilne zadania, jakie w dziedzinie szpitalnictwa oczekują szpołeczeństwo, mianowicie w sprawie budowy nowych szpitali. Uczynimy próbę ułożenia budżetu kosztów, jakich wymagać może budowa nowych szpitali, a następnie ich utrzymanie.

Z góry zaznaczymy, że w rachunku poniższym postawimy najskromniejsze wymagania czyli, że potrzeby nasze będziemy określali nie wedle tego, co widzimy w krajach o wysoko posuniętej kulturze, lecz stawiać będziemy minimum potrzeb niezbędnych, w przeświadczeniu, że odrazu kraj nie będzie w stanie zaspokoić dostatnio wszelkich potrzeb.

Przedewszystkiem musimy odpowiedzieć na pytanie, ile szpitali, względnie łóżek szpitalnych, potrzebuje Królestwo Polskie.

Dla rozstrzygnięcia tego pytania użyć możemy paru metod. Najwłaściwszem byłoby oprzeć rachunek na zachorowalności t. j. na ogólnej rocznej liczbie chorych w całym kraju.[1]) Trudno obliczyć dokładnie zachorowalność, atoli możliwym jest rachunek przybliżony podług metody Pettenkofera, mnożąc cyfrę śmiertelności przez 30. Śmiertelność gubernii Płockiej według urzędowych danych statystycznych wynosiła 16,000 t. j. w tym roku było tyleż przypadków śmierci.[2]) Stosując tę normę do całego Królestwa, otrzymamy, że liczba przypadków śmierci równać się będzie 272000, a stąd wynika, że zachorowalność dla całego Królestwa da się określić przez liczbę 8,160,000 głów. Rzecz prosta, że nie wszyscy ci chorzy, zwłaszcza w warunkach współczesnych, wymagają pomocy szpitalnej. Od tej liczby winniśmy odjąć:

[1]) Tę metodę stosował Dr. Zaleski dla gub. Płockiej, przyczem określił, że potrzebne jest 1 łóżko na 318 głów.

[2]) Dr. Zaleski — Sprawa pomocy lekarskiej na tle organizacyi Płockiej. Płock 1902.

1) 30% przypadające na chore dzieci, których rodzice do szpitala nie oddają; 2) 30% chorych lekkich, którzy nie potrzebują leczenia szpitalnego; 3) 35% chorych zamożnych, co nie chcą się leczyć w szpitalu, a przekładają leczenie w domu. [1]) Pozostaje zatem 5% ogólnej liczby chorych, potrzebujących leczenia szpitalnego czyli 408,000 chorych. Jeśli każdy chory leży w szpitalu przeciętnie dni 25, [2]) to otrzymamy roczną liczbę dni szpitalnych 10,200,000. Ponieważ jedno łóżko szpitalne nigdy nie bywa zajęte przez rok cały, lecz, jak to powszechnie przyjmują, 320 dni, to jedno łóżko szpitalne odpowiada 320 dniom szpitalnym, a na tej podstawie nietrudno już określić potrzebną liczbę łóżek — mianowicie dzieląc 10,200,000 przez 320. W ten sposób wypada, że całe Królestwo winno posiadać 31,875 łóżek. Ta metoda obliczeń byłaby może najwłaściwszą.

Możemy jednak sprobować zastosowania metody porównawczej. Przytoczę tu więc nieco danych z różnych krajów—danych, wskazanych przeze mnie w pracy, wydanej w r. 1900, a dotyczących r. 1897.

Na 10,000 mieszkańców przypadało łóżek szpitalnych: w prowincyach Nadreńskich 101,5; w Alzacyi 87,70; w Westfalii 52,76; Król. Witemberskiem 54,11; na Śląsku Pruskim 34,14; w Prusiech Zachodnich 28,59; w Prusiech Wschodnich 22,79; w Austryi (1895) 21,9; w Księstwie Poznańskiem 20,0. Stosunki dzisiejsze są wszędzie znacznie lepsze. Nigdzie nie spotykamy cyfry niższej od 20 już w r. 1895. Przyjmiemy przeto najniższą cyfrę, t. j. 20 łóżek na 10,000. Cyfra łóżek, otrzymana przy zastosowaniu metody porównawczej, jest, jak widzimy, znacznie niższą od osiągniętej na podstawie danych, dotyczących zachorowalności, atoli dla naszego kraju przyjmujemy chociażby tę minimalną normę, t. j. 20 łóżek na 10,000 mieszkańców.

Oddzielnie musimy obrachować liczbę łóżek potrzebnych dla wielkich miast t. j. Warszawy i Łodzi, bo tu musi być przyjęta norma wyższa. Druga ta norma jest konieczna, ponieważ stale uwzględnialiśmy oddzielnie Warszawę i resztę kraju, a nadto ta druga norma, powiększając nieco ogólną liczbę łóżek dla całego kraju, zrównoważy do pewnego stopnia zbyt nizką normę, przyjętą przez nas dla całego Królestwa (20 łóżek na 10,000 mieszkańców.

[1]) Zaznaczyć należy, że ostatnia pozycya (35%) w przyszłości zmniejszać się będzie, t. j. że u nas, podobnie jak to jest w innych krajach, coraz większa liczba chorych będzie udawała się do szpitali.

[2]) Liczba ta jest niewątpliwie za małą.

W obliczeniach dla Warszawy zastosujemy metodę porównawczą.

Podług wykazów za okres 1893 — 1894 na 10,000 mieszkańców przypadało łóżek: w Paryżu 98; w Kolonii 91; we Wrocławiu 87; w Krakowie 81; w Sztokholmie 69; w Moskwie 89; w Petersburgu 66; w Dreznie 60; w Monachium 60 i t. p.

Opierając się na tych danych, przyjmiemy dla Warszawy najniższą normę t. j. 60 łóżek na 10,000 mieszkańców, a w ten sposób otrzymamy:

1) Warszawa przy 700,000 mieszkańcach powinna posiadać 4,200 łóżek;

2) Łódź przy 300,000 mieszk. powinna mieć 1,800 łóżek;

3) Reszta kraju przy 9,200,000 mieszk. powinna mieć 18,400 łóżek.

Ogółem Królestwo Polskie winnoby posiadać 24,400 łóżek szpitalnych, a to podług danych na 1 stycznia r. 1903. Atoli warunki poszczególnych gubernij Królestwa, zniewalają do pewnego zredukowania cyfry powyższej. Warszawa, jako miasto gubernialne, obsługuje i gubernię Warszawską, a stąd liczbę łóżek dla gubernii Warszawskiej zmniejszyć należy o 25%. Wobec tego, zamiast 2,800 łóżek, potrzeba dla gub. Warszawskiej 2,100 łóżek a w ten sposób liczba łóżek potrzebnych dla Królestwa Polskiego w dniu 1 stycznia 1903 roku, równać się będzie 23,700.

Znając liczbę łóżek istniejących w szpitalach publicznych i prywatnych, nie trudno określić, ile należy stworzyć nowych łóżek szpitalnych. Dane te wykazujemy w tablicy IX w rubrykach V i VI. Mianowicie Królestwo posiada 5,026 łóżek publicznych i 1,194 prywatnych, czyli razem 6,400. Ponieważ zaś kraj podług obrachunku na 1 stycznia r. 1903 powinien posiadać 23,728 łóżek, przeto nowych łóżek potrzebuje 17,328. Dla ścisłości z cyfry tej należy odjąć 790 łóżek (szpital w Tworkach i szpital kolejowy) nie uwzględnionych w tablicy IX. W takim razie otrzymamy 16,538, jako liczbę łóżek nowych, w które kraj winien być uposażony, by zaspokoić potrzeby obliczone w końcu roku 1902.

Podkreślić tu należy, że wszystkie cyfry powyższe stosowaliśmy do daty 1 stycznia r. 1903. Obecnie (czerwiec 1905 r.) potrzeby są większe, a zwłaszcza będą większe wówczas, gdy stworzoną zostanie instytucya, którąby poważnie pomyślała o szpitalach. Nadto, gdy uwzględnimy, ile lat trwać może budowa szpitali, to zgodzić się musimy, że cyfry te wobec stałego wzrostu ludności znakomitej ulegną zmianie. Zaznaczyć przytem należy, że przy prawidłowej gospodarce nie czeka się z budową nowych szpitali

TABLICA IX.

Wykaz a) liczby łóżek istniejących w szpitalach publicznych, b) prywatnych; c) ogólnej liczby łóżek; d) liczby łóżek niezbędnych dla Królestwa; e) liczby łóżek, jaką potrzeba stworzyć; f) koszt wzniesienia nowych szpitali; g) koszt utrzymania szpitali przy liczbie łóżek obliczonej podług danych na 1 Stycznia r. 1903.

