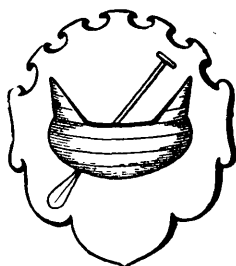


# DZIENNIK

ZARZĄDU

M. ŁODZI

Redakcja i Administracja  
Pl. Wolności 14, parter, tel. 28-00.  
Administ. czynna od g. 9—12 w p.  
Redakcja od godz. 2—3 po poł.



**Ogłoszenia:** Wiersz nonparel, (cztery szp. na stronie) **zł. 0.20.** — Przed tekstem **zł. 0.55** — za wiersz (dwie szpalty na stronie), — Drobne **zł. 0.05** za wyraz. Najmniejsze ogłoszenie **zł. 0.50.**

Prenumerata: Miesięcznie **zł. 1.—**

Gena egzemplarza **zł. 0.25.**

Nr. 24A (452)

Łódź, dnia 17 czerwca 1928 r.

Rok X

## Numer Specjalny,

poświęcony

I Zjazdowi Lekarzy  
i Działaczy Samorządowych Szpitalnych  
w Łodzi.

# I Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych w Łodzi.

17 czerwca 1928 roku.

## KOMITET ORGANIZACYJNY:

- Dr. Bogucki, wiceprezydent st. m. Warszawy.  
Dr. Bruner, inspektor szpitali miejskich st. m. Warszawy.  
Dr. Czyżewicz, profesor Uniwersytetu Warszawskiego.  
Danielewicz, przewodniczący Zarządu Związku Okręgowego Kas Chorych w Łodzi.  
Dr. Dobraczyński, naczelnik Wydziału Opieki Społecznej Magistratu miasta Warszawy.  
Dratwa, dyrektor Okręgowego Związku Kas Chorych w Warszawie.  
Drymer, kierownik biura Oddziału Sanitarnego Magistratu m. Łodzi.  
Dudziński B., redaktor „Dziennika Zarządu m. Łodzi”.  
Dr. Giebartowski, komisarz Kasy Chorych st. m. Warszawy.  
Dr. Goldman, naczelný lekarz szpitala im. Poznańskich.  
Dr. Grodecki, naczelný lekarz Kasy Chorych st. m. Warszawy.  
Inż. Holcgreber, prezes Rady Miejskiej m. Łodzi.  
Izdebski, ławnik Wydziału Budownictwa Magistratu m. Łodzi.  
Dr. Jakimiak, ordynator szpitala „Przemienienia Pańskiego” w Warszawie.  
Joel, ławnik Magistratu m. Łodzi.  
Inż. Kaban, architekt Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi.  
Kalinowski, wicedyrektor Zarządu m. Łodzi.  
Kałużyński, prezes Zarządu Kasy Chorych m. Łodzi.  
Kazimierzczak, kierownik biura Wydz. Statystycznego Magistratu m. Łodzi.  
Kempner, naczelnik Wydz. Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi.  
Klemensiewicz, dyrektor Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.  
Dr. Kopciński, ławnik Wydziału Oświaty i Kultury Magistratu m. Łodzi.  
Koralewski, ławnik Magistratu st. m. Warszawy.  
Dr. Krakowski, naczelný lekarz szpitala w Radogoszczu.  
Dr. Kunicki, przewodniczący Okręg. Związku Kas Chorych w Krakowie.  
Dr. Lewy, inspektor lekarski Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi.  
Dr. Lipiński, przedstawiciel Tymczasowego Wydziału Krajowego we Lwowie.  
Inż. Lisowski, naczelný architekt Magistratu m. Łodzi.  
Dr. Margolis, ławnik Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi.  
Dr. Mittelstaedt, inspektor szpitalnictwa m. Łodzi.  
Dr. Mogilnicki, naczelný lekarz szpitala „Anny Marji” w Łodzi.  
Dr. Nowicki, lekarz powiatu łódzkiego.  
Dr. Orłowski, profesor Uniwersytetu Warszawskiego.  
Osowski, dyrektor Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych w Warszawie.  
Dr. Paniański, naczelný lekarz Okręg. Związku Kas Chorych w Poznaniu.  
Dr. Pragier, przewodniczący Okręg. Związku Kas Chorych w Warszawie.  
Dr. Przywieczerski, naczelnik Wydziału Szpit. Depart. V Min. Spr. Wewn.  
Purtal, ławnik Wydziału Opieki Społecznej Magistratu M. Łodzi.

Rapalski, wiceprezydent m. Łodzi.  
Dr. Rosiewicz, naczelny lekarz szpitala św. Józefa w Łodzi.  
Rosset, naczelnik Wydziału Statystycznego Magistratu m. Łodzi.  
Rundo, dyrektor biura Rady Miejskiej m. Łodzi.  
Dr. Sawicki, profesor Uniwersytetu Warszawskiego.  
Dr. Sikorski, przedstawiciel Departamentu V Ministerstwa Spraw Wewn.  
Dr. Siwiński, dyrektor szpitala „Kochanówka” pod Łodzią.  
Dr. Skalski, naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzk.  
Dr. Starzyński, inspektor sanitarny m. Łodzi.  
Dr. Sterling, przewodniczący Rady Sekcji Walki z Gruźlicą w Łodzi.  
Dr. Tochterman, naczelny lekarz szpitala Ewangelickiego w Łodzi.  
Dr. Tomaszewicz, naczelny lekarz Kasy Chorych m. Łodzi.  
Dr. Tomaszewski, prezes Izby Lekarskiej m. Łodzi.  
Dr. Watten, naczelny lekarz lecznicy „Betleem” w Łodzi.  
Dr. Weyland, kierownik Referatu Sanitarnego Łódzkiego Starostwa Grodzk.  
Dr. Wieliński, wiceprezydent m. Łodzi.  
Wisławski, naczelnik Wydziału Opieki Społecznej Magistratu m. Łodzi.  
Dr. Wroczyński, naczelnik Wydziału Zdrowia Magistratu st. m. Warszawy.  
Zakrzewski, naczelnik Wydziału Samorządowego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi.  
Zalewski, dyrektor Zarządu Miejskiego w Łodzi.  
Dr. Zawadzki, radny st. m. Warszawy.  
Ziemięcki Br., prezydent m. Łodzi.  
Inż. Zunderland, przedstawiciel Urzędu Wojewódzkiego m. Łodzi.  
Żuławski B., dyrektor Okręgowego Związku Kas Chorych we Lwowie.  
Żuławski Z., przewodniczący Zarządu Ogólnego Związku Kas Chorych w Warszawie.

#### KOMITET ŚCIŚLEJSZY:

Br. Ziemięcki, prezydent m. Łodzi, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego.  
Dr. S. Skalski, naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi.  
Dr. A. Margolis, przewodniczący Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi.  
Dr. Seweryn Sterling, przewodniczący Rady Sekcji Walki z Gruźlicą w Łodzi.  
St. Kempner, naczelnik Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi.  
Dr. Mittelstaedt, inspektor szpitalnictwa m. Łodzi.  
Dr. A. Starzyński, inspektor sanitarny m. Łodzi.  
E. Rosset, naczelnik Wydziału Statystycznego Magistratu m. Łodzi.  
Wł. Drymer, kierownik biura Oddziału Sanitarnego Magistratu m. Łodzi.  
St. Kazimierzczak, kierownik biura Wydziału Statystycznego Magistratu m. Łodzi.  
B. Dudziński, redaktor „Dziennika Zarządu m. Łodzi”.

#### PROGRAM ZJAZDU.

*Miejsce i Biuro Zjazdu w sali posiedzeń Rady Miejskiej, ul. Pomorska 16.*  
Godz. 10 m. 30: Uroczyste otwarcie Zjazdu:  
1. Zagajenie Zjazdu przez przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego p. Br. Ziemięckiego, prezydenta m. Łodzi.

2. Wybór Prezydium Zjazdu.
3. Przemówienie przewodniczącego Zjazdu.
4. Przemówienia powitalne.

Godz. 11: Referat p. t.: „Gospodarka finansowa i organizacja szpitali samorządowych w świetle rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych”.

Referent dr. Józef Zawadzki z Warszawy.

Koreferent dr. Edward Mittelstaedt z Łodzi.

*Po wygłoszeniu referatu i koreferatu — dyskusja.*

Godz. 16: Uchwalenie wniosków, zgłoszonych podczas obrad Zjazdu.

Godz. 17: Obiad, wydany przez Magistrat m. Łodzi.

---

---

\* \* \*

Idziemy drogą społecznej organizacji lecznictwa. Fakt ten, który jeszcze lat kilka temu z racji Ustawy o Kasach Chorych wywoływał namiętne i burzliwe dyskusje — szczególnie wśród świata lekarskiego, — obecnie dochodzi do świadomości coraz szerszych warstw społeczeństwa. A trudno jest wyobrazić sobie racjonalne postawienie lecznictwa bez dobrze zorganizowanego szpitalnictwa. Szpital, który dawniej był czemś w rodzaju przytułku dla ubogich chorych i który był traktowany wyłącznie pod kątem widzenia opieki społecznej lub pomocy biednym, stał się obecnie poważnym i niezbędnym ogniwem w systemie lecznictwa. Na zachodzie zrozumiano to dawno i na udoskonalenie szpitalnictwa łoży się tam wiele energii i zasobów materialnych. U nas pokutują jeszcze stare poglądy, szpitalnictwo jest postponowane zarówno przez samorządy, jak i przez Państwo.

A właśnie w naszych warunkach leczenie szpitalne odbywać powinno szczególnie wielką rolę. Opłakane warunki mieszkaniowe ludności robotniczej naszych przemysłowych ośrodków wprost uniemożliwiają minimalnie-racjonalne leczenie chorego w domu. Warunki te rujną człowieka zdrowego; w razie choroby, wymagającej tembardziej powietrza, światła, odpowiedniego odżywiania, stają się fatalnymi. Usunięcie chorego z domu jest nie tylko elementarnym nakazem leczniczym, ale i zapobiegawczym w stosunku do otoczenia chorego.

Większość ogromna naszych miast, przynajmniej w b. Kongresówce — jest w tem położeniu, że leczenia szpitalnego dać ludności swej nie może, gdyż szpitali jest za mało i szpitale są złe. Obowiązkiem samorządów jest zwrócić na tę stronę gospodarki komunalnej baczną uwagę. Obowiązkiem Państwa jest przyjście samorządom z pomocą. Ustawa o zakładach leczniczych, wydana dekretem Prezydenta Rzeczypospolitej, za taką pomoc uważana być nie może. Miast pomóc samorządom w organizowaniu szpitalnictwa, Ustawa je zahamuje. Miast pójść w kierunku

uprzystępnienia ludności korzystania ze szpitala, Ustawa to utrudni. Sprawę stworzenia podstaw finansowych dla budowy tak brakujących szpitali Ustawa przemilcza.

