

Reda 7
No. 252/X.

SAMORZĄD MIEJSKI

MIESIĘCZNIK

ORGAN ZWIĄZKU MIAST POLSKICH
POŚWIĘCONY SPRAWOM SAMORZĄDU MIAST
I SPRAWOM GOSPODARSTWA KRAJOWEGO



WYDAWCA: ZWIĄZEK MIAST POLSKICH.
REDAKTOR: LEON WŁADYSŁAW BIEGELEISEN.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA:
WARSZAWA, MAZOWIECKA Nr. 7. TEL. 107-11.

			Ceny ogłoszeń:	
Prenumerata:	kwartalna	Zł. 9	1 Strona za tekstem	Zł. 100
"	półroczna	" 3	1/2 strony "	" 50
"	roczna	" 36	1 strona przed tekstem	" 150
Pojedynczy zeszyt miesięczny	"	3	1/2 strony " "	" 75
			Zewnętrzna strona okładki	" 200
			Wewnętrzna " "	" 180
			Ustępstwo dla miast 100/0.	

Ogłoszenia miast o wakujących stanowiskach w gospodarce miejskiej oraz zgłoszenia na te stanowiska umieszczone będą bezpłatnie w dziale pośrednictwa pracy.

U R

W.P.

Rady Miejskiej
dla
MIEJSKIEJ BIBLIOTEKI PUBL.

29228

12/XI 1935

Zeszyt specjalny, poświęcony szpitalnictwu komunalnemu.

Treść zeszytu styczeń 1929 r.

	Str.
1) Od Redakcji	1
2) Dr. W. Przywieczerski, Inż. F. Rakiewicz, Dr. R. Sikorski: Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce	3
3) Dr. Henryk Le Brun: Polskie prawodawstwo sanitarne w stosunku do samorządu	23
4) Dr. W. Przywieczerski, Inż. F. Rakiewicz, Dr. R. Sikorski: Zarys historyczny i stan obecny szpitalnictwa polskiego ze szczególnem uwzględ- nieniem szpitalnictwa na obszarze b. zabrcu rosyjskiego	39

ew. 30 99/9/1.

Inż. Jan Holnicki Szulc
WODOCIĄGI, KANALIZACJA, MELJORACJE
Warszawa, Wilcza 12, tel. 168-65.

W. 815/56/292.

Od Redakcji.

Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów współczesnego życia zbiorowego jest coraz bardziej żywotny rozrost samorządu terytorjalnego i gospodarczego. Specjalnie w naszych stosunkach o słabo rozwiniętej inicjatywie prywatnej i społecznej, zakres działania samorządu terytorjalnego w dziedzinie kulturalnej, społecznej i gospodarczej ma tendencję wzrostu, znaczna bowiem część zadań, które w państwach o wysokim rozwoju ekonomicznym spoczywają na związkach, zrzeszeniach i czynniku przedsiębiorczym — przechodzi tu na czynniki publiczne, zmuszone w braku samopomocy do prowadzenia agend, należących do zakresu inicjatywy prywatnej i społecznej. Pomimo niewątpliwych postępów, poczynionych u nas na tem polu (izby przemysłowe i t. d.), komunalizacja musi być w naszych warunkach inaczej traktowana, niż w państwach zachodnich.

Coraz bardziej rosnące znaczenie czynnika komunalnego w życiu publicznem Polski, wymaga poza dorywczem traktowaniem zagadnień komunalnych, ściśle naukowego i przedmiotowego badania zjawisk samorządowych, niezbędnego zwłaszcza w obecnych warunkach, gdy wyspce zaniedbany stan administracji komunalnej wymaga gruntownej naprawy *capite et membris*.

W uznaniu tych niewątpliwych potrzeb — Zarząd Związku Miast Polskich na posiedzeniu w dniu 7.XII.1928 r., postanowił powołać do życia z dniem 1 stycznia 1929 r. dział gospodarczej polityki komunalnej i statystyki.

Zadaniem tej placówki, która winna stać się załącznikiem Instytutu Komunalnego Związku Miast Polskich jest prowadzenie na zasadach naukowych, badań nad głównymi zagadnieniami ekonomji komunalnej, nauki, która rozwija się bardzo żywotnie na Zachodzie.

Oczywiście skromne środki zarówno personalnej, jak i rzeczowej natury nie pozwalają na rozwinięcie odrazu tego stopnia rozwoju, jaki skądinąd byłby niezbędny ze względu na wagę i pilność czekających załatwienia zagadnień samorządowych.

Dział gospodarczej polityki komunalnej przystąpił bezpośrednio do opracowania w porównaniu ze stosunkami w państwach zachodnich, szeregu zagadnień, mających dla naszych stosunków w obecnej chwili specjalne znacze-

nie, więc zagadnienia przedsiębiorstw komunalnych, które stanowią istotę, gospodarczej działalności miast, sprawy budownictwa mieszkaniowego, ustroju miast i reformy administracji komunalnej, kredytu samorządowego, aprowizacji wraz z zagadnieniem płac realnych i położeniem gospodarczem robotników miejskich, szkolnictwa zawodowego i t. d.

Równocześnie prowadzone będą prace przygotowawcze dla podjęcia większych publikacyj statystycznych w rodzaju periodycznie wydawanego rocznika statystycznego miast, oraz opracowane będą bieżące ankiety, dotyczące działalności miast polskich, wreszcie przedmiotem badań będą kwestje teoretyczne, więc próba ustalenia pojęcia i zadań nauk komunalnych. Odrębnie, pod kierunkiem specjalnym będą traktowane zagadnienia skarbowości komunalnej i ustroju miast.

„Samorząd Miejski” jako jedyny miesięcznik specjalny na ziemiach Polski, poświęcony zagadnieniom samorządowym, winien ożywić słaby u nas ruch naukowy na polu komunalnem, grupując najwybitniejszych znawców teorii i praktyki samorządowej.

Staraniem nowego kierownictwa pisma, będzie uczynienie z „Samorządu Miejskiego” wzorem tego rodzaju pism zagranicą, organu zamieszczającego w dziale artykułowym oryginalne studia, rzucające nowe światło na poruszane zagadnienia z zakresu ekonomji i administracji komunalnej.

W dziale przeglądowym „Samorządu Miejskiego” będą pomieszczane przyczynki, oświetlające zdobycze życia komunalnego na Zachodzie, nadto w miarę zresztą szczupłego miejsca „Samorząd Miejski” będzie starał się o pomieszczenie monografji miast.

Zakończy całość stały dział bibliograficzny i recenzyjny.

**Dr. W. Przywieczerski, Inż. F. Rakiewicz,
Dr. R. Sikorski.**

Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce.

1. Przewodnie zasady rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

W olbrzymiej pracy obecnego Rządu na polu organizacji administracji państwowej, której wyrazem jest około 400 wydanych rozporządzeń Prezydenta Rzeczypospolitej, wzięło również udział Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, w którym Departament Służby Zdrowia przygotował około 12 projektów rozporządzeń w zakresie sanitarnym. Część projektów powyższych została już ogłoszona w Dzienniku Ustaw a między nimi i rozporządzenie z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. Nr. 38, poz. 382).

Ostatnie rozporządzenie zakończyło prace w tej dziedzinie, rozpoczęte jeszcze w r. 1917, które kilkakrotnie były przedmiotem krytycznych badań ze strony naczelnych reprezentacji związków lekarskich, urzędów fachowych jak i przedstawicieli nauki. Tezy do powyższego rozporządzenia rozpatrywała w jesieni roku ubiegłego Państwowa Rada Samorządowa i przyjęła je naogół przychylnie.

Równocześnie opracowało Ministerstwo Spraw Wewnętrznych projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie chorem, który w czerwcu b. r. został oddany do Rady Ministrów, celem przesłania go po przyjęciu do Sejmu.

Rozporządzenie o zakładach leczniczych weszło w życie od 26 czerwca b. r. i obowiązywać będzie na całym obszarze Rzeczypospolitej z wyjątkiem Śląska. Termin, od którego rozporządzenie powyższe wejdzie w życie na obszarze b. Galicji, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

Prace nad rozporządzeniem o zakładach leczniczych odbywały się w trudnych warunkach, gdyż należało nie tylko objąć przepisami ustawowymi ważny i rozległy dział administracji publicznej, który dotyczy nader żywotnych interesów ludności i którego sposób urzędzenia jest świadectwem kultury Państwa i jego mieszkańców, ale ponadto należało wydać rozporządzenie w czasie, kiedy jeszcze nie było centralnych ustaw samorządowych, ani ostatecznego uregulowania finansów komunalnych i kiedy w poszczególnych dzielnicach Państwa istniały odrębne przepisy i od długiego czasu budowano urządzenia w zakresie szpitalnictwa.

Przyzwyczajenia władz lokalnych i ludności do przepisów i urządzeń dzielnicowych utrudniają pracę zarządu centralnego, która jest niezbędna we własnem Państwie, a która z podanych powodów nie zawsze jest dostatecznie rozumiana i popierana, zwłaszcza w wypadkach, kiedy urządzenia lokalne były wynikiem długoletniej pracy, uważanej do ostatnich czasów za wzorową i której towarzyszy przekonanie, że ta właśnie praca i urządzenia powinny być na całe Państwo rozszerzone, albo, że przepisy lokalne i urządzenia powinny ze względu na ich wypróbowane wyrobienie i wartość być conajmniej zachowane jako odrębne a żadną miarą nie powinny być poddawane jednolitym przepisom ogólnym na równi z dzielnicami zaniedbanymi i gorzej urządzo-nymi.

Interesy państwowe wymagają jednak wyjścia z innego założenia. Państwo musi być rządzone jednolitymi przepisami, a jeżeli nawet państwa o wysokiej kulturze i wielkiej zamożności, jak np. Prusy, dotąd nie wydały centralnej ustawy szpitalnej tylko poprzestają na regulowaniu tej dziedziny administracji publicznej rozporządzeniami ministerjalnemi i nadzorem państwowym, to postępują w ten sposób dlatego, że inicjatywa prywatna i samopomoc społeczna wyręcza państwo w tym zakresie działania, u nas natomiast ubóstwo kraju i potrzeba rychłego uporządkowania sprawy szpitalnictwa wymaga nieodwołnie energicznej inicjatywy ze strony Państwa, inaczej bowiem rozbieżna, nierównomierna i niedostatecznie wyposażona działalność samorządu i społeczeństwa nie wyda pożądaných rezultatów, ludność nie otrzyma tej opieki szpitalnej, jaka jej się należy, Państwo zaś nie obejmie całokształtu omawianego zagadnienia i nie będzie w stanie ocenić, kiedy i w jakiej mierze musi się przyczynić do poparcia spraw szpitalnictwa powszechnego.

Powyższe względy wymagają innego traktowania omawianej sprawy u nas niż zagranicą i w tej myśli Rząd od kilku lat ujął w swe ręce inicjatywę ustawodawczą w zakresie odbudowy i rozbudowy publicznej administracji na podstawie udzielonych Rządowi przez Sejm pełnomocnictw i to jest podstawą kilkoletniej olbrzymiej pracy Rządu nad wprowadzeniem w życie w szybkim tempie w stosunkach wewnętrznych Państwa doniosłej zasady praworządności, którą kierownicy ościennych państw z całą energją i bezwzględnością przeprowadzali przez setki lat swej działalności. Mylne jest zdanie, że nie można jedną ustawą urządzać stosunki okolic o odrębnej kulturze lub zamożności. Tak bowiem jak jednym termometrem można mierzyć i badać temperatury niskie i wysokie, wspólna ustawa może objąć wszelkie stosunki danej dziedziny w Państwie i umożliwić ich dalszy rozwój, nie obniżając stanu doskonałości istniejących już urządzeń, a dając zarazem podstawę i wytyczając kierunek działania dla okolic, które aczkolwiek bez własnej winy zaniedbane, jednak w zakresie zdrowia publicznego rozwijają działalność publiczną i społecz-

na z energją i żywotnością, która przewyższa takąż działalność przedwojenną i powojenną dzielnic, które same siebie uważają za jedyny wzór do naśladowania. Samo przez się jest zrozumiałe, że Rząd, przystępując do działalności ustawodawczej w pewnej dziedzinie, bada dokładnie urządzenia istniejące i wartość przepisów dla nich wydanych, czynność zaś ta, wykonywa porównawczo, doprowadza często do wręcz przeciwnych wyników, aniżeli te, które się wyprowadza z jednostronnych badań i ustalonych przekonań wyłącznie w obrębie jednej dzielnicy. Utrzymanie urządzeń i przepisów dobrych, wytrzymujących wszelką krytykę, jest tylko prostym wskazaniem zdrowego rozsądku.

W pracy nad rozporządzeniem o zakładach leczniczych należało baczna uwagę zwrócić na zasady przedostatniego, 3-go z rzędu, projektu ustawy szpitalnej, który w r. 1927 został przez Rząd z Sejmu wycofany, a który przyjmował typ szpitali taki, jaki istnieje w b. Galicji, gdzie ostatnia ustawa szpitalna z r. 1897 wprowadziła typ szpitala fundowanego przez miasta lub powiaty albo inne korporacje lub osoby publiczne albo prywatne, a który następnie o ile jego budynek i urządzenia zostały uznane za odpowiednie, w drodze ustawy uzyskiwał prawo publiczności i powszechności, stając się samodzielną osobą prawną, wyodrębnioną ze samorządu, który był jego fundatorem i od tej chwili szpital przechodził pod bezpośredni zarząd Wydziału Krajowego. Wydział Krajowy zatwierdzał budżet tych szpitali, ustanawiał takse leczniczą, obsadzał posadę dyrektora szpitala, ordynatorów i innego personelu i wykonywał nad nimi władzę dyscyplinarną. Przy każdym szpitalu publicznym i powszechnym była rada szpitalna, której skład przepisywała ustawa.

Dalszą ważną podstawą powyższego systemu szpitala była ustawa z r. 1875, która koszty leczenia ubogich, przynależnych do jednej z gmin Galicji, przerzucała na fundusz krajowy, z którego à conto tych kosztów leczenia za ubogich każdy szpital publiczny i powszechny otrzymywał z funduszu krajowego z początkiem roku zaliczkę do wyrachowania, przewyższającą niejednokrotnie cały budżet administracyjny szpitala. Gdy zaszła potrzeba odbudowy szpitala, winien ją być szpital w zasadzie przeprowadzić z własnych funduszy, a to czego brakło, winien był w połowie pokryć z pożyczki, gwarantowanej przez kraj, a w połowie musiał się do tej odbudowy przyczynić związek komunalny, a więc miasto lub powiat, który dany szpital fundował.

Dla celów szpitalnictwa utworzono przy Wydziale Krajowym osobny departament szpitalny, a nad funkcjonowaniem szpitali tak krajowych (4 szpitale: powszechny we Lwowie, św. Łazarza w Krakowie i 2 zakłady dla chorych psychicznie: dawny w Kułparkowie pod Lwowem i zbudowany tuż przed wiel-

ką wojną w Kobierzynie pod Krakowem) jak i nad 38 szpitalami publicznymi i powszechnymi na prowincji czuwało dwóch krajowych inspektorów szpitalnych.

System powyższy szpitalnictwa, oparty o silny finansowo Wydział Krajowy, który zarządzał funduszem krajowym, stanowił zwartą, harmonijnie zmontowaną całość, uważaną za najlepszy dział administracji krajowej, którego naruszenie lub choćby sam zamiar naruszenia nową ogólną ustawą szpitalną, o ileby ona takich samych nie przyjęła zasad, uważane było za krzywdę i niepoczytalny cios ze strony Rządu.

Powyższy system szpitalnictwa uważały i naczelne sfery lekarskie Królestwa za twór wzorowy, w którym za wybitną wartość uważano: wyodrębnienie szpitali ze związków komunalnych, które szpitale te fundowały i usamodzielnienie szpitala przez utworzenie z niego samodzielnej osoby prawnej, na kształt fundacji, bezpośrednio zarządzanej przez organ centralny, jakim był Wydział Krajowy.

Zarząd szpitali publicznych przez organ centralny i wyodrębnienie ich ze związków komunalnych lub organów administracji państwowej, to były zdaniem Królestwa swoiste zalety szpitalnictwa krajowego, które jego rozwojowi najlepiej sprzyjały, zaś samodzielność szpitali w postaci osób prawnych miały zapewniać kierownictwu szpitali niezależność od ujemnych wpływów postronnych, dobór najlepszych sił na te stanowiska i możliwie najlepsze urządzenie szpitali.

Pierwsze zasady miały oddźwięk w Królestwie, w którym russyfikacyjne i bezwzględna a w szczególności ujemna polityka rządu rosyjskiego pozostawiła po sobie smutną pamięć i gdzie czasy względnej niezależności od wpływów rządu pozwalały społeczeństwu na twórczą, swoistą działalność, o której pamięć dodatnia do dziś dnia się przechowywała do tego stopnia, że zasłoniła fakt istnienia obecnie własnego już Rządu, a pozostawiła jeszcze dziś znaczne ślady nieufności do władzy państwowej wogóle i zamiłowania niezależności od niej w szczególności.

Jakżeż, zapytać się należy, przedstawia się galicyjski system szpitalnictwa po krytycznym rozbiórce jego zalet i wad, jakie czas okazał.

1) Otóż z porównawczego centralnego poglądu, okazuje się, że galicyjski system szpitalnictwa przedewszystkiem był za mało społeczny i ociężały, a przez to już nieodpowiedni do wprowadzenia go na obszarze całego Państwa.

Wydział Krajowy przejął pod swój nadzór w r. 1869 — 21 istniejących szpitali, przeważnie miejskich, które uznane były wówczas za publiczne i powszechne, a których stan był ujemny. Ponadto objął Wydział Krajowy pod swój zarząd 2 krajowe szpitale powszechne i zakład dla umysłowo chorych w Kulparkowie. W czasie od r. 1869 uporządkował Wydział Krajowy te 21

przejętych pod swój nadzór szpitali i w ciągu 58 lat — do r. 1928 uznał tylko 19 nowych szpitali za publiczne i powszechne, które zbudowały powiaty lub miasta za inicjatywą Wydziału Krajowego (od r. 1870 — 1897 — 5 szpitali; od r. 1897 — 1927 — 14 szpitali czyli przeciętnie od r. 1897 co 2 lata jeden szpital), z których dwa w czasie wojny zniszczono, sam zaś Wydział zbudował tylko zakład dla chorych psychicznie w Kobierninie pod Krakowem. *Dotąd jednak 42 powiatów b. Galicji nie posiada szpitali ogólnych.* Gdy zaś w Królestwie w r. 1906 na 87 powiatów, 29 z nich nie miało jeszcze szpitali, odczuwano to boleśnie. Z wielu więc okolic musi się dotąd w b. Galicji do najbliższych szpitali wozić chorych czasem i po kilkadziesiąt kilometrów. Słusznie przeto zarzucić się musi systemowi galicyjskiego szpitalnictwa brak rysu społecznego i ociążałość w twórczości, mimowoli bowiem uznawał Wydział Krajowy rozbudowę szpitali za cel dla siebie — a nie kierował się dostatecznie potrzebą ludności, która w wielu okolicach Galicji dotąd jest pozbawiona opieki szpitalnej. Wydział Krajowy wprowadził wprawdzie pewną opiekę lekarską dla ludności przez wprowadzenie lekarzy okręgowych, ale ci nie są w stanie zastąpić brakujących szpitali. Dopiero od kilku ostatnich lat zamyślał Tymczasowy Wydział Samorządowy o dalszej rozbudowie szpitali, przyczem 16 powiatów gotowych było je fundować, nowe te szpitale, wprawdzie z powodu niesprzyjających okoliczności, dotąd jednak nie powstały.

W krótszym czasie i o wiele dawniej, gdyż od r. 1832 — 1870, a więc w ciągu 38 lat zbudowały w Królestwie, mającem niewiele więcej ludności jak Galicja, Rady Opiekuńcze 47 nowych szpitali, przebudowały blisko taką samą ilość szpitali i przygotowały budowę około 15 nowych szpitali, z których po roku 1870 nieżyczliwy dla kraju rząd po wprowadzeniu rządowych Rad dobroczynności publicznej tylko część założył, a fundusze dla innych szpitali zgromadzone bądź zabrał lub użył na inne cele.

