

KILKA SŁÓW
O SZPITALACH PROWINCYONALNYCH

PODAŁ
DR W. MĘCZKOWSKI

Odbitka z Nr 6 i 7 „Zdrowia“ z roku 1903.



WARSZAWA
W DRUKARNI SYNÓW ST. NIEMIRY
Plac Warecki 4
1903

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii
Dla Dzieci
Nr. 768

KILKA SŁÓW

O SZPITALACH PROWINCYONALNYCH

PODAŁ

DR W. MĘCZKOWSKI



Odbitka z Nr 6 i 7 „Zdrowia“ z roku 1903.



WARSZAWA
DRUK SYNÓW ST. NIEMIRY, PLAC WARECKI 4
1903



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою.
Варшава, 3 Іюня 19

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl



Przed kilku laty poruszałem w „Gazecie Lekarskiej“ sprawę szpitali prowincjonalnych. Pobudką do podjęcia tej pracy było przeświadczenie, że rzeczywistą pomoc w sprawie leczenia ludu mogą oddawać jedynie szpitale. Jeśli prawdą jest, że wogóle prawidłowe i możliwie skuteczne leczenie może mieć miejsce w szpitalu lub zakładzie leczniczym, to prawda ta odnośnie do leczenia ludu nabiera szczególniejszego znaczenia.

Gdy chodzi o chorych zamożniejszych, zakład leczniczy daje lekarzowi możność dokładniejszej obserwacji, ułatwia wykonywanie najróżnorodniejszych zabiegów leczniczych, wreszcie daje gwarancję zachowania wszelkich warunków higieniczno-dyetycznych. Wszystko to jednak, z mniejszym lub większym kosztem i trudem, jest faktycznie możliwe do osiągnięcia w domu zamożnego chorego. Inaczej ma się jednak rzecz w sprawie leczenia ludu. Warunki domowe, w jakich żyje nasz włościanin, ciasnota mieszkania, brak zasadniczych warunków higienicznych, wreszcie częstokroć stan kultury i swoiste poglądy włościanina na chorobę i jej leczenie—wszystko to sprawia, że mowy być nie może o racjonalnym leczeniu domowym wśród ludności biednej. Przy takich warunkach najlepsze chęci lekarza i najodpowiedniejsze stosowanie wskazań wiedzy lekarskiej rozbijają się o niemożliwe do usunięcia przeszkody. Lekarz stoi tu bezradnie, nietyle wobec choroby, ile raczej wobec czynników, utrudniających prawidłowy jej przebieg.

Niedość, że lekarz musi niejednokrotnie cofnąć się od wykonania wskazanego przez naukę zabiegu leczniczego, lecz nadto sam chory, jego otoczenie, czy wreszcie brak elementarnych warunków higienicznych mogą wywołać pogorszenie choroby. Następstwa tych warunków są fatalne zarówno dla lekarza, jak i dla chorych, bo wywierają i na jednego i na drugich wpływ demoralizujący, a sprawie leczenia ludu przynoszą rzeczywistą szkodę. Lekarz traci

wiarę w siebie i w naukę medycyny, w ciągłym borykaniu się z warunkami traci zapał i może dojść do zupełnego zniechęcenia; choczy zaś przestają wierzyć w pomoc lekarską, przestają się leczyć i oddają się na łaskę losu lub znachorów.

Wszystko to są fakty znane najlepiej lekarzom, praktykującym na prowincyi wśród biednej ludności miejskiej i wiejskiej. Zarówno praktyka lekarska, jak postęp nauki medycyny coraz więcej przekonują nas o słuszności tezy, że racjonalne leczenie może mieć miejsce tylko w szpitalu, odpowiednio urządzone. Wszelkie ambulatoryja mogą nieść pomoc doraźną w przypadkach chorób lżejszych, a nadto w pewnych kategoriach chorób: tu mogą być udzielane porady w cierpieniach krtani, uszu i t. p.; tu może być wykonywana t. zw. drobna chirurgia i t. d. Dążenie do leczenia ambulatoryjnego ludu, względnie do kierunku, w którym rozwija się nauka medycyny, stanowi ruch wsteczny. Prawda ta jest, zdaje się, zapoznawana w niektórych pracach, jakie spotykały się i w naszych czasopismach w sprawie leczenia ludności ubogiej miejskiej i wiejskiej.

We wszystkich prawie projektach zastanawiano się, jak najlepiej zorganizować pomoc ambulatoryjną, jak ją udostępnić możliwie szeroko, przyczem, rzecz prosta, miarą powodzenia może być liczba porad. Lecz porada lekarska to nie znaczy jeszcze pomoc w chorobie; najbardziej imponujące dane statystyczne nie świadczą bynajmniej o wielkości istotnej pomocy lekarskiej.

W jedynej wprowadzonej u nas w życie organizacji pomocy lekarskiej w gub. Płockiej głównie została zwrócona uwaga na pomoc ambulatoryjną. Wprawdzie istnieje tam 12 t. zw. lecznic ze stałemi łózkami, po 10 w każdej. Lecz lecznice te zastępować szpitali nie mogą w żadnym razie. Już liczba łóżek i urządzenie tych lecznic nadaje im charakter czasowych posterunków, gdzie o prawdziwej, systematycznej kuracyi mowy być nie może. Lekarz posterunkowy, obarczony szaloną pracą ambulatoryjną, nie ma absolutnie możliwości pełnienia obowiązków lekarza szpitalnego. Wreszcie zakaz przyjmowania do tych lecznic chorych zakaźnych odbiera im jedno z najważniejszych zadań szpitala, t. j. odosobnianie chorych zakaźnych.

Należy liczyć się i ze stroną ekonomiczną. Urządzenie szeregu lecznic o małej liczbie łóżek jest naturalnie o wiele kosztowniejsze od budowania większych szpitali z odpowiednią liczbą łóżek. Uwzględnić tu należy oddzielny personel lekarski, przyrządy lekarskie, meble i różne statki, wreszcie całą administrację i utrzymanie zakładu.

I takie nieprodukcyjne wydatki czynią się dla osiągnięcia mniej niż wątpliwych rezultatów. Jasną bowiem jest rzeczą, że samo leczenie w takich małych lecznicach musi być o wiele mniej skuteczne, niż w większych szpitalach: tu niema mowy o bardziej

złożonych, a przeto i droższych przyrządach do badania, ani do leczenia, tu nie można będzie stosować zabiegów wodoleczniczych, elektryzacyi; tu nawet nie będzie można wykonywać najprostszych operacyi, wymagających chloroformu. Zresztą pod każdym względem taka lecznica nie może dorównywać szpitalowi. Mieścić się może w wynajętym, nie przeznaczonym specjalnie na ten cel budynku, a przeto będzie tu niedostateczna ilość światła, brak jakiegokolwiek wentylacyi, źle urządzone ustępy, liche ogrzewanie i t. p. Mały lokal sprawdza niemożność podziału na sale, a stąd konieczność niewłaściwego kładzenia obok siebie chorych. Jakkolwiek chorzy zakaźni, o czem była mowa wyżej, nie są tu przyjmowani, jednak szkoda z nieodpowiedniego umieszczania chorych jest oczywista. Niemożliwem tu jest oddzielenie chorych zanieczyszczających się. Dlatego też można przewidywać, że z takich lecznic wytworzy się rodzaj t. zw. gangrenówki, a lecznica stanie się przytułkiem dla kalek i chorych nieuleczalnych.

Dodać należy skąpą posługę, skutkiem czego nie może być podziału między posługaczami: ten sam posługacz będzie czyścił ustępy, który podaje chorym jedzenie i pomaga w czynnościach lekarzowi. Nadto lecznice takie muszą być pozbawione opieki sióstr miłosierdzia, wreszcie nie mogą mieć odpowiedniej apteki.

Pod każdym przeto względem leczenie w małej lecznicy będzie mniej dokładne, mniej doskonałe i na wszystkich punktach musi szwankować. Lecznica może oddawać usługi w tych miejscowościach, które są zbyt odległe od szpitali. Tymczasowo przeto muszą zastępować szpitale. Zresztą i w przyszłości mogą to być zakłady pożyteczne, jako przytułki dla chorych nieuleczalnych i t. p. Nadto i obecnie możnaby pożytecznie zużytkowywać te lecznice. Myślę mianowicie, że lekarz mógłby tu pomieszczać niektórych chorych, czy to dla przeprowadzenia pewnych metod badania (przyjmowanie żołądka i t. p., obserwacya chorego), czy dla wykonania pewnych niecierpiących zwłoki operacyi (dzieci z krupem), czy dla odosobnienia w razach gwałtownych chorych zakaźnych lub umysłowych, czy wreszcie dla czasowego pomieszczenia chorego, zanim warunki miejscowe pozwolą na przewiezienie do większego szpitala. Przy takim jednak pojmowaniu zadań lecznicy nakład na urządzenie i utrzymanie jej mógłby być skromniejszy. Możnaby to uważać za rozszerzenie mieszkania lekarza o 1—2 pokoje, na wzór tego, co miał niegdyś dr. *Karwacki* (w Sosnowicy, pow. Włodawskim).