Zadaniem Zjazdu samorządowych działaczy szpitalnych jest zwrócenie uwagi społeczeństwa i Rządu na grożące ze strony Ustawy niebezpieczeństwo. W tej intencji Magistrat m. Łodzi podjął inicjatywę Zjazdu wszystkich tych, którym sprawa rozwoju szpitalnictwa leży na sercu, i ufa, iż usiłowania Ich, skierowane ku podniesieniu naszego szpitalnictwa, zostaną uwieńczone powodzeniem.

**Dr. Aleksander Margolis**

Przewodn. Wydz. Zdr. Publ. m. Łodzi.

---

---

**Dr. JÓZEF ZAWADZKI**

Warszawa.

## **ROZPORZĄDZENIE**

### **Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22.III. 1928 roku o zakładach leczniczych a samorządy.**

Sprawa szpitalnictwa oddawna domagała się rozstrzygnięcia, w Państwie Polskiem bowiem obowiązywały 4 ustawy szpitalne, dla b. Królestwa, dla Kresów Wschodnich, dla Galicji i b. zaboru pruskiego. Ujednostajnienie przepisów stało się koniecznością. Koniecznością również było przystosowanie się do warunków współczesnego lecznictwa.

Nie chcąc wdawać się w szczegóły, zaznaczam, że obecne Rozporządzenie z mocą ustawy różni się znacznie od projektów, rozpatrywanych przez oba sejmy, i stara się ująć całokształt zagadnień dotyczących szpitalnictwa.

Dzieląc zakłady na publiczne i prywatne, Rozporządzenie ma na względzie nadanie szpitalom publicznym pewnej samodzielności i oparcia ich o samowystarczalne źródła dochodów, tworzy więc z nich jakgdyby jednostki niezależne z własnym statutem i własnym w swoisty sposób dobieranym personelem fachowym, nadaje im szerokie prawa publiczności i nakłada na nie szereg obowiązków.

Na mocy rozporządzenia za szpitale publiczne uważa się szpitale państwowe i samorządowe, przeznaczone dla ogółu ludności (art. 5), szpitalem, niemieszczącym się w granicach art. 5, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych może nadać prawo publiczności, o ile są przeznaczone dla ogółu ludności, odpowiadają warunkom współczesnego lecznictwa i budownictwa i mają zapewnione środki utrzymania (art. 6). Może również Ministerstwo Spraw Wewnętrznych odebrać szpitalowi prawo publiczności, nadane art. poprzednim, o ile nie czyni on zadość obowiązkowi, wynikającemu z Rozporządzenia niniejszego, i nie usunie braków w terminie, wskazanym przez władze nadzorcze.

Z powyższego wynika, że szpitale samorządowe mają de iure prawo publiczności i Minister nie ma prawa odebrać im tych cech, natomiast mo-

że to uczynić w stosunku do tych szpitali, którym sam nadał to prawo na zasadzie art. 6.

Obowiązki szpitali publicznych polegają:

- a) na leczeniu i pielęgnowaniu wzgl. obserwacji osób zgłaszających się do szpitala lub skierowanych przez urzędy i instytucje publiczne, bez względu na przynależność państwową i gminną, wyznanie, stan majątkowy i zawód, o ile Dyrektor lub upoważniony personel lekarski stwierdzi potrzebę umieszczenia i o ile nie sprzeciwia się to względom sanitarno - policyjnym,
- b) przyjmowaniu chorych zakaźnych skierowanych przez lekarza urzędowego w miarę miejsc wolnych,
- c) dostarczaniu choremu pomocy lekarskiej, opieki, leków, pożywienia i pomieszczenia, a w razie śmierci (i braku osób do tego obowiązanych) i pogrzebu;
- d) dostarczaniu ubogim chorym przy wyjściu ze szpitala niezbędnych przyrządów i opatrunków;
- e) pomoc w szpitalu jest jednakowa dla wszystkich chorych w zasadzie, wolno jednak nie wyżej 25% miejsc przeznaczyć dla chorych zamożniejszych w 1 i 2 klasie.

Prawa szpitali są następujące:

- a) świadczenia są odpłatne,
- b) koszty są należnościami publiczno - prawnymi, zaległe koszty będą ściągane (art. 33) w drodze egzekucji,
- c) szpitale będą zwolnione od podatków i opłat na rzecz Państwa i samorządów.

**Obowiązek utrzymywania szpitali** ogólnych, ich zakładania, otwierania oddziałów dla zakaźnych lub specjalnych szpitali dla zakaźnych, ciąży na pow. związkach komunalnych i miastach wydzielonych, szpitali specjalnych dla umysłowo-chorych oraz innych — na wojewódzkich związkach komunalnych. Od obowiązku w razie niemożności finansowej zwolnić może Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministerstwem Skarbu.

Dla wykonania tych celów mogą się łączyć Związki komunalne w związki międzykomunalne powiatowe, względnie miast i powiatów.

Przepisy o budowie zostaną wydane na zasadzie Rozporządzenia Prezydenta z dnia 16.II 1928 r.; nieruchomości potrzebne do budowy mogą być wywłaszczone.

Jak widzimy z tego, całkowity obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali spadnie ostatecznie na samorządy, a miasto Warszawa nadto ma, prócz szpitali ogólnych i szpitali dla zakaźnych, utrzymywać szpitale dla chorych umysłowo i innych kategorii, które oznaczą ustawy. Inne miasta wydzielone będą miały obowiązek utrzymywania i zakładania wszystkich szpitali prócz dla umysłowo-chorych. Te ostatnie tworzyć mają samorządy wojewódzkie, a w ich braku związki międzykomunalne miast wydzielonych i powiatów.

Jeżeli zważymy, że na terenie b. zaboru rosyjskiego liczba szpitali jest mała, łatwo wyprowadzić wniosek jakie sumy będą musiały wydać samorządy dla zadośćuczynienia żądaniu Rozporządzenia.

Zarząd szpitala jest do pewnego stopnia niezależny od samorządów.

Przedewszystkiem statuty szpitali, które mają określać zadania szpitala, środki do osiągnięcia celów, ustrój wewnętrzny, skład rady szpi-

talnej, ustrój zarządu, liczbę i rodzaj oddziałów i pracowni, kategorie oraz obowiązki pracowników i ich prawa, zatwierdza wojewoda, a w Warszawie Minister Spraw Wewnętrznych.

Instrukcje w szpitalach samorządowych wydaje władza samorządowa na wniosek dyrektora, uchwalony przez radę szpitalną.

Budżet szpitala powinien być wyodrębniony z budżetu ogólnego i w tym ostatnim figurować ma tylko suma, którą samorząd przeznacza, jako dochód szpitala.

Na czele szpitala stoi dyrektor, który jest przedstawicielem szpitala nazewnątrz, odpowiedzialnym kierownikiem szpitala i zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarzkiej, administracyjnej i gospodarczej; zastępuje go wyznaczony przez niego ordynator. Obok ordynatorów w szpitalach pracują kierownicy, pracownicy i asystenci.

Prawa pracowników określają przepisy o służbie państwowej (17/II-1922 r.) dla szpitali państwowych. Funkcjonariusze szpitali komunalnych mają prawa innych funkcjonariuszy komunalnych, podlegają oni odpowiedzialności karnej i korzystają z opieki narówni z urzędnikami publicznymi.

Obsadzanie posad lekarzy ordynujących i dyrektora określają statuty, ordynować może jednak tylko lekarz, obywatel polski, który odbył co najmniej 2-letnią praktykę szpitalną. Dyrektorzy, zastępcy ich i ordynatorzy mogą otrzymywać posady tylko na zasadzie konkursu publicznego, w razie gdy konkurs nie da wyników, mogą być obsadzone w inny sposób tylko z zezwolenia władzy nadzorczej.

Funkcje sądu konkursowego spełnia rada szpitalna, ale statut może przewidywać inny fachowy sąd konkursowy z przedstawicielem władzy administracji ogólnej. Minister Spraw Wewnętrznych może określić tryb ogłaszania konkursów, funkcjonowania sądów konkursowych i zużytkowania wyników konkursu.

Niezależnie od tego wojewoda, a w Warszawie Minister Spraw Wewnętrznych ma prawo w ciągu czterech tygodni od dnia zawiadomienia o zamiarze mianowania dyrektora założyć motywowany sprzeciw ze skutkami motywującymi nominację.

Związki komunalne mogą przyznawać funkcjonariuszom, sprawującym czynności kierownicze lub szczególnie odpowiedzialne bądź niebezpieczne, specjalne dodatki, których wysokość może określić Minister Spraw Wewnętrznych. Uchwały w tym względzie ulegają zatwierdzeniu władzy nadzorczej.

Przy szpitalach są czynne rady szpitalne, których skład określa statut, przewodniczy im w szpitalach komunalnych przełożony organu wykonawczego lub jego zastępca, członkiem z urzędu jest lekarz urzędowy danej instancji i dyrektor szpitala, a nadto w szpitalach, gdzie mieszczą się kliniki, przedstawiciel wydziału lekarskiego uniwersytetu.

W szpitalach fundacyjnych radę szpitalną stanowi Zarząd szpitala.

Rada jest organem opiniodawczym w ważniejszych sprawach dotyczących szpitala, w szczególności — budżetu, gospodarki, przebudowy i rozszerzenia szpitala oraz dodatków funkcyjnych.

Jak widzimy z powyższego, wpływ samorządów na Zarząd szpitala jest ograniczony, nie mówiąc już o statutach, budżety, dodatki funkcyjne mają być zatwierdzone przez władze nadzorcze. Zatrzymują one sobie prawo wydawania przepisów o konkursach na posady lekarskie, a nadto prawo

wysyłania delegatów nawet do ciał doradczych, jakimi są rady szpitalne.

Konstrukcja tych rad jest dziwna: przewodniczy w miastach prezydent lub jego zastępca (w powiatach starosta), mają delegata rządowego, a mimo to są organami doradczymi i opiniodawczymi dla samorządu, który wniosek ich może przyjąć lub odrzucić. Na co więc są potrzebne — określić trudno.

**Pod kosztami leczenia** rozporządzenie rozumie równowartość świadczeń szpitala na rzecz chorego, bez kosztów przewozu oraz pomocniczych przyrządów. Rozporządzenie wykonawcze określi bliżej, które wydatki szpitala na utrzymanie i na świadczenie dla chorych mogą być uważane jako koszty do oznaczenia opłat szpitalnych.

Opłatę dzienną oznacza się na rok zgóry, może być ona zmieniana, o ile nastąpią zmiany warunków utrzymania chorego.

Opłata jest jednakowa dla wszystkich chorych danej klasy, może być wyższa o 20% dla oddziałów chirurgicznych, o 15% od gmin obcych, o ile dane osoby mieszkają krócej niż 3 miesiące.

Koszty rozbudowy i przebudowy szpitala nie mogą być wliczane do wydatków i obciążać opłaty. W klasach wyższych na fundusz rezerwowy i inwestycyjny wolno doliczać 10%.