W samych województwach wschodnich b. zaboru rosyjskiego od r. 1866 powstało 17 szpitali, założonych przez ziemstwa i około 12 szpitali, założonych przez rząd rosyjski z funduszy ziemstw lub przez Rady opiekuńcze publiczne (Prikaz obszczestwiennawo prizrenja), a więc więcej niż powstało w Galicji pod kierownictwem Wydziału Krajowego i to w czasie jego największego rozwoju.

2) Galicyjski system szpitalnictwa prowadził następnie do osłabienia samodzielnej działalności komunalnej, obywatelskiej i społecznej.

Rady szpitalne przy szpitalach publicznych i powszechnych były prawie zupełnie beczynne, nie miały bowiem nic do roboty, wszelki zarząd szpitali był sprawowany przez Wydział Krajowy.

Obecnie jest w b. Galicji poza 43 szpitalami publicznymi (4 dawniej krajowe, 1 państwowy i 38 prowincjonalnych) tylko 8 szpitali komunalnych

o 666 łózkach i 36 szpitali społecznych o 1829 łózkach, oraz 7 zakładów leczniczych prywatnych o 241 łózkach.

Licząc publiczne szpitale krajowe (4 szpitale) i prowincjonalne (38 szpitali) do komunalnych mamy obecnie na obszarze b. Galicji 50 szpitali komunalnych o 8785 łózkach, podczas gdy na obszarze b. zaboru pruskiego jest 78 szpitali komunalnych o 12.048 łózkach, a w tem 7 dużych zakładów psychiatrycznych, które razem mają 6138 łózek, a więc około 80% tej liczby łózek ile posiadają wszystkie szpitale publiczne w Galicji razem.

Na obszarze b. Królestwa Polskiego było z końcem roku 1927 — 163 szpitali komunalnych o 12.736 łózkach, a na kresach wschodnich 63 szpitale komunalnych, posiadających 2712 łózek.

Królestwo więc przeszło trzykrotnie przewyższa liczbę galicyjskich szpitali komunalnych, którą nawet przewyższa liczba takich szpitali w 4 województwach wschodnich b. zaboru rosyjskiego, a przeszło o 50% przewyższa liczbę komunalnych szpitali galicyjskich liczba szpitali Wielkopolski i Śląska. Pod względem liczby łózek szpitalnych przewyższa tak Królestwo jak i b. zabór pruski b. Galicję okrągło o 50%.

I w zakresie działalności społecznej oraz prywatnej, przewyższają b. Galicję inne dzielnice Państwa, Królestwo bowiem posiada 58 szpitali społecznych, liczących razem 3829 łózek, zaś ziemie b. zaboru pruskiego mają 83 szpitale społecznych, które razem posiadają 9968 łózek, a więc o 372 łózek więcej niż wszystkie szpitale publiczne b. Galicji razem (9596 łózek).

Prywatnych zakładów leczniczych ma b. zabór pruski 25 (472 łózek) a b. zabór rosyjski 38 o 638 łózkach.

Daty podane wykazują, że galicyjski system szpitalnictwa działa ograniczająco na inicjatywę prywatną w zakresie szpitalnictwa, a system centralnego zarządu wyodrębnionych ze samorządu i usamodzielnionych szpitali pod względem społecznym i twórczym pozostaje daleko w tyle za systemem szpitali, tworzonych przez związki komunalne i przez nie zarządzanych.

3) Dużo wątpliwości nasuwa następnie system galicyjski wynagradzania kierowników szpitali i ordynatorów. Przed wojną otrzymywali dyrektorzy prowincjonalnych szpitali wynagrodzenie zaledwie w wysokości 1800 — 2000 koron roczne. Mimowoli narzuca się pytanie, jak dyrektorzy ci mogli żyć z wynagrodzenia, które pobierały najniższe klasy urzędników kancelaryjnych, a jakie pobory pobierali wobec tego ordynatorzy? Siłą rzeczy musiało się dojść do przekonania, że dyrektor szpitala i ordynariusze byli skazani na życie ze szpitala. A więc musieli wśród pacjentów szpitala szukać swoich klientów. System ten jest bardzo względny i niebezpieczny. Łatwo można przy tym systemie przekroczyć właściwe granice, gdyż nawet pacjenci II i I klasy mają w zasadzie prawo, aby otrzymywali należyte świadczenia lekarskie w granicach taks ustanowionych, a nie jeszcze ponadto za osobne opłaty. Możnaść

skłaniania i pacjentów III klasy do oddawania się lekarzom szpitalnym w trudnych wypadkach w charakterze pacjentów prywatnych, aby uzyskać możliwie staranną opiekę i leczenie, to mogło zupełnie skrzywić cel i zadania szpitala, osłabić zaufanie do jego normalnych świadczeń, w każdym zaś razie nie mogło się przyczynić do rozwoju szpitalnictwa. Przy tym systemie lekarze szpitalni dla utrzymania się musieli swoich pacjentów umieszczać w szpitalu, a nie tyle dbać o to, aby szpital był powszechnie dla chorych przystępny. Przykłady takie źle także wpływały na służbę szpitala, która z pominięciem właściwego celu szpitala mogła nabyć skłonności do dbania raczej o swój interes osobisty.

Niedopowiedzenia w tym względzie były dużą wadą systemu galicyjskiego szpitalnictwa i wyższe od niego były stosunki w b. zaborze pruskim, gdzie lekarze szpitalni mieli jawne prawo praktykowania wśród pacjentów I i II klasy.

Trudny ten temat wymaga jednak jasnego wypowiedzenia się, system galicyjski dozwala krążyć koło zasad w tym względzie i czyni nawet wątpliwym tak doskonały nadzór nad szpitalami, jaki był w b. Galicji, szczegóły bowiem takie trudno skontrolować, chyba, gdy ktoś wystąpi ze skargą, co się rzadko zdarzyć mogło.

Lekarzom, łącznie z dyrektorami należy się niewątpliwie odpowiednie wynagrodzenie za pracę. Wynagrodzenie to prócz odpowiednich poborów, które dla dyrektora już od 80-o łózkowego szpitala winno wynosić VI grupę poborów urzędników państwowych, powinno obejmować i prawo do ustalenia, zaopatrzenia emerytalnego tak dla lekarza, jak i dla członków rodzin, a ponadto odpowiednio do natury zajęcia: wolne pomieszkowanie, dodatek za kierownictwo, dodatki funkcyjne za prace więcej odpowiedzialne lub trudne, dodatki za dyżury nocne, odpowiednie urlopy i prawo do uzyskania w krótszym niż normalny czasie emerytury w zakładach psychiatrycznych, w szpitalach zakaźnych i t. d.

Ponadto należy mieć na uwadze, że aby ściągnąć na prowincję specjalistów trzeba obmyśleć warunki ich utrzymania, a do nich należy możliwość pobierania od zamożnych chorych na najwyższej klasie, na rzecz szpitala i lekarzy szpitalnych opłat za wykonywanie szczególnych życzeń i zabiegów.

Zasady powyższe są w tej mierze, jak to możliwe było przy pierwszym ujęciu rzeczy, uwzględnione w rozporządzeniu o zakładach leczniczych w ostatnim wydaniu art. 29-go i będą w miarę wydania ustaw samorządowych więcej jeszcze rozbudowywane.

Przy organizacji publicznego szpitalnictwa, po olbrzymim przewrocie społecznym, wywołanym przez wielką wojnę, musi się na czoło wysunąć jako dogmat: udzielanie pełnej i wzorowej pomocy lekarskiej dla chorych ściśle w gra-

nicach taks leczenia, a także mieć na oku rozwój prywatnych zakładów leczniczych, które działalnością swą w specjalnych gałęziach lecznictwa uzupełniają działalność szpitali publicznych, te bowiem do takiej specjalizacji się nie nadają.

Przykładem potężnego rozwoju szpitalnictwa w krajach wolnych, uprzędkowanych i zamożnych mogą być Prusy, w których związki dobroczynne, społeczne i samorządowe oraz inicjatywa prywatnych lekarzy ogromny postęp w zakresie różnych działów lecznictwa w intensywnem tempie uczyniły udziałem szerokich warstw społeczeństwa, do tego stopnia, że Państwo pozostawiło sobie troskę dbania tylko o kliniki uniwersyteckie, których Niemcy posiadały w r. 1922 — 67. Natomiast w czasokresie od r. 1876 — 1900 wzrosła w Prusiech liczba zakładów leczniczych wszelkiego rodzaju z 1502 (73091 łóżek) na 3900 (214.320 łóżek) czyli przeszło o 150%.

W r. 1907 posiadały Niemcy na 3862 szpitali i lecznic o charakterze ogólnym: 2222 szpitali publicznych a 1577 lecznic prywatnych, zaś ponadto 505 zakładów psychiatrycznych, posiadających razem 131.119 łóżek; 161 zakładów dla chorób ocznych (5024 łóżek) i 116 zakładów położniczych (4010 łóżek).

W r. 1919 miały Niemcy 250 publicznych lub uniwersyteckich zakładów psychiatrycznych (127.000 łóżek), a 220 takich zakładów prywatnych (30.000 łóżek), podczas gdy obecnie w Polsce jest zaledwie 6 psychiatrycznych lecznic prywatnych, które razem posiadają tylko 127 łóżek.

Daty ostatnie potwierdzają to, co powyżej o systemie galicyjskiego szpitalnictwa powiedziano, a w szczególności, że urzędowa działalność w tym zakresie nie może być wyłączną lecz, że poza nią wielką rolę odgrywać winna samopomoc społeczna i inicjatywa prywatna.

4) Galicyjski system szpitalnictwa opierał się o cenioną w Galicji dotąd zasadę, że koszty leczenia ubogich ponosić winien fundusz krajowy lub w jego miejsce fundusze podobne wyższych związków samorządowych t. j. fundusze wojewódzkie.

Zasadę powyższą wypowiedziała ustawa z r. 1875. I ta zasada nasuwa już obecnie poważne wątpliwości, których nie odczuwał Wydział Krajowy gdyż nawet zaległe koszty leczenia, jako należitości publiczno - prawne ścigały starostwa.

Zasada powyższa nie uwzględnia w odpowiedniej mierze problemu ubóstwa, tylko jednostronnie stosuje go w mechaniczny sposób do kosztów leczenia. Kraje o wysokiej kulturze liczą się z przyczynami ubóstwa jako z zagadnieniem pierwszorzędnego znaczenia, zaś środki zapobiegające ubóstwu mają przede wszystkim na celu ochronę godności obywatela, który samodzielnie utrzymuje siebie i swą rodzinę. Ustawa z r. 1875 uwolniła gminy galicyjskie

od obawy ponoszenia kosztów leczenia za swych przynależnych i skłoniła ludność do korzystania ze szpitali, od których ona przedtem stroniła, lecz wprowadziła szablonowe traktowanie kwestji ubóstwa, 80% bowiem osób korzystających ze szpitala uważanych jest, często bezkrytycznie za ubogich, za 10% leczonych ponoszą koszty pracodawcy i Kasy Chorych, a tylko 10% leczonych ponosi koszty leczenia samodzielnie, a z tej liczby 3% płaci taksy leczenia dobrowolnie, a 7% płaci tylko w drodze egzekucji.

O ile nawet podstępny ekonomj politycznej uważały. Galicję za kraj masowego zubożenia, a to głównie z powodu rozdrobnienia gospodarstw rolnych, o tyle trudno przypuścić, że aż 80% leczonych w szpitalu jest istotnie ubogich, nowe poglądy zaś nabyte doświadczeniem ze strony wybitnych dyrektorów szpitali w Galicji wykazują, że z pośród tej liczby ubogich 30 — 40% nie należy faktycznie do ubogich i mogłaby ponosić koszty leczenia, ludność zaś sama ma przeświadczenie, że chcąc być dobrze leczonym, zwłaszcza w poważnych wypadkach, nie można tego uzyskać w szpitalu, lecz tylko jako pacjent lekarza, którego się za ordynację płaci. Faktycznie wiele osób zamożnych, których dochody są niewidoczne, uzyskuje z łatwością świadectwo ubóstwa, rzeczywiście zaś ubodzy dlatego, że posiadają 2 — 3 morgów gruntu, traktowani są za zamożnych.

System powyższy odpowiadał jeszcze zasadzie, która i w Wielkopolsce była przewodnią, że leczenie szpitalne jest sprawą ubogich, nieodpowiada zaś nowoczesnej zasadzie, że szpital jest przede wszystkim zakładem leczniczym a nie zakładem dobroczynnym. Jeśli się do tego zważy, że obecnie ponoszenie kosztów leczenia tak jak i obowiązek wspierania ubogich nie opiera się więcej o prawo przynależności do gminy tylko o jednoroczne zamieszkanie, to musi się uznać odnośną zasadę galicyjską za przestarzałą i nieodpowiednią, a natomiast za głębsze i nadal racjonalne zasady musi się uznać przepisy pruskiej ustawy o miejscu zamieszkania pod względem wsparcia, która gminy obciąża jedynie $\frac{1}{3}$ częścią kosztów leczenia i wspierania osób chorych psychicznie, i chronicznie chorych, niedołącznych i nieuleczalnych, zaś $\frac{2}{3}$ części tych kosztów przerzuca na związki powiatowe, budowę zaś zakładów leczniczych i przytułków dla osób powyższych czyni obowiązkiem związków krajowych — obecnie wojewódzkich. Ustalanie ubóstwa pojęte we właściwej mierze, jest rzeczą miejscowych związków ubogich, które tworzą albo gminy pojedyncze, albo związki kilku gmin. System Wielkopolski i Śląska nie tworzy większych zaległości w kosztach leczenia niż w Galicji, szpitale zaś Śląska i Wielkopolski przy swym systemie ponoszenia kosztów leczenia ubogich są prowadzone niegorzej od galicyjskich szpitali prowincjonalnych, gdzie koszty te ponosił fundusz krajowy.

5) Wątpliwości wzbudza wreszcie i finansowa strona galicyjskiego syste-

mu szpitalnictwa. Praktyka wykazała, że oparcie finansowe szpitali prowincjonalnych o fundusze jednego Wydziału Krajowego było zachwiane, gdy zmalały fundusze samego Wydziału, był bowiem czas, że szpitale prowincjonalne, nie subwencjonowane przez Wydział Krajowy, nie były w stanie przyjmować więcej chorych. Objaw ten nie miał miejsca w innych dzielnicach Polski, gdzie związki samorządowe bezpośrednio utrzymywały szpitale, każdy bowiem związek był w stanie dopomóc swemu szpitalowi w czasach krytycznych i żaden z nich na zastój działalności nie był narażony.

Obfite subwencjonowanie szpitali prowincjonalnych przez Wydział Krajowy a conto zaległych kosztów leczenia ubogich mogło w poszczególnych wypadkach być powodem poświęcenia się dyrektorów szpitali, uwolnionych od szpitalnych trosk finansowych, sprawie podniesienia lecznictwa w tych szpitalach, lecz zarazem mimowoli wstrzymywało Wydział Krajowy od pośpiesznego mnożenia liczby szpitali prowincjonalnych, wątpliwe bowiem jest, czy Wydział Krajowy mógłby dwa razy większą liczbę szpitali publicznych tak obsłużyć, jak wspierał obecną ich liczbę, która w myśl nowych pojęć o szpitalnictwie nie była dostateczna.

Z powyższych powodów nie można było przyjąć galicyjskiego systemu szpitalnictwa za wzór dla ustawy o zakładach leczniczych, krytyczny zaś rozbiór zasad, przepisów i faktycznych stosunków wykazał, że pierwsze miejsce należy się szpitalnictwu b. dzielnicy pruskiej, drugie — ze względu na najwyższą w Polsce działalność narodowo - społeczną, tak ze względu na liczbę pierwszorzędných działaczy o wysokim zmyśle społecznym i ze względu na ofiarność społeczeństwa należy się Królestwu, a szpitalnictwu Galicji przypada dopiero trzecie miejsce, przyczem główną jego zaletą, którą można wykorzystać w przyszłości będzie doświadczenie w zakresie nadzoru nad szpitalnictwem, jakie zebrał Wydział Krajowy.

Ze względów poprzednio przedstawionych i z motywów poniżej podanych oparło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych rozporządzenie o zakładach leczniczych o następujące zasady przewodnie:

- 1) Przyjęło za zasadę wydanie jednolitej ustawy szpitalnej dla całego Państwa z wyjątkiem Śląska, który w tym względzie posiada autonomję.
- 2) Szpital uznano za zakład leczniczy, a nie dobroczynny, dostępny dla wszystkich warstw ludności, którym leczenie w domu nie wystarcza lub jest nieodpowiednie.

3) Leczenie szpitalne, wyposażone w najlepsze i najnowsze urządzenia i środki lecznicze winno być dostępne dla najszerzych warstw społeczeństwa, a wyborowa opieka lekarska w szpitalu ma być dostępna ludności na możliwie najdostępniejszych warunkach.

Dla tego celu winna być liczba szpitali równomiernie pomnożona w całym Państwie, braki zaś uzupełnione w przyspieszonym tempie.

4) Z uwagi na to, że ustawodawstwo południowych i zachodnich dzielnic, a obecnie i zasadnicza ustawa sanitarna nakłada na związki samorządowe obowiązek budowy szpitali i urządzeń dla zwalczania epidemji, przyjęło rozporządzenie o zakładach leczniczych tę zasadę, jako powszechną i nałożyło obowiązek budowy szpitali ogólnych i szpitali epidemicznych na powiatowe związki samorządowe i miasta wydzielone, zaś wzorem Wielkopolski nałożyło obowiązek budowy szpitali specjalnych, a zwłaszcza zakładów dla psychicznie chorych na przyszły samorząd wojewódzki, a w jego zastępstwie na dobrowolne powiatowe związki komunalne i miasta wydzielone

Przyjęcie powyższej zasady poparł fakt, że miasta i powiatowe związki samorządowe przejęły na obszarze b. zaboru rosyjskiego przekazane im szpitale, zarządzane dawnie przez Rady Dobroczynności Publicznej, ziemstwa lub założone przez Naczelną Nadzwyczajną Komisarjat dla zwalczania epidemji—dotychczas w liczbie 109 i prowadzą je nadal przy pomocy własnych funduszków, oświadczając gotowość ich dalszego prowadzenia, byle uporządkowano sprawę ich stanu prawnego, własności i funduszków, i zadecydowano zwłaszcza na kresach wschodnich o warunkach przejęcia szpitali zbudowanych lub odziedziczonych przez Państwo.

Poza tym faktem, przewyższającym energją i twórczością dotychczasową działalność na polu szpitalnictwa innych dzielnic, zbudowały powiaty lub miasta na obszarze Państwa w latach 1926 — 1927 — 14 nowych szpitali, a szereg powiatów i miast rozszerza, odnawia lub przebudowuje swe szpitale. Przewodzi w tym względzie województwo kieleckie, a nie pozostaje w tyle nawet ubogie województwo poleskie, w którym w tym roku powiaty budują 2 nowe szpitale i przebudowują jeden, zaś w roku przyszłym mają budować również 2 nowe szpitale. Województwo kieleckie zawiązało nawet Komitet Społeczny, działający w miejsce samorządu wojewódzkiego, który już wybudował zakład leczniczo - wychowawczy dla 400 dzieci chorych na jaglicę, a obecnie buduje pierwsze w Polsce sanatorium dla 350 dzieci gruźliczych w Rabsztynie, gdzie ma być równocześnie założona 7 klasowa szkoła powszechna i kolonie letnie dla 250 dzieci.

Daty te są dowodem, że powiaty i miasta wydzielone są w stanie zakładać i prowadzić szpitale, czego zresztą dowodzi także i b. zabór pruski, który

posiada 78 szpitali komunalnych i b. zabór rosyjski który utrzymuje i prowadzi 226 szpitali komunalnych.