Mówiąc o lecznicach płockich, musimy tu dotknąć stosunku ich do istniejących szpitali w gub. Płockiej.

Jak wiadomo znaczny kontyngens. bo zwykle przeszło 50% chorych szpitalnych, stanowią mieszkańcy wsi i osad. Odpowiednio do tego opłata, wnoszona przez gminy i osady, jako zwrot kosztów za leczenie, wynosi zazwyczaj przeszło połowę ogólnych dochodów

szpitali. Skoro powstaną małe lecznice, szpitale mogą utracić chorych i środki do utrzymania. Wprowadzenie organizacji plockiej grozi ruiną szpitalom, których przecież tak mało posiadamy. Mieszkańcy gmin i osad nie będą się leczyli w szpitalu, bo naprzód mają do rozporządzenia za darmo surrogat szpitali w postaci lecznic, powtóre zaś dlatego, że w razie leczenia w szpitalu miejskim musieliby płacić dwa razy: raz w formie podatku na rzecz organizacji lekarskiej, a po raz drugi w formie opłaty za leczenie szpitalne, od której szpital, nie pobierający żadnej zapomogi od organizacji, nie mógłby uwalniać mieszkańców gmin.

Zresztą organizacja plocka w innej jeszcze formie obciążała budżety szpitali miejskich. Mianowicie, gdy uznano, że liczba t. zw. punktów wyjazdowych nie jest dostateczna, utworzono cztery nowe punkty przy szpitalach. Pomijając już okoliczność, że lekarze szpitalni, nie należący do organizacji, bez żadnego wynagrodzenia udzielali na tych punktach porad ambulatoryjnych, zaznaczyć należy, że czynności te muszą odrywać lekarza szpitalnego od bezpośrednich jego obowiązków w szpitalu, a nadto, że lekarstwa chorym przychodzącym wydawano na koszt szpitali, a opłata 10-kopiejkowa, wnoszona przez chorego za lekarstwa, nie wpływała do kasy szpitalnej, lecz była przelewana do ogólnych funduszy organizacji. Tak więc szpitale, które w sprawie pomocy lekarskiej winny stanowić główny przedmiot opieki i starań, przy organizacji plockiej zamiast pomocy szkodę ponoszą. To też nie dziwnego, że dr. Zaleski łączy upadek szpitala Św. Stanisława w Przasnyszu z powstaniem organizacji lekarskiej.

Należy tu przypomnieć, że, zanim została w Płockiem wprowadzona organizacja lekarska, urządzono w Przasnyszu tytułem próby pomoc lekarską wyjazdowo-ambulatoryjną. Miało to miejsce przed 12 laty—i od tego czasu datuje się upadek szpitala św. Stanisława. „Od 12 lat szpital, który sam potrzebował pomocy materialnej — powtórzę tu za „Czasopismem Lekarskiem“ — musiał ponosić wydatki na lekarstwa dla przychodzących chorych, a takich lekarstw było dużo, od 5—10,000 rocznie, co wielce obciążało skromny budżet. Od tego czasu szpital sechł, aż wpadł w zupełne suchoty. Dzisiaj grozi mu ruina.“ Podnieść tu należy jeszcze jeden punkt. W Przasnyszu od 12 lat lekarz szpitalny z niewielkimi przerwami a od 3 lat bez przerwy raz w tygodniu musi opuszczać na cały dzień swój szpital, aby udzielać porady ambulatoryjnej w punkcie wyjazdowym. W Mławie nawet dwa razy na tydzień lekarz szpitalny opuszcza szpital. Rzecz prosta, że okoliczność ta fatalnie musi się odbijać na wartości i ciągłości leczenia chorych w tych szpitalach.

Dać nadto należy, że inne szpitale w tejże gubernii Płockiej upadają dla braku funduszy, gdy na organizację pomocy ambulatoryjnej wydają się znaczne sumy. W takim np. położeniu

jest szpital św. Aleksego w Płocku dla chorych wenerycznych. Kapitał żelazny, wynoszący 10,000 rb., obciążony zresztą długiem 4000 rb., nie wystarcza na utrzymanie z odsetek szpitala. Budynek znajduje się w tak strasznym stanie, że trzy sale zostały zupełnie zamknięte, w innych zaś dotychczas funkcjonujących sufity zaciekają¹⁾. A jednak utrzymanie przy życiu takiego szpitala winno być należące do zadań każdej organizacji pomocy lekarskiej.

Niejednokrotnie przy rozprawach o niedostatecznej u nas liczbie szpitali czyniono zarzut, że jednak nie dowodzi takiej niedostateczności fakt, iż i obecnie istniejące szpitale nie są stale zajęte, że—inaczej mówiąc—łóżek szpitalnych jest raczej za wiele. Zarzut taki absolutnie nie wytrzymuje krytyki i może być stawiany jedynie przez ludzi, zupełnie niezających stosunków szpitalnych. Jeśli u nas szpitale nie pracują tak, jakby powinny pracować, jeśli łóżka szpitalne na prowincyi często są niezajęte, to bynajmniej stąd nie wynika, że łóżek tych jest za dużo, Ponieważ na całym świecie przy znakomicie większej liczbie szpitali łóżka są prawie stale zajęte, to wniosując logicznie, należy przypuścić, że źródło tego zjawiska musi się kryć w jakiejś przyczynie, która powstrzymuje ludność naszą od korzystania z pomocy szpitali. Przyczynę tę ogólnie można określić jako niechęć i obawę ludu leczenia się wogóle, a w szpitalu w szczególności. Ażeby wyjaśnić genezę niechęci ludu do leczenia się u lekarzy, trzeba by sięgnąć do historii kultury. Jest to jednak fakt ogólnie znany. Obowiązkiem społecznym naszym jest zwalczać tę niechęć i budzić wśród ludu potrzebę leczenia się. Jak wykazuje praktyka, zadanie to nie jest trudne, gdyż uczciwy i sumienny lekarz zawsze może pociągnąć lud do racjonalnego leczenia się. Trudniejszym zadaniem jest usunąć niechęć ludu do leczenia się w szpitalu. Wogóle nietylko u ludu wiejskiego, lecz nawet u miejskiego rozpowszechnionem jest mniemanie, że do szpitala idą chorzy po to, aby tam umierać, że ze szpitala zdrowym się nie wychodzi. Ludzie—mówi dr. A. Zaleski—zapominają, zdaje się, że chorzy wszędzie, a więc i w szpitalach umierają, a nie pamiętają tych, którzy wyszli z nich wyleczeni. Na wytworzenie się takiego mniemania wpływa fakt, że dotychczas oddają u nas do szpitali chorych w bardzo ciężkim stanie, co, rzecz prosta, zwiększa odsetkę śmiertelności i co składa się na odpowiedzialność szpitala. Pod tym względem jedną z przyczyn—zresztą nie jedyną—stanowią felcerzy, którzy opiekują się chorym dotąd, dopóki stan jego nie staje się groźnym: wówczas namawiają na umieszczenie się w szpitalu. W tym samym kierunku działa często i rodzina,

¹⁾ W ostatnich czasach z funduszów Rady Płockiej Dobroczynności Publicznej dokonano kosztem tysiąca rub. niezbędnych reparacji (z tego 800 rb. użyto na restaurację gmachu szpitalnego, a 200 rb. na urządzenie wewnętrzne).

która dalszych zwłaszcza krewnych chętnie pomieszcza w szpitalu, gdy życiu ich grozi niebezpieczeństwo.