Opłatę pobiera się zasadniczo zgóry na 2 tygodnie, przyjęcia jednak chorego nie można uzależnić od wpłaty, koszty leczenia są płatne w ostatnim dniu każdego miesiąca, a przy pobycie krótszym — przy wypisaniu, ściąganie zaległych kosztów leczenia podlega przepisom, dotyczących danin komunalnych.

Urząd komunalny, wysyłający chorego, może wystawić świadectwo ubóstwa. Sposób rozrachunków ma przewidzieć rozporządzenie ministra.

Opłaty szpitalne podlegają zatwierdzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych, osobna ustawa określi, kto ponosi koszty leczenia ubogich, oraz tryb postępowania przy dochodzeniu kosztów.

Stosunek szpitala do chorych ujęty jest w rozporządzeniu trafnie. Prawa chorych zagwarantowano dostatecznie. Przedewszystkiem zaznaczono, że opiekę nad chorymi powierza się lekarzom, mającym prawo praktyki. Żaden zabieg bez zgody chorego lub jego opiekunów (małoletność, stan zdrowia) nie może być dokonany, o ile stan jego nie grozi niebezpieczeństwem, w tym razie decyzja należy do dyrektora szpitala.

Lekarze prowadzą historję choroby z uwzględnieniem potrzeb ubezpieczeń społecznych i wymiaru sprawiedliwości. Wypisanie chorego następuje po ustąpieniu potrzeby leczenia lub obserwacji, gdy nie zgadza się on na operację lub nie stosuje się do regulaminu szpitalnego (o ile nie grozi niebezpieczeństwo choremu lub otoczeniu).

W zasadzie — zwłoki zmarłych powinny być sekcjonowane, dyrektor szpitala jednak może w pewnych wypadkach zwolnić od sekcji.

Przy szpitalach mogą być przychodnie.

Kliniki uniwersyteckie mogą istnieć w obrębie szpitali publicznych i prywatnych. Stosunek między klinikami a szpitalami ustala się na zasadzie umowy z właścicielem. W razie niedojścia do skutku umowy rozstrzyga Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Ze względu na to, że w pewnych wypadkach i samorządy mogą mieć szpitale bez prawa publiczności, podajemy niektóre ważniejsze dotyczące ich ustępy.



Przeznaczenie, zadania, środki do ich osiągnięcia, organizacja oraz statut zatwierdzane są przez wojewodę, a jeżeli szpital jest fundacją lub utrzymuje go korporacja prawa publicznego — przez wojewodę przy udziale odnośnej władzy nadzorczej; o zamknięciu szpitala należy zawiadomić na 6 miesięcy przedtem władzę nadzorczą.

Budżety i sprawozdania muszą być przedkładane władzy nadzorczej. Szpitale obowiązują prowadzenie statystyki ruchu chorych oraz kart statystycznych indywidualnych. Szpitale powinny mieścić się w odpowiednich budynkach, w razie gdy nie odpowiadają warunkom, mogą być przez Ministra Spraw Wewnętrznych zamknięte, zarówno jak w wypadkach przekroczenia statutu. Budynki szpitalne w razie zaniechania prowadzenia przez właściciela mogą być wywłaszczone wraz z urządzeniem, a do czasu przeprowadzenia wywłaszczenia mogą być oddane w zarząd państwowy lub samorządowy.

Kierownik szpitala (lekarz) jest zatwierdzany przez władzę nadzorczą.

Szpital ma prawo ustalić opłaty wyższe od normalnej i pobierać specjalne należności za dodatkowe zabiegi lecznicze i djaagnostyczne, odpowiadające kosztom rzeczywistym.

Opłaty zatwierdza władza nadzorcza.

Lecznicy nazywa rozporządzenie zakłady lecznicze zamknięte obliczone na zysk. Statuty lecznic zatwierdza władza nadzorcza. Kierownikiem ma być lekarz, o którego mianowaniu należy zawiadomić władzę nadzorczą; wojewoda może zażądać usunięcia kierownika oraz zamknięcia lecznicy w razie uchybień przeciwko statowi. Opłaty powinny być wywieszone w miejscu widocznym.

Przychodnie przeznaczone są dla chorych przychodnich przy zakładzie leczniczego zamkniętego. Zakładać je może Państwo, samorząd, instytucje publiczne oraz związki lub stowarzyszenia społeczne, wreszcie osoby prywatne.

Przychodnie dla chorych ubogich są bezpłatne. Statuty zatwierdza władza nadzorcza, w Warszawie Minister Spraw Wewnętrznych. Do statutu należy załączyć plan przychodni.

O mianowaniu kierownika należy zawiadomić na 8 dni wcześniej władzę nadzorczą. Przychodnia musi odpowiadać warunkom sanitarno-policijnym i o ile do 4-ch tygodni nie nastąpi odmowna decyzja władz może być otwarta. Zamknąć przychodnie może władza nadzorcza. Szczegóły będą opracowane w rozporządzeniu wykonawczem.

**Nadzór** nad zakładami leczniczymi publicznymi należy do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, do niego też należy nadzór nad zakładami leczniczymi w m. st. Warszawie. Nadzór nad zakładami niepublicznymi — do władz administracyjnych odnośnych instancji, z którymi współpracuje kolegium obywatelskie w zakresie określonym przez niniejsze rozporządzenie i inne przepisy prawne. Nadzór sanitarno-policyjny należy do władz administracji ogólnej.

Przekroczenia osób prywatnych z art. 34 i 39 rozporządzenia niniejszego karane są w drodze administracyjnej grzywną do 300 zł. lub aresztem do 1 miesiąca.

Z przepisów ogólnych zwrócić należy uwagę na art. 78, orzekający, iż szpitale fundacyjne o charakterze powszechnym, pozostające pod za-

rzędem związków komunalnych, zaliczają się do publicznych. Związek komunalny może objąć za zgodą fundatora pod swój zarząd szpital fundacyjny, na co potrzebna jest zgoda władz nadzorczych.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych może za zgodą związków komunalnych przekazać samorządowi szpitale fundacyjne, których fundatorzy nie żyją, o ile sprawowały zarząd przed 1.XI 1918 r. Wyboru właściwego związku komunalnego, o ile szpital mieści się na terytorjum innego związku komunalnego, dokonuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Majątek szpitala fundacyjnego pozostaje w zawiadywaniu danego związku komunalnego, który obowiązany jest zachować go w całości oraz dołożyć starań do osiągnięcia celu fundacji. Uchwały co do rozszerzania i udoskonalania szpitala fundacyjnego z funduszków fundacji wymagają zatwierdzenia władzy nadzorczej. Również wymagają tegoż zatwierdzenia uchwały, dotyczące rozszerzenia szpitala z funduszków własnych samorządu; regres do majątku fundacyjnego w tym razie nie przysługuje.

Rada Ministrów na wniosek Ministerstwa Spraw Wewnętrznych może przekazać związkowi komunalnemu majątek fundacyjny szpitala, pozostającego pod zarządem związku, w razie śmierci fundatora, gdy szpital nie odpowiada potrzebom lokalnym, gdy nie ma możliwości rozszerzenia go z majątku fundacyjnego i gdy akt fundacyjny nie sprzeciwia się temu Związek komunalny bierze przy przekazaniu budynku i majątku na siebie obowiązek zabezpieczenia wartości budynku i majątku, zbudowania nowego szpitala i utrzymywania go stale. Bliższe szczegóły określi rozporządzenie wykonawcze.

Szpitale publiczne i niepubliczne, lecznice i t. p. w razie mobilizacji mogą być oddane do dyspozycji władz wojskowo-sanitarnych. Ministerstwo Spraw Wojskowych w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych może wydać zarządzenie, zobowiązujące zakłady lecznicze:

- a) do przygotowania tych zakładów do celów wojskowych,
- b) udzielania wyjaśnień władzom wojskowym co do budowy, urządzenia, finansowania i uposażenia zakładów,
- c) uzgodnienia planowanych budowli z władzami wojskowymi.

W przepisach przejściowych przewidziano tryb postępowania przy przekazywaniu szpitali krajowych: na obszarze woj. krakowskiego, lwowskiego, stanisławowskiego i tarnopolskiego, szpitale przechodzą na własność tego związku komunalnego, na którego terytorjum znajdują się krajowe zakłady. Na terenie województw pomorskiego i poznańskiego do czasu wprowadzenia w życie samorządu wojewódzkiego pozostają pod zarządem dotychczasowym.

Właściciele względnie zawiadujący powinni przedstawić statuty odnośnie do szpitali i lecznic w ciągu 12 miesięcy, odnośnie do przychodni w ciągu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie Rozporządzenia.

Rozporządzenie wchodzi w życie w 3 miesiące po ogłoszeniu, a więc 22 czerwca r. b., na obszarze Państwa, z wyjątkiem obszaru b. zaboru austriackiego, bowiem dla tego ostatniego ustali termin rozporządzenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Starałem się powyżej streścić obiektywnie Rozporządzenie, uwzględniając najważniejsze dla samorządów przepisy.

Jak już zaznaczyłem, rozporządzenie ma cechy podwójne:

- a) wkłada na samorządy ciężar zakładania i utrzymywania zakładów leczniczych, nie dając im żadnych uprawnień podatkowych na wykonanie tych zadań wbrew ustawie o finansach komunalnych;

- b) usamodzielnia od samorządów szpitale publiczne jako jednostki administracyjne i poddaje je całkowicie pod wpływ administracji państwowej, która nietylko wykonuje nadzór sanitarno-policyjny, ale ma głos przy mianowaniu personelu, w radach szpitalnych, w sprawach finansowych i t. p.

Tezy, które wynikają z tych przesłanek, rozwijają jeszcze myśl zasadniczą w sensie ograniczającym samorządy.

To też rodzi się obawa w każdym znającym stosunki samorządowe na terenie b. zaboru rosyjskiego, że prawo nowe, którego potrzebę wszyscy uznają, długo pozostanie martwą literą dla braku środków finansowych.

Pamiętać musimy, że samorząd nie może budować szpitali ze środków innych, niż środki budżetowe, zwykłe, szpitale bowiem nie są przedsięwzięciami, z pożyczek więc zagranicznych, oprocentowanych na plus minus 10% rocznie, budowa nie byłaby wskazaną, ani finansowo możliwą, dotychczasowe zaś uprawnienia podatkowe na pokrycie tego rodzaju inwestycji nie wystarczają.

Teza Rozporządzenia o samowystarczalności szpitali, sprowadza się do tego, że brakujące do wyrównania budżetu szpitali sumy pokryć musi samorząd, przede wszystkim za chorych ubogich, w 50% za chorych przysyłanych przez Kasę Chorych, oraz za chorych z innych gmin, o ile dłużej niż rok mieszkają w danej gminie, wreszcie łożyc musi na wszelkie inwestycje, gdyż na ten cel drobnymi dodatkami kosztów szpitalnych obciążać nie wolno.