5) Rozporządzenie o zakładach leczniczych pozostawia zbudowane przez związki komunalne szpitale własnością tychże związków, a nie przyjęło typu szpitali galicyjskich, tworzących wyodrębnione ze związków samorządowych osoby prawne. Zasady, stawianej w b. Galicji, że powiaty i miasta winny budować szpitale, a prowadzić je mają samorządy wojewódzkie również nie można podzielić, związek bowiem powiatowy lub miasto, które stać na to, aby ofiarować $\frac{1}{2}$ miliona złotych na budowę szpitala, stać będzie również i na prowadzenie szpitala, dobór odpowiedniego personelu i t. p.; niema zaś żadnego powodu, aby taki powiat lub miasto uważać za związek małoletni, potrzebujący opieki. Wystarczy odpowiednie ukształtowanie nadzoru ze strony wyższego związku samorządowego lub Państwa, a przede wszystkim i ponadto zapewnienie pomocy dla związków słabych finansowo.

Zasady wyrażone powyżej w p. 4 i 5, opracowane w r. 1925 przez obecnego Podsekretarza Stanu Dr. Jaroszyńskiego, uchwalili Związek Sejmików Powiatowych.

6) Rozporządzenie o zakładach leczniczych przyznało tem samem prawo publiczności wszystkim powszechnym szpitalom państwowym i samorządowym, które przez to uzyskują prawo do ściągania zaległości z tytułu kosztów leczenia w drodze egzekucji administracyjnej i którym rozporządzenie zapewnia wolność od podatków i opłat publicznych oraz prawo wyłączenia nieruchomości, potrzebnych dla założenia lub rozszerzenia szpitala.

7) Tak rozporządzenie o zakładach leczniczych, jak i projekt ustawy o opiece nad psychicznie chorymi podkreślają publiczno - prawne stanowisko dyrektorów szpitali, wyposażają je jak i działalność ordynatorów w odpowiednią do godności nauki lekarskiej samodzielność, wolną od mechanicznej kontroli administracyjnej i poddają działalność tych organów w zakresie lecznictwa tylko kontroli organów fachowych, działających np. w projekcie ustawy psychiatrycznej w razach odwołania od decyzji lekarzy kierujących komisjonalnie, przy pomocy innych biegłych.

Stałemu personelowi szpitali publicznych przyznaje tak rozporządzenie o zakładach leczniczych, jak i projekt ustawy psychiatrycznej ochronę prawną na równi z urzędnikami publicznymi.

Przyjmowanie służby prowizorycznej, jak i oddalenie jej w okresie służby próbnej oddało rozporządzenie dyrektorom szpitali.

Personel szpitali publicznych podlega przepisom uposażeniowym i emerytalnym na równi z funkcjonariuszami państwowymi lub komunalnymi, zależnie od tego, do kogo szpital należy, a ponadto przewidziało rozporządzenie obsadzenia posad dyrektorów i ordynatorów szpitali w drodze konkursu, celem

umożliwienia wyboru siłom najprzedniejszym, władzom zaś nadzorczym przyznało rozporządzenie prawo obsadzenia posady w inny sposób, (np. przez powtórne rozpisanie konkursu przy ofiarowaniu wyższych poborów), gdy pierwszy konkurs nie wydał rezultatu. Rozporządzenie o zakładach leczniczych przewidywało następnie możliwość przyznawania dyrektorom szpitali i lekarzom ordynującym różnych dodatków, uwzględniających szczególne właściwości pracy lekarskiej.

8) Państwo zachowało dla siebie tylko nadzór w zakresie policji sanitarnej, oddając w szpitalach komunalnych nadzór finansowo - gospodarczy wyższemu związkowi samorządowemu.

Wyrazem nadzoru państwowego jest zastrzeżone władzom rządowym prawo veto przeciw nominacji dyrektora szpitala niepaństwowego.

Prawo powyższe ma na celu jedynie nadzór nad przestrzeganiem przepisów, dotyczących obsadzania posad dyrektorów szpitali publicznych, którzy pracują nad zwalczaniem chorób, a zwłaszcza zakaźnych, w zleconym zakresie działania, w którym są czynni jako organa państwowe.

Poza tem obejmuje prawo nadzoru państwowego zatwierdzanie statutów szpitalnych, które każdy szpital i zakład leczniczy posiadać musi.

9) Rozporządzenie omawiane reguluje w końcu i stosunki prawne szpitali bez prawa publiczności, lecznic prywatnych i przychodni, obejmuje przeto wszystkie zakłady lecznicze, niewyluczając państwowych i instytucyj ubezpieczeń społecznych.

10) Rozporządzenie o zakładach leczniczych uwzględnia w zarządzie wszystkich szpitali publicznych współudział właściwych a interesowanych organów urzędowych, fachowych i czynnika obywatelskiego, albowiem przepisuje, że każdy szpital publiczny winien posiadać radę szpitalną, której skład przepisuje statut szpitala.

Rada szpitalna jest w szpitalach komunalnych organem opiniodawczym i kontrolnym i ma na celu poparcie usiłowań dyrektorów szpitali, dążących do postawienia szpitala na poziomie wymagań nowoczesnej nauki lekarskiej.

II.

Najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego.

Powyżej przedstawione główne zasady rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych uznała za odpowiednie Państwowa Rada Samorządowa, a ponadto uznała je za trafne i odpowiednie dla stosunków Rzeczypospolitej Związek powiatów samorządowych, na które obok miast wydzielonych rozporządzenie największe i podstawowe nałożyło obowiązki.

Obecnie od 26 czerwca b. r. rozporządzenie o zakładach leczniczych z wyjątkami przewidzianymi w samem rozporządzeniu weszło w życie i obowiązuje

z wyjątkiem przepisów uzależnionych od wydania rozporządzenia wykonawczego lub rozporządzeń specjalnych np. dla państwowych szpitali bez prawa publiczności lub szpitali instytucji ubezpieczeń społecznych. Do czasu wydania tych rozporządzeń dotyczące sprawy załatwione być muszą siłą rzeczy w sposób dotychczas obowiązujący.

Praca nad rozporządzeniem wykonawczem do rozporządzenia o zakładach leczniczych jest już rozpoczęta i będzie przeprowadzona w pośpiesznym tempie.

Równocześnie przygotowuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych projekt uzupełniającej omawiane rozporządzenie ustawy o ponoszeniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych.

Z zagadnień, połączonych z rozporządzeniem o zakładach leczniczych, które rozporządzenie to mają dalej rozbudować lub ułatwić jego wykonanie, wyszczególnić należy następujące:

1) Departament Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych opracował już projekt statutu wzorowego dla szpitali publicznych, a ponadto opracował schemat instrukcji służbowej dla personelu szpitalnego i schemat regulaminu porządku wewnętrznego, które są obecnie przesłane znawcom do opinii.

Ponadto opracował Departament Służby Zdrowia przy współudziale wojewodów projekt sieci szpitalnej dla całego Państwa.

2) W zakresie przepisów budowlanych dla szpitali publicznych będą wydane przez Ministra Robót Publicznych w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami na podstawie art. 320 rozporządzenia z dn. 16 lutego 1928 r. o prawie budowlanem i zabudowie osiedli (Dz. U. Nr. 23, poz. 202) specjalne przepisy o zasadach budowaniu szpitali, a na podstawie art. 330 tegoż rozporządzenia przepisy Ministra Spraw Wewnętrznych, które będą wydane w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami o wymogach sanitarnych przy budowie szpitali i innych zakładów leczniczych.

Z ramienia Departamentu Służby Zdrowia wydane zostały już w roku bieżącym drukiem przepisy dla budowy zakładów psychiatrycznych, opracowane przez Dr. Witolda Łuniewskiego, dyrektora państwowego zakładu psychiatrycznego w Tworkach i radcę ministerjalnego inż. arch. Felicjana Rakiewicza.

3) Przy opracowaniu projektu ustawy o ponoszeniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych uwzględni Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych szczególnie sprawę pomnożenia finansów komunalnych na cele zdrowia publicznego. Z powodu braku pełnomocnictw w tej sprawie nie można jej było załatwić już przy rozporządzeniu o zakładach leczniczych.

Podnieść należy, że Ministerstwo Skarbu uznaje potrzebę powyżej przedstawioną, albowiem już w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 marca 1928 r. (Dz. U. Nr. 36) o częściowej zmianie rozporządzenia o tymczasowym uregulowaniu finansów komunalnych przyznane zostało związkom powiatowym prawo pociągania miast niewydzielonych z powiatu do współudziału ponoszenia kosztów przy budowie zakładów użyteczności publicznej.

Ponadto zgodziło się Ministerstwo Skarbu na przyjęcie przez Państwo w projekcie ustawy psychiatrycznej obowiązku pokrywania części kosztów budowy zakładów psychiatrycznych w miarę kwot na ten cel wstawionych do budżetu — a w projektach ustaw o podwyższeniu podatku gruntowego i o wprowadzenie podatku od domów mieszkalnych w gminach wiejskich i osadach przewidywało Ministerstwo Skarbu znaczne podwyższenie finansów komunalnych, z którego część miała być poświęcona na cele zdrowotne.

O ileby ustawy powyższe nie przeszły, wystąpi Departament Służby Zdrowia do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z własnymi wnioskami o pomnożenie finansów komunalnych na cele zdrowotne, które dla uporządkowania sprawy szpitalnictwa w Polsce są niezbędne i pilne.

Tu wspomnieć należy, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zgodziło się w projekcie ustawy psychiatrycznej na ponoszenie przez Kasy Chorych pełnych taks leczenia za chorych psychicznie, a przy reformie ustawy o Kasach Chorych zrzeknie się wogóle przywileju umieszczania członków Kas Chorych za połowę taksy w szpitalach publicznych.

Pomnożenie finansów komunalnych na cele zdrowotne będzie połączone z obowiązkiem wyższych związków samorządowych do subwencjonowania takichże związków niższych, słabych finansowo.

4) Przy wyborze systemu pokrywania kosztów leczenia, główną zasadą będzie walka z zaległościami w tej dziedzinie i umożliwienie szpitalom rychłego otrzymania należnych im kosztów leczenia. Ponieważ projekt ustawy psychiatrycznej, a za nim także i projekt ustawy o pokrywaniu kosztów leczenia, oparte będą o zasadę, że koszty leczenia chorób długotrwałych i posiadających charakter społeczny/za ubogich ponosić będą wyższe związki samorządowe, które w zleconym zakresie działania będą władzami egzekucyjnymi, przeto interesy szpitali będą w tym względzie przez oparcie o zamożniejsze i w dobowy personel zaopatrzone wyższe związki samorządowe dostatecznie zabezpieczone.

5) Celem zrealizowania zasady, aby każdy powiat posiadał szpital ogólny, potrzeba w Polsce jeszcze do 100 takich szpitali i kilkadziesiąt szpitali ogólnych i epidemicznych w większych miastach. Do 100 szpitali, sanatorjów i innych lecznic mogłyby jeszcze założyć stow. i związki społeczne, a dla prywat-

nych zakł. lecz. otwarte jest jeszcze obszerne pole działania w kierunku uzupełnienia w gałęziach specjalnych działalności publicznych szpitali ogólnych.

Ponadto niezbędną jest bezzwłoczne założenie 5 zakładów psychiatrycznych, z których jeden obsługiwałby województwa: wileńskie, nowogródzkie i białostockie, drugi — województwa poleskie i wołyńskie, trzeci — województwo lubelskie i wschodnią Małopolskę, czwarty — województwo warszawskie, a piąty województwo kieleckie.

Stolica, uznając braki w sprawie omawianej, samodzielnie podjęła w tym roku budowę własnego, dużego zakładu psychiatrycznego (800 — 1000 łóżek).

Do tej brakującej liczby szpitali potrzeba szeregu dyrektorów szpitali i ordynujących lekarzy, a szczególnie lekarzy psychiatrów, których liczba jest dotąd niewystarczająca.

Ze sprawą obsadzania posad dyrektorów szpitali i ordynatorów, łączy się kwestja konkursów naukowych lub egzaminów w rodzaju fizykatów szpitalnych. Sprawę naukowych egzaminów konkursowych popiera szczególnie stolica, a ze strony wydziałów lekarskich podnoszą się głosy za obowiązkiem składania przez kandydatów na lekarzy szpitalnych egzaminów praktycznych przed komisjami ustanowionymi w miastach uniwersyteckich, na wzór egzaminów we Francji wprowadzonych.

Rozporządzenie o zakładach leczniczych, mając na uwadze, że znajomość przepisów sanitarno - administracyjnych jest w całej pełni, potrzebna dopiero dyrektorom szpitali i ich zastępcom, której mogą nabyć w czasie wykonywania zawodu, oraz, że od lekarzy ordynujących wymagana jest przede wszystkim praktyka lecznicza, której rozporządzenie wymaga, nie wprowadziło od siebie przymusu egzaminacyjnego, zostawiając jednak poszczególnym statutom swobodę wprowadzenia odnośnych przepisów a Ministerstwu Spraw Wewnętrznych na wniosek Departamentu Służby Zdrowia możność uregulowania tej sprawy rozporządzeniem, jeśli praktyka życiowa będzie tego wymagała.

6) Łącznie ze sprawą wyrobienia zastępu lekarzy szpitalnych a zwłaszcza dyrektorów, pilnym wymogiem jest przygotowanie szeregu zawodowych sił pomocniczych dla szpitali, a więc dozorców sanitarnych, pielęgniarzy, pielęgniarek, akuszerki i t. d. Sprawa ta jest przedmiotem troskliwych starań ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, czego dowodem szkoła wyższych pielęgniarek, której własny budynek od jesieni będzie już oddany do użytku.

Sprawa kształcenia zawodowych sił pomocniczych dla szpitali ma rozległe wzory praktyczne i ustawowe oraz naukowe w Niemczech, gdzie sprawa ta wysokie posiada wykończenie. W sprawie omawianej pożądaną jest współdziałanie samorządów i związków społecznych oraz inicjatywy prywatnej.

7) Łącznie ze sprawą personelu zawodowego w szpitalach publicznych

Departament Służby Zdrowia przedstawi Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, potrzebę wprowadzenia do projektu ustawy o prawach i obowiązkach pracowników komunalnych przepisów, umożliwiających unormowanie osobnymi statutami takichże praw i obowiązków pracowników szpitalnych z uwzględnieniem szczególnych właściwości tej gałęzi służby publicznej. W sprawie tej należałoby dla zawodowych pracowników szpitalnych przewidzieć możliwość stabilizacji, a dla stałych pracowników przyznać charakter publiczno - prawny, zgodnie z publicznym charakterem szpitala, jako ważnego zakładu administracji publicznej. Publiczno - prawny charakter zawodowego pracownika szpitalnego nadaje mu uprawnienie urzędnika publicznego, a więc i możliwość stabilizacji, nieusuwalność dowolną, lecz tylko w wypadkach prawem przewidzianych, a wreszcie zaopatrzenie emerytalne i możliwość dochodzenia pretensji, wynikających ze stosunku służbowego w drodze instancji administracyjnych, a nie w drodze sądowej.

Ważną zasadą, gwarantującą dobór sił odpowiednich i przywiązanie do zakładu, jest podział pracowników szpitalnych na takich, którzy muszą mieszkać w zakładzie i takich, którzy mogą mieszkać poza zakładem. Pierwsi pracownicy powinni otrzymywać mieszkanie i ewentualnie opał i światło za darmo lub tylko za dodatek kwaterowy.

8) Rozporządzenie o zakładach leczniczych liczyło się także z ważną sprawą dostarczania lekarzom specjalistom podstawy do osiadania przy szpitalach prowincjonalnych i w tym celu wprowadziło w art. 29 przepis, że szpitale mogą na I klasie za specjalne zabiegi lecznicze pobierać odpowiednio do wymagań pacjentów specjalne opłaty, które po strąceniu kosztów szpitala mogą być przeznaczone na rzecz lekarzy i personelu, którzy zabiegów dokonali.

Rozciągnięcie tego przepisu jak w Wielkopolsce i na II klasę szpitalną może być z czasem dopiero przeprowadzone, obecnie bowiem należy przede wszystkim zabezpieczyć i rozwinąć opiekę szpitalną dla pacjentów III klasy, a co do klasy II-iej uwzględnić przede wszystkim potrzeby licznych warstw urzędniczych, które z klasy tej przeważnie korzystają, a następnie dopiero rozważyć, jakie są lokalne postulaty obywatelstwa, które pragnie korzystać ze szpitala i odpowiednio do tego rozwinąć przepisy, które obecnie tylko dla I klasy zostały wydane.

Ze sfer lekarsko - szpitalnych Wielkopolski, podnoszą się głosy krytyczne przeciw art. 10 rozporządzenia o zakładach leczniczych, który liczbę łóżek klas wyższych w szpitalu ogranicza do 25% ogólnej liczby łóżek, głosy te jednak liczyć się muszą z potrzebą utrzymywania separarek i dla pacjentów III klasy, a następnie z prądami w tej dziedzinie zagranicą, gdzie wogóle acz nie-słusznie jest zwalczany podział na klasy w szpitalach publicznych i gdzie jak

np. w Austrii liczba łóżek klas wyższych ograniczona została do 10% ogólnej liczby łóżek w szpitalach publicznych.

9) Sprawność funkcjonowania szpitali publicznych wymaga także unormowania osobnymi przepisami sposobu prowadzenia urzędowania administracyjnego, sposobu prowadzenia kasowości i rachunkowości, opracowywania sprawozdań i statystyki ruchu chorych, co odnośnie do szpitali komunalnych może być jednostajnie urządzone przez wytyczne, podane przez związki nadzorcze w oparciu o przepisy, jakie już w tych sprawach dla samorządu zostały wydane. Szpitale państwowe stosować się będą do odnośnych przepisów państwowych.

W podanych kierunkach będzie rozporządzenie o zakładach leczniczych rozwijane i uzupełniane. Nie jest to jednak wszystko, co danej dziedziny dotyczy. Zagranicą bowiem, a szczególnie w Niemczech rozwój szpitalnictwa postępuje ustawicznie, a opiera się o związki szpitalne i coraz to nowe przepisy oraz dalsze zdobycze nauki i kształtowanie się opieki społecznej, które ustawicznie śledzić należy, aby nie popaść w zastój lub jednostronność i aby świadomie prowadzić rozwój własnego szpitalnictwa odpowiednio do swoich potrzeb i zasobów materialnych a także i moralnych. W szczególności wspomnieć wypada z tych nowych kierunków rozwoju zagranicznego szpitalnictwa, że nowa ustawa o obowiązku opieki społecznej w Niemczech, wydana w r. 1924 przyjmuje za zasadę, że osobę, która popadła w ubóstwo nietylko należy wesprzeć odpowiednio, ale także doprowadzić do odbudowy jej samodzielności gospodarczej, a jeśli do tego celu prowadzić ma leczenie szpitalne należy je wziąć w rachubę w odpowiedniej mierze.

Ustawa szpitalna w Austrii, wydana w r. 1920, przepisuje, że o stosowaniu środków leczenia względem chorego decyduje wyłącznie rodzaj choroby, oraz, że bezpłatne leczenie ubogich ma być przeprowadzone tylko na III klasie. Liczba łóżek klas wyższych w szpitalach publicznych nie może przewyższać 10% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Koszty budowy i rozbudowy szpitali publicznych ponosi w 3/8 częściach Państwo, w 3/8 częściach kraj, a tylko w 2/8 częściach okręg szpitalny, a więc powiat lub miasto.

W Düsseldorfie i Kolonii zgodziły się zarządy tych miast dopuścić w porozumieniu z Ministerstwem Oświaty do praktyki w szpitalach miejskich kończących studentów medycyny i ukończonych lekarzy, przyzem praktyka ta otrzymuje urzędowe uznanie. W zamian za to przyznano szpitalom odnośnym miano szpitali akademickich. Zatwardziali samorządowcy zwalczają ten system ze względu na obciążenie samorządu nowym nadzorem ze strony Ministerstwa Oświaty.

