

Do

Jego Ekscelencyi

Jaśnie Wielmożnego Pana

Jana Hr. Tarnowskiego,

Marszałka krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi i Wielkiego Księstwa Krakowskiego,
Członka Izby Panów Rady Państwa, c. k. rzeczywistego tajnego Rady

we

Lwowie.

Ekscelencyo !

Na mocy Najwyższego upoważnienia z dnia 23. września b. r. i wskutek re-
skryptu Jego Ekscelencyi Pana Ministra spraw wewnętrznych z dnia 2. b. m. l. 18.306,
mam zaszczyt złożyć do łaski Marszałkowskiej, jako przedłożenie rządowe dołączone w pol-
skim i ruskim tekście projekt ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach galicyj-
skich wraz z uwagami objaśniającemi do tego projektu.

Racz Wasza Ekscelencyo zamieścić to przedłożenie rządowe na jednym z pierw-
szych posiedzeń tegorocznej sesyi Sejmu krajowego.

Przy tej sposobności racz Wasza Ekscelencyo przyjąć wyrazy mego wysokiego
poważania.

Lwów, dnia 7. października 1889.

Badeni w. r.

James H. Thompson

...

...

...

...

...

U s t a w a

z dnia o urządzeniu służby zdrowia w gminach, obowiązująca w Królestwie Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem.

Zgodnie z uchwałą Sejmu Mojego Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozporządzam na podstawie §. 5. ustawy państwowej z dnia 30. kwietnia 1870 (Dz. p. p. Nr. 68) co następuje:

§. 1.

Każda gmina wraz z obszarem dworskim musi albo sama dla siebie, albo w połączeniu z sąsiednimi gminami i obszarami dworskimi utrzymywać potrzebną liczbę lekarzy dla sprawowania przydzielonego jej ustawami zakresu działania pod względem wykonywania policyi zdrowia i pod względem spraw zdrowotnych w ogóle.

§. 2.

Miasta z własnymi statutami, jako też gminy, które wraz z obszarami dworskimi liczą 10.000 lub więcej mieszkańców, powinny ustanowić dla siebie jednego, albo w razie potrzeby, kilku własnych lekarzy gminnych.

Gminom o ludności mniejszej, aniżeli 10.000, wolno za zezwoleniem krajowej władzy politycznej w porozumieniu z Wydziałem krajowym ustanowić własnych lekarzy gminnych.

§. 3.

Gminy i obszary dworskie, które nie ustanowią dla siebie własnych lekarzy, mają w połączeniu z sąsiednimi gminami i obszarami dworskimi ustanowić wspólnego lekarza.

Gminy w tym celu połączone tworzą gminny okręg sanitarny.

§. 4.

Gminy i obszary dworskie do jednego okręgu sanitarnego wcielić się mające, oznacza polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym po wysłuchaniu reprezentacyj gminnych (przełożonych obszarów dworskich), politycznej władzy powiatowej i krajowej Rady zdrowia. Siedziba lekarza okręgowego oznaczona zostanie przez polityczną

władzę krajową w porozumieniu z Wydziałem krajowym po zasięgnięciu wniosku zgromadzenia delegatów (§. 6.) i politycznej władzy powiatowej. O wszelkich rekursach w tej mierze rozstrzyga Ministerstwo spraw wewnętrznych. Do tegoż Ministerstwa należy decyzja także we wszystkich wypadkach, w których nie przyjdzie do skutku w ustawie przewidziane porozumienie między polityczną władzą krajową a Wydziałem krajowym.

§. 5.

Gminny okręg sanitarny w regule obejmować powinien gminy i obszary dworskie, które leżą w obrębie jednego powiatu politycznego. Wyjątki są dopuszczalne tylko w razach nieuniknionej konieczności.

Gminny okręg sanitarny nie powinien w regule liczyć więcej jak 15.000 mieszkańców i nie przekraczać obszaru 200 kwadrat. klm.

§. 6.

Reprezentacya gminnego okręgu sanitarnego służy zgromadzeniu delegatów. Zgromadzenie to składa się z jednego delegata Rady powiatowej i z sześciu delegatów, którzy wybrani zostaną przez reprezentacye połączonych w okręgu miast, gmin wiejskich i obszarów dworskich w stosunku do wysokości podatków bezpośrednich przez każdą z tych trzech grup opłacanych.