Samowystarczalność więc szpitali publicznych nie jest aktem, idącym na korzyść finansów samorządowych, ale przeciwnie, dopóki sprawa opłat szpitalnych nie zostanie uregulowana, dotąd nie może być mowy o istotnym postępie szpitalnictwa w Polsce, wkłada się bowiem na samorządy dwa zadania: utrzymywanie szpitali na wysokim poziomie nauki i jednocześnie utrzymywanie w nich chorych ubezpieczonych w Kasie Chorych w połowie. A że dziś jak np. w Warszawie 40% mieszkańców (a w Łodzi około 60%) korzysta z ubezpieczeń w Kasie Chorych, ludność zaś ubogą należy określić na 20%, więc tylko pozostali 40% mogliby być pociągnięci do opłat za leczenie. Ze jednak ludność zamożna nie ma potrzeby korzystać z pomocy szpitali, odsetek ten w stosunku do szpitali jest znacznie niższy.

Gorzej wypada ten stosunek dla miast wielkich, jeżeli zwrócimy uwagę, że duży odsetek stanowią chorzy przyjezdni z innych gmin, którym na zasadzie prawa o opiece społecznej dać musi gmina chwilowego pobytu pomoc i dopiero później szukać w tych gminach pokrycia swych wydatków. I tu znów wyłom: 15% dodatek do kosztów gmina chwilowego pobytu może doliczyć wtedy, gdy pobyt chorego trwa krócej niż 3 miesiące.

Wynika z tego, że chcąc zmniejszyć w pewnym stopniu ciężar utrzymywania szpitali, spadający na gminy, należy:

- a) wydać natychmiast przepisy o pobieraniu opłat szpitalnych, któreby regulowały stosunek chorych do szpitala oraz rozrachunek między gminami;
- b) znieść przywilej Kas Chorych wpłacania tylko 50% rzeczywistych kosztów szpitalnych za ubezpieczonych;
- c) wydać nowe prawo podatkowe, pozwalające gminom nakładanie regularnych podatków na potrzeby szpitalnictwa w postaci:

- 1) dodatku do podatku lokalowego,
- 2) dodatku do podatku dochodowego,
- 3) dodatku do podatku przemysłowego,  
lub też samoistnego podatku, opartego o dochód podatnika, i to nie tylko w miastach, ale i w powiatach;
- d) do czasu wydania tych praw odroczyć działanie Rozporządzenia Prezydenta — ustalając na rok rozporządzeniem wykonawczem stan przejściowy, pozwalający samorządom przystosować się do nowych warunków i dający prawodawcom możliwość uchwalenia nowych praw podatkowych.

Dla przykładu i poparcia tych tez przytoczę cyfry z preliminarza na rok 1928/29 szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie:

Szpital ma 966 łóżek szpitalnych.

Rzeczywistych dni szpitalnych w r. 1926 — było 327,691.

Koszt dnia szpitalnego — 8,76 zł.

Wydatki — 2,872,471 zł.

W roku 1927 — dni szpitalnych 340,000.

Koszt dnia — 8.84 — wydatki 2.927.677 zł.

W roku 1928/29 — dni szpitalnych 333,880.

Koszt dnia 8.89 — wydatki — 2.969.464 zł.

Dochody wynoszą 1.566.745 — niedobór — 1.407.719 zł.,

z czego rzeczywisty deficyt 690.580 zł.,

dopłata za 107.905 dni członków Kasy Chorych 376.468 zł.,

koszty leczenia niezamożnych chorych za 47.993 dni szpitalnych 335.671 zł.,

pozostaje do wypłaty 178.020 dni — chorzy na salach ogólnych za 80.305 dni.

Dodać należy, że wpływ z majątku szpitalnego wynosi rocznie 11.932 zł.

Jak widzimy z tego — na 333.880 dni szpital może opłatę pobrać tylko za 178.020 dni w normie zwykłej, t. j. za 53% dni szpitalnych; za 107.905 dni, tj. 30%, tylko w połowie (od członków Kas Chorych); za 15% wydatek poniesie całkowity gmina warszawska. W 53% jednak wpływów 20% stanowią opłaty gmin innych, tym więc sposobem wpływ rzeczywisty wypadnie: 33% płacone przez chorych, 15% za ubogich przez gminę, 20% z gmin obcych i 30% wpłaci gmina za członków Kas Chorych.

Niezależnie od tego 690.580 zł., t. j. 23% wydatków, stanowi niedobór wynikający z różnicy opłat 7 zł. za dzień szpitalny i rzeczywistego kosztu obliczonego na 8.89 zł.

Weźmy przykład małego szpitala na 102 łóżek — mianowicie szpitala Św. Rocha:

Rzeczywistych dni szpitalnych było w r. 1926.	—	36.681
Dni preliminowanych	„ 1927-8.	— 33 000
Dni preliminowanych	„ 1928-9.	— 37.250
Koszt dnia szpitalnego	„ 1926.	— 8.85 zł.
Koszt dnia szpitalnego	„ 1927-8.	— 9.71 „
Koszt dnia szpitalnego	„ 1928-9.	— 9.91 „
Wydatki	w. r. 1926.	— 324.954 „
Wydatki	„ 1927 8.	— 319.330 „
Wydatki	„ 1928-9.	— 369.009 „
Dochód szpitala z majątku fundacyjnego	—	267 050 „

Niedobór składa się z dopłaty za 14 500 dni leczenia członków Kasy Chorych — czyli za 40 proc. dni szpitalnych, co wyniesie 60.050 zł., i za 2.319 dni chorych niezamożnych, czyli za 7 proc. dni, co wyniesie dla gminy 23.190 zł.

Inny przykład szpitala bez dochodów fundacyjnych, szpitala Przemienienia Pańskiego:

Łóżek 423.

Dni szpitalnych	w r. 1926.	—	138.512
Dni szpitalnych	„ 1927-8.	—	150.000
Dni szpitalnych	„ 1928-9.	—	147.300
Koszt dnia szpitalnego	„ 1926.	—	9.08 zł.
Koszt dnia szpitalnego	„ 1927-8.	—	8.16 „
Koszt dnia szpitalnego	„ 1928-9.	—	9.72 „
Wydatki	„ 1926.	—	1.258,505 „
Wydatki	„ 1927-8.	—	1.241,426 „
Wydatki	„ 1928-9.	—	1.432.296 „

Niedobór — 664.245 zł. czyli 45 proc. wydatków.

Z czego rzeczywisty niedobór — 333.775 zł., za 36.250 dni członków Kasy Chorych, czyli 24 proc. dni — zł. 145.000, za 22.210 dni chorych innych, t. j. za 15 proc. dni — zł. 155.470.

Weźmy teraz przykład szpitala dla umysłowo chorych.

Ilość łóżek etatowych — 370.

Dni szpitalnych	Koszt dnia	Wydatki	
Rok 1926. — 133.989	8.59 zł.	1.152,047 zł.	
Rok 1927-8. — 135.600	5.89 „	1.224,257 „	— bez Drewnicy.
Rok 1928-9. — 135.000	6.85 „	925,038 „	— bez Drewnicy.

Deficyt na r. b. 157.522, t. j. 11,5 proc. wydatków z powodu różnicy utrzymania, 21.672 dni, t. j. za 16 proc. dni szpitalnych — dopłata za członków Kasy Chorych 78.271 zł., 23.086 dni, t. j. za 17 proc. dni chorych ubogich — 161.602 zł.

Dochody z fundacji wynoszą 130 zł. rocznie.

Na zakończenie przykład szpitala dziecięcego Karola i Marji oraz Zakładu Położniczego przy ulicy Karowej (Anny Mazowieckiej):

Szpital Karola i Marji: Łóżek 100.

Dni szpitalnych	Koszt dnia	Wydatki	Deficyt
Rok 1926. — 31.265	12.8 zł.	400.328 zł.	
Rok 1927-8. — 32.000	13.82 „	440.537 „	
Rok 1928-9. — 31.410	13.76 „	432.276 „	269.226 zł.

W tem za członków Kasy Chorych za 900 dni, t. j. za 28 proc. dni — 36.000 zł. Za niezamożnych chorych 4.482 dni, t. j. za 14 proc. dni — 31.374 zł.

Zakład Anny Mazowieckiej: Łóżek 98.

Dni szpitalnych	Koszt dnia	Wydatki	Niedobór
Rok 1926. — 36.209	11.10 zł.	402.033 zł.	
Rok 1927-8. — 35.600	10.5 „	369.533 „	
Rok 1928-9. — 36.300	11.41 „	414.190 „	230.889 zł.

W tem: za 8.750 dni członków Kasy Chorych, czyli za 24 proc. dni — 35.000, za 5,510 dni niezamożnych, czyli za 15 proc. dni — 38.570.

Nadmienić należy, że na szpitalnictwo Warszawa wydaje 17.514.487 zł. prócz utrzymywania wspólnego biura z wydziałem opieki społecznej, które go utrzymanie wynosi 6.777,554 zł.; wpływy zaś wynoszą 9.039.065 zł. czyli netto wydatek wynosi 8.475,422 zł., t. j. 10 proc. budżetu administracyjnego, budżet zaś Wydziału Opieki i Szpitalnictwa zamyka się sumą 30 893,813 zł. przy wpływach 9.604,879 zł., czyli netto — wydatek — zgórá 21 milj. złotych.

Niedobory wynoszą:	Ogólny	Dopłata	
	Zł.	za Kasę Chorych Zł.	za niezamożnych Zł.
Szpital Dz. Jezus	1 402,719	376 468	335.671
Starozakonnych	1.691,139	159.000	439.278
Przem. Pańskiego	664 245	145.000	155.470
Ś-go Duchy	129.234	128.732	pokrywa fundusz
Wolski	392.370	147.000	
			32.956
Św. Rocha	—	58 000	16.231
Przy ul. Złotej	121.949	70.000	23.800
Św. Stanisława	468.327	109.000	94.710
Anny Mazowieckiej	230.889	35.000	38.580
Św. Zofji	148.255	35.000	26.586
Św. Elżbiety	107.818	16.000	15.032
Św. Łazarza	832.208	187.000	248.304
Inst. oftalm.	53.742	21.000	28.000
Św. Jana Bożego	397.396	7.272	161.602
Uzdrowisko w Otwocku	134.227	—	41.244
Św. Józefa	54.433	25.000	15.020
Karola i Marji	269.226	36.000	31.874
	<b>8.102,178 zł.</b>	<b>1.626.472 zł.</b>	<b>1.913.986 zł.</b>
		20%	25,5%

Widzimy z tego, że 25,5% niedoboru pochodzi z leczenia chorych niezamożnych, 20% — chorych ubezpieczonych w Kasie Chorych, ogólny zaś niedobór z tych dwu pozycji wynosi 3,530,458 zł. rocznie, czyli 45,5% ogólnego niedoboru, a 20% ogólnego budżetu szpitalnictwa.