W Niemczech powstał po wojnie państwowy Związek powszechnych zakładów leczniczych i opiekuńczych. Siedziba tego związku jest w Berlinie, a należą do niego wszystkie związki tego rodzaju, jak potężny związek „Kartitas”, związki wyznaniowe chrześcijańskie, żydowskie i świeckie. Zarząd tego związku urządza zjazdy, opracowuje w komisjach wszystkie *zagadnienia dotyczące szpitalnictwa i opieki społecznej*. Związek ten utrzymuje stosunki współpracy z Niemieckim Związkiem Miast. Ponadto powstał w Niemczech Wydział opiniodawczy dla spraw szpitalnictwa (Gutachterausschuss für das gesamte Krankenhauswesen). Wydział ten ma siedzibę w Düsseldorfie w tamtejszym miejskim szpitalu akademickim, gdzie udzielane bywają wywiady ogólne, a dla opinii prawnych posiada filję w Lipsku.

Wydział ten połączył się z Wydziałem dla norm prawnych przemysłu niemieckiego (Normungsausschuss der deutschen Industrie) i utrzymuje fachowy Wydział dla norm prawnych szpitalnictwa i zakładów leczniczych, zwany „Fanok”. W Wydziale tym utrzymuje się także składnicę dla badania i zbierania danych, dotyczących stosunków zakładów leczniczych w innych krajach.

W Niemczech panuje ogólne przeświadczenie, że instytucje opieki społecznej a zwłaszcza Kasy Chorych nie powinny budować własnych szpitali, lecz że raczej powinny korzystać ze szpitali publicznych, które im powszechnie przyznają pewne ulgi w opłatach szpitalnych, Kasy Chorych natomiast ograniczają swe świadczenia względem członków, które następnie przejmują inne związki publiczne. Osobne stanowisko zajmują szpitale Bractw górniczych i szpitale fabryczne, które ograniczone do swych członków, dążą do udzielenia im pomocy odpowiednio do potrzeb zakładów, które szpitale te utrzymują.

Odrębne dążenia idą w kierunku zapewnienia przez centralne miejsca zakupu po najniższej cenie dostaw dla szpitali w każdym kierunku.

W końcu zaznaczyć należy pogląd fachowców niemieckich, którzy nie uznają za najlepsze dużych szpitali, tylko mniejsze o 50 — 150 łóżkach, którym pod względem gospodarczym można najłatwiej zarządzać. Obok szpitali rozwijają się w Niemczech coraz to więcej sanatoria dla rekonwalescentów, zakładane poza miastami, na prowincji.

Źródła.

- 1) Medycyna w samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby. Praca zbiorowa lekarzy warszawskich. Warszawa, Wende i S-ka 1906.

- 2) Sprawozdania Tymczasowego Wydziału Krajowego we Lwowie z lat 1923, 1924, 1925.
 - 3) Wykaz szpitali i zakładów leczniczych w Polsce, opracował inż. Felicjan Rakiewicz. 1928 r.
 - 4) Handbuch der Socialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von A. Gottstein, A. Schlossman, L. Teleky. 6 Band. Berlin Verlag von J. Springer. 1927.
 - 5) Handwörterbuch der socialen Hygiene. Dr. A. Grothjan und prof. J. Kaup. Band I, A — K. Leipzig. Verlag von F. C. Vogel. 1912.
 - 6) Dr. Lindeman. Die deutsche Städteverwaltung, Volkshygiene, Städtebau, Wohnungswesen. II Auflage. Stuttgart. 1906. Verlag von I. H. W. Dietz Nachfolger.
 - 7) Taschenbuch für den Krankenanstaltsbetrieb. III Ausgabe. B. Zeidler. Leipzig 1914. Verlag der Zeitschrift für das Krankenhauswesen. F. Leineweber.
-

Polskie prawodawstwo sanitarne w stosunku do samorządu.

Referat, wygłoszony na I konferencji sanitarnej lekarzy ziemskich.

Początki ustawodawstwa sanitarnego w Europie spotykamy w wieku XII w postaci edyktów pojedynczych monarchów; — dotyczą one przeważnie kontroli nad żywnością i sprzedażą leków, oraz zwalczania rozpowszechnionego fałszowania wina. Całokształtem spraw sanitarnych państwo podówczas się nie interesowało, oddając całkowicie sprawy ustroju sanitarnego samorządom gminnym — miejskim.

Zarówno w zakresie kontroli żywności i leków, jak w sprawach zwalczania chorób zakaźnych i wreszcie organizacji służby zdrowia przodują w tych czasach Włochy. Pierwszy edykt Króla Sycylii Rogera jest wydany już w 1140 roku; Wenecja w 1348 r. tworzy pierwszą stację kwarantannową, oraz służbę sanitarną. Sycylja w początkach XVI wieku organizuje we wszystkich miastach służbę zdrowia z protomedykem na czele.

W Niemczech w tym czasie Sejm Rzeszy zaprowadza we wszystkich miastach cesarskich płatnych fizyków miejskich, jednak działalność ich w kierunku sanitarnym jest naogół bardzo nieznaczna, dopiero w końcu XVII wieku po wojnie trzydziestoletniej, Niemcy organizują prawidłową centralną władzę państwa.

W Polsce w wieku XVI zaznacza się pewna energja władz państwowych polskich w kierunku sanitarnym; w roku 1519 Król Zygmunt I w prawach ormian lwowskich wydaje przepisy „O niedoskonałych lekarzach”:

„Częstokroć się to przytrafia, że fizycy którzy przyrodzonymi rzeczami bawią, zwykli ludziom dawać lekarstwa, zatem idzie, że albo nie z umiejętności nauki, albo z nieopatrzności złego rozsądku przez danie lekarstwa, zabijają ludzi, albo z nienawiści, albo z nieumiejętności złe dają lekarstwa człowiekowi, albo też doktor posyła nieumiejętnego towarzysza do swego pacjenta chorego, albo też jakiego nieuka, a z tych wyżej wzmiankowanych sposobów człowiek by umarł, tedy głowa ma być zapłacona wedle prawa pisanego i takowy medyk i jego dyscypuł, albo towarzyszy winien jest karanie zapłacenia głowy.

A gdyby chory pacjent nie chciałby usłuchać rady i rządu swego lekarza i umarłby, tedy lekarz w takowym przypadku będzie niewinnym".

Konstytucja Sejmowa z 1523 r. wydaje przepisy o rewizji aptek, zaś dekret Króla Władysława IV z 1640 r. wprowadza stałą rewizję aptek. Dalej poszczególne edykty królów Kazimierza Jagiellończyka z r. 1461, zezwalający na urządzenie wodociągów w Krośnie, Króla Olbrachta z 1498 r. — na urządzenie wodociągów w Płocku, edykty Króla Władysława IV z r. 1654, Jana Kazimierza z r. 1649, Jana III z r. 1681 o dobroci mięsa w Poznaniu — dotyczą jednak wyłącznie spraw gospodarki miejskiej i w zakresie tym, a nie ogólnie państwowym są rozstrzygane.

W roku 1640 Władysław IV, zaprowadza stałą rewizję aptek we Lwowie. Dekret Królewski stwierdza na wstępie, że aptekarze lwowscy, o ile żądanych przez kupującego leków nie mają, sprzedają zamiast nich inne, oraz że preparują lekarstwa antidota i praeservativas ze środków starych i zwietrzanych, i poleca doktorom lwowskim wybrać z grona swego kolegów którzyby te apteki rewidowali. Inne zarządzenie tego króla z r. 1645 zmierza ku usunięciu fuszerki lekarskiej w Poznaniu; wkłada król obowiązek na miejscowe Collegium Medicorum sprawdzania kwalifikacji osób chcących zająć stanowisko lekarza chirurga, lub aptekarza. Osoby, które warunkowi temu uchybiły ulegną karze tysiąca złotych.

O troskliwości Sejmu o zdrowie publiczne świadczy wysłanie w wieku XVII komisarzy dla zbadania stanu aptek m. Krakowa. Komisarze ci wydali zarządzenia, aby apteki otwierane były jedynie na mocy zezwolenia Wydz. Lekarskiego Akademii Krakowskiej, zaś leki jedynie za podpisem jednego z doktorów: „Iż wielkie i zdrowiu ludzkiemu bardzo szkodliwe melki często-kroć w aptekach podawać się zwykły, gdy ludzie nieumiejętni et mala fidei do kompozycji i szafunku lekarstw przystępują. Pharmaco purgujące i inne wszelkie deleteria, nawet bez wyraźnej preskrypcji Doktorów Medyków „promissione" sprzedają. Aromata i materje wszelkie podłe i zwietrzałe dają, jedno za drugie kładą i w koszty niesłuszne przedawaniem ludzi prowadzą"; Sejm z r. 1675 uchwała ustawę ogólną o sprzedaży wina, tworząc Urząd Kontrolerów t. zw. „atendentów". Do zarządzeń państwowych zaliczyć należy t. zw. artykuły „sądów marszałkowskich" oraz dekrety „sądów nadwornych" w wieku XVII zawierające przepisy obowiązujące dla piekarń, szynkarzy, piwowarów i rybaków w Warszawie i karzące przekroczenia zamknięciem w klatce żelaznej, na rynku umieszczonej, a po wypuszczeniu — publiczną chłostą bez względu na płeć.

W zakresie zwalczania epidemji spotykamy się z akcją państwową w końcu XVIII wieku, gdy marszałek koronny Ks. Lubomirski zwołuje w Warszawie naradę nad sposobami zwalczania zarazy, która szła z miasta Żółkwi.

Utworzono wtedy komisję wojskową, która rozciągnęła kordon wojskowy i wszystkich wjeżdżających poddawano rewizji, kwarantannie i kontroli lekarskiej, nieposłusznych karano śmiercią i w tym celu na drogach przygotowano szubienice.

Z danych powyższych widać, że akcja państwowa w zakresie sanitarnym naogół w całej Europie, poczynszyszy od wieku XII aż do końca XVII wieku nie obejmowała całokształtu spraw zdrowia publicznego, ograniczając się do spraw: nadzoru nad żywnością, kontrolą aptek, zwalczania partactwa lekarskiego i to najczęściej jedynie względem miast większych, oraz dorywczych rozporządzeń o zwalczaniu epidemji, aczkolwiek epidemie te gnębiły bezustannie ludność miast ówczesnych. Stan taki stanie się zrozumiałym, gdy uprzytomnimy sobie, że wiek XVI i XVII stanowią schyłek feudalizmu, opartego na uprzywilejowaniu interesów rycerstwa i upodrządnieniu miast, oraz obszarów dworskich z panującym w nich „prawem dworskiem”. Rycerstwo, oraz duchowieństwo stanowiło odosobnioną grupę społeczną, nie liczącą się najzupełniej z interesami całej ludności, zamieszkującej wieś i miasta. To też sprawy sanitarne, jako zagadnienie zdrowia mas, nie były nigdy przedmiotem zainteresowania państwa, zaś nadmierny rozwój innych interesów rozluźniał wszędzie węzły państwa i tamował swobodniejszy jego rozwój. Średniowieczne instytucje prowadzą wśród odmiennych niż gdzieindziej okoliczności Francję i jej stare rządy do upadku nad brzeg przepaści, w objęcia wielkiej rewolucji. W Niemczech siła odśrodkowa tak się wzmogła, że cesarstwo rozpadło się na kilkadziesiąt terytoriów; Włochy stały się tylko nazwą geograficzną, pod którą krył się szereg drobnych rozbitych formacji politycznych. Feudalizm na zachodzie i w środkowej Europie podkopał jedność budowli politycznej, sprowadziwszy zasady prawa publicznego na poziom prawa prywatnego. Na tym tle staje się zrozumiałym powolny rozkład Państwa Polskiego, aczkolwiek bardzo różniących się od tego procesu w innych państwach Europy. Gdy we Włoszech miasta, a więc mieszczaństwo nadawało państwu kierunek rozwojowy (dzięki temu Włochy przodowały w ustawodawstwie sanitarnem — Wenecja, Genua, Florencja, Piza i t. p.); w Anglii — wielka szlachta, w Niemczech — arystokracja książęca, w Hiszpanji — kler, to w Polsce panuje szlachta, związana w gminę (communitas) szlachecką, posiadającą bardzo rozległe uprawnienia, łącznie z obieraniem króla i uchwalaniem pospolitego ruszenia, podatków skarbowych, wojskowych i udziałem w sądownictwie.

Wszelkie postanowienia wymagają jednomyślności i mają na celu zachowanie, doprowadzonej do absurdu zasady obrony przywilejów jednego stanu. W tych warunkach nadanie państwu jednolitego kierunku rozwojowego stawało się niemożliwością. Zresztą na przeszkodzie stały różnice historyczne, plemienne, językowe i religijne np. pomiędzy Koroną a Wielkim Księstwem. Ko-

roną a Rusią i Litwą, jak też i cywilizacyjne np. pomiędzy Koroną i Prusami. Stanie się też zrozumiałem, że wydanie w tych warunkach, jakichś ogólnych ustaw w zakresie sanitarnym było niesłychanie trudnym zadaniem, bowiem gmina szlachecka, a za nią Sejm walny w tym względzie najmniej może były zainteresowane. Pozostawione właściwie bez ogólnego kierunku i opieki ze strony Państwa — miasta polskie w okresie średniowiecza rządziły się pod względem sanitarnym prawami własnymi i ujawniały jednak żywą działalność nie ustępując zupełnie pod tym względem współczesnym Niemcom.

Józef Szujski pisze o Krakowie: „Miasto nasze w porównaniu z zagranicznymi okazuje wcześniej dążenie do porządku w brukach, studniach, a nawet wodociągach, wcześniej od Berna szwajcarskiego, Ratyzbony, Spiry, Augsburga i Bazylei, które dopiero w XV brukują się wieku, spółcześnie z Norymbergą, Monachjum, Frankfurtem, Hanowerem i Wrocławiem, Kraków ma już w 1362 r. brukarzy, wodociągi spotykamy pod rokiem 1399”.

Najstarsza wiadomość o wodociągach w Polsce pochodzi z r. 1282 i dotyczy m. Poznania; edykt Kazimierza IV Jagiellończyka z r. 1461 zezwala na urządzenie wodociągów w m. Krośnie, edykt Jana Olbrachta z r. 1498 na urządzenie wodociągów w m. Płocku.

W zakresie zwalczania epidemji spotykamy w Warszawie już w roku 1624, Urząd t. zw. „Burmistrza powietrznego”, który miał zwalczać panującą zarazę morową, oraz prowadzić statystykę śmiertelności. Mieszkańcy miasta płacili na pokrycie wydatków związanych ze zwalczaniem zarazy, podatek t. zw. „Szos miejski powietrzny”.

W tym czasie Toruń ogłasza t. zw. „Pest - ordnung” zaś Gdańsk tworzy kwarantannę w celu walki z zarazą morową (1630 r.).

Wiadomości o pierwszych fizykach miejskich pochodzą z połowy XV wieku i dotyczą Poznania i Lwowa. W Krakowie i innych miastach, władze miejskie powoływały ze swego grona 2 rajców, obieranych corocznie do przestrzegania i dozorowania czystości w mieście. Rajcowie ci obowiązani byli do składania radzie miejskiej sprawozdań.

Uchwały radzieckie zwane „wilkierzami” dotyczą poszczególnych działów policji lekarskiej, lub też obejmują całość tych spraw. Największym z nich jest t. zw. „wielki wilkierz” krakowski z r. 1468, obejmujący w 76 artykułach rozporządzenia w sprawach zabezpieczenia zdrowia i bezpieczeństwa ludności miasta.

XVIII stulecie zaznacza się reformą medycyny i higieny publicznej, opartą już na podstawach naukowych.

Pojęcie „policji lekarskiej” wprowadza Piotr Frank w swoim znakomitem dziele „System einer vollständigen medicinischen Polizei” wydanem w roku 1779. — W tym mniej więcej czasie Prusy, a potem i inne państwa niemieckie

tworzą centralne władze sanitarne, pod nazwą „Ober - Collegium medicum et sanitatis“, oraz także kolegia w ośrodkach prowincjonalnych. (Między innymi istniały w tym czasie pruskie Collegia prowincjonalne w Warszawie, Poznaniu, Kaliszu, Płocku, Białymstoku, Gdańsku i Królewcu.

Polska w wieku XVIII, a zwłaszcza za panowania Stanisława Augusta dostarcza dowody swego dążenia do polepszenia i udoskonalenia aparatu Państwowego służby zdrowia, jednak wysiłki te przeważnie nie wydają owoców wobec ogólnego rozstroju organizmu państwowego.

A więc pierwszy Mizler de Coloff, doktor medycyny i filozofji, konsyljarz dworu, wyjednał u Króla Augusta III przywilej na założenie Collegii Medici varsoviensis w r. 1752. Ciało to miało mieć charakter administracyjno - naukowy, ześrodkowujący czynności teraźniejszych towarzystw lekarskich oraz urzędów lekarskich.

Przywilej wymagał potwierdzenia Stanów Rzplitej, to jednak okazało się niemożliwym, gdyż 5 Sejmów z rzędu zostało zerwanych, albo rozeszło się bez żadnych uchwał. — Po projekcie Mizlera ukazał się około 1768 r. również nieurzeczywistniony projekt założenia Collegium Medicum. Autor projektu doktor Wilhelm Ritsch, pragnął przedewszystkiem stworzyć szkołę lekarzy i chirurgów. Projekt to był bardzo chwalebny, bowiem w owym czasie wobec braku lekarzy panoszyli się w całym kraju szarlatani. Wreszcie pewnym powodzeniem uwieńczony został projekt doktora Jana Herenschwanda, bowiem Sejm z r. 1768 uchwalił założenie Akademji Lekarskiej, asygnując na ten cel 400.000 zł. rocznie. Jednak i tym razem projekt nie doczekał się urzeczywistnienia.

Konstytucja z r. 1775 wyznaczyła dwie Komisje nad szpitalami — Koronną i Litewską. — Komisje te miały wyznaczyć Collegia doktorów dla nadzoru nad praktyką lekarską i sprzedażą leków. Jednak Sejm z r. 1780 zniósł owe Komisje szpitalne.

Komisja „Dobrego porządku“ (Boni ordinis) otrzymała w 1777 r. bezimienny projekt organizacji służby zdrowia w Polsce. Projekt ten po ocenie specjalnej komisji lekarskiej i departamentu policji, był złożony Radzie Nieustającej p. t. „Projekt do ustanowienia porządku dla sprawujących profesję lekarską w m. Warszawie“.

Projekt ten obejmuje całość zarządzeń, zmierzających do uporządkowania praktyki lekarskiej, dentystycznej, akuszerskiej, spraw rewizji aptek, sprzedaży leków, nadzoru nad szpitalami i medycyny sądowej, oraz zaleca utworzenie przy Departamencie Policji, Komisji Doktorów z protomedykiem na czele.

W projekcie tym czytamy: „Miasto Warszawa, rezydencja J. K. Mości, w której znaczna część najznakomitszych obywatelów zawsze przemieszkiwa, podpada wszystkim chorobom i zarazom, które w wielkich, a ludnych miastach

panować zwykły, a niema tak skutecznych ratunków, jakich wszystkie prawie rządnych państw stołeczne miasta doznają; a dalej — „sześćdziesiąt tysięcy mieszkańców wystawieni są na tak wielkie niebezpieczeństwa, a nie jeden tyśiąc co rok w tym mieście i okolicach jego, szczególnie od szarlatanów ginie”.

Projekt ten oraz projekty Badorskiego o: Wydziale lekarskim, egzaminacji i aptekach, też w życie nie weszły.

Artykuły marszałkowskie z 27 lipca 1784 r. wydane przez Marszałka Gurowskiego — zawierają znów przepisy obowiązujące lekarzy, felczerów, cyrulików i apteki w m. Warszawie — zostały również wstrzymane.

Wreszcie ostatni przejaw troski państwa o zdrowie publiczne, to ustawa majowa z r. 1791, która powierzyła Komisji Policji, „doglądanie tego wszystkiego, co należy do zachowania i pewności zdrowia ludzkiego” a przeto ułożenia i zachowania porządku względem lekarzy i lekarstw, chirurgów, cyrulików, aptekarzy, aptek i sztuki babienia, a to znosząc się z Komisją Edukacyjną”.