GUBERNIE	Ludność	Liczba istniejących łóżek szpitalnych		Razem jest łóżek	Powinno być łóżek szpitalnych	Zatem potrzeba nowych łóżek szpitalnych	Koszta wzniesienia nowych łóżek, rub.	Liczba dni szpitalnych w ciągu roku	Roczny koszt utrzymania szpitali, rub.
		Publicznych	prywatnych						
1. Warszawa .	700000	2705	175	2880	4200	1320	2310000	1344000	1612800
2. Warszawska	1394500	237	80	317	2100[2]	1783	2139600	672000	672000
3. Kaliska . .	913500	303	—	303	1826	1523	1827600	584320	587320
4. Piotrkowska	1520000	412	836[4]	1248	4240[3]	2992	4488000	1356800	1356800
5. Kielecka . .	824500	140	—	140	1650	1510	1812000	528000	528000
6. Płocka . . .	601000	189	—	189	1200	1011	1213200	384000	384000
7. Łomżyńska .	632000	110	46	156	1264	1108	1329600	404480	404480
8. Radomska .	885000	211	45	256	1770	1514	1816800	566400	566400
9. Lubelska . .	1250800	547	—	547	2500	1953	2343600	800000	80000
10. Siedlecka . .	836500	172	12	184	1673	1489	1786800	535360	535360
11. Suwalska. .	652500	180	—	180	1305	1125	1350000	417600	417600
Razem . .	10200000	5206[1])	1194[1])	6400	23728	17328	22417200	7592960	7861760

[1]) W rubryce tej nie zostały zawarte: Szpital w Tworkach i Szpitale letnie (Ciechocinek, Busk, Solec), ponieważ Tworki, jako służące dla całego kraju, trudno było wykazać w którejkolwiek z pozycyj; szpitale zaś letnie mają specyalny charakter. Również w rubryce szpitali prywatnych nie został pomieszczony szpital kolejowy w Warszawie, ponieważ obsługuje on nietylko Warszawę. Szpitale te zostały uwzględnione w ogólnym rachunku dla całego kraju, przez odpowiednie zmniejszenie liczby potrzebnych łóżek (rubr. VI).

[2]) Przy stopie 20 łóżek na 10000 mieszkańców dla gub. Warsz. wypada 2800 łóżek. Ponieważ jednak szpitale Warszawskie obsługują i gub. Warsz., przeto liczbę tę zmniejszamy o 25%.

[3]) Liczbę tę określamy w sposób następujący: dla Łodzi (300000 mieszk.) przyjmujemy stopę 60 łóżek na 10000 mieszkańców, a dla reszty mieszkańców gub. Piotrkowskiej 20 łóżek na 10000 mieszkańców.

[4]) Liczba ta jest podana za wysoko. Mianowicie wszystkie rachunki stosujemy do daty 1 Stycznia r. 1903; właściwie więc w liczbie tej nie powinien być zawarty szpital dziecięcy Anny Maryi w Łodzi (100 łóżek), otwarty w r. 1905.

do czasu, aż potrzeba ich stanie się naglącą, lecz przewiduje się tę potrzebę zawczasu i czynią się zgóry odpowiednie przygotowania, jak się to dzieje w miastach krajów cywilizowanych. [1])

Na podstawie wszystkich danych powyższych, sprobujemy obrachować budżet szpitalny, t. j. obliczyć wysokość kosztów wzniesienia nowych szpitali, oraz utrzymania ich.

Za normę dla Warszawy, jako koszt wzniesienia jednego łóżka szpitalnego przyjmujemy rb. 1,750; dla gub. Piotrkowskiej 1,500 rb. a dla innych gubernij 1,200 rb. W obliczeniu kosztu dla Warszawy idziemy wzorem komisyi urzędowej, którą w r. 1900 delegowano z ramienia Warszawskiej Rady Miejskiej. Dla gub. Piotrkowskiej ze względu na Łódź bierzemy w przybliżeniu 1,500 r. Normy te nie są wysokie, zwłaszcza, gdy uwzględnimy, iż istniejące szpitale wymagają gruntownych przeróbek, co wymagać będzie znacznych kosztów.

W obec takich norm, koszt ogólny wzniesienia nowych szpitali wyniesie 22,417,200 rb. jak to wskazuje rubryka VII tablicy IX.

Przechodząc teraz do obrachowania rocznego kosztu utrzymania szpitali, musimy przyjąć za podstawę liczbę dni szpitalnych przy nowej liczbie łóżek, t. j. przeszło 23 tysiące dla całego kraju. Każde łóżko szpitalne, jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, nie jest zajęte przez cały rok, lecz przeciętnie przez 320 dni. Znając teraz ogólną liczbę łóżek, można obrachować liczbę dni szpitalnych w roku. [2]) Dane te wskazuje rubryka VIII tablicy IX. Gdy wreszcie określimy przeciętny koszt utrzymania jednego łóżka w ciągu jednego dnia, to nietrudno będzie określić ogólny koszt utrzymania szpitali.

Jaki jest obecny koszt jednego dnia szpitalnego, wskazuje rubryka XI tablicy II. W rubryce tej podane są tylko koszta ogólne, zaś wyszczególnienie oddzielnych pozycyj dla szpitali Warszawskich przytaczamy w poniższej tabliczce.

---

[1]) W Berlinie w r. 1901 przypadało jedno łóżko szpitalne na 186 mieszkańców (t. j. 54 łóżka na 10,000 mieszk.). Ponieważ uznano stosunek ten za niedostateczny, przystąpiono do budowy czwartego wielkiego szpitala miejskiego na 2,500 łóżek kosztem 20 milionów marek. Jednocześnie rozpoczęto przygotowania do wzniesienia piątego szpitala.

[2]) Mianowicie mnożąc liczbę łóżek przez 320.

Przeciętny dzienny wydatek na jednego chorego

NAZWA SZPITALA	Żywność	Lekarstwa, środki opatrunkowe, narzędzia, 1 t. p.	Opał, oświetlenie, pranie, odzież, bielizna, 1 t. p.	RAZEM
	k o p i e j k i			
1. Dzieciątka Jezus. . . .	18,56	7,28	49,42	75.26
2. Św. Ducha { sale ogólne	20.33	5,39	63,32	89,04
2. Św. Ducha { pokoiki	50,76	5,39	63,32	119,47
3. Św. Rocha	20,22	10,77	66,97	97,96
4. Ewangiel. { pensyonarze	55,19	7,94	61,35	124,48
4. Ewangiel. { półpensyon.	28,28	7.94	61,35	97,57
4. Ewangiel. { sale ogólne	24,22	7,94	61,35	93,51
5. Praski . . { sale ogólne	19,99	7,34	3 ,44	66.77
5. Praski . . { pensyonarze	51,01	7,34	39,44	97,79
6. Oddział dla chroników przy szpit. Praskim	19,94	2,80	28,25	50,99
7. Wolski.	18,65	5,14	67,74	91,53
8. Św. Stanisława.	20,28	5,53	88,06	113,87
9. Starozak. { sale ogólne	19,96	10,71	59,12	89,79
9. Starozak. { pensyon. I kl.	57,72	10,71	59,12	127,55
9. Starozak. { „ II „	47,92	10,71	59,12	117,75

W tablicy tej, zapożyczonej ze sprawozdania Warsz. Rady Miejskiej, podane są tylko główne rodzaje wydatków. Porównywując roczną liczbę dni szpitalnych (rubr. IV tabl. II) z ogólnym rocznym wydatkiem (rubr. VIII tabl. II), znajdziemy, że przeciętny wydatek dzienny na jednego chorego wynosił w szpitalach Warszawskich 92 kop. W miastach zagranicznych wydatek ten jest o wiele większy, wynosi bowiem 2—2, 5—3 rub.

Jak to już powielekroć zaznaczyliśmy, wydatki u nas są bardzo niewystarczające. Zwiększenia wymagają głównie wydatki na żywność, na środki lekarskie, odzież, bieliznę, wreszcie na służbę szpitalną.

Niedostateczność wydatków dzisiejszych uznawała i komisya Warsz. Rady Miejskiej r. 1900 i proponowała następujący kosztorys dzienny:

1) Żywność . . . . . 25 kop.
2) Lekarstwa i wogóle środki lekarskie . . 8 „
3) Odzież, bielizna, opał, światło, pranie i t. p. 17,8 „
4) Personel lekarski . . . . . 17,6 „
5) „ administracyjny . . . . . 6,1 „
6) Felczerzy . . . . . 1 „
7) Siostry miłosierdzia . . . . . 3,6 „

8) Posługacze, służba szpitalna . . . . . 1,88 kop.
9) Remont, utrzymanie porządku i t. d. . . 6,4 „
10) Różne inne wydatki . . . . . 3,5 „

Razem 107,8 kop. dziennie.

W projekcie powyższym uderza przedewszystkiem wydatek na żywność. W szpitalach zagranicznych, jak to już widzieliśmy, wydają na żywność więcej niż $\frac{1}{3}$ wszystkich wydatków. Zresztą wydatek jest nietylko nieprawidłowo określony względnie do innych, lecz bezwzględnie biorąc za niski. Pozycya ta wymaga przedewszystkiem powiększenia. Nadto, jak to widzieliśmy powyżej i jak przekonywują liczne referaty z ostatnich lat w sprawie szpitali naszych, wymagane są powiększenia wydatków na: 1) środki lekarskie, 2) odzież, bieliznę, 3) siostry miłosierdzia, 4) posługaczy, służbę szpitalną.

Uwzględniając jedynie minimum potrzeb, zgodnie z założeniem naszym, przyjmujemy dla Warszawy koszt jednego dnia szpitalnego 1 rub. 20 kop., a dla reszty kraju przeciętnie 1[1]) rub. dziennie.

Przy tych normach i uwzględniając liczbę dni szpitalnych (rubr. VIII tabl. IX) łatwo obrachować roczny koszt utrzymania szpitali, co podajemy w rubr. IX tablicy IX. Ogólny wydatek na utrzymanie szpitali Królestwa Polskiego wyniesie podług zasad powyższych 7,861,760 rub.