Inne nadto czynniki odstraszały ludność od szpitali. Przytoczymy je pokrótce za dr. *Zaleskim*: rygor, panujący w szpitalu, do czego ludność nie jest przyzwyczajona; zbyt wielka odległość od szpitali, a stąd uciążliwy przewóz chorych; różne braki w urządzeniach szpitalnych (nieodpowiednie pożywienie, niedostateczny personel lekarski i t. d.), wysoka względnie opłata za leczenie szpitalne. Do tego możnaby dodać obawę włościanina, aby w razie śmierci nie był pochowany zbyt daleko od ziemi rodzinnej. W wielkim niewątpliwie stopniu działa wreszcie fakt, że chorzy w naszych szpitalach nie zawsze otrzymują należyłą pomoc lekarską. Wpływa na to z jednej strony brak elementarnych często środków pomocy lekarskiej, przyrządów, co zależy od wielkiej biedy materialnej, w jakiej znajduje się wiele naszych szpitali. Z drugiej jednak strony działa tu inna przyczyna, a tą jest — wyznać to należy szczerze — nieodpowiedni nieraz personel lekarski. Stopniowo coraz częściej i coraz więcej szpitale prowincjonalne są obejmowane przez ludzi, odpowiadających temu zadaniu. Z uznaniem i radością podnieść należy, że na czele wielu szpitali prowincjonalnych stoją już dzielni i zdolni lekarze. I ci właśnie mogą służyć znakomitym dowodem, że umiejętna pomoc lekarska działa zachęcająco na lud w kierunku leczenia szpitalnego. Niestety jednak nie można tego powiedzieć o wszystkich lekarzach szpitali prowincjonalnych. Wielu z nich spełnia swe obowiązki, jak źle płatny urzędnik. Przyczyna tego leży z jednej strony w niedostatecznych kwalifikacjach naukowo-lekarskich, z drugiej zaś w lichym wynagrodzeniu, jakie pobierają za swą pracę. Zresztą ciągle borykanie się ze stałym brakiem funduszków naszych szpitali, a stąd i brakiem koniecznych często środków lekarskich, łamie nieraz pożytecznych pracowników: w ciągłej walce z biedą ludzie zniechęcają się, marnieją. Jakkolwiek pod tym względem jest niewątpliwie coraz lepiej, jakkolwiek z natury rzeczy coraz częściej lekarze odpowiedni będą obejmowali szpitale prowincjonalne, jednak należałoby wprowadzić pewien cenzus naukowy dla objęcia posady lekarza szpitalnego. Nie mogąc, aby nie odbiegać od tematu, wchodzić tu w szczegółowy rozbiór tej kwestyi, zaznaczę tylko, że jako konieczny warunek, wymagalny od kandydata na lekarza szpitalnego, należałoby żądać odpowiedniej praktyki w większym szpitalu.

Jak to usiłowałem wykazać, pomocy w lecznicach nie można uważać za równoznaczną z pomocą szpitalną i dlatego też można powiedzieć, że organizacya płożka daje prawie wyłącznie pomoc ambulatoryjną.

Niestety, gdy w sferach właściwych uznano, że organizacya ta posiada braki, i gdy postanowiono poczynić pewne reformy, zwrócono uwagę w nowych projektach na wiele punktów, lecz główny charakter organizacyi pozostał ten sam, t. j. uwzględniono przeważnie pomoc ambulatoryjną.

Tymczasem wszelka pomoc lekarska dla ludu musi się oprzeć bezwarunkowo na szpitalach. Najznakomiciej opracowana organizacya pomocy przy pominięciu tego zasadniczego punktu do celu nie doprowadzi. Przy wielkim nakładzie pieniężnym pomyślnie rezultaty będą tylko na papierze, faktycznie zaś wcześniej czy później nastąpi zniechęcenie ludu do jakiegokolwiek pomocy lekarskiej.

Uważając szpital jako zasadniczą podstawę wszelkiej organizacyi lekarskiej, rozpatrzmy, o ile istniejące warunki mogą odpowiadać potrzebom ludności. Liczba szpitali, czyli liczba łóżek szpitalnych, jest niewątpliwie wysoce niewystarczająca.

Jak to wykazałem we wspomnianej powyżej pracy, w dniu 1 stycznia 1897 r. mieliśmy w Królestwie (łącznie z Warszawą) 88 szpitali, mających 5,031 łóżek, a włączając w rachunek szpitale fabryczne (z których wiele nie posiada charakteru stałych zakładów leczniczych) 112 szpitali i 5,457 łóżek. Pomijamy w tej chwili fakt, że względnie do 1867 r., t. j. w ciągu 30 lat ostatnich, nietylko nie posunęliśmy się naprzód, lecz nawet cofnęliśmy się, gdy bowiem w r. 1867 na 10,000 mieszkańców przypadało 7 łóżek, w r. 1897 było już tylko 5,7. Zaznaczymy jedynie, że cyfra ta jest nietylko śmiesznie mała względnie do liczby łóżek szpitalnych w innych krajach cywilizowanych (101 w prowincjach nadreńskich, 87 w Alzacyi, 54 w król. wirtemb. i t. p.), lecz jest niższą od przeciętnej dla całego państwa rosyjskiego (6,2) wraz z Syberją, Kaukazem, Krajem Zakaspijskim, w którym ogromne przestrzenie zamieszkane są przez ludność, znacznie niżej stojącą pod względem kultury.

Zobaczymy teraz, jak sprawa szpitali przedstawia się obecnie, t. j. w dniu 1 stycznia 1903 r.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w ciągu ostatniego sześćdziesięciolecia nie powstał ani jeden szpital z funduszków Rady Dobr. Publ. Powstał tylko szpital dla obłąkanych na 120 łóżek w Kochanówce (pod Łodzią), za staraniem i jako własność Łódzkiego Chrześc. Tow. Dobr., a nadto trzy szpitale fabryczne, o których wzmiankowałem w dawniejszej mej pracy, a które nie zostały wciągnięte w powyższy rachunek, jako otwarte po 1 stycznia 1897 r. Należą tu: 1) szpital Zjednoczonych fabrykantów w Łodzi, pozostający pod zarządem Czerwonego Krzyża, na 120 łóżek; 2) szpital Tow. akc. L. Geyer w Łodzi na 18 łóżek; 3) szpital huty „Katarzyna“ w Sielcach (pod Dąbrową Górniczą) na 25 łóżek. Ogółem przybyło 283 łóżek. W tymże czasie, mianowicie z dniem 1 stycznia 1903 przestał istnieć szpital górniczy rządowy na „Redenie“, liczący 30 łóżek. Rzeczywiście zatem przybyło w ciągu 6 lat 253

łóżka. Ponieważ zaś w d. 1 stycznia 1897 r. było łóżek 5,457, obecnie przeto Królestwo posiada 5,710 łóżek ¹⁾. Co się tyczy ludności Królestwa, to posiadamy urzędowe dane z r. 1897, mianowicie 9,455,900 mieszkańców. Późniejszych dat niema. Przyjmujemy w przybliżeniu 10,200,000, uważając cyfrę tę, względnie do przyrostu ludności w poprzednich latach, nie za wygórowaną. Uwzględniając teraz stosunek liczby łóżek szpitalnych do ludności, znajdziemy, że w dniu 1 stycznia r. 1903 na 10,000 mieszkańców przypada 5,6, czyli nieco mniej, niż w r. 1897. I ostatnie przeto lata nie dały nam żadnych plusów, jakkolwiek w poprzedniej mej pracy wyrażałem nadzieję, zresztą płonną, że wkrótce przybędą nowe szpitale.

Stosując poprzednio przyjętą normę, a mianowicie że potrzeba posiadać 20 ²⁾ łóżek na 10,000 mieszkańców (czyli 1 łóżko na 500 mieszkańców), aby dojść do stanu względnie pomyślnego, można powiedzieć, że przy ludności 10,200,000 Królestwo potrzebuje 20,400 łóżek szpitalnych, czyli że brak nam 14,690 łóżek. Dotychczasowe doświadczenie poucza nas, że posuwając się na polu szpitalnictwa tak, jak to było dotąd, t. j. stale cofając się, zawsze będziemy tylko marzyli o ideale.

Przy sposobności podam wiadomości o nowych szpitalach, które w niedalekiej przyszłości powinnyby powstać. Zaznaczyć z góry muszę, że nie został założony szpital ani w jednej z tych miejscowości, w których budowa szpitala wydawała się w 1899 roku bliską urzeczywistnienia, z wyjątkiem szpitala dla obłąkanych w Koczanówce.