Komisja Policji zażądała raportów o stanie zdrowotnym kraju; w raporcie intendenta Wydziału Sandomierskiego czytamy: „Choroby żadne w tym kraju nie panują teraz. Nieochędństwo zwyczajne po miastach polskich, trzeba aby już wzięło koniec. Kanały niepowyprowadzane, wszędzie fetory, a osobliwie między żydowstwem, ścierwa których pospolicie nie grzebią, ale wyrzucają na ulicę, na drogi, zarażają powietrze często, aż do chorób. Łaźniów nigdzie niema, tak potrzebnych dla ochędństwa, a zatem i zdrowia”. Ostateczny upadek państwa nie pozwolił Komisji Policji doprowadzić swego dzieła do końca; jednak cały szereg projektów, a nawet praw uchwalonych, jak np. prawo „O Komisjach nad szpitalami w Koronie i W. Ks. Litewskim” z r. 1775 świadczą o dobrym i gruntownym zaczątku organizacji służby zdrowia.

Niezapominajmy, że Prusy dopiero w początkach XIX stulecia utworzyły nowoczesną służbę zdrowia z centralnym organem w postaci Sekcji Lekarskiej przy Ministerjum Spraw Wewnętrznych, zaś Francja dopiero w roku 1822 utworzyła centralny organ w postaci Naczelnej Rady Zdrowia (Conseil superieur de santé).

Na początku XIX stulecia Polska pozbawiona już niepodległości, miała jednak możność dalszego rozwoju niektórych idei, poczętych w końcu XVIII wieku, dzięki utworzeniu przez Napoleona, Księstwa Warszawskiego oraz Rządu tego Księstwa p. n. „Komisji Rządzącej” złożonej wyłącznie z zasłużonych patriotów.

W roku 1807 „Komisja Rządząca” wezwała „najcenniejszych” i zawołanych kraju naszego medyków i chirurgów narodowych do ułożenia projektu władzy, któraby się trudniła naukowością i policją lekarską”.

Zgodnie z tym projektem, utworzono w 1807 r. „Najwyższą Dyрекcję

Lekarską Księstwa Warszawskiego". — Na Dyrektora protomeyka Dyrekcji, wybrany był Franciszek Ksawery Wasilewski.

Najwyższej Dyrekcji podlegały Dyrekcje Departamentowe, tym zaś fizycy i chirurdzy powiatowi (podprefektury). Organizacją tych pierwszych polskich władz sanitarnych (niestety pod okupacją francuzów) zajęła się przedewszystkiem Najwyższa Dyrekcja Lekarska, poza tem organizowała ona apteki i sprawdzała kwalifikacje osób trudniących się leczeniem „a niegradowanych i niepromowanych”. Do fizyków należało: leczyć bezpłatnie ludność, zapobiegać chorobom epidemicznym, wykorzeniać przesady lecznicze wśród ludu, badać źródła mineralne i zioła lecznicze, pilnować aby osoby niekwalifikowane nie zajmowały się praktyką lekarską, rewidować apteki, przynajmniej raz do roku i pilnować taksy aptekarskiej. Najwyższa Dyrekcja Lekarska prawdopodobnie została zorganizowana na wzór pruskiego Ober Collegium medicum et sanitatis, posiadała jednak tą nad nim wyższość, że na czele Dyrekcji stał lekarz, a nie prawnik, *że więc zasada fachowości w kierownictwie spraw sanitarnych w Polsce została najpierw zrozumiana i wprowadzona w życie*. Dyrekcja Lekarska istniała do dnia 14 kwietnia 1810 r.

Jako dalszy postępowanie organizacji służby zdrowia należy uważać utworzenie dnia 19 września 1809 r., dekretem Fryderyka Augusta, Wydziału Lekarskiego przy Ministrze Spraw Wewnętrznych, oraz Rady Lekarskiej.

Art. 5 dekretu stanowił:

„Minister Spraw Wewnętrznych będzie miał w swoim Biórze osobny Wydział Lekarski, którego szefem My Król, na przedstawienie Naszego Ministra jednego z Doktorów z tytułem Konsyljarza Ministerii mianować będziemy”.

Art. 7, 8, 9 i 12 ustanawiał Fizyków Departamentowych, oraz fizyków i chirurgów, powiatowych i miejskich.

Art. 10 tworzył Komisję Egzaminacyjną w Departamentach, która oprócz swoich zasadniczych czynności miała udzielać opinii w sprawach na wezwanie sądów.

Art. 14 tworzył przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych „Radę Ogólną Lekarską Księstwa Warszawskiego”. — Wszystkich członków Rady mianuje Król na przedstawienie Ministra; Rada ma się składać z: prezydującego, czterech doktorów (z których przynajmniej jeden ma być biegły w nauce weterynarii), oraz dwóch asesorów: jednego chirurga i jednego aptekarza. Radzie będzie „przydana przyzwoita Kancelarja”.

Art. 17 — 24 dekretu określają obowiązki Rady Lekarskiej, głównym jej zadaniem jest praca „nad wydoskonaleniem i upowszechnieniem wiadomości lekarskich w Xięstwie Warszawskim” co w szczegółach obejmowało: zbieranie przez fizyków departamentowych, powiatowych i miejskich wiado-

mości o panujących w kraju chorobach i opracowywać wskazówki do ich zwalczania, dawać opinię w sprawach sądowych, przygotowywać projekty oraz instrukcję dla instytucyj lekarskich i władz i t. d.

Pierwszym Prezesem Rady Lekarskiej został mianowany Doktor Wolff dnia 7 marca 1810 r.

Dekret Królewski z 1809 r. stanowi jedną z najlepszych w owym czasie organizacji służby zdrowia, bowiem pod fachowem kierownictwem lekarza łączy wszystkie działy zdrowia publicznego, a więc: policję lekarską, policję sanitarną i szpitalnictwo, rozdzielone jeszcze w r. 1807 pomiędzy kompetencje Ministra Policji i Ministra Spraw Wewnętrznych, oraz ustanawia fachowe ciało doradcze w postaci Rady Lekarskiej.

Jednym z pierwszych poczynąń Rady Lekarskiej była inicjatywa w sprawie zaprowadzania przymusu szczepienia ospy, który został wprowadzony w r. 1811 — podczas gdy w 1810 r. został otwarty „Instytut rządowy ospy” pod kierunkiem Dr. Brandta, fizyka miasta.

Należy zaznaczyć, że przymus szczepienia został potem, jak zresztą wiele celowych poczynąń Rady Lekarskiej zaniechany przez rosjan.

Organizacja Służby Zdrowia, określona dekretem z r. 1809 uległa jeszcze przed objęciem rządów przez rosjan znacznej zmianie na gorsze, przez skasowanie Wydziału Lekarskiego przy Min. Spraw Wewn., a to jakoby ze względów oszczędnościowych.

Po wejściu rosjan Komisja Rządowa Spraw Wewnętrznych i Policji w roku 1817, poleciła Radzie Lekarskiej opracowanie nowych przepisów organizacji służby zdrowia. Tegoż roku Rada Administracyjna Król. Polsk. ogłosiła nową ustawę o policji lekarskiej, zasadniczo mało różniącą się od poprzedniej z tem jednak wielkim błędem organizacyjnym, że w zarządzie centralnym państwa (Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Policji) nie było już odrębnego organu sanitarnego, zaś w województwach i obwodach (dawnych departamentach i powiatach) fizycy byli jedynie „przydani” do władz administracyjnych w charakterze biegłych, a nie samodzielnych urzędników służby zdrowia.

Zamiast dawnych odrębnych Komisyj Egzaminacyjnych w Departamentach byli teraz tylko „biegli” lekarze i aptekarze przy ogólnych Komisjach Egzaminacyjnych Wojewódzkich. Zmiany te oznaczały właściwie usunięcie lekarzy, jako urzędników „odpowiedzialnych” i przeniesienie punktu ciężkości Zarządu Lekarskiego na urzędników administracji ogólnej.

Rada Lekarska w myśl nowej ustawy pozostawała jako instytucja „dla zapewnienia dozoru we względzie naukowym co do wiadomości lekarskich”.

Po powstaniu 1831 r. władze rosyjskie rozpoczęły planową akcję dążącą do zniesienia wszelkich odrębności państwowych polskich.

Aczkolwiek Rada Lekarska nadal funkcjonowała, utworzono „Komisję

a potem Komitet Tymczasowy Lekarski" dla porównania i zbliżenia stopni naukowych przyjętych dla lekarzy i w Polsce i Cesarstwie oraz dla „ułożenia nowej organizacji administracji cywilnej lekarskiej w kraju”.

Komitet opracował projekt ustawy, poczem był rozwiązany i włączony do Rady Lekarskiej, którą miały obowiązywać przepisy z r. 1817. Prezesem Rady Lekarskiej został mianowany Chanow, jednocześnie mianowano kilku rosjan jako członków Rady.

Projekt „ustawy o Zarządzie Wydziału Cywilno - lekarskiego w Królestwie Polskiem” uzyskał sankcję cesarza dopiero w 1838 r. i był wprowadzony, tytułem próby „na jeden rok”. Został utworzony znów „Wydział cywilno - lekarski” w Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych Duchown. i Oświecenia Publicznego na czele z głównym Inspektorem lekarskim, który był jednocześnie Prezesem Rady Lekarskiej.

W województwach przemianowanych na gubernje, utworzono gubernjalne urzędy lekarskie (po jednym na 2 województwa) na czele z inspektorem gubernjalnym. W obwodach lekarze obwodowi, a w miastach miejscy mieli wykonywać swe czynności. Ustawa próbna została ostatecznie wprowadzona w r. 1840, jako „ustawa o Zarządzie Cywilno - Lekarskiej Służby w Królestwie Polskiem” bez większych zmian i uszczupień.

Jest to ostatnia ustawa sanitarna, wydana przez Rząd Królestwa Polskiego i aczkolwiek była opracowana z udziałem urzędników rosyjskich, jednak stanowi bezprzeczne rozwinięcie zasad ustawy z roku 1809, jest przeto dal- szym ciągiem myśli państwowej polskiej, sformułowanym ściśle i logicznie, a przewyższa współczesne ustawy państw zachodnich, przeprowadzeniem zasady kierownictwa fachowego w centrali, oraz samodzielności urzędników le- karskich, wobec lokalnych władz administracyjnych.

Niedługo jednak Królestwo Polskie cieszyło się z tej zdobyczy i w roku 1842 Komisja Rządowa Spraw Wewnętrznych zatwierdziła „Instrukcję do por- rządku załatwiania interesów policyjno - lekarskich w gubernjach”, która od- dała faktyczny zarząd spraw sanitarnych znów w ręce urzędników admini- stracyjnych.

Cechą wyróżniającą tę ustawę jest między innymi *jej stosunek do samo- rządu*. We wszystkie sprawy, stanowiące od wieków zakres obowiązków sa- morządu ingeruje państwo; objaśnić to należy po 1) brakiem instytucji samo- rządowych w ówczesnym Królestwie Kongresowym, 2) centralistycznymi ten- dencjami biurokracji rosyjskiej, które bądź co bądź musiały wywrzeć wpływ na ducha ustawy.

Rady Miejskie oraz Powiatowe, utworzone dekretem z r. 1807 zostały skasowane na mocy Konstytucji Królestwa Polskiego z r. 1815 i pozostały je- dynie rady wojewódzkie, które również w r. 1830 zostały skasowane. Na mocy

rozporządzenia Namiestnika z r. 1816, zarząd miejski w Warszawie stanowił Prezydent, 4 rathmanów, oraz 4 ławników, mianowanych przez Rząd; w innych miastach byli mianowani prezydenci lub burmistrzowie, oraz odpowiednia liczba ławników, jednak nie większa od liczby czterech. Na skutek tych zarządzeń miasto oraz powiaty straciły charakter instytucyj samorządowych.

W roku 1870, kiedy Rosja otrzymała samorząd miejski i ziemski, Królestwo Polskie straciło ostatecznie resztki samorządu.

Sprawy sanitarne zostały oddane w ręce władz administracyjnych, względnie policyjnych, w gubernjach zostali ustanowieni niesamodzielni inspektorowie lekarscy, w powiatach lekarze powiatowi (zamiast dawnych obwodowych), bowiem Instrukcja czyniła jedynie odpowiedzialnym Rząd Gubernjalny, względnie naczelnika powiatu. Stan taki przetrwał do początku wielkiej wojny światowej.

Równocześnie ze skasowaniem resztek samorządu miejskiego i ziemskiego i ostatecznem ustaleniem form rządzenia w Królestwie Polskiem, wyszedł w r. 1867 ukaz, kładący kres Radzie Lekarskiej — instytucji, która przez pół wieku zgórą pracowała niezmiernie dla uporządkowania kraju pod względem zdrowotnym i wreszcie również uległa zagładzie.

Art. 2 ukazu brzmi: „Radę Lekarską Królestwa Polskiego, Wydział Lekarski Komisji Spraw Wewnętrznych i Urząd Głównego Inspektora Służby Zdrowia w Królestwie *znieść bezwłocznie*”.

Art. 3. „Przeznaczyć czasowo przy Namiestniku w Królestwie, urzędnika do spełniania poruczeń dotyczących służby lekarskiej z nazwaniem go Inspektorem Lekarskim”.

Art. 4. „Załatwiane przez Radę Lekarską czynności charakteru właściwie naukowego, poruczyć Wydziałowi Medycznemu przy Warszawskiej Szkole Głównej, na takich samych zasadach, na jakich podobne czynności, według przepisów ustawy lekarskiej, poruczone są fakultetom medycznym uniwersytetów rosyjskich”.

Dla zorientowania się w rozmiarach pracy dokonanej przez Radę Lekarską, zaznaczę tylko, że oprócz opracowania ustawy o zarządzie cywilno - lekarskim w Królestwie Polskiem, Rada Lekarska opracowała 2 ustawy: dla chirurgów, aptekarzy i dla Szkoły Farmaceutów, farmakopeję, ustawę dla felczerów, dla zgromadzeń felczerskich, dla weterynarzy, przepisy o grzebaniu zmarłych, o dochodzeniach sądowo - lekarskich, o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci, przepisy dla akuserek, dentystów i okulistów.

Rada Lekarska, jako naczelna Komisja Egzaminacyjna, wydała przepisy dla kandydatów, dla egzaminów, ułożyła wzory sprawozdań szpitalnych, normy żywienia, wydawała opinię o nowych szpitalach i zakładach specjalnych.

W zakresie zwalczania chorób zakaźnych Rada Lekarska zaznaczyła

również swą działalność w r. 1830 — 1837 podczas epidemji cholery, wydając doskonale przepisy i pouczenia dla ludności.

Pierwszą próbą organizacji zarządu szpitalami było prawo z r. 1775 p. t. „Wyznaczenie Komisji nad szpitalami w Koronie i W. Ks. Litewskiem” które jednak wobec klęsk politycznych skutku nie miało. W czasie wojen napoleońskich szpitale bardzo podupadły i brak należytej opieki spowodował, że Rząd Królestwa Polskiego w r. 1817 ustanowił w Warszawie Radę Ogólną dozorcą szpitali, złożoną przeważnie z urzędników; dla województw utworzono też takie Rady Nadzorcze. Prawo to, zmuszające urzędników do dodatkowych bezpłatnych zajęć w Radach Nadzorczych nie wydało rezultatów pożądaných, wreszcie Rząd widząc zupełną bezczynność tych Rad, zdecydował się powierzyć kierownictwo spraw szpitalnych siłom społecznym i wydał w r. 1832 ustawę o Radzie Głównej Opiekuńczej i o Radach Opiekuńczych szczegółowych.

Prawo to wraz z „ustawą dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem” z dnia 2 marca 1842 r., podpisaną przez Mikołaja I na przedstawienie Rady Administracyjnej Królestwa Polskiego, stanowią wzajemnie dopełniające się akty, kładące podwaliny nowoczesnego szpitalnictwa polskiego.

Art. 1 tej ustawy brzmi: „Szpitale tudzież wszelkie Zakłady i Towarzystwa Dobroczynne w Królestwie Polskiem, zostają pod zwierzchnią władzą Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Duchownych.

Art. 2: Główny Zarząd temi Zakładami pod względem ich administracji, tudzież opieka nad Towarzystwami Dobroczynnemi porucza się Radzie Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych; służbą zaś lekarską i policyjno-lekarską, zawiadywać będzie Główny Inspektor Służby Zdrowia.

Art. 9: Do spraw które ulegać mają zatwierdzeniu Komisji Rządowej należą:

- 1) zakładanie nowych szpitali i Instytutów Dobroczynnych,
- 2) nabywanie, zamiana, sprzedaż nieruchomości majątku lub wypuszczenie go w dzierżawę,
- 3) podział zasiłków rządowych,
- 4) mianowanie oraz zwalnianie członków Rad Opiekuńczych, urzędników, i oficjalistów szpitalnych,
- 5) przedstawianie do nagród, lub pociąganie do odpowiedzialności.

Art. 11: Rady Opiekuńcze decydują ostatecznie w następujących sprawach:

- 1) rozpoznawanie i zatwierdzanie etatów,
- 2) sprawdzanie wszelkich rachunków i sprawozdań,
- 3) zaprowadzanie wewnętrznej i zewnętrznej gospodarki,

- 4) przyjmowanie chorych, kalek i t. p.,
- 5) sprawy porządku policyjnego w zakładach,
- 6) szczegółowe przepisy i instrukcje,
- 7) naznaczanie porządku rewizyj szpitali.

Rada Główna Opiekuńcza składała się z całego szeregu przedstawicieli społeczeństwa, oraz członków zasiadających z urzędu (Inspektor Służby Zdrowia, wszyscy Gubernatorowie, Prezydent m. Warszawy i t. d.).

Rady szczegółowe składały się z „miejscowych lub okolicznych obywateli i urzędników, znanych z uczuć i poświęcenia się dla cierpiącej ludności”. Czynności swe członkowie Rad Opiekuńczych pełnili honorowo. Pod Zarządem Rady Głównej Opiekuńczej, oprócz szpitali znajdowały się: 1) Instytuty dla głuchoniemych, 2) Instytuty dla ślepych, 3) Domy schronienia dla starców i kalek, 4) sale schronienia dla małych dzieci ubogich rodziców, czyli t. zw. sale - ochrony, 5) domy przytulku i pracy dla włóczęgów i żebraków zdolnych do pracy, 6) domy poprawy dla nawróconych kobiet nierządnych, 7) domy sierot i opuszczonych lub zaniedbanych dzieci.

A więc Rady Opiekuńcze obejmowały w swoim zarządzie wszystkie sprawy opieki społecznej włącznie ze szpitalami, które wówczas jeszcze nosiły charakter zakładów dobroczynnych; z biegiem czasu zaczęto przyjmować do szpitali nie tylko starców i ubogich, ale i chorych w celu leczenia, równocześnie znikają ze szpitali chirurdzy, czyli felczerzy i zjawiają się lekarze szpitalni, aby wprowadzić stałą prawidłową opiekę lekarską.

Rok 1868 położył kres życiu samorządowemu na terenie Królestwa Polskiego; życie polityczne i samorządowe, zagaszone w Królestwie Polskiem odżyło jednak na terenie zaboru austriackiego; Konstytucja autonomiczna dla Galicji z r. 1848, pozwoliła na zachowanie gasnącego znicza polskiej myśli politycznej, dzięki powstaniu Sejmu Galicyjskiego i jego organu wykonawczego — Wydziału Krajowego, Rad miejskich i powiatowych.

Ustawa z r. 1870, powołała do życia Krajową Radę Zdrowia, rozporządzenie z r. 1866 przekazało szpitalnictwo władzom krajowym, które w niespełna 40 lat podziwignęły opuszczone i zrujnowane szpitale i postawiły na poziomie najnowszych wymagań nauki.

Wreszcie na przedstawienie Sejmu, cesarz Austrii ogłosił dn. 2 lutego 1891 r. ustawę krajową o gminnej służbie zdrowia, na mocy której wszystkie gminy miejskie i wiejskie, musiały utrzymywać lekarzy gminnych, gminy małe łączyły się w okręgi sanitarne, pozostające pod nadzorem lekarzy okręgowych.