Wybór delegatów odbywa się na wezwanie politycznej władzy powiatowej.

Delegatami wybrane mogą być osoby, które są obieralne do Rady gminnej, względnie jako przełożeni obszaru dworskiego ustanowieni być mogą. Peryod urzędowania delegatów kończy się z upływem sześciu lat; ponowny wybór jest dopuszczalny.

Od wyboru uchylić się mogą tylko te osoby, którym prawo to, co do wyboru do Rady gminnej służy, a to pod rygorem grzywny w przeciwnym razie przez polityczną władzę powiatową w kwocie 20 do 50 zł. nałożyć się mającej.

Do ważności uchwał zgromadzenia delegatów potrzebna jest obecność połowy członków. Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów.

Ukonstytuowanie zgromadzenia delegatów gminnego okręgu sanitarnego następuje na zaproszenie naczelnika politycznej władzy powiatowej i pod przewodnictwem prezesa ad hoc przez zgromadzonych większością głosów wybranego.

Zgromadzenie wybiera bezwzględną większością głosów ze swego grona przewodniczącego (naczelnika) dla kierownictwa spraw, oraz zastępcę przewodniczącego.

Siedzibą urzędowania zgromadzenia delegatów gminnego okręgu sanitarnego, jest siedziba lekarza gminnego.

Zwyczajne posiedzenia zgromadzenia delegatów zwołuje przewodniczący raz w każdym półroczu, t. j. w marcu i we wrześniu, nadzwyczajne zaś według swego uznania z ważnych powodów, w szczególności celem zamianowania lekarza okręgowego, dalej na wezwanie władzy politycznej, lub gdy tego domaga się przynajmniej trzecia część członków.

Urząd delegata jako też przewodniczącego zgromadzenia delegatów, jest urzędem honorowym i sprawowany będzie bezpłatnie.

§. 7.

Do obowiązków zgromadzenia delegatów należy:

1. stawianie wniosków za pośrednictwem władzy politycznej:
 - a) co do siedziby gminnego lekarza okręgowego (§. 3.);
 - b) co do poborów, ryczałtów na podróże, ewentualnych poborów emerytalnych i zaopatrzenia dla gminnego lekarza okręgowego (§. 14.);
 - c) co do wdrożenia śledztwa dyscyplinarnego, ewentualnie co do usunięcia gminnego lekarza okręgowego (§. 12.);
 - d) co do wydzielenia pewnych gmin i obszarów dworskich połączonych w okręgu i ich przydzielenia do sąsiednich okręgów.
2. Przedstawianie terna na obsadzić się mającą posadę gminnego lekarza okręgowego (§. 10.).
3. Badanie zdrowotnych interesów ludności okręgu sanitarnego i przedstawianie wniosków politycznej władzy powiatowej co do potrzeby w tej mierze zarządzeń.
4. Przedstawianie wniosków co do ustanowienia potrzebnej liczby akuszerok dla niesienia bezpłatnej pomocy ubogim rodzącym kobietom i co do wynagrodzenia dla tych akuszerok.

Z rozpraw zgromadzenia delegatów ma być spisany protokół, w przeciągu ośmiu dni politycznej władzy powiatowej przedłożyć się mający. O czasie posiedzenia i o przedmiotach obrad donieść należy politycznej władzy powiatowej co najmniej na trzy dni przed zebraniem się zgromadzenia delegatów.

Władza ta jest uprawniona wysłać na posiedzenie lekarza rządowego.

§. 8.

Urząd lekarza gminnego jest publicznym. Lekarze gminni w miastach z własnymi statutami mają być tak samo traktowani jak stali ustanowieni urzędnicy tej gminy. Inni lekarze gminni będą uważani jako funkcjonariusze odnośnych gmin (obszarów dworskich) względnie okręgów.

Pod względem służbowym podlegają lekarze gminni w gminach z własnymi statutami prezydentowi miast, w innych gminach, które dla siebie osobnych lekarzy ustanowią, zwierzchnościom gmin a w okręgach przewodniczącemu zgromadzenia delegatów z zastrzeżeniem atrybucyj służących politycznej władzy powiatowej.