Tym sposobem gmina przy dzisiejszym stanie dopłacać musi olbrzymi odsetek swych wpływów ogólnych i przy reformie musi uzyskać uprawnienie do pokrycia tego deficytu w szpitalach.

Jak widzimy, w Warszawie wpłacanie pełnych kosztów przez Kasę Chorych dałoby już 1.626.472 zł., na pozostałe zaś trzeba uzyskać pokrycie podatkowe.

Warszawa ma obecnie około 5,000 miejsc szpitalnych, potrzeba jeszcze około 5.000, aby nasycić potrzeby. Na wybudowanie w ciągu 5 lat tej liczby łóżek, licząc po 8.000 zł. na łóżko szpitalne, trzeba byłoby 40 milionów, czyli 8 milionów rocznie; do tego więc deficytu, wynoszącego 8½ milionów, dodać trzeba co rok po 8 milionów, a więc nawet po strąceniu wpływów od Kasy Chorych trzeba mieć do dyspozycji ze źródeł podatkowych 10 milionów zł., na które niema w dzisiejszych uprawnieniach pokrycia.

Tyle co do Warszawy.

Przytoczone cyfry dobrze ilustrują postawione tezy.

Jestem przekonany, że Łódź i miasta fabryczne dadzą cyfry jeszcze większe.

Nie mogę dla braku czasu zajmować się innymi usterkami Rozporządzenia, do którego nie wydano jeszcze rozporządzenia wykonawczego. Zaznaczyłem już, że zbyt ingerencja władz administracyjnych dla samorządów zorganizowanych może stać się ciężarem i hamulcem w pracy, są to jednak sprawy, które przy wprowadzeniu w życie Rozporządzenia będą prawdopodobnie wyjaśnione.

Ze względu jednak na konieczność szybkiego postępu szpitalnictwa, oraz na obciążenie samorządów innymi potrzebami, bałbym się wprowadzić nowe prawo bez dwu poprzednich aktów:

- a) uregulowania sprawy opłat szpitalnictwa przez oddzielną ustawę, obejmującą nietylko samo prawo do pobierania opłat i określania zasad ich wysokości, ale jednocześnie rozrachunki pomiędzy gminami;
- b) udzielenia nowych uprawnień podatkowych samorządom na cele szpitalnictwa.

Samorzady nasze mają dziś tyle spraw sanitarnych do załatwienia (woda, kanalizacja, rzeźnie, targowiska), nie mówiąc o oświetleniu i drogach, iż na szpitalnictwo długo jeszcze nie będą mogły łożyć funduszków.

Fundusze te mogą być zaczerpnięte nie z pożyczek, lecz z danin publicznych, przeznaczonych na inwestycje nierentujące.

Wobec powyższego Zjazd lekarzy samorządowych w Łodzi uchwala:

1. Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o wyjednanie odroczenia terminu wprowadzenia w życie Rozporządzenia z dnia 22 marca r. b. do czasu wydania ustawy o zasileniu finansów samorządowych nowymi uprawnieniami na cele szpitalnictwa.
2. Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o wydanie przed wprowadzeniem w życie Rozporządzenia wszystkich przepisów wykonawczych, przewidzianych w Rozporządzeniu i o przekazanie tych przepisów przed wydaniem Radzie Samorządowej.
3. Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, aby niezwłocznie przystąpiło do znowelizowania ustawy o Kasach Chorych w tym kierunku, by za chorych, przez Kasy umieszczanych, wpłacana była całkowita należność.

---

Dr. EDWARD MITTELSTAEDT

Łódź.

## ROZPORZĄDZENIE

### Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22.III. 1928 roku o zakładach leczniczych a samorzady (Koreferat).

Główny referent omówił zasadnicze artykuły Rozporządzenia z dnia 22 marca 1928 roku. Niektóre jednak artykuły, o których szanowny referent nie wspominał, sędzę, powinny być wyjaśnione, chociażby dlatego, ażeby Rozporządzenie wykonawcze, które ma się dopiero ukazać, uwzględniło je, względnie dokładnie wyjaśniło.

Art. 8 w ustępie 1 mówi, że lekarz szpitalny obowiązany jest przyjmując do szpitala każdego, kto do leczenia szpitalnego się nadaje, przyczem niema zupełnie wzmianki, co ma zrobić, gdy niema wolnych miejsc; można wprawdzie wyrażenie „względy sanitarno - policyjne” uważać za prawną przyczynę odmowy wobec ewentualnego przepełnienia szpitala, jednak powinno to być dokładnie wyjaśnione. Natomiast w drugim ustępie tegoż artykułu o przyjmowaniu chorych zakaźnie jest wzmianka: „w miarę wolnych łóżek dla tego rodzaju choroby”. Zdawałoby się, że ze względów sanitarnych chorych zakaźnie należy przyjąć bezwzględnie, łóżka powinny i muszą się znaleźć, natomiast łatwiejby już było odmówić chorym ogólnym, naturalnie z wyjątkiem casus urgens.

W ustępie 4 tegoż artykułu jest mowa o „okręgu szpitalnym” bez bliższego wyjaśnienia tego terminu.

Do art. 29 potrzebne jest wyjaśnienie, czy można liczyć o 15% drożej za chorych nienależących do okręgu szpitalnego tylko w tym wypadku, jeżeli płaci za chorego gmina, czy też i o ile chory płaci sam.

Art. 31 mówi, że za matkę i ośeska liczy się tylko za jedną osobę; wydaje się, że nie jest to zupełnie słuszne, biorąc pod uwagę potrzebę większej obsługi, ciągłego prania, konieczności intensywniejszego pożywienia dla karmiącej matki, oraz czasami — konieczności umieszczenia chorej z dzieckiem w separacie ze względu na zakłócanie spokoju innym chorym.

Art. 39 mówi, że gmina na wezwanie dyrekcji szpitala obowiązana jest zabrać chorego; co jednak szpital ma zrobić, gdy gmina pomimo wezwań chorego nie zabiera; odsyłanie przez szpital jest bardzo ambarasowne, kosztowne i odrywa personel szpitalny od pracy.

Art. 40 mówi, że należy z reguły zmarłych w szpitalu poddawać sekcji, natomiast ustęp trzeci tegoż artykułu mówi, że dyrektor szpitala **obowiązany** jest uwzględnić prośbę o zaniechanie sekcji na żądanie rodziny, naturalnie z wyjątkiem sekcji policyjnych, sądowych i naukowych.

Tyle co do uwag nad artykułami omawianego Rozporządzenia.

Dla zobrazowania stanu szpitalnictwa w Polsce, a specjalnie w większych miastach, zwróciłem się do 35 większych miast z prośbą o nadesłanie odpowiedzi na przesłany kwestionariusz.

W Polsce (z wyjątkiem Śląska, gdyż omawiane Rozporządzenie Śląska nie dotyczy) jest 40 miast ponad 25,000 mieszkańców (według spisu urzędowego z r. 1921), z tych 23 w b. zaborze rosyjskim, 6 w Wielkopolsce i 11 w Małopolsce. Odpowiedzi dostałem z 22 miast b. zaboru rosyjskiego, 5 z Wielkopolski i 3 z Małopolski; z miast Małopolski wybrałem tylko 2 największe Lwów i Kraków dla porównania, gdyż szpitalnictwo w Małopolsce jest pod względem administracyjnym i prawnym w innych zupełnie warunkach i narazie w tych samych warunkach pozostaje, gdyż w. wym. Rozporządzenie narazie tam jeszcze obowiązywać nie będzie. Z 30 otrzymanych odpowiedzi na załączonej tablicy \*) uwzględnionych jest 29, gdyż Płock odpowiedział lakonicznie, że szpitala miejskiego nie posiada i żadnych więcej danych nie przysłał. W opracowaniu wyników ankiety prócz odpowiedzi otrzymanych z 29 miast, posiłkowałem się również pracą inż. arch. Rakiewicza, radcy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych: „Stan szpitalnictwa Rzeczypospolitej Polskiej w końcu roku 1927”.

Jak widać z załączonej tablicy, 4 miasta, mianowicie: Piotrków, Dąbrowa Górnicza, Kowel, Inowrocław nie mają zupełnie szpitali miejskich. (Szpitale niebędące własnością miast, lecz prowadzone przez miasta, uważałem za szpitale miejskie). Największe miasta Małopolski, Lwów i Kraków miejskich łóżek szpitalnych mają znikomą ilość, li tylko dla chorych zakaźnych w razie epidemji (Lwów i Kraków) oraz częściowo i dla gruźlicy (Kraków), gdyż szpitale w Małopolsce były krajowe, obecnie są państwowe, a dopiero po wejściu w życie Rozporządzenia z 22-go marca przejdą na samorządy. Z miast (z wyjątkiem Małopolski), posiadających szpitale miejskie, najmniejszą stosunkowo ilość łóżek szpitalnych miejskich posiadają: Zawiercie — 0,2 łóżek, na 1000 mieszkańców, Łuck 0,6 łóżek, za nimi zaraz idzie Łódź, która posiada zaledwie 1,2 łóżek miejskich na 1000 mieszkańców; największą ilość łóżek szpitalnych miejskich ma Kalisz 6,7 łóżek na 1000 mieszkańców, Gniezno 5,3, Wilno 5,1, Toruń 4,1, pozostałe mieszczą się w granicach od 1,2 do 4,1.

\*) Patrz str. 444—445.



Jeżeli weźmiemy pod uwagę wszystkie łóżka szpitalne danego miasta (z wyjątkiem prywatnych lecznic i klinik uniwersyteckich), to najgorzej stoi Chełm — 1,5 łóżek na 1000 mieszkańców, za nim idzie Łódź 2 łóżka na 1000 mieszkańców, później Zawiercie 2,1, Zgierz 2,4 Kowel 2,4, Pabjanice 2,7, Włocławek 2,8; najlepiej pod względem ogólnej ilości łóżek szpitalnych stoją Toruń — 9,7 na 1000 mieszkańców, Kraków 7,7, Lwów 7,3, Lublin 7,1, Gniezno 7, Kalisz 6,7; pozostałe mieszczą się w granicach od 3 łóżek do 5,1 na 1000 mieszkańców.

Miasta, które mają stosunkowo niewielką ilość łóżek szpitalnych własnych, starały się zadośćuczynić swym obowiązkom przez posyłanie chorych do innych szpitali na własny rachunek. Tak np. Łódź w r. 1927 wysłała 3232 chorych do innych szpitali, w tem 1570 do zakładów położniczych Chrz. i Żyd. Tow. Dobroc., 730 dzieci do szp. „Anny Marji“ dla dzieci, 705 chorych z cierpieniami chirurgicznymi i wewnętrznymi do szpit. im. małż. Poznańskich oraz 227 do zakładów psychiatrycznych. Suma 3232 chorych stanowi 55,8 na 10.000 mieszkk. Lublin wysłał 530 chorych (46,4), Zawiercie 154 (35,6), Sosnowiec 291 (28,2), Zgierz 60 (24,8), Siedlce 97 (24,2), Radom 150 (22,5), Włocławek 90 (18,1), Pabjanice 76 (17,4).