W całym tym obrachunku, który ilustruje tablica IX, nie uwzględnialiśmy oddzielnych kategoryj łóżek szpitalnych (t. j. dla umysłowo chorych, ocznych i t. d.), nie chcąc komplikować rachunków, ale zaznaczyć musimy, że podany rachunek kosztów rocznych (przeszło 7 mil. rub.) jeszcze nie jest zupełny.

Określiliśmy powyżej ogólną sumę kosztów wzniesienia nowych szpitali w wysokości 22 mil. rub. Część tej sumy będzie pokryta z kapitałów, posiadanych przez niektóre szpitale i dających się użyć na ich rozszerzenie (np. szpitale Św. Rocha i Św. Ducha w Warszawie, Św. Wincentego w Lublinie, Św. Katarzyny w Szczebrzeszynie, w Białej i t. p.).

Poza tem przy zmianie ogólnych warunków, istniejących w kraju, mogą napływać fundacye prywatne, co do pewnego stopnia zmniejszyć może wysokość sumy potrzebnej. Znakomita jednak część kapitału, niezbędnego na wzniesienie nowych szpitali,

[1]) Cyfrę tę dla szpitali prowincyonalnych tymczasowo można byłoby nieco obniżyć.

może powstać jedynie drogą pożyczki, zaciągniętej sposobem długoletniej amortyzacyi.

Jeśli wysokość tej pożyczki określimy dla przykładu w sumie 20 mil. rub., to przyjmując jako opłatę roczną $5\frac{1}{2}\%$ (4% oraz $1\frac{1}{2}\%$ na amortyzacyę w ciągu 33 lat), wypadnie, że roczny wydatek na utrzymanie szpitali Królestwa należałoby podnieść o 1,100,000 rub.

Ogółem przeto koszt utrzymania szpitali Królestwa Polskiego wynosiłby około $8\frac{1}{2}$ miljonów rocznie.

Na pokrycie tych wydatków niektóre z dotychczasowych pozycyj dochodowych nigdy istnieć nie przestaną, mianowicie: dochód od kapitałów szpitalnych; dochód z nieruchomości; ofiary dobroczynne, zapisy.

Resztę wydatków musi pokrywać społeczeństwo, czy to drogą wprowadzenia w tym celu podatków publicznych, obciążających całą dorosłą ludność kraju, czy może szpitale utrzymywane będą przez gminy miejskie i wiejskie. W każdym razie fundusze szpitalne powstawać muszą z opłat, składanych przez społeczeństwo.

Widzimy z tego, że wydatki, jakie oczekują społeczeństwo, gdy chodzi o budowę szpitali i ich utrzymanie, są bardzo znaczne, ale że i potrzeby są niemniej znaczne, więc spojrzawszy na te cyfry trzeba koniecznie przygotować się do przewidzianych wydatków.

W zakończeniu raz jeszcze podkreślić pragnę 1) że wszystkie potrzeby i wszelkie koszta wskazane w powyższym rachunku, obliczone zostały możliwie skromnie, i 2) że rachunek nasz dotyczy daty 1 Stycznia r. 1903. Uwzględniając nadto, iż sama budowa szpitali trwać musi lat kilkanaście, trzeba mieć wciąż na oku, że w ostatecznym rachunku muszą być wzięte pod uwagę nowe potrzeby społeczeństwa i zmiany stosunków powstające nieodzownie pod wpływem stałego wzrostu ludności.

ROZDZIAŁ IV.

Zasady ustroju szpitali. Dezyderaty.

W rozdziale pierwszym uwydatniliśmy stopniowe, w początkach XIX wieku, przeistaczanie się szpitali z instytucyj dobroczynnych o charakterze przytułków, w zakłady lecznicze. Koniec XIX wieku był świadkiem dalszej ewolucyi na tej drodze. Szpitale stały się instytucyą społeczną, a utrzymanie szpitali stało się

obowiązkiem społeczeństwa, takim samym obowiązkiem, jak dostarczanie ludności dobrej wody, kanalizacyi i t. p. Rzecz prosta, że zmiany te były wynikiem przeobrażenia życia społecznego i zmiany w poglądach, których wyrazem było powstanie hygieny społecznej, a hygiena ta w przyszłości ma przed sobą wielkie zadania do spełnienia. Jednym z ważniejszych czynników, torujących drogę hygienie społecznej, jest przeświadczenie społeczeństw, że hygiena, zapobieganie chorobom i prawidłowe lecznictwo jest korzystne pod względem społeczno-ekonomicznym. Innemi słowy organizacya prawidłowego lecznictwa, pojmowanego w szerokiem znaczeniu t. j. łącznie z hygieną, opłaca się społeczeństwu wprost pod względem finansowym. „Ekonomiczne znaczenie zdrowia ludności — pisze Dr. Polak — jest tak wielkie, iż według Dra Rochard'a choroba i śmierć kosztują Francyę przeszło $1\frac{1}{2}$ miliarda franków rocznie. Przyjąwszy za przykładem pierwszych powag (Farr, Pettenkofer), że na jeden wypadek śmierci przypada 30 zachorowań, a średni czas trwania choroby wynosi 20 dni, że liczba zmarłych pracowników samodzielnych wynosi 22% ogółu zmarłych (jak obliczyliśmy dla Warszawy), że średnia wartość pracownika wynosi 1500 rb. (w Anglji według Farr'a 2400), że utrzymanie i leczenie chorego kosztuje 30 kop. dziennie a płaca zarobkowa w kraju wynosi średnio tylko 30 kop. dziennie, i wreszcie obliczając koszta zmarłych na 5 rub., otrzymujemy cyfrę 144,000,000 rub. strat rocznych Królestwa z powodu chorób i śmierci przy 26% śmiertelności. Gdyby cyfra śmiertelności u nas spadła do takiej, jaką widzimy w Anglii (19%), to oszczędność roczna wynosiłaby 33 miljony, co przy stopie 5% stanowi odsetkę od kapitału 600 mil. rub.

Znaczy to, że niema przedsiębiorstwa korzystniejszego dla państwa i społeczeństwa od uzdrowotnienia kraju, pominąwszy inne niedające się obliczyć w cyfrach, a jeszcze większe od tamtych korzyści."

Jeśli jednak leczenie ludności ubogiej nie jest tylko aktem dobroczynności, lecz obowiązkiem społecznym, to wynika konieczność, by ludność miała do rozporządzenia dostateczną ilość szpitali. Prawidłowe bowiem i możliwie skuteczne leczenie może mieć miejsce jedynie w szpitalu lub wogóle w zakładzie leczniczym. Prawda ta jest już uznana powszechnie, lecz w stosunku do ludu nabiera szczególnego znaczenia.

Gdy chodzi o chorych zamożnych, zakład leczniczy daje lekarzowi możność dokładniejszej obserwacyi, ułatwia wykonywanie zabiegów leczniczych, wreszcie daje gwarancyę zachowania

wszelkich warunków hygieniczno-dyetetycznych. Wszystko to jednak z mniejszym lub większym trudem i kosztem możliwe jest do osiągnięcia w domu zamożnego chorego. Inaczej ma się rzecz gdy chodzi o leczenie ludu. Warunki domowe, w jakich żyje nasz włościanin lub robotnik, ciasnota mieszkania, brak zasadniczych warunków hygienicznych, wreszcie stan kultury i swoiste poglądy na chorobę i jej leczenie—wszystko to sprawia, że o racjonalnem leczeniu domowem u ludności ubogiej, mowy być nie może. W takich warunkach najlepsze chęci lekarza i najwłaściwsze stosowanie wskazań wiedzy lekarskiej rozbijają się o niemożliwe do usunięcia przeszkody. Lekarz stoi tu bezradnie nie tyle wobec choroby, ile wobec czynników, utrudniających prawidłowy jej przebieg. Niedość, że lekarz musi częstokroć cofnąć się od wykonania wskazanego przez naukę zabiegu leczniczego, lecz sam chory, jego otoczenie, czy wreszcie brak elementarnych warunków hygienicznych, mogą wywołać pogorszenie choroby. Następstwa tych warunków są fatalne zarówno dla lekarza, jak i dla chorych, bo w obu wypadkach wywierają wpływ demoralizujący, a sprawie leczenia ludu przynoszą szkodę rzeczywistą. Lekarz traci wiarę w siebie i w naukę medyczną. W ciągłem borykaniu się z warunkami traci zapał i może dojść do zupełnego zniechęcenia, a chory przestaje wierzyć w pomoc lekarską, przestaje leczyć się i oddaje się na łaskę losu lub znachorów.

Wszystko to fakty, dobrze znane lekarzom. Zarówno praktyka lekarska, jak postęp nauki medycznej, coraz więcej przekonywują, że racjonalne leczenie znaleźć można jedynie w prawidłowo urządzonych szpitalach. Wszelkie t. zw. ambulatorya mogą nieść pomoc doraźną w przypadkach chorób lżejszych, a nadto w pewnych kategoryach chorób (niektóre cierpienia krtani, uszu i t. p.), tu wreszcie może być stosowaną t. zw. drobna chirurgja. Dążenie do leczenia ambulatoryjnego stanowi ruch wsteczny, który niewątpliwie wobec wymagań życia nie ostoi się. Ambulatorya — to surrogat lecznictwa, będący u nas smutnem choć poniekąd koniecznem następstwem braku szpitali.

Wszystko to świadczy wymownie, że szpitale stanowią główną podstawę lecznictwa publicznego, a w obec tego wszelka organizacya prawidłowej i skutecznej pomocy lekarskiej dla ludności, musi być oparta na szpitalach.