§. 9.

Lekarze gminni są w pierwszym rzędzie powołanymi organami, przez które gminy i obszary dworskie sprawować mają ustawami im przekazane powinności publicznej służby zdrowia.

W szczególności prowadzą lekarze gminni referat wszystkich spraw sanitarnych gmin (obszarów dworskich) należących do ich okręgu, mają prawo i obowiązek wydawać opinie fachowe, jakoteż przedstawiać samodzielne wnioski co do usunięcia spostrzeżonych wadliwości, celem

zapobiegania chorobom zakaźnym oraz ich dalszemu rozszerzaniu się zawczasu zarządzać co należy, bezzwłocznie zawiadamiać władzę polityczną powiatową o pojawieniu się choroby zakaźnej, współdziałać przy przeprowadzaniu zarządzeń poczynionych w wypadkach epidemii przez władzę, nadzorować te zarządzenia, przedsiębrać osobiście oględziny zwłok w oznaczonym instrukcją zakresie, względnie bezpośrednio nadzorować, przedsiębrać publiczne szczepienie i czynić zadość wezwaniom c. k. władz do działań w zakresie publicznej służby zdrowia.

Gdzie o opiekę lekarską dla ubogich chorych nie postarano się w inny sposób, są lekarze gminni obowiązani ubogich wskazanych imieniem przez zwierzchności gmin lub przełożeństwa obszarów dworskich leczyć bezpłatnie, względnie pod warunkami oznaczonymi w drodze rozporządzenia przez krajową władzę polityczną w porozumieniu z Wydziałem krajowym i przepisywać dla tych chorych na koszt gmin leki według obowiązującej w tej mierze normy ordynacyjnej.

Blіszsze określenie obowiązków służbowych lekarzy gminnych zastrzeżone zostaje instrukcyi, którą wyda krajowa władza polityczna w porozumieniu z Wydziałem krajowym po zasięgnięciu opinii c. k. kraj. Rady zdrowia.

§. 10.

Zwierzchności gmin, które mają własnych lekarzy i przewodniczący zgromadzeń delegatów okręgów winni nadzorować lekarzy gminnych co do dokładnego wypełniania przez nich obowiązków służbowych a spostrzeżone zaniedbania obowiązków podawać do wiadomości powiatowej władzy politycznej; z drugiej strony są zwierzchności gmin i przełożeństwa obszarów dworskich obowiązane wykonywać poruczone im ustawami agendy służby sanitarnej z uwzględnieniem opinii fachowej lekarza gminnego.

Jeżeli zwierzchność gminy (przełożeństwo obszaru dworskiego) wyda zarządzenie odmienne od opinii lekarza gminnego, zawiadomić polityczną władzę powiatową z uzasadnieniem tego zarządzenia.

§. 11.

Mianowanie lekarza gminnego następuje w drodze konkursu, który w gminach ustanawiających własnych lekarzy rozpisywać mają zwierzchności tych gmin.

Celem obsadzenia posad lekarzy gminnych okręgowych konkurs rozpisyje polityczna władza powiatowa.

Mianowanie lekarza gminnego w gminach, utrzymujących własnych lekarzy, służy tymże gminom. Mianowanie gminnych lekarzy okręgowych, których pobory służbowe pokrywane są przez gminy okręgu bez żadnego dodatku z funduszu krajowego, służy zgromadzeniu delegatów. W tych okręgach, które na pokrycie poborów służbowych lekarzy gminnych otrzymują dopłaty z funduszu krajowego, zgromadzenie delegatów przedkładać ma terno za pośrednictwem powiatowej władzy politycznej Wydziałowi krajowemu, który wydaje nominację w porozumieniu z krajową władzą polityczną. Podania kandydatów, wpływające wskutek ogło-

szonemu konkursu do powiatowej władzy politycznej, mają być wraz z opinią lekarza powiatowego przesłane przewodniczącemu zgromadzenia delegatów.