Koszta utrzymania lekarzy gminnych pokrywały gminy, koszta utrzymania lekarzy okręgowych pokrywały fundusze powiatowe do wysokości 1% po-

datków bezpośrednich, przypisanych do poboru w całym powiecie. W razie, gdyby wydatki przekroczyły 1% podatków bezpośrednich — niedobór pokrywa Wydział Krajowy.

Przy gminach utworzono Komisje Zdrowotne, dla nadawania kierunku i radzenia o urządzeniach zdrowotnych gminy, wydawały one opinie i czyniły wnioski w sprawach: 1) organizacji Służby Zdrowia, 2) kwalifikacyj kandydatów, 3) w sprawach o zasadniczym znaczeniu sanitarnem, 4) budowli publicznych urządzeń sanitarnych.

W ten sposób, aż do czasów najnowszych, zachowało się w tej czy innej formie polskie prawodawstwo sanitarne, prowadząc swe szczytne zadanie, aż do chwili odrodzenia Państwa Polskiego.

Okres okupacji niemiecko-austriackiej, aczkolwiek nie dał nowych form prawodawczych, dokonał jednak doniosłych zmian w ustroju sanitarnym Królestwa Polskiego, bowiem większość szpitali fundacyjnych, wskutek braku funduszków przeszła pod zarząd miejskich i powiatowych związków komunalnych; prawie wszystkie miasta i miasteczka otrzymały lekarzy gminnych sanitarnych, utrzymywanych przez zarządy miast, lub powiatów. Do obowiązków związków komunalnych należało utrzymywanie szpitali, schronisk dla starców i kalek, domów izolacyjnych, kąpielisk, kolumn dezynfekcyjnych, dozór nad środkami spożywczymi, szczepienie ospy i opieka nad dzieckiem.

Po utworzeniu Rady Regencyjnej rozpoczęto prace organizacyjne, w kierunku organizacji polskiej służby zdrowia. — 15 lutego 1917 r. przy Departamencie Spraw Wewnętrznych utworzony został Referat Zdrowia Publicznego, w krótkim czasie referat przekształcono na wydział, następnie na Sekcję, wreszcie w r. 1918 utworzono Dyрекcję Służby Zdrowia Publicznego.

Już za czasów Wydziału Zdrowia Publicznego powołana została do życia Rada Lekarska Królestwa Polskiego, której zakres działania odpowiadał kompetencjom Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego według ustawy z r. 1840.

W dalszej ewolucji naczelnej władzy sanitarnej utworzono w kwietniu 1918 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, zaś w październiku tegoż roku dokonano podziału zakresu działania pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej, a Ministerstwem Pracy.

Wreszcie w grudniu tegoż roku Opiekę Społeczną przekazano Ministerstwu Pracy.

Dalsze losy Ministerstwa Zdrowia Publicznego są nam wszystkim znane.

Ministerstwo Zdrowia opracowało w pierwszym roku swego istnienia podstawowe ustawy sanitarne, uchwalone przez Sejm w lipcu 1919 r., a mia-

nowicie: Zasadniczą Ustawę Sanitarną i Ustawę o Zwalczaniu Chorób Zakaźnych.

Zasadnicza Ustawa Sanitarna stanowi podwalinę nowoczesnego prawodawstwa sanitarnego w Polsce. Ustawa ta daje zakres działania Ministerstwu Zdrowia Publicznego, jako zwierzchniej władzy sanitarnej, oraz określa zakres działania ciałom samorządowym, w zakresie zdrowia publicznego.

Samorządy obowiązane są w myśl art. 4 ustawy, do zakładania i *utrzymywania we własnej administracji*: szpitali, przychodni, przytułków, domów izolacyjnych, kąpielisk, rzeźni, kostnic, cmentarzy, do przeprowadzania wodociągów, kanalizacji i t. p. publicznych urządzeń sanitarnych, do współdziałania z władzami rządowymi w zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych, nadzorze nad produktami spożywczymi. Sprawy czystości powietrza, gleby i wody, mieszkań, sprawy przepisów sanitarnych budowlanych i wreszcie opieka nad chorymi i nad położnicami należą również do obowiązków ciał samorządowych. Dla wykonania tych zadań zarządy komunalne winny utrzymywać lekarzy, sanitariuszy, pielęgniarzy, dezynfektorów i t. d.

Z ustawy wynika, że prawie wszystkie sprawy sanitarne są powierzone samorządom, Państwo pozostawia sobie zwierzchni nadzór i kierownictwo wszystkich spraw zdrowotnych, oraz do swego wyłącznego zarządu zastrzega sprawy praktyki lekarskiej, pomocniczego personelu lekarskiego, studjów lekarskich, Izb lekarskich, personelu farmaceutycznego, dentystycznego, sprawy aptek, składów aptecznych, handlu lekami, surowicami i t. p. higienę więzień, nadzór nad środkami spożywczymi i wreszcie wszelkie inne sprawy sanitarne, o ile nie należą do innych Ministerstw, lub do zakresu działania samorządu. Ustawa ta jest ramową i jako taka wymaga jak najprędzszego rozwinięcia swych tez zasadniczych w postaci ustaw szczegółowych o *służbie zdrowia*, o zakładach leczniczych, aptekach, o higienie przemysłu, rzemiosł i komunikacji, o chorobach społecznych i t. p.

Gdy jednak ustrój ciał samorządowych w Polsce oparty jest dotychczas na ustawach tymczasowych, a formy przyszłe są dopiero przedmiotem prac naszych ciał ustawodawczych — nie mogą być wydane ustawy sanitarne szczegółowe, dopóki nie będą określone formy ustroju samorządu w Polsce, oraz zasady skarbowości komunalnej. Szczególniej ważną jest sprawa zorganizowania samorządu wojewódzkiego, który miałby za zadanie, oprócz ogólnego kierownictwa i nadzoru samorządu powiatowego i gminnego również — prowadzenie agend sanitarnych, przekraczających siły związków powiatowych np. prowadzenie szpitali i zakładów specjalnych, zakładów i muzeów higieny i statystyki sanitarnej.

Nierównie ważną jest sprawa uzyskania źródeł dochodu dla pokrycia wy-

datków sanitarnych związków samorządowych, niestety sprawa ta jest dotychczas nieuregulowaną i traktowaną naogół dość obojętnie. Streszczając ogólnie rozwój prawodawstwa sanitarnego w Polsce musimy stwierdzić, że poczynając od 12 stulecia miasta polskie są pionierami higieny w Państwie, tworząc swoje miejscowe prawa i przepisy sanitarne; przytem jak widzieliśmy nietylko nie ustępują pod tym względem miastom niemieckim, ale niekiedy je prześcigają. W owych czasach Państwo występuje tylko jako władza nadzorczą, która udziela na prośbę zarządów miast poszczególnych praw i przywilejów sanitarnych w postaci edyktów królewskich. Jako początek akcji państwowej ogólnej, należy przyjąć Konstytucję Sejmową z r. 1523, dotyczącą rewizji aptek, potem prawo z r. 1775 o wyznaczeniu Komisji nad szpitalami w Koronie i Litwie.

Okres upadku myśli politycznej w Polsce i osłabienia władzy powoduje również zaniedbanie stanu sanitarnego kraju. Równocześnie rewolucja francuska, przynosząc hasła wyzwolenia politycznego szerokich mas i zrównania stanów, zniewała rządy do zwrócenia uwagi na sprawy higieny, która przede wszystkim zadawałniam interesy tych mas.

Panowanie Augusta III i Stanisława Augusta, obfituje w liczne i doskonałe projekty organizacji sanitarnej państwa, wreszcie Konstytucja Majowa daje wyraźny impuls do pracy w tym kierunku.

Owoce tych prac widzimy w ustawach, wydanych za czasów Księstwa Warszawskiego i Królestwa Polskiego, stanowią one dowód szybkiego dojrzewania społeczeństwa, oraz mądrej i energicznej pracy Rządu Polskiego. Gdy jednak Rząd Polski zdążył wydać owe wiekopomne ustawy, samorząd powoli zaczyna zamierać i wreszcie zostaje całkowicie skasowany przez władze obce.

Jedynie Małopolska przechowuje i rozwija tradycje samorządu w okresie od 1865 roku do czasów wielkiej wojny, podnosząc z upadku szpitalnictwo i wogóle sprawy higieny.

W Królestwie Polskiem czynniki społeczne zastępują samorząd i w postaci Rad Opiekuńczych dokonywują wielkiego dzieła podniesienia podupadłego lecznictwa i opieki społecznej do poziomu nowoczesnego.

Z chwilą odrodzenia Państwa Polskiego Sejm przekazuje wykonanie prawie wszystkich zadań sanitarnych samorządom. W przeciągu swego istnienia podjęły się samorządy bardzo wielkiej pracy organizacyjnej; na przeszkodzie jednak stała przede wszystkim niemożność szybkiego dokonania podjętych zadań, dzięki okresowi inflacji, trwającemu przeszło 3 lata, oraz epidemjom, szerzącym się od wschodu, których zwalczanie pochłaniało wszystkie siły państwa i samorządu; trudności te jeszcze się powiększyły jeśli wziąć pod uwagę brak

tradycji samorządowych, oraz odpowiednich urządzeń na terenie zaboru rosyjskiego.

Tem niemniej prace już dokonane świadczą o zdrowej podstawie, na jakiej oparto nasze ustawodawstwo sanitarne.

Należy życzyć, aby poważne luki naszego prawodawstwa sanitarnego jak najprędzej zostały wypełnione i aby nasze samorządy w miarę nabytego przez się doświadczenia odnowiły świetne tradycje czasów Najjaśniejszej Rzeczypospolitej Polskiej.

Zarys historyczny i stan obecny szpitalnictwa polskiego

ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego.

I. Porównawczy pogląd na podstawy rozwoju szpitalnictwa polskiego w ubiegłym stuleciu w poszczególnych dzielnicach Rzeczypospolitej Polskiej.

1. Obszar b. zaboru rosyjskiego.

A. Królestwo Polskie.

Od początku powstania Państwa Polskiego, podobnie jak w zachodnich krajach Europy, szpitalnictwo rozwijało się z inicjatywy duchowieństwa i z fundacyj dobroczynnych a zamożnych osób. Zarząd szpitali i opieka nad nimi pozostawały prawie wyłącznie w rękach duchowieństwa. Wojny i epidemie były powodem zakładania szpitali dla ofiar tych klęsk społecznych tak jak i w średnich wiekach dla obłąkanych.

Od XVI wieku zaczynają w administracji i w opiece nad szpitalami brać czynny udział miasta, które do zarządu szpitali delegowały po dwóch obywateli w charakterze opiekunów, kuratorów albo prowizorów a ci delegaci kierowali administracją szpitali.

Państwo nie brało bezpośredniego udziału w zarządzaniu szpitali, otaczało tylko szpitalnictwo ogólną opieką, zwalniało szpitale od podatków i ciężarów, przyznawało szpitalom przywileje i broniło szpitale i ich majątki od napaści i szkód.

-
- Zróżdła: 1) Leon Wachholz: Szpitale Krakowskie 1220 — 1920. Biblioteka Krakowska. Tom I. Kraków. Druk W. L. Anczyca i Sp. 1921 — oraz źródła w tem dziele podane:
a) F. Gedroyć. Zapiski do dziejów szpitalnictwa w dawnej Polsce. Warszawa 1908.
b) W. Męczkowski. Prowizorowie szpitalni w dawnej Polsce. Warszawa 1908.
c) Ks. Nowodworski. Encyklopedia kościelna T. XI. 1 c.
2) Medycyna w samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby. Praca zbiorowa lekarzy warszawskich. Warszawa. Wende i Spółka. 1906 r.
3) Dr. Antoni Okolski — Wykład prawa administracyjnego oraz prawa administracyjnego, obowiązującego w Królestwie Polskiem. T. I i II. Warszawa 1880, 1882.
4) Materiały statystyczne Departamentu Służby Zdrowia M. S. W.
5) Sprawozdania z czynności Tymczasowego Wydziału Samorząd. we Lwowie za lata 1923, 1924, 1925.
6) Handwörterbuch der Socialen Hygiene. Dr. A. Grothjan und prof. I. Kaup. Band I. A — K. Str. 643. Krankenhauswesen. Leipzig. Verlag v. Vogel 1912.

Szpitali w dawnej Polsce było bardzo wiele, dokładnej liczby tych szpitali trudno dziś podać, w każdym razie i te daty, które posiadamy, świadczą o wielkiej ofiarności polskiego społeczeństwa i o jego wysokim poziomie humanitarnym względem niedoli ubogich, nieustępującym swym rozmiarem krajom Zachodniej Europy.

Gedroyc (l. a i b) podaje liczbę szpitali w Polsce, o których można było zebrać wiadomości, na 668.

Książd Nowodworski (c) wymienia 14 szpitali w djecezji krakowskiej, z czego 10 w samym Krakowie, 32 szpitale w archidjecezji gnieźnieńskiej; 167 w poznańskiej, z czego 20 w samym Poznaniu; 51 w warszawskiej, z czego 12 w Warszawie; 49 w kujawskiej, 9 w lubelskiej, 14 w wileńskiej i t. d.

W r. 1791 naliczyła szpitali „Deputacja ogólna do wejrzenia w stan i fundusze wszystkich w Kraju szpitali” — razem jeszcze 497, a to w prowincji Wielkopolskiej 90, w Małopolskiej 213, na Litwie 194; dawały one przytułek 5.621 pensjonarzom, utrzymywanym z rocznej intraty w kwocie 466.035 zł. Kapitały tych szpitali wynosiły 2.619.651 zł.

Szpitalami nazywano domy, które dawały przytułek czasowy lub trwały podróżnym, ubogim, sierotom i podrzutkom, starcom i wreszcie chorym.

W roku 1775 państwo zamierzało objąć w Polsce opiekę nad szpitalami i utworzyło dla tego celu 2 komisje szpitalne, jedną koronną, a drugą litewską; komisje te miały być organami centralnymi dla szpitalnictwa, lecz już w 10 lat później je zniesiono, a szpitale poddano Komisjom Dobrego Porządku, które były czynne po miastach i miasteczkach pod ogólnym kierunkiem Komisji Policji.

Za krótkich rządów pruskich nie było władzy centralnej dla szpitali, któremi opiekowały się kamery i magistraty.

Za czasów Księstwa Warszawskiego, opieka nad szpitalami należała do prefektów departamentów. Centralnego organu nad szpitalnictwem nie było, bezpośrednią administrację w szpitalach sprawowały urzędy municypalne.

Prawie do końca XVIII wieku posiadały szpitale charakter dobroczynnych instytucyj przytułkowych. Z początkiem XIX wieku stan ten zaczął ulegać zmianie, do szpitali bowiem zaczynają prócz starców i ubogich przyjmować i chorych w celu leczenia. Lekarskiej opieki dla chorych dostarczali najprzód chirurgowie t. j. felczerzy, a następnie lekarze szpitalni pod nadzorem fizyka wojewódzkiego. W tym czasie szpitale zaczęły się rozdzielać na dwie grupy: małe szpitale parafjalne zatrzymały charakter schronisk dla ubogich, starców i kalek, miejskie zaś szpitale, zasobniejsze w fundusze, przekształcając się w nowy typ pośredni: przytułkowo - leczniczy.

Szpitala miejskie jeszcze utrzymują pewną liczbę ubogich zdrowych, starców i kaleki, coraz więcej jednak przyjmują chorych na leczenie.

Szpitalne przytułkowe wiejskie, których dochód roczny wynosił mniej niż 100 złp. zostały w r. 1811 rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych skasowane, a ich fundusze i budynki przekazano na własność kościołów parafjalnych, przyczem na proboszczów nałożono obowiązek utrzymywania po 12 ubogich. Obowiązków tych nie dotrzymywano, w roku zaś 1865 rząd rosyjski przy regulacji duchowieństwa i konfiskacie ich majątków zabrał i dawne fundusze szpitalne, nie przejął jednak zarazem obowiązku utrzymywania ubogich parafjalnych.

W r. 1817 w początkach istnienia Królestwa Kongresowego nastąpiła reorganizacja szpitali. Wprowadzono bowiem centralny organ dla zarządu wszelkiego rodzaju szpitali w Królestwie pod nazwą Rady Ogólnej Dozorczej w Warszawie, a po województwach Rady Dozorcze szczególne.

Rady dozorcze miały skład biurokratyczny, zaś ich członkowie, zajęci jako urzędnicy innemi sprawami, traktowali zadania w zakresie szpitalnictwa jako zajęcia uboczne, przez co cały ciężar opieki nad szpitalnictwem przeszedł siłą rzeczy na Komisje Wojewódzkie, które odpowiadały późniejszym rządóm gubernialnym, wobec których Rady dozorcze zeszło do roli organów doradczych.

Administracja szpitali pozostawała w dalszym ciągu w rękach miast.

Ten stan rzeczy nie sprzyjał rozwojowi szpitalnictwa, co uznała sama Rada Administracyjna Królestwa, skutkiem czego przystąpiono do nowej reformy, której dokonała ustawa z 1832 roku.

Na mocy tej ustawy utworzono przy Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych Radę Główną Opiekuńczą, jako centralny organ, zawiadujący szpitalami i zakładami dobroczynnymi w całym Królestwie, a przy każdym szpitalu tak w stolicy jak i na prowincji, po województwach, ustanowiono Rady Opiekuńcze Szczegółowe.

Główna Rada Opiekuńcza składała się: 1) z prezesa, mianowanego przez rząd, 2) z prezydenta m. Warszawy, 3) z wyższego duchownego, 4) z opiekunów, będących prezesami Rad szczegółowych warszawskich, 5) z naczelnika wydziału Instytutów w Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, duchownych i oświecenia publicznego, 6) z dwóch członków Rady Lekarskiej, 7) z dwóch asesorów, prawnego i budowniczego, 8) z osób, powołanych przez Radę Administracyjną na wniosek Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, duchownych i oświaty.

Rady Opiekuńcze szczegółowe przy każdym szpitalu składały się: z opiekuna, sprawującego obowiązki prezesa, z 3 obywateli miejscowych, oddanych uczynkom miłosierdnym i z lekarza naczelnego.

Dodatnią stroną tej reformy było stworzenie organu centralnego dla spraw szpitalnictwa i powołanie do udziału w pracy przedstawicieli społec-

czeństwa, co zapewniało przyływ ofiarności społeczeństwa na cele dobroczynne i szpitalne i wprowadzało żywotną kontrolę nad gospodarką szpitali.

Ustawa z r. 1832 miała tę ujemną stronę, że pominęła udział miast w zarządzie szpitali, a następnie, że nie obmyśliła funduszków specjalnych na cele szpitalnictwa, które nadal, jak dotąd, pozostało zależne od własnych funduszków, od ofiarności prywatnej i zasiłków skarbu; do własnych funduszków zaliczono i zwroty kosztów leczenia.

Niedostatecznym był także udział lekarzy w Głównej Radzie Opiekuńczej, dwaj bowiem delegaci Rady Lekarskiej nie byli w stanie sprostać zadaniu.

W roku 1842 wydano ustawę szpitalną dla Królestwa Polskiego przy czem oprócz Rad Opiekuńczych Szczegółowych wprowadzono Rady Opiekuńcze Obwodowe, których zadania miała pełnić jedna z Rad Szczegółowych, wybrana przez Radę Główną. Gubernatorowie cywilni mieli sprawować bliższy nadzór nad wszelkimi w gubernji zakładami dobroczynnymi i dopomagać Radzie Głównej do ulepszenia istniejących lub otwierania nowych zakładów.

Wskazane powyżej zalety Rad Opiekuńczych urzeczywistniły się w praktyce.

Centralny organ dla szpitalnictwa rozwinął akcję planową na obszarze Królestwa, udział czynnika obywatelskiego w Radach Opiekuńczych był żywotnym łącznikiem ze społeczeństwem, które w zaufaniu do tych organów dawało wyraz poglądom humanitarnym przez znaczną ofiarność, dzięki której w okresie działalności Rad Opiekuńczych od r. 1832 — 1870 powstało 47 nowych szpitali, szereg budynków szpitalnych przebudowano, odnowiono lub uzupełniono. Znaczne też przygotowania poczyniono do założenia dalszych jeszcze szpitali, z których część założono już po roku 1870.