Jeśli szpital jest instytucyą społeczną, jeśli każdy chory ma prawo wymagać leczenia szpitalnego, to w dalszej konsekwencyi wynika stąd teza, że *leczenie w szpitalach powinno być bezpłatne.* Znaczy to, iż wszelka opłata, wnoszona bezpośrednio przez cho-

rego za każdy dzień szpitalny, powinna być zniesiona, a środki na utrzymanie szpitala winny płynąć z innych źródeł.

W tym względzie w krajach Europy Zachodniej stosowane są różne metody:

1) Cała ludność dorosła opłaca podatek określony na rzecz zakładów leczniczych, i każdy mieszkaniec korzysta w razie choroby z bezpłatnej kuracyi w szpitalu (Paryż);

2) W innych krajach (Niemcy, Anglia) szpital w takiej lub innej postaci pobiera odpowiednie koszta za kuracyę, lecz koszta te uiszczają nie sami chorzy bezpośrednio, lecz towarzystwa ubezpieczeń, związki zawodowe, kasy chorych (krankenkassen), różne towarzystwa samopocy[1]) i. t p.; za ubogich zaś, którzy nie należą do żadnej z kategoryj, dających prawo do bezpłatnej kuracyi w szpitalu, płaci gmina, z której chory pochodzi albo której jest członkiem.

Pierwszy sposób jest niewątpliwie słuszniejszy i sprawiedliwszy i z czasem zapewne ludzkość do niego dojdzie. Ten sposób płatniczy, jak poucza doświadczenie Paryża, a nawet poniekąd i Warszawy, zwiększa znacznie zapotrzebowanie szpitali ze strony ludności i wymaga większej liczby szpitali. Przy drugim bowiem sposobie, jakkolwiek chorzy za szpital nie płacą, to jednak instytucye, na których ciąży obowiązek opłaty za chorych, czynią zawsze pewne trudności, gdy chodzi o skierowanie chorych do szpitali. Idea podatku na rzecz szpitali nie jest obcą naszemu społeczeństwu.

Jak wiadomo, istnieją u nas trzy rodzaje takich opłat publicznych:

1) Rublowy podatek szpitalny w Warszawie, istniejący od r. 1894. Już zwracaliśmy uwagę na to, że w samej zasadzie tego podatku tkwią pewne błędy, polegające przeważnie na ograniczeniu go tylko do pewnej klasy osób, co prowadzi do różnych trudności i nadużyć. Nadewszystko zaś przy wprowadzaniu tego podatku nie przewidziano, co zresztą nie było trudnem, że podatek wzmoże znacznie zapotrzebowanie szpitali, i jednocześnie z wprowadzeniem podatku nie pomyślano o budowie nowych szpitali.

2) Drugim rodzajem podatku na rzecz szpitali, jest podatek który opłacają wszystkie gminy Królestwa poczynając od r. 1890 w rocznej sumie 250,000 rb. na utrzymanie szpitali w Tworkach, Św. Jana w Warszawie i Domu Wychowawczego. I tu powtórzy-

[1]) Ten typ zwłaszcza jest rozpowszechniony w Anglii.

ło się to samo co i z warszawskim podatkiem rublowym. Chociaż należało pomyśleć przedewszystkiem o dostatecznej liczbie miejsc w tych zakładach — miejsc których mają prawo wymagać kontrybuenci, to jednak tego jak widzieliśmy, nie uczyniono.

3) Trzeci rodzaj podatku publicznego na rzecz szpitali i wogóle lecznictwa: to podatek wprowadzony w gub. Płockiej na rzecz organizacyi lekarskiej. Uczyniono to „tytułem próby“ w r. 1899. Opłata wynosiła 3,38 kop. od głowy ludności — ale już w r. 1902 gubernator płocki „z powodu zupełnego wyczerpania środków i położenia bez wyjścia“ zaproponował 10,46 kop. od głowy. W stosunku do dwu pierwszych, podatek płocki ma względnie najszersze cele, obejmuje bowiem nietylko szpitale, lecz całe lecznictwo. Niestety, zarówno sam projekt w szczegółach, jak i cała organizacya, oparta została na tak wadliwych podstawach, że należytego pożytku nie przynosi i musi być gruntownie zreformowana. Sprawa ta posiada już dzisiaj bogatą literaturę, do której czytelników odsyłamy.

Wszystkie podatki powyższe oparto na wadliwych podstawach. Uznawała to urzędowa komisya delegowana w r. 1902 przez Warsz. Radę Miejską do rozpoznania stanu szpitalnictwa warszawskiego. Przytoczę tu dosłownie ustęp z referatu komisyi dotyczący podatku szpitalnego w Warszawie: „Niezbędnem jest rozciągnięcie podatku szpitalnego na wszystkich mieszkańców m. Warszawy, którzy dosięgli pewnego wieku. W tem niema żadnej niesprawiedliwości. Jeśli zamożny człowiek osobiście nie potrzebuje szpitala, to pośrednio jest mu szpital potrzebny, ponieważ szpital przeznaczony dla leczenia chorych jest najważniejszym środkiem organizacyi społecznej, przez to, że niedopuszcza szerzeniu się chorób zakaźnych, odkrywa ogniska zarazy, przedsiębierze lub daje pobudkę do przedsięwzięcia we właściwym czasie środków do walki z chorobą zakaźną, a przez to wszystko ochrania każdego od działania zarazy. Komisya uznaje za niezbędne: 1) że wszyscy mieszkańcy powinni brać udział w wydatkach na sprawy zdrowia publicznego i leczenia szpitalnego, 2) że dla wyrobników, służących i t. p. opłacających obecnie 1 rub. rocznie opłata nie powinna być podwyższana, zaś wszyscy inni mieszkańcy winni płacić po 2,25 rub. rocznie.“ Słuszne te uwagi i wnioski komisyi pozostały dotąd bez żadnego wpływu na obecny stan rzeczy.

Za najsłuszniejszą zasadę uznać należy, że szpitale winny być utrzymywane z funduszów publicznych, z podatków, leczenie zaś w szpitalach powinno być bezpłatne. Prawidłowo jednak prze-

prowadzenie tej zasady możliwe jest tylko wówczas, gdy organizacya pomocy lekarskiej zostanie rozciągnięta na cały kraj, i gdy podatki nie będą ograniczone do jednego miasta, lecz do całego kraju. Szpital bowiem nigdy nie będzie obsługiwał jednego tylko miasta lub okręgu, lecz musi przyjmować i chorych przyjezdnych.

Wszelako zanim doczekamy się racjonalnej organizacyi pomocy lekarskiej w całym kraju, szpitalnictwo domaga się pilnych reform, — i to nie w postaci drobnych zmian, lecz gruntownej zmiany ustroju.

Przedewszystkiem muszą być zniesione Rady Dobroczynności Publicznej. Życie samo przekonało jaskrawo, że Rady te zarówno ze względu na ich organizacyę, jak i wynikające stąd oderwanie od społeczeństwa, nie są zdolne do kierowania szpitalnictwem. Zresztą wobec zupełnego braku funduszów i ruiny finansowej, jak o tem świadczą same Rady, służy jedno tylko wyjście: oddanie szpitali w administracyę gminom wiejskim, a zwłaszcza miejskim. Miasta obejmując szpitale w administracyę mają możność i muszą znaleźć odpowiednie fundusze na budowę potrzebnych szpitali oraz na ich utrzymanie.

Dotychczas miasta nasze żadnego udziału w życiu szpitali nie biorą.

Zasiłki, udzielane z kas miejskich, wynoszą zaledwie 5,2% ogólnego budżetu szpitali, a sprawa przedstawia się jeszcze gorzej, gdy uwzględnimy poszczególne gubernie lub oddzielne szpitale. Wiele miast nie daje na ten cel ani grosza (Częstochowa, Sieradz, Radom, Sandomierz, Włocławek, Skierniewice, Łowicz, Stopnica i t. p.). Niekiedy zasiłek jest śmiesznie mały (np. Lipno rocznie 2,33 rub; Sejny, Szczuczyn, Ostrołęka, Opoczno, Turek po 15 rub; Pułtusk 8,35 rub; Opatów 15,86 rub; Szczebrzeszyn 23,59 rub; Hrubieszów 45 rub; Lublin na wszystkie szpitale 90 rub;[1]) Kutno 72,15 rub. i t. p.)

Faktów jeszcze bardziej wymownych dostarczy porównanie wydatków miast na sprawy hygieny publicznej z ogólnym budżetem wydatków miejskich. Tu mamy fakty wprost hańbiące i dające smutne świadectwo o kulturze naszej.[2]) Oto istnieją liczne miasta, które na sprawy hygieny, utrzymanie miasta w czystości,

---

[1]) Według sprawozdania szpital Żydowski otrzymuje „od miasta“ 8684,65. Lecz sumę tę płaci nie magistrat, a gmina żydowska.

[2]) Szczegóły patrz: „Najpierwsza sprawa w programie społecznym.“ D-ra Polaka. „Zdrowie“ 1905, 1

dostarczanie zdrowej wody i t. p. nie wydają ani grosza, jakkolwiek posiadają znaczne kapitały.

Porównanie miast naszych z miastami Europy Zachodniej i Cesarstwa przekonywa, że nasze wydatki na zakłady dobroczynne (bo wciąż jeszcze szpitale do nich są zaliczane) zajmują ostatnie miejsce. Tak np. w r. 1902 wydatki miejskie na ten cel wyniosły na jednostkę ludności (we frankach): Berlin 13,5; Paryż 13; Poznań 8; Moskwa 7,6; Petersburg 6,2; Warszawa 4,6; Łódź 0,04. Dodać tu jeszcze należy, że w innych miastach wydatki na ten cel ponosi miasto, u nas zaś, jak wiemy, Rada Dobroczynności Publicznej z różnych wyżej wskazanych źródeł, a jak widzieliśmy, instytucya ta niema żadnego związku z miastem.