Zwierzchności tych gmin, które dla siebie własnych lekarzy ustanawiają, wyjąwszy gminy z własnymi statutami, dalej przewodniczący tych okręgowych zgromadzeń delegatów, którym służy prawo mianowania, mają przed wydaniem dekretu nominacyjnego przesłać akta sprawy właściwej politycznej władzy powiatowej, która winna wzbronić dokonania nominacji, jeżeli ona nastąpiła z pominięciem niniejszej ustawy. W gminach z własnymi statutami przysięgę od lekarza gminnego odbiera prezydent miasta. Inni według tej ustawy mianowani lekarze gminni mają w ręce kierownika powiatowej władzy politycznej złożyć przyrzeczenie w miejsce przysięgi.

§. 12.

Jeżeli posada lekarza gminnego pozostaje przez dłuższy czas nieobsadzoną, bądźto z braku kandydatów, bądźto z innego powodu, polityczna władza powiatowa winna zbadać okoliczności powód stanowiące i o wyniku krajową władzę polityczną zawiadomić. Teżże władzy służy wówczas prawo wydać w porozumieniu z Wydziałem krajowym potrzebne zarządzenia celem usunięcia przeszkód, względnie zamianować lekarza gminnego, oznaczyć jego pobory i dalsze warunki.

§. 13.

W miastach z własnymi statutami (§. 2) służy prezydentowi miasta władza dyscyplinarna nad lekarzem gminnym według postanowień normy dyscyplinarnej obowiązującej dla urzędników miejskich.

Władza dyscyplinarna nad lekarzami innych gmin, jakoteż nad gminnymi lekarzami okręgowymi służy krajowej władzy politycznej. O usunięciu gminnego lekarza okręgowego z posady orzeka krajowa władza polityczna w porozumieniu z Wydziałem krajowym. Usunięcie lekarza może być orzeczone w razie ciężkich przekroczeń służbowych, albo też w razie udowodnionej niezdolności lekarza do służby wskutek fizycznych lub umysłowych ułomności.

§. 14.

Lekarzem gminnym ten tylko może być ustanowiony, kto jest uprawniony do wykonywania praktyki lekarskiej w królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych, posiada obywatelstwo austriackie i wykaże się fizyczną zdatnością oraz nieskazitelnością pod względem moralnym.

W gminach z własnymi statutami lekarzem miejskim ten tylko może być mianowany, kto nadto wykaże się państwowym egzaminem lekarskim przepisany w rozporządzeniu Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21. marca 1873 dz. u. p. Nr. 37.

§. 15.

Wysokość płacy (wynagrodzenie) lekarza gminnego oznaczona zostanie w gminach ustanawiających własnych lekarzy przez representa-

cyę gminy, w okręgach zaś na podstawie wniosku zgromadzenia delegatów przez Wydział krajowy w porozumieniu z krajową władzą polityczną, i nie może tak w powyżej wspomnianych gminach jakoteż i w okręgach z obszarem do 200 kilometrów kw. wynosić mniej niż 500 zł., w okręgach zaś o większym obszarze nie poniżej 600 zł. rocznie.

Inne pobory, ewentualne emerytury i zaopatrzenia pozostawia się kontraktowemu porozumieniu.

Lekarzowi okręgowemu należy się prócz wynagrodzenia ryczałt na opędzenie kosztów podróży służbowych, bez osobnego wynagrodzenia przedsiębrać się mających, który to nie będzie niższym, aniżeli po 12 zł. od każdych 10 kilometrów kwadratowych, ogółem zaś kwoty 400 zł. przewyższać nie może.

Za czynności lekarskie w sprawowaniu urzędu nie należy się lekarzowi gminnemu od stron żadne osobne wynagrodzenie.

Za czynności lekarskie, które lekarz gminny wykona wskutek osobnego polecenia administracyi państwowej, a nie w dopełnieniu obowiązków własnego lub poruczonego zakresu działania gmin, należą się normalne pobory ze skarbu państwa.

§. 16.

Gminy są obowiązane z własnych funduszków ponosić koszta agend sanitarnych własnego i poruczonego zakresu działania. Służy im jednak prawo pobierania stosownie do postanowień ustawy gminnej odpowiednich opłat za sprawowanie pewnych czynności sanitarnych.