Sprawiedliwość nakazuje mi wyjaśnić, dlaczego Łódź tak pod względem ilości łóżek miejskich jak i wszystkich na terenie miasta stoi prawie na ostatnim miejscu. Łódź do 1914 roku była powiatowem miastem gubernji Piotrkowskiej i, pomimo swego zaludnienia i rozwiniętego przemysłu, traktowali ją zaborcy narówni z każdym innym powiatowem miastem, miała więc szpital powiatowy na 120 łóżek, pozatem były szpitale fabryczne, których dzisiaj niema, oraz szpitale społeczne, które i dzisiaj istnieją i oddają miastu znakomite usługi. W przeciągu 100 lat ludność Łodzi wzrosła 200-krotnie, gdyż w r. 1828 Łódź liczyła około 3000 mieszkańców, obecnie zaś około 600.000, Warszawa w tym samym czasie zwiększyła swą ludność 15-krotnie. Nic więc dziwnego, że miasto o tak szybkim wzroście ludności, a posiadające samorząd dopiero od lat 10, nie mogło nadażyć z zaspokojeniem wszystkich tak licznych potrzeb kulturalnych, a przede wszystkim sanitarnych.

Z miast b. zaboru rosyjskiego, które przysłały odpowiedzi na kwestjonariusz, 2 tylko miasta, mianowicie Lublin i Kalisz mają ponad 5 łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców, jeżeli więc nawet weźmiemy jako normę bardzo skromną 5 łóżek szpitalnych na 1000 mieszkańców dla miast i 2 łóżka dla wsi, to jasną się staje potrzeba i konieczność rozbudowy szpitalnictwa, tembardziej, że cyfry przytoczone wyżej o tyle są nieścisle, że szpitale miejskie, sejmików, społeczne, fundacyjne, obsługują nietylko ludność miast, ale i całą okolicę, a więc conajmniej powiat, i dlatego stosunek procentowy łóżek na 1000 mieszkańców ulegnie dość znacznej redukcji.

Według inż. arch. Rakiewicza ogólna ilość łóżek szpitalnych w Polsce wynosi 47,187 dla chorych ogólnych oraz 10,126 w zakładach psychiatrycznych. Powinno być, licząc tylko po 5 łóżek dla miast i 2 dla wsi — 83,690 łóżek, licząc na przyrost ludności w najbliższym czasie. Województwo łódzkie posiada łóżek szpitalnych w szpitalach miejskich 1661, sejmikowych 647, kasowych 64, społecznych 600, razem 2972, powinno zaś być w najbliższej przyszłości dla 900,000 ludności w miastach po 5 łóżek — 4,500 łóżek oraz dla 1,500,000 ludności wsi po 2 łóżka na 1,000—3,000 łóżek, razem 7,500 łóżek, a jest około 3,000. Miasto Łódź posiada łóżek miejskich 730, w szpitalach społecznych 308, dla dzieci 120, dla położnic około 120, a powinno być 3,000 łóżek (600,000 po 5 łóżek na 1,000 ludno-

ści). Powiększenie więc. i to znaczne, ilości łóżek szpitalnych prawie we wszystkich miastach większych jest kwestją palącą. Skąd jednak miasta mają brać fundusze na tę rozbudowę? Z wpływów bieżących jest to wobec ogromu potrzeb wszystkich miast prawie zupełnie niemożliwe, z pożyczek długoterminowych również tego zrobić się nie da, gdyż pożyczki te wydawane są tylko na cele rentujące się, a do takich szpitali zaliczyć nie można. Trzeba więc szukać wyjścia z tej nad wyraz trudnej sytuacji.

Jak widać z załączonej tablicy, procent chorych kasowych w szpitalach waha się od 14 (Siedlce) do 82 (Gniezno), średnio około 30 do 40%, pacjenci więc szpitalni średnio w jednej trzeciej części, a w miastach Wielkopolski w połowie do  $\frac{3}{4}$  części są członkami Kasy Chorych, z czego wynika: 1) zarządy Kas Chorych powinny zatroszczyć się o budowę własnych szpitali, ewentualnie wspólnych z miastami i sejmikami, 2) wobec przywileju Kas Chorych opłacania połowy rzeczywistych kosztów — miasta z własnych funduszków dopłacają do chorych kasowych bardzo poważne sumy i dlatego dla poprawienia funduszków szpitalnictwa należy ten przywilej znieść.

Radom, Włocławek i Chełm mają już t. zw. „związki szpitalnictwa“ — szpitale są prowadzone na wspólny koszt magistratów i sejmików i jak widać z załączonej tablicy, wydatki magistratu na szpitalnictwo w Radomiu i Włocławku są znacznie mniejsze, w Chełmie natomiast procentowy stosunek wydatków na szpitalnictwo jest bardzo wysoki, co jednak przypuszczam, tłumaczy się rozmiarami szpitala (45 łóżek) oraz wyjątkowo dużą ilością chorych ubogich, bo aż 80%.

Poważną przyczyną niemożności przeznaczania większych sum na rozbudowę lub choćby ulepszenia szpitalnictwa, stanowią wydatki magistratu na chorych ubogich. W miastach Wielkopolski procent tego rodzaju chorych jest stosunkowo niewielki, od 8% (Inowrocław) do 33% (Poznań); w Małopolsce jak dotąd miasta wydawały na ten cel stosunkowo nieznaczne sumy, np. Kraków płacił szpitalowi powszechnemu za ubogich chorych ryczałtowo 73.280 zł., Lwów — 290.000 zł., natomiast w miastach b. zaboru rosyjskiego procent ubogich w szpitalach dochodzi do 80 i więcej, średnio około 40—50%.

Zwracam uwagę, że w niektórych pozycjach na załączonej tablicy istnieją pewne, zdaje się, pozorne, sprzeczności, tak np. Kielce podają 37% kasowych i 87% ubogich, Radom podaje 25% kasowych i 80% ubogich; prawdopodobnie w rubryce „ubogich“ podano całą liczbę chorych bezpłatnych, a to nie jest równoznaczne, gdyż do kategorii bezpłatnych należą: 1) chorzy ubodzy, 2) 50% chorych kasowych, 3) chorzy o niustalowanej przynależności gminnej, 4) chorzy obcogminni, za których należności wyrewindykować nie można, a przynajmniej których sprawy ciągną się całymi latami. Tak więc samowystarczalność szpitali jest możliwa tylko wtedy, gdy za 75 do 80% (a w pewnych wypadkach i więcej) chorych koszty kuracyjne opłaci kasa miejska, a w takim razie czyż można jeszcze wymagać przekazywania w budżetach większych sum na inwestycje i rozbudowę? Wynika więc z tego, że w rozporządzeniu wykonawczem względnie w nowej ustawie muszą być zmniejszone ciężary miast na opłacanie kosztów kuracyjnych za wszystkich ubogich, którzy dłużej niż jeden rok przebywają na terenie danego miasta.

Jest jeszcze jedna bolączka szpitalnictwa, która sprawia wiele kłopotów i pochłania wiele pieniędzy; mówię o umysłowo chorych. Jak widać z załączonej tablicy (niestety nie wszystkie miasta odpowiedziały na ten punkt ankiety), w ciągu roku 1927 miasta wysłały umysłowo chorych

do zakładów psychiatrycznych w stosunku na 10.000 mieszkańców od 0,4 (Lublin), 0,6 (Wilno), do 3,9 (Łódź), 4,2 (Zawiercie). Najwięcej umysłowo chorych miały miasta przemysłowe: Zawiercie, Łódź, Częstochowa, Piotrków, Sosnowiec, Tomaszów Mazowiecki.

Łódź w roku 1926 wydała 519.329 zł., na leczenie umysłowo-chorych, w roku 1927 — 766.200, preliminowano na rok 1928 — 969.075, a więc obecnie umysłowo chorzy kosztują nas 2.655 zł. dziennie, a pomimo tego wielu jeszcze chorym musimy odmawiać umieszczenia w szpitalu. Jest to sprawa, która wymaga tak znacznych nakładów, że pojedyncze miasta same jej nie podołają, gdyż do miast, które starają się o umieszczenie tego rodzaju chorych w zakładach, bywają przywożeni chorzy z bliższej i dalszej okolicy, pozostawiani bez dokumentów i jako chorzy o nieustalonej przynależności gminnej muszą być umieszczeni w zakładzie przez gminę, na której terenie zaszła potrzeba opieki. Omawiane dzisiaj Rozporządzenie przewiduje w tym celu tworzenie związków wojewódzkich i do tego celu dążyć trzeba usilnie, byleby rozrachunki nie były tego rodzaju, jak to przewiduje art. 12 projektowanej ustawy o opiece nad psychicznie chorymi, który mówi, że gminy miejskie obowiązane są w ciągu roku płacić za tego rodzaju chorych  $\frac{3}{4}$  kosztów, gminy wiejskie  $\frac{1}{4}$  kosztów, pozostałe zaś koszty związek wojewódzki rozdziela na miasta i sejmiki według ilości mieszkańców. W tym wypadku większe miasta płaciłyby jeszcze więcej, niż płacą obecnie, w przypuszczeniu, że procentowy stosunek chorych z miast i wsi byłby jednakowy; obliczenia dla Łodzi, której ludność stanowi około 25% ludności całego województwa wykazują, że miasto przy tego rodzaju obrachunkach płaciłoby jeszcze o 35% więcej, niż płaci obecnie.

Trzeba dodać, że w tymże artykule nie jest dokładnie powiedziane, kto i ile płacić będzie po upływie pierwszego roku przebywania chorego w zakładzie psychiatrycznym.

Wydatki na szpitalnictwo w stosunku do ogólnego budżetu najmniejsze są w Małopolsce: Kraków 6%, Lwów tylko 1%. W miastach Wielkopolski stosunek ten jest również względnie niewielki: Gniezno 12,2%, Grudziądz 11%, Toruń 9%, Poznań 8%, Inowrocław 8%. Zupełnie inaczej przedstawia się ten stosunek w większości miast b. zaboru rosyjskiego, szczególnie więcej zaludnionych: Wilno 25%, Kalisz 24%, Białystok 20%, Tomaszów Mazowiecki 19%, Łódź 18%, Częstochowa 17,5%, Łuck 16,9%, w innych zaś miastach wydatki na szpitalnictwo wynoszą około 10% ogólnego budżetu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że prócz wydatków na szpitale miasta, szczególnie większe, również wydatkują pewne sumy na inne cele lecznicze, jak bezpłatne ambulatorja, opieka lekarska i dentystyczna nad dźwiatwą szkolną, przewóz chorych, pomoc w nagłych wypadkach, a powinien wydawać również znaczne sumy na medycynę zapobiegawczą, jak ośrodki zdrowia, przychodnie przeciwgruźlicze, przeciwjaglicze, przeciwweneryczne, poradnie dla alkoholików oraz na walkę z chorobami zakaźnymi i ogólną sanitarię miast, jak dozór sanitarny nad domami, sklepami, wytwórniami i t. p. — to jasnym się staje, że miasta same tym wszystkim obowiązkom podołać nie są w stanie, tembardziej, że prócz potrzeb zdrowotnych mają, szczególnie miasta b. zaboru rosyjskiego, wiele innych również koniecznych i pilnych potrzeb jak: rozbudowa miast, budowa gmachów szkolnych, boisk, kąpiel, wydatki na opiekę społeczną jak żłobki, ochronki, domy wychowawcze, przytułki dla starców i kalek, chroniczków, tanie kuchnie i t. d., a budżet przy obecnych uprawnieniach podatkowych jest i musi być ograniczony.