Tak nieznaczny udział miast naszych w wydatkach na sprawy hygieny publicznej jest następstwem wielu przyczyn, do których zaliczamy: brak rozwiniętej samopomocy społecznej, brak kultury i skrępowanie organów miejskich (magistratów) przez władze administracyjne pod względem swobodnego użytkowania i rozrządzania funduszami miejskiemi.

Najważniejszą jednak być może przyczyną jest, że w warunkach obecnych miasta nie mają żadnego wpływu ani kontroli nad administracyą szpitali. Obecnie szpitale są dla miast instytucyą obcą, o której nic nie wiedzą i wiedzieć nie chcą, a której rozwój nie jest uważany za obowiązek administracyi miejskiej. Miasta jeśli dają jaki zasiłek na szpitale, to czynią to tylko wtedy, gdy są do tego zmuszone. Rzecz bowiem jasna, iż miasto może łożyć dobrowolnie tylko na taką instytucyę, na której rozwój, i działalność może wpływ wywierać i nad której gospodarką może czuwać. Inaczej też zapewno ułożą się stosunki, gdy szpitale przejdą całkowicie w sferę działalności miast i wogóle gmin. Samorząd miejski i ziemski włączy do swych obowiązków dozór nad rozwojem szpitali i będzie je utrzymywał, w charakterze zakładów własnych i przez własne organy administrowanych. Dopomogą w tem miastom znaczne częstokroć kapitały, jakie posiadają, a które winny być uruchomione pomiędzy innemi potrzebami i na rzecz szpitali.

Zresztą nawet brak kapitałów nie może usprawiedliwiać przeszkód w rozwoju szpitalnictwa. Miasta nasze pod względem gospodarki finansowej stoją dotychczas na stanowisku jednostki prywatnej, której ideałem jest jaknajwięcej oszczędzać, a najmniej wydawać. Taka polityka miejska z gruntu fałszywa. Nie oszczędzanie, nie gromadzenie kapitałów winno stanowić zadanie administracyi miejskiej, lecz dostarczanie mieszkańcom możliwie

wielkiej ilości ekonomicznych i kulturalnych korzyści. W tym celu miasta w braku dostatecznych funduszów winny zaciągać pożyczki na instytucye publiczne. Wysokość długów miejskich nie świadczy bynajmniej o wadliwej gospodarce miasta, przeciwnie nawet, przy produkcyjnem użyciu kapitałów pożyczonych może dowodzić energii zarządu miejskiego i wysokiej stopy życia kulturalnego, z jakiego korzysta ludność miasta.

O ile przeto miasta nasze nie posiadają dostatecznych funduszów, o tyle będą musiały zaciągać pożyczki na fundowanie potrzebnych szpitali. Środki na amortyzacyę tych pożyczek i na utrzymanie szpitali miasto czerpać musi z dochodów publicznych, bądź przez wprowadzenie specyalnego podatku szpitalnego, wzorem Warszawy, bądź też z podatków ogólnych, obciążających wszystkich mieszkańców miasta.

Atoli charakter społeczny szpitali nie wyłącza udziału w nich dobroczynności prywatnej. Przy najwyższym nawet rozwoju społecznym dobroczynność prywatna będzie zawsze miała ujście w szpitalach, bo zawsze i wszędzie, gdzie jest nieszczęście, cierpienie, tam będzie miejsce dla dobroczynności. Lecz to nie może być stałem źródłem utrzymania szpitali, i nietylko dla tego, że to źródło niestałe, niepewne i nieobliczalne, lecz nadewszystko dla tego, że jak mówiliśmy, przy prawidłowym rozwoju społecznym cała ta dziedzina stanowić musi obowiązek, jedną ze stałych i obowiązkowych funkcyj organów samorządnych.

Nie przesądza to bynajmniej sprawy, że w obec obowiązkowej troski organów samorządu o rozwój szpitalnictwa, dobroczynność prywatna niema tu już nic do czynienia. Przeciwnie. Jak z legatów prywatnych osób dobroczynnych, tak z zasobów osób zamożnych, mogą powstawać szpitale prywatne, które zresztą mogą powstać inną jeszcze drogą. Oto grupy zbiorowe, np. związki zawodowe, drogi żelazne, stowarzyszenia, fabryki, towarzystwa ubezpieczeń, kasy chorych i t. p. mogą także zakładać szpitale.

Takie wspólne działanie państwa, miast, gmin i osób prywatnych spotykamy we wszystkich krajach cywilizowanych. Mogą się one wzajemnie popierać. Wszakże rozwój takich zakładów prywatnych wymaga dwóch warunków: najprzód muszą być zniesione wszelkie ograniczenia i trudności przy zakładaniu szpitali prywatnych, a powtóre założyciele szpitali muszą być zbrojni w prawo samodzielnego zarządzania danym zakładem i nadawania mu wedle swej woli i uznania odpowiedniego ustroju. To są warunki niezbędne, o których poucza doświadczenie krajów Euro-

py Zachodniej. W Anglii, gdzie szpitalnictwo jest najbardziej rozwinięte, panuje system „voluntary and not organised.“

Grupy, stowarzyszenia i t. p. zakładają szpitale, organizują administracyę z pośród swych członków (board of management) i nadają ustrój, jaki uznają za właściwy. I system ten doprowadził szpitale *angielskie* do najwyższego rozkwitu.

Wychodząc z założenia, że w przyszłości najbliższej szpitale muszą być oddane miastom, rozważmy zasady, na których administracya szpitalna opierać się winna.

Miasto, obejmując szpitale pod swój zarząd, musi zorganizować w magistracie odpowiedni wydział zarządzający szpitalnictwem. Zadania tego wydziału nie mogą, rzecz prosta, ograniczyć się wyłącznie do rządzenia tylko istniejącemi szpitalami, lecz muszą objąć całokształt szpitalnictwa.

Miasto więc musi podjąć obowiązek zapewnienia mieszkańcom możności leczenia się w szpitalach i to w tej mierze, by każdy potrzebujący kuracyi, mógł znaleźć pomoc odpowiednią do rodzaju choroby. Miasto, względnie wydział szpitalny magistratu, musi czuwać, by nietylko ilość łożek w szpitalach była dostateczna, lecz by urządzenia wewnętrzne oraz pomoc lekarska stały na wysokości współczesnego stanu szpitalnictwa. Przy samorządzie miast, wydział szpitalny miejski składać się będzie z radnych, z obywateli miejscowych oraz z lekarzy, jako rzeczoznawców w sprawach lecznictwa szpitalnego. Obok głównego zarządu szpitali miejskich w magistracie, każdy szpital musi posiadać zarząd miejscowy.

Każdy bowiem szpital musi zachować całkowitą odrębność, charakter oddzielnej jednostki. Na odrębność tę złożyły się warunki, jakie stworzył rozwój historyczny każdego zakładu poszczególnego. Nadto odrębność ta wynikła ze specyalnych celów i charakteru poszczególnych szpitalów oraz ze stanowiska prawnego, jako właścicieli pewnych funduszów i majątków. Fundusze te muszą stanowić nietykalną własność każdego szpitala, ponieważ pochodzą z zapisów i ofiar, które we wszystkich punktach i warunkach pierwotnego nadania muszą być uszanowane.

Że jednak szpitalnictwo jest sprawą zawiłą, obejmującą różnorodne dziedziny, wymagające od kierowników specyalnych wiadomości i doświadczenia, czemu jeden człowiek podołać nie może, przeto organizacya zarządu musi być oparta na zasadach kollegialnych, co zresztą jest zgodne z tradycyami rozwoju szpitalów naszych oraz ze wzorami krajów europejskich. Dla tego też za-

rząd każdego szpitala publicznego winien być sprawowany przez oddzielną Radę Zarządzającą.

Uznając zasadę organu kollegialnego, jako ciała kierowniczego i kontrolującego, należy zaznaczyć, że zarząd faktyczny, dyrekcya czynna, nie może być powierzona ciału zbiorowemu. Sprężystość w czynnościach, dokładność i akuratność wymagają, aby dyrektorem był jeden człowiek, odpowiedzialny za swe czynności. Taki dyrektor odpowiedzialny winien stać na czele każdego szpitala. Powierzanie dyrekcyi paru osobom równorzędnym, ze względu na możliwość starć osobistych, na brak jednolitości w działaniu, zupełnie nie właściwe. Na pytanie kto powinien być dyrektorem szpitala, odpowiedzieć należy, że winien nim być główny lekarz. Szpital w pierwszym rzędzie musi być prowadzony według zasad lekarskich, wszakże ma on przedewszystkiem na celu leczenie chorych, a wszelkie inne dziedziny, jak administracya, rachunkowość i t. p. służą jedynie głównemu celowi, by sprawa leczenia w szpitalu odbywała się w sposób możliwie prawidłowy i odpowiedni.

Powyższej jednostronności dyrektora-lekarza zapobiegać może Rada Zarządzająca, jako posiadająca w swem łonie członków nie lekarzy, a w końcu wyższa instancya, czyli Urząd Szpitalny w Radzie Miejskiej (Magistracie).