Nowo-Mińsk. Jak wiadomo, w Nowo-Mińsku ma być zbudowany z funduszków Nowo-Mińska, oraz pobliskiego Kałuszyna szpital Św. Teodora z oddziałem dla starozakonných mieszkańców Kałuszyna. Na ten cel Nowo-Mińsk posiada kapitał, który w dniu 1 Stycznia 1901 r. wynosił 43018.94 rb., a Kałuszyn 21640.67 rb. Plan szpitala jest już przygotowany. Najważniejszą przeszkodę stanowi obecnie brak placu odpowiedniego, wobec tego, że właściciel Nowo-Mińska, członek Rady powiat. Dobroczyń. publicz., żąda za móg gruntu po 3,300 rb. t. j. cenę, na którą Rada powiatowa Dobroczyń. Publicz. zgodzić się nie może. Istnieje projekt, aby nabyć dla szpitala 5 morgów gruntu z posiadłości (22 morgi), jaką ma ochrona Starców z za-

¹⁾ W rachunku powyższym przyjęliśmy liczbę łóżek w poszczególnych szpitalach taką, jaka była 1 stycznia 1897 r., jakkolwiek w różnych miastach mogły w tym czasie zajść drobne zmiany. Ponieważ różnice te w różnych szpitalach były to dodatnie, to ujemne, przeto cyfrę powyższą można uważać w przybliżeniu za dokładną. Zresztą innej drogi nie było wobec tego, że sprawozdań za rok 1902 jeszcze niema.

²⁾ Uwzględniając normę, jaką wyprowadził na innej drodze (na zasadzie zachorowalności) dla gub. Płockiej dr. A. Zaleski, a mianowicie 1 łóżko na 319 głów, otrzymamy liczbę łóżek potrzebnych dla Królestwa 31,975.

pisu byłego właściciela Nowo-Mińska, Hr. Jezierskiego. Po wyjeźdźnaniu zezwolenia władz wyższych na to kupno, ma być rozpoczęta budowa szpitala.

Drewnica (pod Warszawą). Za staraniem Towarzystwa opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi powstało schronisko dla Obłąkanych w Drewnicy. Towarzystwo nabyło za 10,000 rb. obszerne zabudowania, pierwotnie przeznaczone na pomieszczenie ochrony Mikołajewskiej dla dzieci żołnierskich, oraz 14-morgową przestrzeń gruntów. Odpowiednie przeróbki wykonano kosztem 10,000 rb. Schronisko składa się z dwóch dużych pawilonów, z których każdy może pomieścić 60 chorych (oddział kobiecy i męski—razem dla 120 chorych. Schronisko zostało oddane do użytku publicznego 17 Maja 1903 r.

Warta gub. Sprawa budowy przytułku dla obłąkanych w gmachach poklasztornych w Warcie nie posunęła się naprzód. Gminy płacą na ten cel do 25 rb. rocznie. Gmachy poklasztorne mogłyby pomieścić 40 chorych.

Na budowę szpitala w Warcie w dniu 1 Stycznia 1901 r. była suma 15250 rb.

Łódź. W dniu 17-IX 1902 r. został otwarty szpital dla obłąkanych w Kochanówce (pod Łodzią) dla 120 chorych. Koszty budowy wyniosły 100,000 rb. (bez urządzeń wewnętrznych, które zawdzięczać należy ofiarności prywatnej). Zakład w Kochanówce podzielony jest na 3 klasy. W klasach I i II opłata wynosi 75 rb. i 45 rb. miesięcznie. Klasę III stanowi oddział ogólny, do którego są przyjmowani chorzy bezpłatnie, albo za opłatą 5—25 rb. miesięcznie zależnie od zamożności rodziny. Szpital, jako będący własnością Chrześcijańskiego Tow. Dobroczynności w Łodzi, bezpłatnych chorych przyjmuje wyłącznie mieszkańców Łodzi. Zakład powstał z inicjatywy D-ra *Jonszera* za staraniem Towarzystwa Dobroczynności, a głównie dzięki energii energii wiceprezesa tegoż Towarzystwa, p. *Zieglera*. Fundusz na budowę powstał wyłącznie ze składek prywatnych. Szpital składa się z dwóch murowanych pawilonów, wzorowanych na znanym zakładzie w Alt-Scherbitz. W szpitalu urządzono kanalizację, ogrzewanie centralne (parowe) i oświetlenie elektryczne. Zakład posiada 40 mórg gruntu, z których 30 ogrodzone parkanem z małym laskiem brzozowo-sosnowym, co daje możliwość zajmowania chorych w odpowiedniej porze pracą ogrodową lub w polu. Sądząc z tego, co dotychczas zrobiono w tym zakładzie, można mieć nadzieję, że szpital ten będzie wzorowym w kraju nie tylko ze względu na plan budynków, lecz i pod względem urządzeń wewnętrznych oraz stosowanych w zakładzie metod leczniczych. Kierownikiem zakładu jest Dr. *J. Mazurkiewicz*.

Prawdopodobnie w roku bieżącym w Łodzi będzie rozpoczęta budowa szpitala dla dzieci na 100 łóżek. Szpital ten funduje rodzina przemysłowców *Herbstów*. Istniejący już na ten cel fundusz

w sumie około 50,000 rb., a powstały przeważnie z ofiar przemysłowców *Geyerów*, ma stanowić kapitał żelazny. Plany szpitala oraz komitet budowy są już zatwierdzone przez władze. W Łodzi żywią nadzieję, że za dwa lata szpital zostanie oddany do użytku publicznego.

Oprócz tego w Łodzi projektuje się założenie wielkiego szpitala miejskiego na 1,000 łóżek. Na ten cel miasto zamierza zaciągnąć pożyczkę.

Częstochowa Ponieważ fundusz, istniejący na budowę nowego szpitala miejskiego (300,000 rb. kapitału i 40—45,000 rb. przypuszczalnie ze sprzedaży placu), jest niewystarczający, przeto Rada powiatowa Dobrocza, Publicz. postanowiła, w myśl ustawy o szpitalach fabrycznych, przyłączyć do tej sprawy fabrykantów. Wobec tego, że fabryki potrzebowałyby 65—75 łóżek, stąd miasto uzyskałoby 80,000—85,000 rb., licząc po 1200 rb. za łóżko. Projekt ten początkowo nie został zatwierdzony w Ministerystwie Spraw Wewnętrznych, a to z tego powodu, że nie była jeszcze rozstrzygnięta kwestya, czy możliwym jest, aby fabrykanci przyłączali się do szpitali powiatowych. Obecnie jednak w Ministerystwie Finansów zdecydowano, że w zasadzie takie przyłączenie jest możliwe. Wobec tego wysłano ponownie plany do Ministerystwa. Jest nadzieja, że wkrótce projekt uzyska zatwierdzenie.

Szpital projektuje się na 110—120 łóżek, kosztorys wynosi około 200,000 rb.

Pabianice. 15 Maja 1903 r. na posiedzeniu radnych w magistracie miasta Pabianice uchwalono budowę szpitala miejskiego na 25 łóżek. Ma on stanąć na placu miejskim, na szosie Tuszyńskiej. Koszty budowy obliczono na 45,000 rb. Dotychczas na ten cel zaofiarowali: kasa miejska 15,000 rb., fabrykanci miejscowi 17,000 rb. oraz 100 tys. sztuk cegieł. Reszta funduszu, potrzebnego na budowę, będzie zebrana drogą dobrowolnych składek.

Grodziec gub. Piotrkowskiej. Towarzystwo Grodzieckie kopalń i zakładów przemysłowych zbudowało szpital na 20 łóżek. Łóżek tymczasowo przygotowano 6. Szpital jeszcze nie funkcjonuje. Za parę miesięcy ma być otwarty. Istniejąca od wielu lat w Grodźcu lecznica na 4—5 łóżek z chwilą otwarcia szpitala zostanie skasowana.

Sielce gub. Piotrkowskiej (powiat Będziński). Baraki choleeryczne, otwarte w 1894 r., na 80 łóżek funkcjonują w razach szerzenia się chorób zakaźnych nagminnie; w zeszłym roku były, a być może i w bieżącym będą otwarte z powodu ospy.

Chelm. Rada Powiatowa Dobroczyńności Publicznej, na wniosek d-ra *Michelisa*, zdecydowała wybudować parterowy gmach szpitalny obok istniejącego t. zw. baraku dla chorych zakaźnych, (gdzie zresztą leczą się dotknięci wszelkimi chorobami oprócz umysłowych i wenerycznych), i przemianować barak na szpital miejski

o 40 łózkach. Przygotowane już plany wkrótce mają być wysłane do Ministerjum. Kosztorys (łącznie z urządzeniem szpitala, obliczonym na 1722 rb.) wynosi 18100 rb. Fundusz potrzebny na ten cel osiągnięty zostanie ze sprzedaży gruntów szpitalnych, ocenionych na 71090 rb.