# Szpitalnictwo w większych miastach z wyjątkiem w roku

Nr. porz.	Miasto	Ilość mieszkań- ców	Ilość łóżek szpitalnych			Na 1000 mieszkańców przypada łóżek szpitalnych		Ilu chorych wysłał Magistrat do innych szpitali	
			miej- skich	innych	razem	miej- skich	wszyst- kich	ogółem	w tem um. chor.
1	Łódź . . .	579,189	730	428	1158	1,2	2	3,232	227
2	Lwów . . .	238,404	100	1642	1742	0,4	7,3	—	53
3	Poznań . . .	236,265	542	796	1338	2,2	5,1	—	—
4	Kraków . . .	204,962	220	1378	1598	1,07	7,7	—	30
5	Wilno . . .	178,155	915	—	915	5,1	—	—	12
6	Lublin . . .	114,000	220	591	811	1,9	7,1	530	5
7	Sosnowiec . . .	103,026	110	210	320	1,6	3,1	291	25
8	Częstochowa	94,934	315	160	475	3,3	5	—	30
9	Białystok . . .	90,243	360	—	360	3,9	3,9	11	11
10	Radom . . .	66,000	—	182	182	—	2,7	150	8
11	Grudziądz . . .	58,000	150	42	192	2,5	3,3	6	6
12	Kalisz . . .	55,000	368	—	368	6,7	6,7	17	10
13	Toruń . . .	51,000	210	285	495	4,1	9,7	8	—
14	Kielce . . .	50,000	160	82	242	3,2	4,8	22	6
15	Włocławek . . .	49,502	—	142	142	—	2,8	90	—
16	Piotrków . . .	48,000	—	180	180	—	3,7	42	14
17	Grodno . . .	46,000	127	60	187	2,7	4,06	—	—
18	Pabjanice . . .	43,600	55	64	119	1,3	2,7	76	—
19	Zawiercie . . .	42,000	10	80	90	0,2	2,1	184	18
20	Siedlce . . .	40,000	120	40	160	3	4	97	5
21	Tomaszów M.	38,000	119	—	119	3,1	3,1	8	8
22	Dąbrowa G. . .	33,868	—	100	100	—	2,9	27	7
23	Kowel . . .	32,500	—	80	80	—	2,4	—	—
24	Brześć n/B . . .	32,000	76	72	148	2,4	4,6	15	4
25	Inowrocław . . .	30,000	—	143	143	—	4,7	5	5
26	Chełm Lub. . .	29,600	—	45	45	—	1,5	—	—
27	Łuck . . .	29,082	20	90	110	0,6	3,7	4	4
28	Gniezno . . .	27,775	150	45	195	5,3	7	—	—
29	Zgierz . . .	24,500	60	—	60	2,4	2,4	60	—

# stach Rzeczypospolitej Polskiej

## Warszawy

### 1927-ym

Na 10,000 mieszkańców wysłał Magi- strat do innych szpitali		% członków kas chorych w szpitalach	% ubog. gmin. w szpitalach	% wyd. na szpit. w stosunku do ogólnego budżetu	Inwestycje	U w a g i
ogółem	w tem um. chor.					
55,8	3,9	36,3	60	18		
—	2,2	—	—	1		
—	—	33	33	8	39,371	
—	1,4	50	22	6	150,000	73,280 zł. ryczałt za ubogich chor.
—	0,6	25	35	25	70,000	
46,4	0,4	18,5	18,5	8	5,656	
28,2	2,4	35	51	10,5	26,000	
—	3,1	46	50	17,5	41,656	
1,2	1,2	37	43	20		
22,5	1,2	25	80	5,18		Związek szpitalnictwa.
1	1	74	15	11	60,000	
3,1	1,8	40	29	24		
1,5	—	50	23	9		
4,4	1,2	37	87	11	20,250	
18,1	—	30	20	7	14,796	Związek szpitalnictwa.
8,7	2,9	36	35	8,77		
—	—	27	54	10	7,500	
17,4	—	20	70	7,66	4,000	
36,6	4,2	64	40	8	1,250	
24,2	1,25	14	16	10		
2,1	2,1	70	13	19		
8	2	—	100	—		40,000 zł. ryczałt za ubogich Pr. 12,000 ryczałt za utogich
—	—	—	—	—		
4,6	1,25	20	—	—		
1,6	1,6	—	8	—		12,000 zł. ryczałt za ubogich Związek szpitalnictwa
—	—	15	80	26,3		
1,3	1,3	25	50	16,9	62,000	
—	—	82	12	12,2		
24,8	—	40	45	10	5,150	

Wszystkie wyżej przytoczone fakty wyjaśniają dostatecznie poniższe wnioski:

1. Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (Główny Urząd Ubezpieczeń) oraz do Ogólnopanstwowego Związku Kas Chorych z przedstawieniem, że w miastach większych i przemysłowych (Łódź, Poznań, Wilno, Białystok, Sosnowiec, Zawiercie, Dąbrowa Górnicza i t. p.) Zarządy Kas Chorych powinny przystąpić do budowy własnych szpitali ogólnych.
2. Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o skuteczną inicjatywę tworzenia w miastach wojewódzkich i powiatowych t. zw. „związków szpitalnictwa” w których skład wchodziłyby miasta wydzielone, Sejmiki i Kasy Chorych, a celem ich byłoby rozbudowa, ulepszenie i prowadzenie szpitali ogólnych.
3. Walka z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, alkoholizmem, tak w sensie zapobiegawczym jak leczniczym powinna być na terenie województwa, względnie dużego miasta, skoordynowana i prowadzona pod jednym kierownictwem i kosztem samorządu wojewódzkiego, miast wydzielonych, sejmików i kas chorych.
4. Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych o skuteczną inicjatywę w urzędach wojewódzkich, o utworzenie związków wojewódzkich dla opieki nad umysłowo-chorymi, przyczem art. 12 projektowanej ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi powinien być zmodyfikowany.

Celem tego referatu, a sędzę że i Zjazdu całego, jest nie krytyka, a skonstatowanie potrzeb samorządu w zakresie szpitalnictwa i przy ściślejszej współpracy Rządu, samorządów, miejskich i powiatowych, kas chorych i społeczeństwa całego naradzenie się nad sposobami wyjścia z ciężkiej sytuacji, dla dobra ludności i chwały Polski, a o to tylko nam wszystkim chodzić powinno.

---

---

STANISŁAW KEMPNER

Naczelnik Wydziału Zdrowotn. Publ.  
Magistratu m. Łodzi.

## **W obliczu unifikacji ustroju zakładów leczniczych w Polsce.**

Stoimy wobec doniosłego faktu. W dniu 22 czerwca r. b. wchodzi w życie Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych (Dziennik Ustaw Nr. 38, poz. 382, r. 1928), regulujące w sposób jednolity dla całego obszaru Państwa stosunki w dziedzinie szpitalnictwa. Jednocześnie tracą moc obowiązującą wszelkie dotychczasowe przepisy prawne, sprzeczne z Rozporządzeniem, a więc przechodzą do zabytków archiwalnych liczne ustawy i rozporządzenia, wydane w rozmaitych okresach przez państwa zaborcze. Pierwszym ciosem, wymierzonym w olbrzymią gęstwę przepisów prawnych zaborczych, regulujących dziedzinę

ustroju szpitalnictwa, było wydanie zasadniczej ustawy sanitarnej („Dziennik Praw” Nr. 63, poz. 370, r. 1919), drugim ważnym w tej mierze aktem było uchwalenie ustawy o opiece społecznej („Dziennik Ustaw R. P.” Nr. 92, poz. 726, r. 1923); potem nastąpiło ogłoszenie szeregu innych ustaw, przekształcających stosunki prawne w dziedzinie szpitalnictwa, że tylko wymienimy ze wszech miar ważne ustawy o pokrywaniu kosztów leczenia ubogich, wydane w 1925 i 1926 roku; ostatnim wreszcie aktem, stanowiącym już o definitywnej likwidacji przestarzałych i nieodpowiadających duchowi czasu przepisów zaborczych, stanowi wydanie cytowanego na wstępie Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych.

Chcąc ocenić obiektywnie znaczenie tego Rozporządzenia, należy przedewszystkiem wziąć pod uwagę fakt, że na terenie Rzeczypospolitej, stanowiącej od lat 10 jednolity organizm państwowy, obowiązywały w dziedzinie ustroju szpitalnictwa dzielnicowe normy prawne, które pozostały w puściźnie po trzech państwach zaborczych. Rozbieżność norm prawnych w poszczególnych dzielnicach Państwa istnieje niemal we wszystkich dziedzinach stosunków prawnych, tak, iż pod tym względem dziedzina ustroju zakładów leczniczych nie stanowiła bynajmniej wyjątku. **Unifikacja norm prawnych z zakresu szpitalnictwa stanowi tedy jeden z etapów tak pożądanej ze stanowiska ogólnie - państwowego reformy ustawodawstwa w Polsce.**

Jeżeli ocenę nowego Rozporządzenia oprzemy na kryterjach postępu, jaki cechować powinien nowoczesne ustawodawstwo, to z tego punktu widzenia nie będziemy mogli odmówić Rozporządzeniu znacznych walorów. Zwłaszcza silnie uwydatnia się postępek, gdy chodzi o ziemie b. zaboru rosyjskiego. Na tych ziemiach, w okresie mocy obowiązującej praw rosyjskich, szpital miał odgrywać rolę jakgdyby zakładu dobroczynnego, a czynnikiem decydującym w szpitalu miała być biurokracja, nie zaś powołany element lekarski. Takie ujęcie sprawy było wykwittem polityki rządów rosyjskich, którą dosadnie scharakteryzował dr. Witold Chodźko, pierwszy minister zdrowia publicznego w odrodzonej Polsce, mówiąc:\*) „W swej mściwej żądzy niszczenia i tępienia rząd rosyjski nie zatrzymał się przed bramami szpitali, tak jak nie zatrzymał się przed wrotami świątyń katolickich i bramami cerkwi unickich. Skasowano Radę Główną Opiekuńczą i Rady Szczegółowe, **lekarza zepchnięto na plan drugi**, na plan zaś pierwszy wysunięto kuratora i intendenta, których często mianowano z pośród rosjan. W miejsce Rad Szczegółowych zaprowadzono Rady Dobroczynności Publicznej, złożone przeważnie z urzędników. Zapanował niesłychany rabunek majątku szpitalnego i grosza publicznego”.