Co się tyczy składu Rady Zarządzającej w każdym szpitalu, to oprócz dyrektora, jako przewodniczącego, winni ją stanowić: 1) 1—3 obywateli miejscowych, przedstawicieli miasta, radnych miejskich; 2) Intendent, zarządzający gospodarstwem szpitalnem; 3) 1—3 ordynatorów szpitala, jako bezpośrednich wykonawców celów i zadań szpitala i ludzi najbliżej stojących jego potrzeb i braków.

Przy większych szpitalach powinna być nadto instytucya (istniejąca formalnie obecnie) mianowicie t. zw. ogólne zebranie ordynatorów. Cel jej jest następujący: szpital winien być instytucyą żywą, postępującą za rozwojem nauki lekarskiej. Ponieważ właściwa dyrekcya szpitala t. j. lekarz naczelny i Rada Zarządzająca ma liczne obowiązki pod względem zarządu i administracyi wewnętrznej, przeto potrzebny jest w każdym szpitalu odrębny organ *doradczy*, mający na celu utrzymanie szpitala na wysokości rozwoju nauki i szpitalnictwa wogóle. Takim organem może być ogólne zebranie ordynatorów, które jako ciało doradcze, będzie podawało zarządowi szpitala wnioski i projekty, dotyczące zmian, reform i w ogóle rozwoju życia szpitalnego.

Przechodząc teraz do miejskiego organu szpitalnego, czyli wydziału szpitalnego w Radzie Miejskiej (Magistracie), zaznaczyć należy, że w wydziale tym winien znajdować się przedstawiciel każdego szpitala. Wynika to z zasady, wyżej podanej, że każdy szpital jest oddzielną jednostką prawno-administracyjną. Przedstawicielem szpitala powinien być dyrektor, nadto opiekun szpitala i jeden z radnych miejskich, należących do Rady Zarządzającej szpitala. Jako radny miejski, obdarzony zaufaniem obywateli miejscowych, będzie on zarazem przedstawicielem Rady Miejskiej (Magistratu) i interesów Miasta, z drugiej zaś strony może być przeciwwagą dla zbytniej jednostronności lekarskiej, którą mógłby wnosić lekarz. Oprócz członków powyższych, do wydziału szpitalnego w Radzie Miejskiej (Magistracie) powinni wchodzić: 1) budowniczy, 2) prawnik, 3) farmaceuta, 4) 1 — 3 ordynatorów z różnych szpitalów, 5) 2—5 członków z pośród mieszkańców miasta, z wyboru Rady Miejskiej, wreszcie, 6) Radca Miejski, jako przewodniczący wydziału.

Ustrój taki dotyczyć może tylko szpitalów miejskich, publicznych, bo one tylko mogą pozostawać pod kontrolą i zwierzchnią administracyą Rady Miejskiej, jako instytucye miejskie. Co do Szpitali prywatnych to te zachowują zupełną niezależność od Rady Miejskiej (Magistratu), jako stanowiące własność prywatną jednostek lub grup zbiorowych. Nie wyłącza to oczywiście możliwości, by szpital prywatny, na podstawie dobrowolnego układu z Radą Miejską, nie mógł przejść pod administracyę miasta, lecz wtedy szpital taki staje się publicznym, miejskim i wchodzi w sferę działalności Rady Miejskiej, (Magistratu).

Projekt powyższy wymaga pewnego omówienia, najprzód przypuszcza istnienie samorządu miejskiego, a powtóre opracowany został dla Warszawy, względnie dla wielkiego miasta posiadającego kilka szpitali, ale gdy chodzić będzie o miasta mniejsze, to nietrudno wprowadzić pewne modyfikacye, żależnie od warunków miejscowych. Główne jednak wytyczne i zasady ustroju szpitalów powinnyby być podobne do przedstawionych powyżej.

Na podstawie tego co się dotąd powiedziało można opracować bardziej już szczegółowo szkic ustroju szpitalnego.

Szkic taki dla m. Warszawy, opracowany przezemnie na zlecenie Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego, rozpoznany przy udziale D-rów Bolesława Jakimiaka, Zygmunta Kramsztyka i Bronisława Sawickiego, a następnie przedyskutowany na posiedzeniach Wydziału szpitalnego Towarzystwa Hygienicznego—ujęty został w formę następującą:

Wydział szpitalny przy Radzie Miejskiej (Magistracie).

§ 1. Główny zarząd nad szpitalami miejskiemi poleca się wydziałowi szpitalnemu przy Radzie Miejskiej (Magistracie).

§ 2. Wydział szpitalny składa się z:

a) naczelnika wydziału, radcy miejskiego, jako przewodniczącego;

b) lekarzy naczelnych wszystkich szpitali miejskich;

c) opiekunów wszystkich szpitali miejskich;

d) pięciu członków z pośród mieszkańców m. Warszawy z wyboru Rady Miejskiej (Magistratu);

e) trzech ordynatorów z różnych szpitali miejskich;

f) budowniczego;

g) prawnika;

h) farmaceuty.

§ 3. Naczelnik wydziału nominowany jest przez Radę Miejską.

§. 4. Wszyscy członkowie wydziału mają głos stanowczy. Decyzye rozstrzygają się większością. Równość głosów rowiązuje głos przewodniczącego.

§ 5. Posiedzenie jest ważne przy obecności połowy członków (połowa wszystkich członków + jeden).

§ 6. Na wypadek nieobecności przewodniczącego, Rada Miejska wyznacza jednego z członków wydziału na zastępcę przewodniczącego.

§ 7. Do załatwiania czynności kancelaryjnych przy wydziale istnieje oddzielne biuro.

§ 8. Decyzye wydziału mogą być albo ostateczne, albo też ulegają zatwierdzeniu Rady Miejskiej. Do kategoryi spraw, których wydział szpitalny sam rozstrzygać nie może, lecz musi je przedstawić do decyzyi Rady Miejskiej, należą:

a) zakładanie nowych szpitali, albo też dawanie nowego przeznaczenia już istniejącym;

b) zmiany w sposobie administrowania funduszami szpitalnemi, nabywanie i sprzedaż nieruchomości, oddawanie w dzierżawę nieruchomości i t. p;

c) projektowanie nowych źródeł dochodów szpitalnych;

d) zatwierdzanie lekarzy naczelnych, nominacya opiekunów szpitali; zatwierdzanie ordynatorów szpitalnych;

e) zatwierdzanie budżetów szpitalnych;

f) nominacya członków wydziału szpitalnego.

§ 9. Do obowiązków wydziału szpitalnego należy:

a) rozpatrywanie budżetów, przygotowywanych przez każdy szpital; kontrola nad działalnością finansową i administracyjną szpitali;

b) przygotowywanie wniosków odnośnie do punktów, wymienionych w powyższym § 8;

c) opracowywanie projektów w sprawie dostarczania ludności koniecznej dla jej potrzeb liczby szpitali i łóżek szpitalnych, pomocy dla chorych na oczy, ambulatoryów, zakładów położniczych i dla rekonwalescentów i t. d. i wogóle przygotowywanie i opracowywanie projektów i wniosków w sprawie rozwoju szpitalnictwa;

d) opracowywanie projektów i wniosków, nadesłanych przez Radę Miejską;

e) opracowywanie projektów, dotyczących ogólnej administracyi i gospodarki szpitali, jakoto: utworzenie centralnych dla wszystkich szpitali zakładów pomocniczych (apteka, piekarnia, piwnica, magazyny i t. p.)

f) wyznaczanie konkursów na posady ordynatorów w szpitalach, oraz czuwanie nad prawidłowością ich przebiegu.

§ 10. W wydziale szpitalnym przedstawiciele każdego szpitala t. j. dyrektor szpitala i opiekun są referentami spraw danego szpitala.

§ 11. Do roztrząsania i opracowywania poszczególnych spraw z łona wydziału mogą być tworzone komisye z prawem powoływania osób, nie należących do wydziału, jako biegłych, z głosem doradczym.

§ 12. Kapitały i majątek każdego szpitala stanowi nienaruszalną jego własność i nie może być używany na wydatki innego szpitala. Jeśli który szpital posiada więcej funduszów, niż potrzebuje na utrzymanie, fundusze te mogą być użyte jedynie na rozszerzenie, powiększenie i t. p. danego szpitala.

Miejscowy zarząd szpitali miejskich.

§ 1. Kierownikiem każdego szpitala miejskiego jest lekarz naczelny szpitala, dyrektor szpitala.

§ 2. Zarząd szpitala stanowi Rada Zarządzająca.

§ 3. Radę Zarządzającą stanowią:

a) lekarz naczelny szpitala, jako przewodniczący;

b) 1—3 obywateli, radnych miejskich, jako opiekunowie szpitala;

c) intendent;

d) jeden do trzech ordynatorów szpitala (zależnie od liczby oddziałów w szpitalu: jeden ordynator na 5 oddziałów).

§ 4. Lekarz naczelny jest zatwierdzony przez Radę Miejską z pośród kandydatów, przedstawionych przez ogólne zebranie ordynatorów.

§ 5. W razie wakansu lekarza naczelnego szpitala, ogólne zebranie ordynatorów danego szpitala wybiera trzech kandydatów *(terno)* z pośród ordynatorów szpitali warszawskich i kandydatów tych przedstawia Radzie Miejskiej.

§ 6. Zanim nastąpi wybór nowego lekarza naczelnego, obowiązki te pełni jeden z ordynatorów z wyboru Rady Miejskiej.

§ 7. Lekarz naczelny szpitala wybierany jest na lat 10; po upływie tego terminu może być ponownie zatwierdzony na tem stanowisku.