Zamość. Fundusz na budowę szpitala starozakonnych jest wystarczający. Postanowiono budować szpital po za miastem. Sprawa jednak placu dotąd nie jest rozstrzygniętą wobec tego, że Gmina Żydowska nie może porozumieć się z magistratem (magistrat daje taką samą przestrzeń na budowę nowego szpitala po za miastem, jaką zajmował dawny szpital w mieście, spalony w 1884 r., na co gmina zgodzić się nie chce).

Tomaszów lubelski. Fundusz na budowę szpitala wynosił w dniu 1 Stycznia 1903 roku 26813,58 rb. Sprawa jest w zawieszeniu wobec spodziewanej organizacji pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej.

Iłża. Budowa szpitala w Iłży na 20 łózek jest na ukończeniu; prawdopodobnie za parę miesięcy szpital będzie otwarty.

Końskie. Plany szpitala wysłane w 1901 r. do Rady Gubern. Dobroc. Publ. w Radomiu nie zostały jeszcze dotychczas przesłane do Ministerjum. Fundusz, według sprawozdania z 1901 r. wynosił 17449,68 rb. (12714,48 rb. w banku i 4735,20 rb. w kasie Rady powiatowej). Na budowę szpitala istnieje plac (2,040 sążni. kwadr.) ofiarowany przez Hr. J. Tarnowskiego. Plac ten, jako nieodpowiedni z wielu względów, ma być sprzedany za 5—6,000 rb. Nadto Hr. Tarnowski przyrzekł 120,000 sztuk cegły oraz dalszą pomoc materyalną w razie potrzeby.

Kielce. Na budowę szpitala starozakonnych w Kielcach istnieje fundusz, o ile mi wiadomo z źródeł prywatnych, koło 24,000 rb. Sprawozdanie kieleckie o sprawie tej nie wzmiankuje. Ostatecznie rozstrzygnięto rzecz w ten sposób, iż przy szpitalu miejskim Św. Aleksandra ma być zbudowany oddzielny pawilon dla starozakonnych na 20 łózek.

Tak więc w sprawie szpitalnictwa nie postępujemy naprzód, lecz stale cofamy się. Liczba szpitali względnie łózek szpitalnych stosunkowo do naturalnego wzrostu ludności stale się zmniejsza. Nowe szpitale nie powstają, gdy liczba mieszkańców wzrasta.

Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak funduszków na budowę i utrzymanie szpitali.

Jak wiadomo wszystkie nasze szpitale znajdują się od 1870 r. pod zarządem Rad gubernialnych i powiatowych Dobroczojnicznej

Przepisy z dnia 16-VI 1870 r. oparły byt instytucji dobroczynnych prawie wyłącznie na ofiarności społeczeństwa. Główne rubryki dochodów według przepisów z 1870 r. są następujące: 1) dochody z nieruchomości oraz kapitałów, stanowiących własność zakładów dobroczynnych; 2) opłata za leczenie lub przytułek; 3) zapomogi z Kasy Państwa; 4) zapomogi z Kas miejskich lub gminnych; 5) ofiary dobrowolne osób prywatnych oraz inne dochody przypadkowe. Zapomogi z kasy Państwa, rzecz prosta, mogą być pomocą doraźną w razie wyjątkowych i nie mogą być stałym źródłem dochodu. Zapomogi z kas miejskich, na których niewątpliwie ciążyć winna opieka nad szpitalami, są dotychczas bardzo niewielkie, jakkolwiek miasta nasze posiadają nieraz znaczne kapitały. Dla przykładu przytoczę kilka cyfr: Według sprawozdania Radomskiego z r. 1901 zapomogi od miasta otrzymał tylko szpital w Opatowie 37,50 rb. i szpital w Opocznie 68,91 rb. Według sprawozdania kieleckiego z 1901 r. zapomogi od miasta otrzymały: szpital w Miechowie 167,98 rb.; szpital w Busku 5 rb.; szpital zaś w stopnicy nie otrzymał żadnej zapomogi, chociaż wydatki wyniosły 4262,69 rb., gdy dochód wynosił tylko 2649,48 rb. (t. j. było 1613,21 rb. deficytu). Znakomicie większe zapomogi dają gminy wyznaniowe szpitalom (np. gminy starozakonnych, ewangelickie i t. p.) W rzeczywistości szpitale czerpią zwykle dochody z rubryk 1, 2 i 5.

Pod tym względem Rady Dobroczyn. publ., których działalność obejmuje miasta, są w zasadniczo innym położeniu, niż gminy wiejskie; gminy wiejskie mają prawo na zebraniach gminnych uchylać i rozkładać na mieszkańców składki i podatki na rzecz zakładów dobroczynnych, gdy Rady miejskie żadnych podatków na rzecz zakładów swoich ustanawiać nie mogą. Muszą się przeto uciekać do ofiarności publicznej.

Być może, że prawodawca przy organizacji Rad miejskich oparł się na fakcie, że istotnie prawie wszystkie stałe szpitale nasze i wogóle zakłady dobroczynne powstały z zapisów, ofiar i wogóle dobroczynności prywatnej i że na źródło to i w przyszłości liczyć można. Ludzie zamożni fundowali zakłady dobroczynne, dostarczało się położeniem i rozwojem szpitali, wglądało w czynności rządów tych instytucji. Tymczasem od kilkudziesięciu lat źródło to przestało istnieć niemal zupełnie. Obecnie zaledwie wyjątkowo zdarza się jakaś większa ofiara na ten cel. Dlatego też nie przybывают nowe szpitale, a istniejące wiodą nędzny żywot, wciąż walcząc z brakiem funduszy, bo kapitały szpitalne, które niegdyś wystarczały na utrzymanie zakładów, z czasem, przy podniesieniu kosztów utrzymania i wogóle cen wszelkich produktów, okazały się niewystarczającymi.

Jaka jest przyczyna takiego wygaśnięcia ofiarności publicznej?

Wszakże zawsze istnieją w społeczeństwie jednostki zamożne, ofiarne, o czem świadczą liczne zapisy na różne instytucje i cele publiczne, na kościoły, szkoły i t. p. Wszakże powszechnie twierdzą, że ofiarność publiczna jest u nas wielka. Czy przeto w samej organizacji Rad miejskich nie tkwią pewne przyczyny? Już w 1878 r. zwracał uwagę na pewne zasadnicze braki Rad miejskich prof. *Okolski* w pracy, napisanej na specjalne żądanie Ministerjum Spraw Wewnętrznych.

Praktyka życiowa potwierdziła, że organizacja tych Rad nie jest wolną od złych stron.

Skoro z konieczności działalność Rad Dobroczynności Publicznej musi być oparta na dobroczynności prywatnej, to wynika stąd, jako wniosek konieczny i jasny, że Rady te wszelkimi sposobami powinny dążyć, by w społeczeństwie wzbudzić zaufanie i pociągnąć je do ofiarności na cele publiczne. Wiemy z doświadczenia różnych instytucji społecznych, jak wielką potrzebną jest tu ostrożność, jak łatwo ofiarność społeczeństwa stracić, jak trudno ją później pozyskać.

Dobrowolne ofiary dają ludzie na te instytucje, do których mają zupełne zaufanie, gdy utrzymują pewną łączność z ludźmi stojącymi na ich czele, albo też gdy sami pewien wpływ bezpośredni na nie wywierać mogą. Drugim koniecznym warunkiem powodzenia, jak to również wykazuje doświadczenie, jest jawność działalności.

Jestto zupełnie jasne i naturalne, że osoby popierające jakąś instytucję, pragną wiedzieć, co się w niej dzieje, jaką jest jej działalność. Wszelka tajemniczość zniechęca ludzi, zamyka ich kieszeń.

Jak wiadomo, Rady Dobroczynności Publicznej składają się z członków z urzędu i członków z wyboru.

Członkami z urzędu w Radach gubernialnych są: Gubernator, Wicegubernator, Prezes Izby Skarbowej, Naczelnik Dyrekcyi Naukowej, inspektor lekarski i jeden z naczelników wydziału Rządu Gubernialnego (zwykle policyjnego lub prawnego).

Członkami z urzędu w Radach powiatowych są: naczelnik powiatu, pomocnik naczelnika powiatu oraz lekarz powiatu.