W omawianym okresie szpitale uzyskały charakter zakładów leczniczych, rozwinęto w tym czasie leczenie szpitalne, wytworzono prawidłową opiekę lekarską w szpitalach i przyzwyczajono ludność do szukania pomocy w szpitalu w razie zachorowania.

W latach 1850 — 60 rząd stosunkowo obficie zasilał fundusze na szpitalnictwo, udzielał bowiem w tym czasie na cele powyższe po 150.000 rubli rocznie.

Nie czynił jednak tego rząd dla dobra sprawy naszej, lecz tą drogą dążył do pozyskania sobie ludności dla cesarstwa i dla tego celu oraz dla podjęcia żywotności narodu polskiego i celem odebrania Warszawie charakteru stolicy kraju, rozwijał rząd rosyjski systematyczną działalność, która zapoczątkowana w czasie od roku 1832 i 1835 posługiwała się stopniowo środkami

mi takimi jak: odsunięcie miast od zarządu szpitalami, co miało na celu przeszkodzenie oddziaływania inteligencji miejskiej na ludność z prowincji. Dla tego samego celu odebrał Rząd rosyjski w r. 1869 i 1870 — 338 miastom Królestwa — na 452 miast wogóle, stanowisko prawne miasta, degradując je do rzędu osad wcielonych przeważnie do okręgowych gmin wiejskich, bądź gmin samodzielnych, ale rządzących się ustawą wiejską.

Obsadzanie stanowisk członków Rad opiekuńczych rosjanami, nieraz osobami wojskowemi, zaczęło się od r. 1835, potem z kolei wydano zakaz zbierania składek na szpitale lub przytulki bez pozwolenia rządu, nakaz używania w korespondencji języka rosyjskiego, nakaz zawiadamiania władz o posiedzeniach Rad Opiekuńczych i asystencja żandarmów na tych posiedzeniach, wprowadzenie do zarządu szpitali lekarzy i urzędników rosyjskich spowodowało w rezultacie zastój w rozwoju szpitalnictwa, ofiarność społeczeństwa na cele szpitalnictwa zanikała i skierowywała się więcej do instytucyj dobroczynnych prywatnych, nawet miasta zmuszone do świadczeń na rzecz szpitali zachowywały się opornie i źródło tego dochodu nie uzyskało żadnego znaczenia.

Koroną tych usiłowań rządu rosyjskiego była reforma wprowadzona ustawą z r. 1870, która zniósła Centralną Radę Opiekuńczą i Rady opiekuńcze obwodowe, szpitalnictwo poddano pod zarząd Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, a w miejsce organów zniesionych wprowadzono: Radę Dobroczynności Publicznej miejską dla samej tylko Warszawy, Rady Dobroczynności Publicznej dla każdej gubernji, i dla każdego powiatu.

Na czele tych rad stoją w Warszawie: prezydent miasta, mający charakter urzędnika państwowego, zwykle pozasłużbowy generał, rosjanin, a w guberniach gubernatorzy, w powiatach naczelnicy powiatów. Reszta członków to naczelnicy urzędnicy różnych państwowych dykasterji: policji, skarbu, inni urzędnicy państwowi, inspektor szkół, inspektor lekarski, kuratorzy zakładów dobroczynnych, dyrektorowie większych szpitali z głosem tylko w sprawach ich zakładu, wszystko rosjanie, a ponadto z mieszkańców Warszawy, miast gubernialnych lub powiatowych, jednostki znane z uległości dla rządu, których wybór podlega zatwierdzeniu władzy.

System ten miał na celu rusyfikację kraju, rozbięcie społeczeństwa i skrepowanie działaczy narodowych, odbił się zaś na szpitalnictwie niezmiernie ujemnie.

Sama ustawa szpitalna z 1842 r. zachowała moc obowiązującą aż do pierwszej połowy 1928 roku.

Ustawa szpitalna z r. 1842 hołdowała jeszcze zasadzie, że szpital jest instytucją dobroczynną, ale zawierała już postanowienia odpowiednie do no-

woczesnych pojęć o szpitalu jako zakładzie leczniczym. Dowodzą tego przepisy:

a) § 38, że szpital ma przyjmować chorych bez różnicy wyznania, mimo, że ustawa przewidywała odrębne szpitale dla żydów.

b) § 83, że do szpitala należy przyjmować tylko chorych istotnie potrzebujących pomocy lekarskiej,

c) § 96, że w wypadkach nagłych należy przyjmować chorych bez przepisanych formalności.

d) § 219, nakazujący dokonania sekcji zwłok w każdym przypadku, gdzie oczekiwana być może korzyść naukowa lub gdy lekarz naczelny uzna tego potrzebę.

Od r. 1870 — 1905 przybyło zaledwie 10 nowych szpitali na prowincji, a w Warszawie 2 szpitale nowe, pawilon przy szpitalu praskim, zaś 5 szpitali skasowano lub spalone nie odbudowano. Kilkanaście szpitali, których powołanie przystoiły Rady Opiekuńczej, nie zostało zbudowanych.

Rady Dobroczynności Publicznej nie dbały o rozwój szpitalnictwa, przepisów o egzaminach konkursowych dla ordynatorów nie przestrzegano, obsadzano posady te bez konkursu, zakład psychiatryczny w Tworkach obsadzono wyłącznie personelem rosyjskim, do wielu szpitali wprowadzono siostry zakonne rosyjskie lub Czerwonego Krzyża rosyjskiego w miejsce usuniętych sióstr Miłosierdzia, dokumenty szpitalne, dotyczące ich uprawnień ginęły, grunta szpitalne sprzedawano na inne cele, z funduszków szpitalnych postawiono nawet kilka cerkwi i t. p.

System ten doprowadził szereg szpitali do ruiny a zarządy szpitali walczyły z niedostatkiem. W Warszawie przyrływ chorych do szpitala był w roku 1854 taki sam jak w r. 1901, to jest wynosił okragło 29.000 chorych. Natomiast rozwinął się dział ambulatoryjny, z którego w r. 1871 korzystało 53.000 chorych, a w r. 1901 — 279.000.

Ze źródeł dochodów na szpitalnictwo zanikła ofiarność społeczeństwa, zmniejszyły się fundusze wielu szpitali, a ogólne fundusze zakładów dobroczynnych wzrosły od r. 1870 — 1901 niecałkiem dwukrotnie, lecz tylko pozornie, gdyż w grę wchodził głównie wzrost wartości gruntów i domów, a nie nowe dochody. Fundusze powyższe od r. 1841 — 1869 wzrosły czterokrotnie. Subwencje państwowe prawie zniknęły, a główne źródło dochodów szpitalnych, pochodzące ze zwrotu kosztów leczenia, mimo stosowanej do ich ściągnięcia egzekucji bezapelacyjnej — płynęło opornie i niewydatnie, ludność bowiem niechętnie te wydatki ponosiła.

W roku 1906 na 83 powiaty Królestwa Polskiego jeszcze 29 nie miało zupełnie szpitali.

W roku 1902 przy ludności liczącej 10.200.000 głów było w Królestwie

Polskiem zaledwie 6051 łóżek szpitalnych, zarządzanych przez Radę Dobroczynności Publicznej, czyli licząc wraz z Warszawą, 5,8 łóżek na 10.000 mieszkańców, a bez Warszawy 2.63 łóżek, to jest mniej jak w Rosji łącznie z Syberją.

Licząc jak wówczas w Wielkopolsce 20 łóżek na 10.000 mieszkańców powinno Królestwo Polskie posiadać 23.700 łóżek w szpitalach publicznych.

W roku 1907 oddano zarząd szpitali fundacyjnych w Warszawie Magistratowi.

Stan określony szpitalnictwa w Królestwie Polskiem dotrwał aż do wybuchu wielkiej wojny.

Za czasów okupacyjnych zaczęły szpitale zarządzane przez Rady powiatowe dobroczynności publicznej przejmować tu i owdzie miasta i powiaty, zaś w r. 1919 okólnikiem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych przekazano szpitale powyższe pod zarząd miast i powiatowych związków komunalnych, które je dotąd prowadzą.

Zasadnicza polska ustawa sanitarna z 1919 roku określiła w art. 3 w ogólnych zarysach obowiązki związków samorządowych na polu zdrowia publicznego, pozostawiając bliższe ich określenie ustawom szczególnym, w artykule 4-ym zaś nałożyła na zarządy komunalne obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali, przychodni, przytułków, domów izolacyjnych, kąpielisk i t. p., oraz obowiązek utrzymywania lekarzy sanitarnych, akuserek gminnych, pielęgniarek, dezynfektorów, oraz innego niezbędnego personelu służbowego, z obowiązkiem stosowania się do norm i przepisów, wydanych przez Ministra Zdrowia Publicznego.

Z ustaw szczegółowych ustawa z 25 lipca 1919 roku o zwalczaniu chorób zakaźnych określiła bliżej obowiązki związków samorządowych w tym zakresie, a zarazem określiła ciężary, jakie z tego tytułu ma ponosić Państwo.

Ostatnia ustawa obowiązuje województwo poznańskie i pomorskie oraz śląskie, zasadnicza ustawa sanitarna na obszarze b. zaboru pruskiego dotąd nie obowiązuje.

Z końcem r. 1927 było w Królestwie Polskiem 8 szpitali państwowych, posiadających 559 łóżek, 163 szpitale komunalnych o 12.736 łóżkach, 66 szpitali społecznych, liczących razem 4.312 łóżek i 33 zakładów leczniczych prywatnych, posiadających razem 734 łóżek.

Ogółem posiadało Królestwo Polskie 270 szpitali i zakładów leczniczych, liczących razem 18.341 łóżek.

Z przedstawionego powyżej ustroju szpitalnictwa w Królestwie Polskiem widoczne jest, że cechami ustroju szpitalnictwa w Królestwie Polskiem były: 1) Silna ingerencja władzy państwowej, 2) istnienie centralnego organu dla zawiadywania prawami szpitalnemi i dobroczynnemi, 3) istnienie osobnych

organów do prowadzenia spraw szpitalnych, wyodrębnionych z administracji ogólnej, 4) brak dostatecznych, a na cele szpitalne przeznaczonych, stałych źródeł finansowych.

W przeciwieństwie do tych zasad polskie ustawodawstwo oparło ustrój szpitalnictwa o działalność i obowiązki oraz finanse związków samorządowych a Państwo zastrzegło sobie nadzór nad tą działalnością, która w zakresie zwalczania chorób w ogólności a chorób zakaźnych w szczególności, wykonywana jest przez samorządy w zleconym zakresie działania.

Rusyfikacyjna działalność rządu rosyjskiego, krótkowzroczna i pozbawiona wyższych myśli przewodnich, stłumiła na obszarze Królestwa Polskiego rozwój szpitalnictwa, a to właśnie w okresie, kiedy na zachodzie Europy, zwłaszcza w krajach niemieckich pod wpływem szybkiego rozwoju nauk lekarskich i poglądów społecznych, samorządy samorzutnie rozwinęły intensywną działalność na polu szpitalnictwa, prześcigając pod tym względem szereg państw wolnych, a siłą rzeczy w wyższej jeszcze mierze państwo gnębione w niewoli.

B. Kresy Wschodnie.

Na obszarze województw wschodnich: wołyńskiego, poleskiego, nowogródzkiego i wileńskiego i części województwa białostockiego, z początkiem XIX wieku istniały pod względem szpitalnictwa stosunki podobne do tych, które były w Królestwie Kongresowem, później ziemie te podlegają co do szpitalnictwa przepisom wydany dla Rosji. Do czasu zaprowadzenia ziemstw w r. 1864 pozostawały szpitale pod zarządem Rady opiekuńczej publicznej, zwanej „Prikazem obszczestwiennawo prizrenia”.

Instytucja ta założyła szereg szpitali na obszarze Ziemi Wileńskiej, z których dotąd istnieje 7 i z funduszy tej instytucji zbudowały ziemstwa kilka szpitali na części obszaru województwa białostockiego. Ziemstw na obszarze Wileńszczyzny nie wprowadzono, ale wprowadzono je na ziemiach województwa białostockiego, nowogródzkiego, poleskiego i wołyńskiego, gdzie się dotąd utrzymało 26 szpitali, założonych przez dawne ziemstwa.

Szpitale te pozostają pod zarządem Państwa i są przekazywane tak jak i szereg szpitali założonych przez N. N. Komisarjat dla zwalczania epidemii na razie najczęściej za czynszem dzierżawnym związkom samorządowym lub miastom.

Miasta Kresów Wschodnich podlegały miejskiej ustawie rosyjskiej z roku 1870 i 1892. Już pierwsza z tych ustaw nakładała na zarządy miast obowiązek zakładania własnym kosztem zakładów dobroczynnych i szpitali.

Od czasu przejścia spraw zdrowotnych przez ziemstwa i miasta, pod

niósł się stan szpitalnictwa poprzednio wegetujący tylko, a ziemie kresowe dawniej polskie, otrzymały także dwa duże zakłady psychiatryczne w Mińsku i Winnicy, które pozostały za granicą wolnej Polski.

Wielka wojna zniszczyła szpitale kresowe, szereg z nich został zburzony, wszystkich zaś urządzenie spustoszone. Naczelny Nadzwyczajny Komisarjat do zwalczania epidemji odnowił te szpitale, urządził na nowo i otworzył szereg nowych w budynkach porosyjskich, w probostwach, w b. budynkach pocztowych i innych, nierzadko w barakach.

W czasie najwyższej działalności było pod zarządem N. N. K. 131 szpitali, przeważnie epidemicznych, a częściowo i ogólnych, z których szereg już skasowano, a od roku 1922 — 1927 przekazano z tych szpitali, łącznie z pozostałymi po Rosji — 58 szpitali związkom samorządowym, które je dotąd prowadzą. Ze szpitali N. N. K. dotąd tylko 11 pozostaje pod bezpośrednim zarządem Państwa. W najbliższej przyszłości szpitale założone przez ziemstwo, mimo, że je w Rosji liczono do państwowych, będą zapewne oddane samorządom bezpłatnie.

W r. 1922 posiadało 69 szpitali kresowych, zarządzanych przez Państwo — 3.469 łóżek, a istniejących w tym czasie 16 szpitali samorządowych miało razem 999 łóżek.

Szpitale ziemskie dzieliły się w Rosji na gubernjalne, powiatowe i okręgowe.

Szpitale gubernjalne były budowane na 150 — 250 łóżek, powiatowe na 20 — 40 łóżek, a okręgowe na 5 — 10 łóżek. Leczenie w szpitalach powiatowych i okręgowych było bezpłatne, a w gubernjalnych płatne. Leczenie ambulatoryjne było przeważnie udzielane także bezpłatnie.

Przepisy, dotyczące szpitalnictwa zawierała rosyjska ustawa lekarska, która obowiązywała i ziemie Kresów Wschodnich, a ta dzieliła szpitale na a) szpitale o własnych statutach, podległe monarsze, b) szpitale podległe Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i c) szpitale podległe innym ministerstwom.

Szpitale cywilne dzieliły się na a) państwowe, do których zaliczano także szpitale zimskie, miejskie i założone przez zarządy dobroczynności publicznej, b) zakłady lecznicze prywatne, których założenie opierało się na udzielaniu koncesji.

Obowiązek zwrotu kosztów leczenia ciążył na gminach na zasadzie nałożonego na nie poręczycielstwa solidarnego za ciężary publiczne, które w guberniach Królestwa Polskiego nie było stosowane.

Przy końcu roku 1927 było w 4 województwach wschodnich na obszarze b. zaboru rosyjskiego 10 szpitali państwowych, mających razem 896 łóżek, 63 szpitale komunalnych z 2.712 łózkami, 19 szpitali społecznych z 687 łózkami i 8 zakładów leczniczych prywatnych, posiadających razem 145 łóżek

Razem posiadały województwa powyższe 106 szpitali i zakładów leczniczych, liczących razem 4.440 łóżek.

2. Były zabór austriacki.

W pierwszej połowie XIX stulecia istniały w Galicji szpitale miejskie, wyznaniowe i fundacyjne. Część tych szpitali miała charakter mieszany, przytułkowo-leczniczy, lecz wcześniej rozwinął się w Galicji typ szpitala powszechnego publicznego, przyjmującego do leczenia tak krajowców jak i obcych.

Reskrypt Ministra Spraw Wewnętrznych z r. 1855 przepisuje, że w szpitalach publicznych i powszechnych nieściągalne koszty leczenia pokrywa fundusz krajowy, zaś takiż reskrypt z r. 1856 podaje w interesie ochrony funduszu krajowego bliższe przepisy, na jakich się ma opierać prowadzenie szpitali powszechnych i publicznych.

Szpitalnictwo w pierwszej połowie XIX stulecia pozostaje do roku 1866 wyłącznie pod nadzorem Rządu t. j. Namiestnictwa i starostów; Namiestnictwo do tego czasu zarządzało szpitalami we Lwowie i Krakowie, zarząd innych szpitali na prowincji oddało Namiestnictwo w r. 1868 w ręce samorządu gminnego, a więc prawie wyłącznie w ręce zarządów miast. Było tych szpitali 21. Szpitale powiatowe zaczęły powstawać dopiero po r. 1872.

Szpitale były nieliczne, a stan ich z wyjątkiem dużych szpitali w Krakowie i we Lwowie pozostawiał dużo do życzenia.

Ustawa z r. 1864 oddała pod zarząd samorządu krajowego szpitale dla umysłowo chorych oraz zakłady dla położnic.

Po roku 1866 sprawy szpitalnictwa przechodzą w zakres ustawodawstwa krajowego, w każdym kraju powstają odrębne ustawy szpitalne, a także i zarząd szpitali przechodzi w ręce wydziałów krajowych.

Ogólnej ustawy szpitalnej państwowej Austria nie wydała. Nastąpiło to dopiero 15 lipca 1920 r., a więc po wielkiej wojnie.

W roku 1866 oddano Wydziałowi Krajowemu zarząd szpitali we Lwowie i Krakowie, w innych szpitalach stosunki pozostały bez zmiany, jedynie przyznano Wydziałowi Krajowemu wpływ doradczy w ważniejszych sprawach ekonomicznych ze względu na pokrywanie połowy kosztów leczenia ubogich chorych z funduszu Krajowego.

Ustawa krajowa z r. 1869 postanowiła, że ogłoszenie pewnego szpitala za krajowy i publiczny nie może nastąpić bez zgody Reprezentacji Krajowej, że takse leczenia oznacza Wydział Krajowy z Namiestnictwem oraz oddała nadzór gospodarczo-administracyjny nad szpitalami Wydziałowi Krajowemu.

Druga ustawa z r. 1869 powołuje do życia rady szpitalne, jako lokalny organ kontrolujący gospodarkę szpitalną i doradczy dla organów samorządu

lokalnego, sprawującego i nadal zarząd szpitali. W tym czasie ustanawia Wydział Krajowy pierwszego inspektora szpitali.

Ustawa z r. 1875 przekazuje funduszowi krajowemu w całości pokrywanie kosztów leczenia ubogich, przynależnych do jednej z gmin Galicji. Od-tąd wzrosła frekwencja chorych w szpitalach, gminy bowiem nie stawiały więcej przeszkód ubogim w korzystaniu ze szpitali.

Ustawa wreszcie z r. 1897 odłącza szpitale publiczne od samorządu lo-kalnego, tworzy z nich samodzielne zakłady, mające osobowość prawną, po-wołuje do ich bezpośredniego zarządu dyrektora-lekarza z komitetem szpita-lym, a naczelne kierownictwo i zwierzchni zarząd szpitali publicznych oddaje Wydziałowi Krajowemu. W tym celu powstaje w Wydziale Krajowym osob-ny departament dla szpitalnictwa z dwoma inspektorami szpitali.