Jeżeli lekarz naczelny nie zostaje ponownie zatwierdzony na następne dziesięciolecie, wraca na dawne stanowisko ordynatora szpitala.

§ 8. Lekarz naczelny szpitala jest naczelnikiem służby lekarskiej i administracyjnej w szpitalu; jest on odpowiedzialny przed Radą Miejską za prowadzenie szpitala pod względem lekarskim i administracyjnym w szpitalu.

§ 9. Lekarz naczelny szpitala obowiązkowo prowadzi jeden z oddziałów szpitalnych.

§ 10. Lekarz naczelny obowiązkowo mieszka przy szpitalu.

§ 11. Do obowiązków lekarza naczelnego szpitala należy:

a) rozdział zajęć i obowiązków między osoby, do służby lekarskiej należące.

Uwaga. W tym przedmiocie głos doradczy ma ogólne zebranie ordynatorów.

b) czuwanie, aby ordynatorzy i inni funkcyonaryusze szpitalni sumiennie pełnili swe obowiązki.

Uwaga. W sprawie leczenia na oddziałach poszczególnych chorych, ordynator zachowuje całkowitą niezależność od lekarza naczelnego.

c) czuwanie nad stanem szpitala pod względem hygienicznym oraz nad wartością produktów spożywczych, dostarczanych do szpitala;

d) czuwanie, aby wszystkie oddziały należycie były zaopatrzone i w należyty sposób utrzymywały wszelkie przyrządy oraz środki pomocnicze, potrzebne do leczenia chorych i do badań naukowo-lekarskich;

e) lekarz naczelny kontroluje działalność personelu administracyjnego w sferze gospodarstwa i porządku;

f) jest przedstawicielem szpitala na zewnątrz, wobec sądu, wobec władz administracyjnych i t. d;

g) układa sprawozdania roczne.

§ 12. Opiekunowie szpitala są wybierani przez Radę Miejską z pośród obywateli miejscowych radnych miejskich, znanych z dobroczynności i działalności obywatelskiej.

§ 13. Opiekunowie są wybierani na lat trzy. Po upływie tego terminu mogą być ponownie na tem stanowisku zatwierdzeni przez Radę Miejską.

§ 14. Opiekunowie, jako delegaci Rady Miejskiej, czuwają nad całością gospodarki szpitala, specyalnie zaś kontrolują kasę i rachunkowość.

Uwaga Osobna instrukcya dla funkcyonaryuszów szpitala określa obowiązki każdego z opiekunów.

§ 15. O spostrzeżonych brakach i nieporządkach opiekunowie komunikują lekarzowi naczelnemu, lub w razie potrzeby Radzie Zarządzającej

§ 16. Intendent zarządza gospodarstwem wewnętrznem, ma główny nadzór nad porządkiem i czystością, czuwa nad budynkami szpitala, ogrzewaniem, wentylacyą, urządzeniami technicznemi w szpitalu, oświetleniem, dezynfekcyą i t. d.; jest naczelnikiem rachunkowości i kancelaryi; zarządza kuchnią oraz całą służbą niższą (podwórzową, gospodarczą, pralnią, kuchnią i t. d.), wreszcie czuwa nad całością inwentarza gospodarczego.

Uwaga. Służba na salach, posługacze przy chorych podlegają ordynatorowi, jako odpowiedzialnemu kierownikowi oddziału.

§ 17. Ordynatorzy, jako członkowie Rady Zarządzającej szpitala wybierani są przez ogólne zebranie ordynatorów, a zatwierdzani przez Radę Miejską na rok jeden, w stosunku: jeden na pięć oddziałów. Największa liczba członków Rady ordynatorów może być trzy; po upływie terminu rocznego ordynator może być ponownie wybrany na ten urząd.

§ 18. Rada Zarządzająca w powyższym składzie odbywa posiedzenie raz na tydzień, a w razie potrzeby i więcej.

§ 19. Rada Zarządzająca ma obowiązki następujące:

a) przygotowuje budżet wydatków i dochodów, wydatkuje w granicach zatwierdzonego budżetu, ściąga dochody i należności szpitalne;

b) zawiera kontrakty z dostawcami;

c) rozpatruje przedwstępne projekty i plany budowli nowych;

d) zarządza kapitałami i majątkiem szpitala;

e) składa sprawozdania roczne.

§ 20. Do ogólnego zebrania ordynatorów należą wszyscy ordynatorzy danego szpitala oraz lekarze miejscowi, względnie asystenci, interni i stali asystenci oddziałów.

§ 21. Ogólne zebranie ordynatorów odbywa posiedzenie raz na miesiąc w godzinach pozasłużbowych, a w razie potrzeby i częściej.

§ 22. Obowiązki ogólnego zebrania są następujące:

a) jako organ doradczy naukowo-lekarski czuwa, aby urządzenia lekarskie w szpitalu, oraz lecznictwo stały na wysokości nauki medycyny;

b) czyni wnioski, odnośnie do rozdziału zajęć i obowiązków między osoby do służby lekarskiej należące;

c) przygotowuje dział naukowo-lekarski do rocznych sprawozdań szpitalnych;

d) przedstawia kandydatów ordynatorów na członków Rady Zarządzającej szpitala;

e) w razie wakansu lekarza naczelnego szpitala przedstawia trzech kandydatów do zatwierdzenia Rady Zarządzającej.

f) czuwa nad prawidłowem pielęgnowaniem chorych oraz opracowuje projekty i odpowiednie środki ku zaopatrzeniu szpitala w należycie wykwalifikowanych pielęgniarzy.

§ 23. Przy szpitalu mogą funkcyonować, z zezwolenia lekarza naczelnego, oddzielne stowarzyszenia z pośród członków społeczeństwa, mające na celu niesienie pomocy chorym; działalność ich jednak pozostaje pod kontrolą i kierunkiem lekarza naczelnego.

§ 24. Ordynator szpitala jest odpowiedzialnym i samodzielnym kierownikiem jednostki szpitalnej — oddziału.

Cały personel, pracujący na oddziale, zarówno osoby należące do służby lekarskiej, jak i administracyjnej, jest zależny od ordynatora.

§ 25. Ordynator wybierany jest drogą konkursu. Organizacya konkursu na stanowisko ordynatora należy do wydziału szpitalnego przy Radzie Miejskiej.

§ 26. Siostry Miłosierdzia, pracujące w szpitalach (na zasadzie kontraktu, zawartego w 1899 r. z Radą Miejską Warszawską Dobrocz. Publ. na lat 12) zachowują nadal dotychczasowe stanowisko, podlegając w działalności swej dyrektorowi i Radzie

Zarządzającej szpitala. Wszelkie prawa i obowiązki, przysługujące dotychczas Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej, jako stronie, przejmuje Rada Miejska (Magistratu) m. Warszawy.

Cały ten projekt dotyczy ustroju zarządu miejscowego i administracyi szpitala jedynie dla jednostek samorządnych t. j. gmin miejskich, uwzględnia bowiem miejscowy zarząd każdego szpitala oraz ustrój zarządu w organie zwierzchnim—ustrój, jaki ma wytworzyć właściciel i administrator szpitali t. j. miasto a względnie Rada Miejska. Lecz to jeszcze nie wszystko. Niezbędnem bowiem jest istnienie w Warszawie centralnego organu, zarządzającego szpitalnictwem całego kraju. Konieczność takiego organu wynika z wielu ważnych względów.

Jak widzieliśmy, całe nasze szpitalnictwo znajduje się w stanie opłakanym. Zarówno pod względem urządzenia wewnętrznego, jako też pod względem ilościowym, szpitale nie odpowiadają najskromniejszym wymaganiom, a istnieją obszerne terrytorya, pozbawione zupełnie zakładów leczniczych ogólnych. Chorzy umysłowi, położnice, chorzy oczni, dzieci i t. d. i t. d. są zupełnie pozbawione jakiejkolwiek pomocy.

Całe szpitalnictwo wypada u nas wprost nanowo stwarzać, a w pracy tej musi być rozumny plan i celowość w stwarzaniu nowych zakładów, względnie do potrzeb miejscowych. Musi przeto być ktoś, musi być jakaś instytucya, któraby czuwała nad rozwojem szpitali, nad tworzeniem zakładów tam, gdzie tego zachodzi potrzeba. Społeczeństwo miejscowe danego miasta lub powiatu, uwzględniając jedynie potrzeby miejscowe, może czynić błędy z punktu widzenia ogólnej gospodarki społecznej. Dla tego też koniecznym jest kierunek i plan, które nadawać może jedynie instytucya, interesy całego kraju mająca na względzie.

Istnieje cały szereg zadań i czynności, które nie mogą być spełnione przez żaden organ miejscowy. Do takich zadań należy przedewszystkiem tworzenie zakładów, które są przeznaczone dla całego kraju lub większych obszarów terrytoryalnych, jak: szkoły dla akuszerek, wielkie szpitale dla obłąkanych, zorganizowanie szkół pielęgniarzy i pielęgniarek, tak potrzebnych w naszych szpitalach, domów wychowawczych dla podrzutków i t. d. i t. d.

Wszystkiego tego nie są w stanie podejmować pojedyńcze miasta i wogóle gminy bez narażenia się na wykroczenie przeciwko zasadom ekonomii ogólno-krajowej.

Zresztą organy miejscowe nie zawsze mogą podołać swym obowiązkom. Niejednokrotnie zdarzają się sprawy tak bardzo specyalne, że miejscowe siły społeczne nie mogą ich rozstrzygać.