Tak zwanych członków z wyboru wybierają Rady t. j. członkowie z urzędu, a przeto de facto, jak mówi prof. *Okolski*, w miastach gubernialnych gubernator, w miastach powiatowych naczelnik powiatu.

Dla przykładu przytoczę skład członków z wyboru z paru miast gubernialnych i powiatowych.

W Kielcach w 1901 r. członkami z wyboru byli: prezes zjazdu sędziów pokoju, członek sądu okręgowego, pułkownik, rejent, sekretarz wydziału hipotecznego sądu okręgowego i jeden z właścicieli domów.

W tymże roku w Olkuszu członkami z wyboru byli: komisarz do spraw włościąńskich, naczelnik straży ziemskiej i jeden właściciel domu.

W 1899 r. w Suwałkach członkami z wyboru byli: sztab-oficer przy gubernatorze, inżynier gubernialny, podpułkownik, asesor farmacyi, rejent i rabin miejscowy.

W 1900 r. we Włocławku członkami z wyboru byli: naczelnik straży ziemskiej, naczelnik więzienia z Brześcia Kujawskiego, sztabkapitan, prezydent miasta, inżynier powiatowy i dwóch właścicieli domów; w tymże roku w Grójcu było trzech członków z wyboru, z których dwóch było urzędników zarządu powiatu (trzeciego stanowisko społeczne w sprawozdaniu nie jest oznaczone).

Jak widzimy, członkami Rad Dobroc. Publ. są przeważnie urzędnicy. Nie stawiamy bynajmniej w wątpliwość dobrej ich woli, lecz rzecz prosta, osoby te ze względu na różnorodne i liczne swe zajęcia nie mogą poświęcać się sprawom dobroczynnym, bo nie pozwala im na to ani czas, ani zainteresowanie, zwrócone w kierunku ich głównej działalności. Jako charakterystyczny szczegół, zaznaczymy fakt, że lekarze szpitalni nigdzie nie należą do Rady i że tylko w paru miastach członkami z wyboru są prezydenci lub burmistrzowie miast. Zarządzanie szpitalami i wogóle sprawy dobroczynności publicznej wymagają odpowiedniej znajomości rzeczy, a nadewszystko dużo czasu i oddania się, a nadto stosunków z zamożniejszymi i wybitniejszymi członkami społeczeństwa. Czy można przypuścić, żeby np. prezes izby skarbowej, mówi prof. *Okolski*, naczelnik straży ziemskiej lub radca urzędu gubernialnego, skądinąd być może doskonali urzędnicy, znakomicie spełniający swoje obowiązki bezpośrednie, mieli czas, a nawet chęć, podejmowania uciążliwej pracy z innego zakresu, która może odciągać ich tylko i przeszkadzać ich bezpośredniej działalności. Z góry można przewidzieć, a praktyka to potwierdza, że rola czynna ich sprowadza się do minimum, że oni są tylko formalnymi członkami Rad Dobroczynności. Obowiązki wszelkie członków polegają nie tylko na bywaniu na posiedzeniach, lecz winni oni poza posiedzeniami wpływać na jednostki zamożniejsze, utrzymywać z nimi stosunki nie tylko w mieście, lecz i na wsi, obmyślać nowe źródła dochodów i wogóle rozszerzać wpływ moralny na inteligentniejsze i zamożniejsze jednostki.

Że działalność Rad Dobroczynności publicznej nie może być żywa, dowodzi także fakt, że posiedzenia tych Rad w miastach, zwłaszcza powiatowych, odbywają się niezmiernie rzadko. Widocznie członkowie tych Rad uważają sesje na zasadzie nabytego doświadczenia, za czysto formalne i dla tego nie odczuwają potrzeby zwoływania Rady.

Na inny punkt zwrócił nadto uwagę prof. *Okolski* we wzmiankowanej pracy, a mianowicie, że organizacja Rad dobroczynności

Publicznej nie zapewnia społeczeństwu żadnego wpływu na działalność tych Rad.

Wprawdzie członkami Rad z wyboru bywają i przedstawiciele społeczeństwa. Lecz jakkolwiek nazywają się oni członkami z wyboru, są jednak nominowani de facto przez gubernatorów i naczelników powiatu. Może się przeto zdarzyć, jak mówi prof. *Okolski*, że są oni nominowani spośród osób, do których społeczeństwo niekoniecznie żywi szczególną ufność co do ich energii oraz oddania się sprawom dobroczynności publicznej. Zresztą, gdyby nawet było inaczej, to i tak byłiby oni w Radzie zawsze w znakomitej mniejszości, a przeto wpływu na bieg spraw nie mogliby wywierać.

Możemy się w tym względzie powołać do pewnego stopnia na przykład Warszawy.

Prawie do ostatnich czasów Kuratorami szpitali warszawskich byli dymisyonowani urzędnicy cywilni lub wojskowi. Ponieważ okazało się, że czynność ich z powodu braku stosunków ze społeczeństwem była zupełnie niewystarczająca, przeto Władze uznały za właściwe zmienić dotychczasową metodę i poczęły mianować na te stanowiska osoby bardziej znane w społeczeństwie i mające stosunki z ludźmi zamożnymi.

Słuszność tych uwag wydaje się zupełnie jasną. Zresztą, gdyby kogo nie przekonywały argumenty powyższe, możemy się powołać na wyraźnie zaznaczoną wolę prawodawcy. Mianowicie § 364 tomu XIII Zbioru Praw (Swod Zakonow) mówi:

W skład powiatowych Rad Dobroc. Publ. wchodzi członkowie spośród miejscowych mieszkańców, znani ze swej filantropii lub specjalnych znajomości spraw szpitalnych w liczbie 2—4. Następny § 365 tegoż tomu omawia skład Rad Gubern. Dobr. Publ., przyczem liczbę członków spośród miejscowych mieszkańców oznacza na 4 do 6.

Jeśli pomimo tak wyraźnego brzmienia prawa dłużej rozwoziliśmy się nad tą sprawą, niechaj mi będzie usprawiedliwieniem fakt, że jednak w praktyce prawo to nie zawsze jest stosowane.

Według uwagi 1-ej do §§ 364 i 365 lekarze szpitalni oraz intendenci mogą być powoływani przez Prezesa Rady na posiedzenia z głosem doradczym. Prezes może zapraszać nadto i osoby postronne, które mogłyby służyć pożytecznymi dla sprawy wskazówkami.

Sądzimy, a zdaje się, nie wymaga to nawet argumentacji, że współudział stały i urzędowy w pracach Rady lekarzy szpitalnych, jako najbliższej stojących i najlepiej znających potrzeby szpitali, byłby niezmiernie pożądanym.

Że wogóle nic się nie robi dla zainteresowania społeczeństwa sprawami dobroczynnymi, dla obudzenia w niem ofiarności, dowodem służą same sprawozdania Rad Gubernialnych.

Jak wiadomo, wszelkie instytucje i stowarzyszenia społeczne usiłują przedstawić działalność swą w sprawozdaniach rocznych w całej pełni i możliwie szeroko rozpowszechniają je, aby w ten sposób pozyskać członków i zdobyć pomoc materialną.

Spółceństwo, przekonywając się ze sprawozdań, że sprawa jest godna poparcia, a ster jej znajduje się w rękach energicznych i oddanych sprawom dobroczynności, może pospieszyć z pomocą.

Tymczasem Rady Gubernialne trzymają się jakby innej metody: nie tylko nie starają się dotrzeć przez swe sprawozdania do możliwie szerokich kół, lecz przeciwnie, ci nawet, którzy pragnęliby poznać sprawę, z trudem wielkim zdobywają te sprawozdania.

Są ludzie, zajmujący się nawet sprawami dobroczynności, a między nimi nawet lekarze zamieszkali na prowincyi, którzy nie tylko nie widzieli, lecz i nie słyszeli o istnieniu sprawozdań Rad Dobroczynności Publicznej.

Taka tajemniczość, rzecz prosta, sprzyja tylko temu, aby ludzie nie myśleli i nie interesowali się temi sprawami.

Aby jednak sprawozdania te mogły pobudzić społeczeństwo do ofiarności i do żywszego zainteresowania się, to treść ich winna dawać całkowity rys działalności: tylko szczegółowy i dokładny obraz może działać zachęcająco i budzi i w czytelniku chęć przyczynienia się do dobrej sprawy. Na ogół biorąc większość sprawozdań nie czyni zadość temu warunkowi.