Monstrualnym stosunkom w dziedzinie administracji zdrowia publicznego położyła kres likwidacja panowania rosyjskiego na ziemiach polskich, ale pozostały jeszcze po zaborcach przepisy prawne, w których duch zaborczy pokutował. Nowe Rozporządzenie owiane jest duchem nowoczesnym, mianowicie ze szpitala czyni placówkę społeczno-leczniczą,—

---

\*) Referat p. t. „O szpitalnictwie i sprawach sanitarnych w budżecie st. m. Warszawy w r. 1916”.

bez jakiegokolwiek domieszki momentów dobroczynności publicznej — i głos decydujący w działalności tych instytucyj przyznaje kompetentnemu czynnikowi lekarskiemu, sprowadzając żywioł biurokratyczny do właściwej mu roli administracyjno - gospodarczej. Tak więc, według art. 20 Rozporządzenia, na czele szpitala publicznego stoi dyrektor — lekarz, który jest przedstawicielem szpitala nazewnątr, odpowiedzialnym jego kierownikiem oraz zwierzchnikiem służby lekarskiej, pielęgniarskiej, administracyjnej i gospodarczej. Jakaż przepaść dzieli tę koncepcję od ujęcia sprawy przez prawodawcę rosyjskiego, który w Ustawie z 1870 roku o zakładach dobroczynnych w gubernjach Królestwa Polskiego postanowił, iż „lekarze szpitali i nadzorcy zakładów dobroczynnych wzywani będą na posiedzenia rady powiatowej względnie gubernjalnej, przez prezesa tejże, **w razie potrzeby i z głosem doradczym**“!

Nie bez znaczenia jest również inowacja, jaką wprowadza Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej do stosunków szpitalnych. W Rozporządzeniu tem została uregulowana sprawa stosunku szpitala do chorych, podczas gdy dawniej przepisy w tej mierze nie były dostatecznie sprecyzowane.

Wreszcie jako korzystny krok naprzód ocenić należy uregulowanie spraw, związanych z działalnością lecznic i przychodni oraz szpitali bez prawa publiczności.

Wykazaliśmy cały szereg dodatnich cech, charakteryzujących Rozporządzenie. Musimy jednak zwrócić uwagę również na jego wady. Oto budzi ono cały szereg zastrzeżeń z punktu widzenia interesów miast. Nie będziemy tu szczegółowo omawiali braków w tej mierze, gdyż zostały one wyczerpująco potraktowane w referatach, zgłoszonych na Zjazd Lekarzy i Działaczy Szpitalnych, który obradować będzie w Łodzi 17-go czerwca r. b. Zresztą myślą przewodnią zwołania tego Zjazdu było omówienie tych właśnie niedomagań Rozporządzenia. Ograniczymy się przeto do ogólnikowego tylko stwierdzenia, że największą luką Rozporządzenia jest pominięcie zagadnień, związanych z finansową stroną działalności samorządu miejskiego na polu szpitalnictwa. Punktem ciężkości sprawy jest samowystarczalność szpitali miejskich, która w Rozporządzeniu nie została zabezpieczona.

Chcąc uświadomić sobie niebezpieczeństwa, jakie z tej luki w Rozporządzeniu wypływają, należy wziąć pod uwagę stan szpitalnictwa w miastach polskich. Miastom naszym brak specjalnych nowoczesnych gmachów szpitalnych; szpitale mieścić się muszą w domach czynszowych, nieodpowiednio, rzecz prosta, urządzonych, a bardzo drogo opłacanych. Brak jest dostatecznej liczby łóżek szpitalnych, wskutek czego nie wszyscy chorzy mogą korzystać z opieki szpitalnej. Nie posiadamy niezbędnych urządzeń sanitarno-szpitalnych, odpowiadających nowoczesnym wymaganiom szpitalnictwa, jak np. kotłów do niszczenia odpadków, prosektorjów, gabinetów anatomo-patologicznych, pracowni bakterjologicznych i fizykalnych, urządzeń roentgenowskich, elektro- i balneo-terapeutycznych i t. p. Nie mamy dotąd dostatecznej ilości wykwalifikowanej służby szpitalnej, któraby umiała należycie obsługiwać chorych. A nie potrzeba dodawać, że tylko personel specjalnie szkolony, przytem o wysokim poziomie etycznym, może oddać należyte usługi choremu. Pod tym względem mamy wiele do zrobienia, zanim służba samarytańska stanie na poziomie, z jakim spotykamy się w państwach zachodnich.



A tymczasem chorobowość i śmiertelność w miastach polskich utrzymuje się na wysokim poziomie, co oznacza dla eugeniki oraz dla życia gospodarczego prawdziwą klęskę. Nie będziemy cytowali obfitego materiału statystycznego, obrazującego wspomniane zjawiska, poprzestaniemy jedynie na przytoczeniu danych z dziedziny śmiertelności na gruźlicę w miastach polskich, gdyż dane te dają wymowne świadectwo skutków, wywoływanych przez opłakane stosunki zdrowotne w całym szeregu miast.

Według zestawień, opracowanych przez Wydział Statystyczny Magistratu m. Łodzi i ogłoszonych w „Dzienniku Zarządu m. Łodzi” Nr. 26 z dnia 28.VI 1927 roku, śmiertelność na gruźlicę w 1925 i 1926 roku przedstawiała się w liczbach absolutnych i względnych, jak następuje:

M I A S T O	Liczba zgonów na gruźlicę		Na 10.000 miesz- kańców przypada zgonów na gruźlicę	
	1925 r.	1926 r.	1925 r	1926 r.
Warszawa . . . . .	2,290	2,566	23,1	25,3
Łódź . . . . .	1,365	1,559	25,9	27,6
Lwów . . . . .	636	697	27,3	30,5
Kraków . . . . .	627	672	33,5	35,5
Poznań . . . . .	480	540	22,8	24,5
Lublin . . . . .	318	366	30,8	33,7
Bydgoszcz . . . . .	145	209	14,4	19,8
Sosnowiec . . . . .	321	393	31,5	38,5

Wystarczy pobieżnie rzucić okiem na powyższe zestawienie, aby przekonać się, że śmiertelność z gruźlicy w miastach polskich wzrasta się. W obliczu tej klęski zdwojenie wysiłków, zmierzających do podniesienia szpitalnictwa miejskiego, jest nakazem chwili.

Atoli Rozporządzenie w tej właśnie najważniejszej sprawie nie czyni zadość potrzebom życia. To też z inicjatywy samorządu łódzkiego radzić będzie nad tą kwestją Zjazd Lekarzy i Działaczy Szpitalnych, których reprezentując znajomość zarówno spraw szpitalnych, jak i sytuacji finansowej miast, będzie mógł wypowiedzieć autorytatywny sąd w tej sprawie.

## BIULETYN STATYSTYCZNY

opracowany w Wydziale Statystycznym Magistratu m. Łodzi.

Ruch chorych w szpitalach miejskich w Łodzi w 1927 roku:

Nazwa szpitala	Przeznaczenie	Ruch chorych									
		Etatowa liczba łózek na 1 stycznia 1927 r.	Stan chorych na 1 I. 1927 r.	w ciągu 1927 r.				Stan chorych na 1 stycznia 1928 r.	Liczba dni szpitalnych w ciągu 1927 r.	I chory przebywał przeciętnie dni	% śmiertelności
				przybyłe	Ogółem leczyło się	wypisano	Zmarło				
1 Szpit. w Radogoszczu	choroby wewn	250	246	3100	3346	2662	422	262	96996	29	12,6
2 Szpit. św. Józefa	cierpien. chirurg.	150	132	2385	2517	2169	210	138	47885	19	8,2
3 Szpit. św. Aleksandra	chor. skórne i w.	80	67	744	811	655	77	79	27110	33	9,5
4 Szpit. Marji Magdal.	chor. wer. ukob.	80	58	1145	1203	1142	—	61	27009	22	—
5 Sanator. w Chojnach	lekka gruźlica	85	75	485	560	492	—	68	28939	52	—
6 Sanat. w Łągiewnik.	dla dzieciw szk.	47	39	270	309	264	—	45	17868	58	—
7 San letnie w Łągiewn.	" " "	50	—	252	252	252	—	—	7184	28	—
8 Zbiornia miejska	pierwsza pom.	30	41	788	829	716	53	60	20037	24	6,4
Ogółem		772	658	9169	9827	8352	762	713	273 028	28	7,8

### RUCH CHORYCH

leczonych na koszt Magistratu m. Łodzi w szpitalach obcych w 1927 r., według danych Wydziału Zdrowotności Publicznej.

Nazwa szpitala lub zakładu	Stan 1 stycznia 1927 r.	W 1927 roku				Stan na 1 stycznia 1928 r.	Liczba dni szpitalnych	I chory przebywał przec. dni
		przyjęto	leczono ogółem	wypisano	zmarło			
Szpital w Kochanówce . . .	238	147	385	75	25	285	90728	236
„ „ Kochborowie . . .	172	16	188	1	3	184	63689	339
„ „ Tworkach . . .	23	57	80	23	14	43	13508	169
„ „ Warcie . . .	9	7	16	1	—	15	4596	287
Zakład dla epileptyków . .	21	—	21	—	—	21	7544	360
Szpital małż. Poznańskich .	44	705	749	613	69	67	18442	25
„ Anny-Marji . . .	64	730	794	572	143	79	21494	27
Zakład Położniczy Chrześc. T-wa Dobr. . . . .	28	719	747	734	2	11	6293	8
Zakład Położniczy Żydow. T-wa Dobr. . . . .	31	851	882	859	2	21	8871	10
Ogółem . . .	630	3232	3862	2878	258	726	235165	—

**Treść numeru:** I Zjazd Lekarzy i Działaczy Samorządowych Szpitalnych w Łodzi: Komitet Organizacyjny, Komitet Sciślejszy, Program Zjazdu.— Słowo wstępne—Dr. Al. Margolis, przewodniczący Wydziału Zdrowotn. Publ. Magistratu m. Łodzi — Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej z d. 22. III. 1928 r. o zakładach leczniczych a samorządy — Dr. J. Zawadzki. — Rozporządzenie Prezydenta Rzplitej z d. 22. III. 1928 o zakładach leczniczych a samorządy (koreferat). — Dr. E. Mittelstaedt. — W obliczu unifikacji ustroju zakładów leczniczych w Polsce — St. Kempner. — Biuletyn statystyczny.

Redaktor: **Bolesław Dudziński.**

Wydawnictwo Zarządu m. Łodzi.