Swiadczy o tem fakt, iż do Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego od czasu jego istnienia zwracają się z prowincyi oddzielne jednostki lub instytucye z żądaniem różnych informacyj, co do planów, projektów i t. p.

Do tego dodać należy szereg spraw, ściśle związanych ze szpitalnictwem, a których miejscowe organy w żaden sposób załatwiać nie mogą, np. organizacya pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej i małomiasteczkowej, organizacya pomocy dla pracowników fabrycznych, wreszcie niezmiernie rozległa dziedzina hygieny społecznej, organizacya walki z chorobą, z epidemjami i t. p. Wszystko to zadania których organy miejscowe absolutnie podjąć nie są w stanie. Konieczną więc jest szeroka akcya ogólna obejmująca cały kraj — akcya, którą prowadzić może jedynie instytucya centralna, rezydująca w Warszawie, i działająca dla całego kraju i przy jego pomocy materyalnej.

Że taki organ musi z Warszawy kierować zdrowiem publicznem całego kraju, to zdaje się nie wymaga długich dowodzeń. Stojąc na stanowisku zupełnie objektywnem, można wnioskować, że jeśli mamy mieć na względzie tylko dobro sprawy, rozwój szpitalnictwa jako środka do walki z chorobą, to istnienie takiego centralnego organu w Warszawie jest niezbędnie koniecznem. Szpitale Królestwa Polskiego, jako wytwór jednej kultury, jednakiego rozwoju historycznego, posiadają pewne wspólne rysy i cechy, które muszą być uwzględnione. Sztuczne wtłaczanie w jedne ramy z instytucyami, co rozwijały się w odmiennych warunkach, nie może nie odbić się fatalnie na rozwoju i stanie szpitali. Zresztą, jak już wskazaliśmy wielokrotnie i jak przekonała historya, szpitale muszą pozostawać w żywym związku ze społeczeństwem, muszą odżywiać się sokami tegoż społeczeństwa, bo inaczej zginą. Ten wzgląd zniewala do liczenia się z warunkami etnograficznemi Królestwa i wymaga utworzenia odrębnego organu centralnego dla szpitali Królestwa w Warszawie.

Wielkie znaczenie podobnego organu centralnego stwierdza doświadczenie czerpane z historyi naszych szpitali. Na okres istnienia Rady Głównej Opiekuńczej w Warszawie przypada, jak widzieliśmy, najwspanialszy okres w dziejach szpitali naszych. Wszystkie prawie szpitale nasze powstały właśnie w tym okresie i wielkim błędem byłoby nie korzystanie z tego doświadczenia.

Ale oceniając należycie korzystne rysy działalności Rady Głównej Opiekuńczej, powinniśmy uniknąć jej błędów, skutkiem których zahamowaną była działalność na polu szpitalnictwa, zwłaszcza w ostatnich latach istnienia tej instytucyi, co uwydatniliśmy

w pierwszym rozdziale pracy niniejszej. Mamy tu na myśli warunek konieczny, że taki organ centralny musi mieć możliwie szeroką niezależność, by w działalności swej nie był krępowany przez inne organy władzy państwowej czy krajowej. Żadne cele uboczne nie powinny mieć wpływu na życie instytucyi, mającej służyć sprawie lecznictwa publicznego. Drugim błędem, jaki ujawniał się w działalności Rady Głównej Opiekuńczej, było oparcie bytu szpitali na dobroczynności prywatnej. — Obecnie już się to powtórzyć nie może. Życie przez ciąg lat kilkudziesięciu poszło naprzód i wymaga nieodzownie, by byt instytucyj społecznych opierał się na funduszach publicznych.

Jak to już wzmiankowaliśmy, centralny ten organ, który nazwijmy Komisyą Zdrowia Publicznego, nie może ograniczać się jedynie do szpitali, i musi objąć całą dziedzinę hygieny publicznej. Wymaga tego samo życie, bowiem szpitale są wyłącznie jednym z ważnych środków podstawowych, którymi posługuje się hygiena publiczna. Zadania przeto takiej komisyi muszą być rozległe.

Wzorując się poniekąd na Assistance publique we Francyi oraz na dawnej Radzie Głównej Opiekuńczej, działalność Komisyi zdrowia publicznego ujęlibyśmy w 4 wielkie działy: I) Szpitalnictwo; II) Hygiena publiczna; III) Zakłady dobroczynne; IV) Opieka nad dziećmi. Główne te działy winny obejmować następujące zadania poszczególne:

I. *Szpitalnictwo:* 1) Szpitale ogólne publiczne i prywatne; 2) szpitale dla chorych umysłowych; 3) szpitale dla chorych ocznych; 4) szpitale dla chorych wenerycznych; 5) pielęgniarze i pielęgniarki szpitalne; 6) statystyka szpitalna; 7) szpitale dla chorych chronicznych; 8) pomoc lekarska dla ludności wiejskiej i małomiasteczkowej; 9) pomoc lekarska dla pracowników fabrycznych; 10) zakłady i przytułki położnicze; 11) szkoły akuszerek; 12) zakłady dla rekonwalescentów.

II. *Hygiena publiczna:* 1) asenizacya miast i wsi; 2) woda; 3) hygiena mieszkań; 4) hygiena szkolna; 5) hygiena żywności — (badanie produktów spożywczych); 5) hygiena rzemiosł, fabryk i zakładów fabrycznych; 6) walka z chorobami zakaźnemi; 7) gruźlica; 8) szczepienie ospy; 9) walka z chorobami płciowemi; 10) walka z alkoholizmem; 11) Statystyka sanitarna.

III. *Zakłady dobroczynne:* 1) Domy dla starców; 2) przytułki dla kalek; 3) domy schronienia dla bezdomnych; 4) przytułki

i domy zarobkowe dla żebraków; 5) stowarzyszenia dobroczynne opiekujące się położnicami choremi w szpitalach oraz ich rodzinami.

IV. *Opieka nad dziećmi:* 1) domy wychowawcze dla sierot i podrzutków; 2) domy wychowawcze dla dzieci ubogich rodziców; 3) szkoły dla głuchoniemych i ociemniałych; 4) szkoły dla dzieci o upośledzonym rozwoju umysłowym; 5) szkoły i przytułki dla idyotów i kretynów; 6) towarzystwa opieki nad dziećmi; 7) ochrony miejskie i wiejskie.

Jakkolwiek wydawać się może zbyt szerokim zakres działalności takiego centralnego organu, zarządzającego szpitalnictwem, jednakże przy prawidłowem funkcyonowaniu organów społecznych innego ustroju nadać nie można, gdyż szpitalnictwo, będące środkiem podstawowym w akcyi społeczeństwa na polu zdrowotności ogólnej, musi być ściśle związane z hygieną publiczną.

W artykule powyższym przedstawiliśmy zasadę ustroju, na jakich winien być oparty byt szpitali. W szczegóły urządzeń wewnętrznych szpitala nie wchodziliśmy, gdyż te rzeczy muszą znaleźć miejsce na łamach specyalnej prasy lekarskiej. Pominęliśmy również sprawę składu oraz atrybucyj centralnego organu Zdrowia publicznego, ponieważ wyrokowanie o tem w tej chwili byłoby może przedwczesne, jako zależne od ukształtowania się form prawnospołecznych, o czem obecnie rozprawiać jeszcze zbyt trudno.

Reasumując zaś wywody nasze streścimy dezyderaty w sposób następujący:

1) Rady Dobroczynności Publicznej powinny być zniesione;
2) Szpitale winny przejść pod zarząd i administracyę miast z udziałem i pod kontrolą społeczeństwa miejscowego;
3) cały personel lekarski i administracyjny powinien się rekrutować z żywiołów miejscowych, a w administracyi i korespondencyi winien obowiązywać język polski;
4) Głównem źródłem na budowę oraz utrzymanie szpitali mają być fundusze publiczne względnie podatki specyalne;
5) Dla umożliwienia dopływu funduszów prywatnych na rzecz szpitali, znoszą się wszelkie utrudnienia przy zakładaniu szpitali prywatnych, a założyciele ich mają prawo nadawania zakładom przez siebie ufundowanym ustroju zgodnego z ich wolą i podług ich uznania;
6) W Radzie Miejskiej (magistracie) powinien istnieć wydział szpitalny, zarządzający szpitalnictwem;

7) Każdy pojedyńczy szpital, zachowując odrębność i charakter oddzielnej jednostki prawnej, pozostaje pod zarządem organu kolegialnego czyli Rady zarządzającej szpitala, w której przewodniczącym jest dyrektor szpitala—lekarz naczelny;
8) Wszystkie szpitale i wogóle szpitalnictwo w Królestwie Polskiem pozostaje pod sterem Komisyi Zdrowia publicznego w Warszawie, a szpitalnictwo stanowi jeden z działów tego organu centralnego, zawiadującego całą dziedziną hygieny publicznej.

Dr. Wacław Męczkowski.

Od redakcyi „PRACY.“

Prosimy czytelników o nadsyłanie nam wszelkich materyałów, informacyj i notatek dotyczących spraw administracyjnych, ekonomicznych i społecznych. Na nadesłane nam pytania z zakresu spraw powyższych, postaramy się udzielać stosownych odpowiedzi lub informacyj.

Redaktor odpowiedzialny i wydawca ADAM hr. KRASIŃSKI.

Дозволено Цензурою. Варшава, 5 іюля 1905 г. Warszawa. Druk A. Ginza.