Przytoczę dla przykładu kilka szczegółów.

W sprawozdaniu Rady Kieleckiej z roku 1901 nie znajduję żadnej wzmianki o sumach, istniejących na budowę nowych szpitali, gdy tymczasem ze sprawozdania z 1896 r. dowiadujemy się, że jednak istniały w 1896 r. pewne kapitały na budowę szpitala starozakonnych w Kielcach (16,972 rb.), na szpital w Pinczowie (10,416 rb.) i w Andrzejowie (3,922 r.). Jakie losy spotkały te sumy, sprawozdanie z 1901 roku nie nas nie poucza.

Drugi przykład: Istnieje w Łomży od 1854 r. szpital starozakonnych na 60 łóżek, pozostający, jak inne, pod zwierzchnią władzą Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej. Tymczasem w sprawozdaniach z lat 1895—1896—1897 nie znajdujemy żadnej wzmianki nawet o istnieniu, nie mówiąc już o działalności tego szpitala.

Lakonicznie podawane informacje w tych sprawozdaniach wciąż nasuwają czytelnikowi wątpliwości, których objaśnienia nie znajduje. Tak np. w Kieleckim sprawozdaniu z 1896 r. znajdujemy sumę 10,416 rb. na budowę szpitala w Pinczowie. Jeśliby nie było żadnych ubocznych dopływów, a wzrost kapitału ograniczał się jedynie do odsetek, to, biorąc skromną stopę 3%, winnibyśmy po roku mieć sumę 10728,52 rb. Tymczasem w następnym roku znajdujemy sumę 10507,42 rb.

I znów na pytanie: dlaczego tak mało, sprawozdanie nie daje odpowiedzi.

W sprawozdaniu Radomskiem z 1896 r. znajdujemy sumę 27794,37 rb. (w dniu 1/I 1897) na budowę szpitala w Iłży. Sprawozdanie z 1901 r. sumę na ten cel podaje 21295,54 rb. Ktoby chciał opierać swoje wiadomości na sprawozdaniach, musiałby wyrazić zdziwienie, dlaczego w ciągu 5 lat suma ta, miast powiększyć się, zmniejszyła się. Być może przyczyna tego zmniejszenia kryje się w tem—jak przypuszczam—że część kapitału została użyta już na budowę szpitala. W sprawozdaniu jednak nie wytłomaczono tej różnicy, ani nawet nie wspomniano, że szpital w Iłży ma się budować lub też buduje się.

W sprawozdaniu Radomskiem z 1896 r. podano sumę 366,78 rb., istniejącą na budowę przytułku w Końskich. W sprawozdaniu z 1901 roku na przytułek w Końskich figuruje również suma 366,78 rb.

Na budowę przytułku w Przedborzu w temże sprawozdaniu Radomskiem z 1896 r. znajdujemy sumę 3211,01 rb., a w sprawozdaniu z 1901 r. sumę 3257,80 rb., czyli w przeciągu 5 lat odsetki od 3200 rb. wyniosły zaledwie 46 rubli.

W sprawozdaniu Płockiem z 1895 i 1897 znajdujemy jednaką sumę na szpital żydowski w Szreńsku—236,01 rb. Dlaczego suma ta w ciągu kilku lat nie wzrosła?

Na budowę przytułku w Szydłowcu w sprawozdaniu Radomskiem 1896 r., znajdujemy sumę 6542,09 rb., w sprawozdaniu zaś z 1901 r. 6532,09 rb. W ciągu przeto 5 lat kapitał nie wzrósł, lecz zmniejszył się nawet.

Wiadomo powszechnie, że na szpital w Ciechanowcu (gub. Łomżyńskiej) istnieje dość znaczna suma. Lecz ze sprawozdań dokładnych danych otrzymać nie można, jak to widać z poniższego: w sprawozdaniu Łomżyńskiem z 1895 r. podana jest suma 23330,30 rb.; w następnym 1896 r. znajdujemy sumę 18017,53 rb. (bez jakiegokolwiek wytłomaczenia, z kąd powstało tak znaczne zmniejszenie; w 1897 r. figuruje suma 24674,86 rb., a wreszcie w sprawozdaniu z 1901 roku niema nawet wzmianki, że na szpital w Ciechanowcu istnieje jakakolwiek suma, chociaż znajdujemy w odpowiedniej tablicy rubrykę kapitałów, przeznaczonych na budowę nowych szpitali w innych miejscowościach.

Lecz dość już przykładów, których liczbę możnaby łatwo powiększyć.

Niewątpliwie wszystkie przytoczone różnice i sprzeczności mają swoje tłomaczenie faktyczne. Dlaczegoż jednak nie jest ono podane w sprawozdaniu? Dla czegoż czytelnik ze sprawozdań nie może się pouczyć o rzeczywistym stanie szpitali?

Wszystkie sprawozdania układane są według jednego mniej więcej szematu. Obraz całej gospodarki przedstawiony jest jedy-

nie w tablicach. Gdyby do tych tablic były dołączane pewne uwagi, wyjaśnienia, wówczas cyfry podane mogłyby oświetlać sprawę. Bez takich uwag czytelnik nie może się oryentować w liczbach.

Przytoczone wyżej przykłady świadczą, że sprawozdania Rad Gubernialnych Dobroczynności Publicznej pozostawiają w czytelniku różne wątpliwości bez żadnego wyjaśnienia, a to, rzecz prosta, nie zachęca ludzi do ofiarności. Świadczą one dalej, że nic się nie czyni, aby zainteresować społeczeństwo sprawami dobroczynności, a specjalnie szpitalami.

Wreszcie jeden jeszcze punkt. O ile mi wiadomo ze źródeł prywatnych, szpital Św. Ducha w Łomży dla pokrycia ciągłych niedoborów budżetowych, czerpie z sum przeznaczonych na budowę szpitala w Ciechanowcu. Nawet smutna konieczność, nawet deficyty nie usprawiedliwiają takiej metody.

Wola ofiarodawców, przeznaczających sumy na pewien cel, winna być zawsze święcie uszanowana. Łamanie jej jest niewłaściwe pod względem moralnym, a nawet i ze względów praktycznych, bo rzecz prosta, odstrasza ludzi zamożnych a dobroczynnych od ofiarności na cele publiczne.

Być zresztą może, że Rada Łomżyńska miała jakieś słuszne zasady do takiego postępowania. Lecz dzięki lakoniczności sprawozdań, czytelnik nie znajduje żadnego wytłomaczenia swoich wątpliwości.

Oto są przyczyny, dla których społeczeństwo nie interesuje się, a nawet stroni od spraw dobroczynności, dla czego obojętnem okiem patrzy na rozwój i działalność zakładów dobroczynnych.

W tem również kryje się objaśnienie faktu, że mało przybywa szpitali, że kapitały przeznaczone na budowę nowych szpitali wzrastają niezmiernie powoli.

Większe kapitały na budowę szpitali znajdujemy w następujących miejscowościach: w Nowo-Mińsku, w Kałuszynie, w Kole, w Końskich, w Kielcach (szpital żydowski) w Tomaszowie lubelskim, w Opolu lubelskim, w Zamościu (szpital starozakonny) oraz w Ciechanowcu. W niektórych z tych miast obecnie nie można przystępować do budowy o ile by istniejące na ten cel kapitały nie zostały powiększone z innych źródeł. W innych jednak istniejące kapitały już obecnie są wystarczające. Kiedym przed paru laty pisał o tej sprawie, podałem, że wkrótce powstanie kilka nowych szpitali—mianowicie: w Nowo-Mińsku, w Kielcach, w Końskich, w Zamościu, w Tomaszowie rawskim i lubelskim. Nadzieje jednak były płonne. Obecnie nie można nawet powiedzieć, kiedy budowa szpitali zostanie rozpoczęta w któremkolwiek z tych miast.

Przyczyną takiej powolności jest poniekąd bardzo powolne załatwianie formalności prawno-administracyjnych. W Nowo-Mińsku

jeszcze przed 4 laty był sporządzony plan szpitala wspólnego dla Nowo-Mińska i pobliskiego Kałuszyna z funduszków, jakie na ten cel posiadał Nowo-Mińsk i Kałuszyn. Tymczasem dotychczas plan nie jest jeszcze zatwierdzony. W Końskich lekarze miejscowi mieli nadzieję, że w 1900 r. rozpocznie się budowa szpitala na 24 łóżka. Sporządzone plany wysłano w 1901 r. do Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej w Radomiu, lecz dotychczas (1903 r.), o ile mi wiadomo, nie wysłano planów tych z Radomia do Ministerjum Spraw Wewnętrznych do zatwierdzenia.