Z tą chwilą oparto szpitalnictwo galicyjskie na tych samych zasadach, jakie w Królestwie wprowadzono w r. 1842 i od tego czasu szpitale Galicji wchodzą w najświetniejszy okres rozwoju. Liczba szpitali publicznych i pow-szechnych tak krajowych jak i prowincjonalnych wzrasta w okresie od r. 1871 — 1919 z 25 na 44, zaś liczba łóżek podnosi się z 2.595 na 7.366.

W czasie wojny 3 szpitale zniszczono, a tylko jeden odbudowano, tak że obecnie jest 38 szpitali publicznych na prowincji, zaś dawniej krajowe szpitale: we Lwowie powszechny, a w Kulparkowie duży zakład psychiatrycz-ny, zaś w Krakowie szpital św. Łazarza ogólny z oddziałem psychiatrycznym i zakład psychiatryczny w Kobierzynie stały się po zniesieniu Sejmu wraz ze zniesionym w tym roku Tymczasowym Wydziałem Samorządowym instytu-cjami państwowymi.

Publiczne i powszechne szpitale prowincjonalne mają wrócić obecnie do związków komunalnych, które je fundowały, na ich własność, jako zakłady komunalne.

Powyższy system ustroju szpitalnictwa wytworzył cenne fachowe kie-rownictwo szpitali, a prawo Wydziału Krajowego do mianowania personelu szpitalnego wprowadziło do szpitali fachowych dyrektorów-lekarzy, dzięki czemu a ponadto dzięki oparciu gospodarstwa finansowego szpitali o silne fundusze krajowe, stan szpitalnictwa w Galicji podniósł się znakomicie, nowe budynki szpitalne odpowiadały zadaniu w zupełności, wiele zaś dawnych bu-dynków odnowiono i rozszerzono. Ponieważ do ubogich chorych zaliczono 80% leczonych w szpitalach, miały z tego powodu szpitale prowincjonalne stałe zaległości z tytułu kosztów leczenia do funduszu krajowego, który a con-to tych należności wypłacał zarządom szpitali z początkiem roku stałe zaliczki do wyrachowania, dzięki czemu byt materialny szpitali był zapewniony, a go-spodarka szpitali mogła się rozwijać jednostajnie.

Tak stały rzeczy, gdy Wydział Krajowy był finansowo silny. Gdy Tym-

czasowy Wydział Samorządowy finansowo upośledzono, popadły szpitale publiczne w Galicji w kłopoty finansowe, tak że czasowo groziło im wstrzymanie przyjmowania chorych, co nie miało miejsca w Weilkopolśce, gdzie szpitale publiczne są zakładami komunalnymi, które w każdej doli mogły się oprzeć o fundusze swoich związków komunalnych.

Szpitale galicyjskie są w zasadzie zakładami komunalnymi, gdyż pochodzą prawie wyłącznie z fundacji miast lub powiatów, które mimo usamodzielnienia szpitali w postaci osób prawnych, są jednak z ustawy obowiązane przyczynić się w połowie kosztów do odbudowy lub rozszerzenia szpitala, który założyli.

Obowiązek zakładania szpitali ciążył w zasadzie na gminach, które obowiązane były do zapobiegania chorobom zakaźnym. Orzeczenie Najwyższego Trybunału Administracyjnego z r. 1881 potwierdziło, że z tytułu tego obowiązku można od gmin żądać budowania szpitali i innych zakładów do walki z epidemjami.

Największą zaletą systemu szpitalnictwa w Galicji było poddanie ich pod umiejętnę i fachowe, dobrze w środki finansowe wyposażone kierownictwo organu centralnego, jakim był Wydział Krajowy.

Koszty leczenia w szpitalach publicznych w Galicji uważane były za należność publiczno-prawną i miały przywilej do egzekucji administracyjnej, którą wykonywały starostwa.

Nadzór naczelny w zakresie policji sanitarnej przysługiwał nadal władzy państwowej administracji ogólnej t. j. Namiestnictwu, co obecnie przeszło na wojewodów.

Oprócz 4 dawniej krajowych, a obecnie państwowych i 38 prowincjonalnych szpitali publicznych i powszechnych, tudzież 1 szpitala państwowego dla dzieci jagliczych, istnieje obecnie na obszarze b. Galicji — 8 ogólnych szpitali komunalnych o 666 łóżkach, 36 szpitali społecznych, posiadających 1.829 łóżek i 7 zakładów leczniczych prywatnych o 241 łóżkach.

Razem posiada Galicja 94 szpitale i zakładów leczniczych, liczących ogółem 9.596 łóżek.

3) *B. zabór pruski.*

W Prusiech jak i w Niemczech początki opieki nad chorymi wpływały z uczucia litości, stąd szpitale prowadzone były przez kościół i księży. Z rozwojem nauk lekarskich zajęła się szpitalami nauka, lecz obok uniwersytetów prowadziły szpitale nadal korporacje kościelne i związki dobroczynne.

Do połowy 19 wieku cierpiały szpitale z powodu przepełnienia i braku urządzeń wewnętrznych, a zwłaszcza technicznych. Ludność tylko z ostatniej

konieczności korzystała ze szpitali, które uważane były raczej za przytułki ubogich i zakłady do umierania.

Po wojnie Krymskiej i wskutek wspomnień o jej strasznych epidemjach, rozpoczęło się dążenie do reform na polu szpitalnictwa. Dążenia te wzmógł szybki rozwój nauk lekarskich, a zwłaszcza chirurgji, oraz rozwój przemysłu, który umożliwił coraz to lepsze urządzenie szpitali. Szpitale szybko stosunkowo przemieniły się z zakładów do umierania ubogich w zakłady przywracające zdrowie i zdolność do pracy obywatelom, którzy nabierali coraz więcej zaufania do szpitali i coraz to większą liczbę zachorowań, leczonych poprzednio przy wadliwościach pod względem higieny i niedostateczności urządzeń w mieszkaniach prywatnych — zaczęto leczyć w szpitalach.

Z postępem wiedzy lekarskiej szły ulepszenia szpitali wszelkiego rodzaju tak prowadzonych przez korporacje kościelne, jak związki dobroczynne, państwo i samorządy.

Gminy miejskie w ostatniej ćwierci 19 stulecia poczuły się do nowych obowiązków względem obywateli, którym chcieli dostarczyć korzyści rozległej już wiedzy lekarskiej i podjęły zwłaszcza w wielkich miastach budowę wielkich szpitali, wychodząc pod tym względem daleko poza okres swych obowiązków ustawowych.

W tym czasokresie od r. 1876 — 1900 wzrosła liczba szpitali w Prusiech z 1502 o 73,091 łóżkach na 3.900 o 214.320 łóżkach. Potężny ten ruch jest niewątpliwie wyrazem wielkiej i rozpowszechnionej kultury obywateli jak i za-
możności wolnego państwa i kraju.

W Niemczech ani w Prusiech nie wydano dotąd ustawy szpitalnej. Każdy szpital o charakterze powszechnym uważany jest za publiczny bez względu na to, kto go prowadzi. Szpitale powszechne korporacyj kościelnych i związków dobroczynnych korzystają z równych praw ze szpitalami państwowymi i komunalnymi.

Komuny miejskie budują przeważnie szpitale duże, związki kościelne i dobroczynne zakładają chętnie szpitale mniejsze i po mniejszych miastach.

Państwo zakłada tylko kliniki dla uniwersytetów, a rzadko szpitale więzienne. Samorządy zakładają szpitale ogólne i specjalne, ponad te szpitale przeważają jednak liczbą łóżek szpitale związków religijnych, dobroczynnych i stowarzyszeń zawodowych, w Prusiech bowiem na 204.000 łóżek w szpitalach publicznych przypada tylko 70.000 łóżek na szpitale związków komunalnych. Ogółem liczba łóżek w szpitalach publicznych wynosiła w r. 1922 w Niemczech 328.000. W r. 1907 liczono w Niemczech 3862 szpitale i lecznice ogólnych, z tego 2222 o charakterze publicznym, a 1577 o charakterze prywatnym i 63 kliniki uniwersyteckie.

Ponadto było w r. 1907 w Niemczech 505 zakładów psychiatrycznych o 131.119 łóżkach, 161 zakładów dla chorób ocznych o 5024 łóżkach i 116 zakładów położniczych, które miały 4010 łóżek.

Obok szpitali publicznych istnieje znaczna liczba zakładów leczniczych prywatnych, o małej liczbie łóżek, zakładanych lub prowadzonych przez lekarzy. Tak np. było w r. 1919 w Niemczech 250 publicznych lub uniwersyteckich zakładów psychiatrycznych, a 220 prywatnych. Pierwsze jednak posiadały 127.000, a drugie tylko 30.000 łóżek.

Prócz zakładów powyższych są szpitale bractw górniczych, Kas Chorych, szpitale wojskowe, dla marynarki i t. p.

Państwo poza szpitalami własnymi pozostawia zakładanie, prowadzenie i finansowanie szpitali czynnikom, które się tego podejmują, samo zaś rezerwuje tylko dla siebie nadzór i to w dwóch kierunkach: 1) w formie rozporządzeń ministerjalnych wydaje dokładne przepisy co do budowy i prowadzenia zakładów — ostatnie w Prusiech z r. 1913, 2) wykonywuje stały nadzór nad zakładami leczniczymi i szpitalami przez państwowych urzędników zdrowia — w Prusiech przez lekarza powiatowego.

Ustawowa podstawa o umieszczaniu chorych w zakładach leczniczych polega w Niemczech i Prusiech na 4 ustawach:

a) Ustawa państwowa o miejscu zamieszkania pod względem wsparcia z r. 1870, uzupełniona w r. 1908, obejmuje także i opiekę nad chorymi i koszty leczenia, oraz utrzymanie chorych w szpitalach, zaś pruska ustawa wykonawcza do ustawy powyższej z roku 1871 rozwinęta ustawą z r. 1891 przepisuje, że krajowe związki opieki społecznej (Landarmenverbände) t. j. dawniejsze prowincje, a obecnie województwa, są obowiązane do urządzania i utrzymywania zakładów dla potrzebujących pomocy psychicznie chorych, idiotów, epileptyków, głuchoniemych i niewidomych, przyczem $\frac{2}{3}$ kosztów utrzymania tych osób w zakładzie pokrywają związki powiatowe a tylko $\frac{1}{3}$ miejscowe związki opieki społecznej.

b) Ustawa państwowa z r. 1900 o zwalczaniu epidemji i takąż ustawa pruska z r. 1905 zobowiązują gminy do tworzenia urządzeń i zakładów do zwalczania chorób zakaźnych. Na tej podstawie są gminy wedle odnośnej ustawy pruskiej zobowiązane do zakładania szpitali, domów izolacyjnych, urządzeń dezynfekcyjnych i t. p.

c) Ustawa państwowa o ubezpieczeniach społecznych i d) ustawa państwowa o zwalczaniu chorób wenerycznych również przewiduje umieszczanie chorych w zakładach leczniczych, zaś wenerycznych nierządnic nawet przymusowo.

Na tych podstawach rozwinęło się i szpitalnictwo na ziemiach Wielkopolski i Śląska, na których istniało z końcem r. 1927, dobrze urządzonych

szpitali ogólnych: 2 państwowe o 90 łóżkach, 71 komunalnych, posiadających 5.910 łóżek, 83 społecznych, posiadających 9.968 łóżek i 25 prywatnych, w których liczba łóżek wynosi 472. Ogółem istnieje na obszarze b. zaboru pruskiego 181 szpitali i zakładów leczniczych, posiadających razem 16.440 łóżek. Ponadto posiada b. zabór pruski 7 dużych zakładów psychiatrycznych, w których liczba łóżek wynosi 6.138.

II. Stan obecny szpitalnictwa w Polsce.

Ogółem było z końcem r. 1927 na obszarze Rzeczypospolitej 651 zakładów leczniczych ogólnych, posiadających razem 48.815 łóżek i 23 zakładów psychiatrycznych, w których liczba łóżek wynosi razem 10.126.

Ze szpitali i zakładów leczniczych o charakterze ogólnym należy: 31 do Państwa, które posiadają 4845 łóżek, 343 szpitale należy do związków samorządowych lub pozostaje pod ich zarządem; szpitale te posiadają razem 25.582 łóżek. Wśród szpitali komunalnych jest 195 powiatowych, 98 miejskich, 38 publ. i pow. w Galicji, 7 gminnych i 5 związkowych, 201 szpitali posiada charakter społeczny, są to zakłady wyznaniowe, Kas Chorych, stowarzyszeń i t. p. Szpitale społeczne mają 16802 łóżek; 73 zaś zakładów leczniczych prywatnych posiada 1592 łóżek.

Z ogólnych szpitali publicznych, razem z zakładami leczniczymi prywatnymi, a nie licząc zakładów psychiatrycznych — 270 — o 18.341 łóżkach, przypada na 5 województw Królestwa Polskiego — jest to 42% wszystkich szpitali ogólnych i lecznic, a 33% ogólnej liczby łóżek w Polsce; 4 województwa Kresowe mają 106 szpitali ogólnych i lecznic, posiadających razem 4440 łóżek, co stanowi 16% pełnej liczby takich zakładów leczniczych i 9% ogólnej liczby łóżek szpitalnych w Polsce.

3 województwa b. zaboru pruskiego mają 181 ogólnych zakładów leczniczych z 16440 łózkami, co stanowi 28% wszystkich tych zakładów i 34% ogólnej liczby łóżek w Polsce.

4 województwa w b. Galicji wykazują 94 ogólnych szpitali i lecznic, posiadających razem 9596 łóżek, czyli 14% wszystkich tych zakładów i 19% ogólnej liczby łóżek na obszarze Rzeczypospolitej.

Jeżeli, jak wyżej wspomniano, zakłady lecznicze Wielko i Małopolski oraz Śląska wykazują stan pomyślny, to szpitale Królestwa Polskiego i Kresów wschodnich przedstawiają stan ujemny. Jeszcze w roku 1922 według sprawozdań urzędowych, posiadały te szpitale z nielicznym wyjątkiem wielkich miast pomieszczenie na ogół liche, budynki szpitalne bądź stare i nieodpowiednie do dzisiejszych wymagań, bądź przerabiane z innych budynków. W szpitalach panuje ciasnota, często trzeba chorych lokować na podłodze, izolacja cho-

rych zakaźnych jest niedostateczna, brak jest nowoczesnych urządzeń wewnętrznych; obsługa lekarska jest niedostateczna, personel pielęgniarstwa ma jeszcze za mało przygotowanie do zawodu. Szpitale walczą stale z brakiem środków. Administracja majątków szpitalnych nie zawsze stoi na wysokości zadania, stan posiadania budynków i nieruchomości szpitalnych w wielu wypadkach jeszcze nieuregulowany. Zdarzają się często tarcia między personelem lekarskim a administracyjnym.

Obecnie stan powyżej przedstawiony się poprawia. Związki samorządowe mimo trudności finansowych rozwijają na obszarze Królestwa Polskiego i Kruszwic Wschodnich intensywną działalność. W roku 1926 i 1927 przybyło 25 nowych szpitali komunalnych, z czego 19 na obszarze b. zaboru rosyjskiego, 5 na obszarze b. zaboru pruskiego a 1 w Małopolsce. Przykładem tej działalności jest województwo kieleckie, w którym Radom założył szpital epidemiczny, powiat Jędrzejowski wybudował szpital nowy w Jędrzejowie, a powiat Zawiercie w Myszkowie na 80 łóżek. W Pińczowie i Miechowie dobudowano skrzydło do szpitala, Miechów przebudował szpital, Ilża buduje pawilon zakaźny, Sandomierz i Częstochowa przystępują do budowy szpitali; w Będzinie odbudowano związkowy szpital weneryczny.

Założony przez ś. p. wojewodę Manteuffla w Kielcach Komitet społeczny, który podjął się zadań, ciężących na województwie, wybudował pod Częstochową zakład wychowawczy - leczniczy na 400 dzieci chorych na jaglicę, a obecnie buduje w Rabsztynie obok Olkusza pierwsze w Polsce sanatorium dla 300 dzieci gruźliczych. Przy sanatorium tem będzie własna 7 klasowa szkoła powszechna i kolonja wakacyjna dla 250 dzieci.

Po ukończeniu tej budowy projektuje województwo kieleckie budowę własnego zakładu psychiatrycznego.

Nawet niezamożne województwo poleskie projektuje w tym roku budowę 2 szpitali w Sarnach i Kamieniu Koszyrskim, rozbudowę szpitala w Kobryniu, a w roku przyszłym budowę szpitali w Łunińcu i Kosowie.

Z zakładów psychiatrycznych ma Małopolska i b. zabór rosyjski po 2 zakłady państwowe, b. zabór pruski 7 krajowych samorządowych zakładów, a Warszawa jeden miejski, ponadto ma Królestwo 5 zakładów społecznych, a prywatnych zakładów psychiatrycznych ma cała Polska zaledwie 6, gdy np. Niemcy mają ich 220. Na polu opieki nad psychicznie chorymi istnieją w Polsce najbardziej rażące braki, gdyż według ankiety z r. 1925 — przeszło 12.000 chorych psychicznie nie może znaleźć pomieszczenia w zakładach, których brak. Z tych chorych około 1800 było gwałtownych. 7 województw b. zaboru rosyjskiego nie ma zakładu psychiatrycznego, istniejące zaś są przeciążone i ratują się umieszczaniem chorych w zakładach b. zaboru pruskiego.

Zakład psychiatryczny w Nowowilejce na 1000 łóżek zabrało na swe cele wojsko.

Stosunki te skłoniły województwa do energicznego projektowania nowych zakładów koło Wilna, Chełma, Gostynina i na obszarze województwa Kieleckiego.

Miasto Warszawa przystępuje w tym roku do budowy własnego zakładu psychiatrycznego o 800 — 1000 łóżkach. Rząd dążności te popiera, rosnące jednak uświadomienie co do braków powyższych niewątpliwie przyspieszy odnośne usiłowania, które w najbliższym czasie powinny być urzeczywistnione.

Daty powyższe są dowodem, że akcja rządu, samorządu i społeczeństwa, zorganizowana na jednolitych zasadach ogólnej ustawy o zakładach leczniczych, o ile jeszcze zostanie oparta o nowe źródła dochodowe, pozwoli rychło usunąć rażące braki w ustroju polskiego szpitalnictwa i postawić je na poziomie, odpowiadającym potrzebom ludności i wymogom nowoczesnej wiedzy lekarskiej.

eras. 3099/9/1.

W. 815/56/292.

Wydawnictwo księgarni F. HOESICKA—Warszawa

Samorząd Miejski na terenie b. Królestwa Kongresowego. Ustrój. Ordynacja Wyborcza. Władze nadzorcze. Obowiązujące przepisy prawne. Zebrał *Jan Strzelecki* 2.50

Ustawa o Rozbudowie Miast. Opracował i komentarzami zaopatrzył *Teodor Toeplitz*. Przedmowa *Zygmunta Nagórskiego* 4.—

Przepisy o Ochronie Lokatorów, objaśnione orzecznictwem Izby I i III-ciej Sądu Najwyższego w opracowaniu *Wł. Dbałowskiego i Jana Przeworskiego* 4.—

Ustawa o Najwyższym Trybunale administracyjnym z uwzględnieniem zmian wprowadzonych nowelą. Komentarz opracował *Dr. Wilhbinder*, em. Sędzia Najwyższego Tryb. Adm. 8.—

Przepisy o Przechowaniu objaśnione orzecznictwem Izby I, III i V Sądu Najwyższego w opracowaniu *Wł. Dbałowskiego i Jana Przeworskiego* 2.—

Ustawa o Państwowym Podatku Dochodowym w opracowaniu *Stanisława Kautzika* (Ustawodawstwo skarbowe) 1.—

Wykładnia Ustawy o Opłatach Stemplowych ustalona przez Ministr. Skarbu w 1927 roku Zbiór systemat. zaopatrzonej w skorowidz opracował *Achilles Rosenkranz*, Nacz. Wyd. 4.—

Kodeks Pracy (Polskie ustawodawstwo społeczne 1).
Ustawy i rozporządzenia. Oprac. *Jan Bloch*, Adwokat opr. 16.—