Jakkolwiek jednak pewne formalności mogą przeciągać sprawę, niewątpliwie jednak nieraz winę przypisać należy opieszałości obywateli miejscowych, którzy przy energii i dobrych chęciach mogliby znacznie przyspieszyć sprawę.

Lecz znowu wracamy do poprzednio zaznaczonej kwestyi: społeczeństwo miejscowe zbyt daleko stoi od spraw dobroczynności publicznej, aby mogło się gorąco interesować sprawami szpitali.

Do przeszkód, wstrzymujących budowę szpitali, przybyła obecnie nowa. Mianowicie, o ile mi wiadomo, w Tomaszowie lubelskim wstrzymano sprawę budowy nowego szpitala w oczekiwaniu organizacji pomocy lekarskiej. Istnieje tam na ten cel fundusz dostateczny, od kilku lat projekt jest już bliskim urzeczywistnienia, obecnie zaś wszelkie starania zawieszono wobec przypuszczalnego wprowadzenia organizacji pomocy lekarskiej. Tymczasem szpital w Tomaszowie jest pilnie potrzebny ze względu na znaczną odległość najbliższego szpitala w Zamościu i Hrubieszowie.

W tym razie i organizacja lekarska będzie musiała oprzeć się na szpitalu.

Dlaczegoż więc wstrzymywać sprawę pilną i konieczną w każdym razie? Zresztą istniejący na ten cel fundusz powstał z legatów i ofiar ordynacyi Zamoyskich, przeznaczonych wyłącznie na budowę szpitala, i na ten cel tylko użyty być może. Być nadto może, że i w innych miastach wstrzyma budowę szpitali organizacja lekarska, która zresztą niewiadomo kiedy i w jakiej postaci funkcjonować zacznie.

Dotychczas zaznaczyłem dwa źródła, z których mogą powstawać fundusze na budowę szpitali: ofiarność ludzi zamożnych z pośród społeczeństwa, oraz istniejące już na ten cel kapitały, które zresztą również zawdzięczają swe pochodzenie ofiarności publicznej.

Przechodzę teraz do najważniejszego źródła.

Szpitala są instytucjami społecznymi. Utrzymywanie ich winno ciążyć na miastach i gminach. Leczenie biednych, to nie filantropja, lecz obowiązek. Podobnie jak fabrykant obowiązany jest opiekować się swymi pracownikami, również i miasto winno utrzy-

mywać szpitale dla biednych mieszkańców. Szpitale winny należeć do zakresu obowiązków miasta, podobnie jak i inne instytucje. Jeżeli miasto łoży na bruki, kanalizację, wodociągi i t. p. cele, mające na względzie stworzenie warunków higienicznych dla mieszkańców, to również społecznym obowiązkiem jest budowa i opieka nad szpitalami. Tak też dzieje się w miastach Europy Zachodniej: tam miasta budują i utrzymują szpitale. Tak winno być i u nas. Brak specjalnych na ten cel funduszy przeszkodą być nie może.

Przedewszystkiem, jak wiadomo, prawie wszystkie miasta posiadają znaczne kapitały, które mogłyby być użyte na ten cel. Jako przykład, służyć może m. Turek (gub. Kaliskiej), gdzie na budowę i utrzymanie szpitala św. Pawła użyto pewną sumę z funduszy miejskich za zezwoleniem Ministerjum Spraw Wewnętrznych.

Lecz jeśliby z tego źródła czerpać nie było można, wówczas miasto winno zaciągać pożyczkę, podobnie jak to czyni na oświetlenie ulic, wodociągów i t. p., t. j. na różne cele publiczne, które przyzwyczailiśmy się już uważać, jako społeczny obowiązek miast.

Przy takim ustroju zarząd nad szpitalami musi przejść w ręce miasta: miasto wzgl. rada miejska musi być rzeczywistym i całkowitym gospodarzem, ono łoży na utrzymanie i opiekuje się szpitalami. Jako instytucja żywa i stale rozwijająca się, miasto zdoła znaleźć potrzebne środki, skoro tylko wciągnie szpitalnictwo do zakresu swoich obowiązków.

Żywią głębokie przeświadczenie, że objęcie szpitali przez miasto jest kwestyą czasu. Aby jednak reforma ta weszła w życie jaknajprędzej, potrzeba, aby przedewszystkiem ci, którzy najbliżiej stoją spraw szpitalnych, t. j. lekarze, uświadomili sobie konieczność takiej reformy i torowali jej drogę.

Jest nadzieja, że początek w tym kierunku da Łódź, gdzie projektują zbudować wielki szpital, a w tym celu miasto zamierza zaciągnąć pożyczkę.

Ze względu na ciasne ramy odczytu, w krótkości tylko mogę dotknąć udziału gmin w sprawie szpitalnictwa.

Początkowo zadaniem naszym winno być osiągnięcie szpitala w każdym mieście powiatowem. Będzie to wielka zdobycz względnie do smutnego stanu naszego. Lecz to nie może stanowić kresu naszych dążeń: szpitale winny powstawać i w gminach, zależnie od potrzeb ludności. Zanim jednak dojdziemy do szpitali gminnych, celem i zadaniem szpitali miejskich (powiatowych) jest także leczenie mieszkańców gmin. Lecz niepodobna wymagać, aby miasto łożyły wyłącznie na szpitale, z których korzystać będą i mieszkańcy gmin.

Jak jednak określić udział mieszkańców wsi w kosztach utrzymania szpitali?

Jestto pytanie, które wymaga obszernego rozbioru. Nie mogąc obecnie podejmować takiego zadania, pozwalam sobie wypowiedzieć zdanie, że dotychczasowy system płacenia przez chorych za każdy dzień pobytu w szpitalu z czasem musi być zamieniony przez stałą i obowiązkową opłatę od wszystkich mieszkańców gminy. Taki sposób przy obciążeniu niewielkiem budżetu włościan da im zapewnienie pomocy lekarskiej i niewątpliwie najskuteczniej zachęci do korzystania ze szpitala w razie choroby. Przykładem służyć tu może wprowadzony w Warszawie t. zw. podatek szpitalny.

W końcu jedna jeszcze uwaga. W powyższem podałem dwa źródła, z kąd mogą być czerpane fundusze na budowę i utrzymanie szpitali prowincjonalnych, mianowicie ofiarność prywatna i fundusze miejskie wzgl. gminne. Pozornie tkwi tu sprzeczność zasadnicza, bo jedno źródło wynika z pojmowania szpitali, jako instytucji dobroczynnych, drugie zaś — jako instytucyj społecznych. Tu możnaby uczynić zarzut, że należy korzystać tylko z jednego lub drugiego źródła, lecz nie z obu jednocześnie. W życiu jednak niepodobna trzymać się ściśle i wyłącznie jakiegokolwiek doktryny. Szpitale niewątpliwie muszą być i będą instytucjami społecznymi. Miasto lub gmina będzie się niemi opiekowała. Niepodobna jednak wyłączyć udziału ofiarności prywatnej. Wszędzie, gdzie tylko jest nieszczęście, nędza i smutek, tam jest miejsce dla dobroczynności: żadna doktryna nie zdoła odepchnąć miłosierdzia ludzi dobroczynnych, pragnących obetrzeć łzy cierpiących.

Poraz wtóry przy opracowywaniu sprawy szpitali prowincjonalnych korzystam z uprzejmości i pracy Kolegów, zamieszkałych na prowincyi. Na prozbę mą wielu pośpieszyło z gotowością i podzieliło się wiadomościami, jakie na miejscu zdobyć mogli. Od wielu otrzymałem obfite materiały, znalazłem myśli i życzenia, świadczące, że głęboko odczuwają ważność sprawy i uczciwie pojmują swe obowiązki i zadania. Niektórzy, z dużym niewątpliwie nakładem pracy, udzielili mi licznych szczegółów, dotyczących historii poszczególnych szpitali. Tych danych dotychczas zużytkować nie mogłem, bo ten przedmiot wymaga znuďnego i skrzętnego gromadzenia materiałów. Mam jednak nadzieję że i ta praca kolegów nie zginie i we właściwym czasie wyzyskana zostanie.

Za to wszystko niechaj te słowa szczerego uznania będą im podzięką.

Biblioteka Główna WUM

KS.1346



210000001346



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MARY



B768



www.dlibra.wum.edu.pl