Pobory gminnych lekarzy w gminach, które ustanowią dla siebie własnych lekarzy, wypłacane będą z kasy gminnej.

§. 17.

Udziały, które gminy i obszary dworskie, wcielone do jednego okręgu, obowiązane są uiszczać na pokrycie poborów lekarzy gminnych, nie mogą przenosić 2% w odnośnych gminach i obszarach dworskich przepisanych bezpośrednich podatków.

Jeżeli te udziały nie wystarczają na zupełne pokrycie poborów służbowych lekarzy gminnych, niedobór ma być pokryty z funduszu krajowego.

Gminni lekarze okręgowi pobierają swe pobory służbowe z c. k. urzędu podatkowego.

Blizsze przepisy odnoszące się do obliczania i zarządu powyższych udziałów pozostawia się osobnemu rozporządzeniu, które wyda polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

§. 18.

Każda gmina wraz z obszarem dworskim jest obowiązana albo sama dla siebie albo wspólnie z innymi gminami i obszarami dworskimi postarać się o bezpłatną pomoc przy porodach ubogich kobiet przez ustanowienie akuserek gminnych.

§. 19.

W miejscu siedziby lekarza gminnego należy celem wykonania obowiązków, ciężących na gminach według §. 27. ustawy gminnej i §§. 24, 28 i 29 ustawy o przynależności, postarać się o lokal, w którym mają być pomieszczeni ci chorzy pozbawieni pomocy, którzy z jakiegobądź powodu nie mają innego pomieszczenia ani opieki, lub też nie mogą być oddani do szpitala.

Lokal taki ma być odpowiednio urządzony oraz zaopatrzony w przyrządy ratunkowe, potrzebne w nagłych niebezpieczeństwach życia i w nosze dla chorych

Gminy i obszary dworskie mają także postarać się o to, aby położnice bez przytułku, które nie mogą być oddane do publicznego zakładu położnic, jakoteż chorzy, których przenosić nie można, a którzy bez opieki pozostają, lub potrzebują koniecznie odosobnienia, znaleźli odpowiednie swemu stanowi pomieszczenie i opiekę.

Koszta potrzebne na te ostatnie potrzeby sanitarne mają właściwe gminy i obszary dworskie pokryć z własnych funduszków a to udziałami wymierzyć się mającymi w miarę przepisanych bezpośrednich podatków.

§. 20.

Ustawa niniejsza nie narusza istniejących zobowiązań publicznych funduszków do przyczynienia się na cele zdrowotne.

§. 21.

W gminach liczących 6000 lub więcej mieszkańców ma być ustanowiona komisya zdrowotna.

Innym gminom utrzymującym samoistnie lekarza wolno ustanowić komisję zdrowotną.

§. 22.

Komisya zdrowotna jest organem doradczym i wydającym opinię dla spraw sanitarnych, należących do obowiązków gmin, a w szczególności jej zdania zasięgać należy co do wszystkich przedmiotów, które odnoszą się do spraw zdrowia w ogólności lub, jakkolwiek są specjalnej natury mają szczególną doniosłość sanitarną.

Zakres działania komisji zdrowotnej określi osobna instrukcja, którą wyda polityczna władza krajowa w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

§. 23.

Urząd członka komisji zdrowotnej jest honorowym i ma być bezpłatnie wykonywany.

§. 24.

W razie uchylecia wniosków komisji zdrowotnej przez właściwą reprezentację gminną, winna komisya ta swoją uchwałę podać do wiadomości przełożonej władzy politycznej do dalszego odpowiedniego zarządzenia.

§. 25.

Władze polityczne mają na mocy prawa zwierzchniczego nadzorn, służącego administracyi państwa nad wszystkimi sprawami sanitarnemi, czuwać nad tem, ażeby gminy ściśle wykonywały odnośne obowiązki ustawą na nie włożone.

W razie zaniedbania tych obowiązków mają władze polityczne wydać według prawnych przepisów potrzebne zarządzenia zaradcze.

§. 26.

Wykonanie niniejszej nstawy poruczam Mojemn Ministrowi spraw wewnętrznych.

Uwagi objaśniające

do projektu ustawy o urządzeniu służby zdrowia w gminach.

Znaczną część obowiązków publicznej służby zdrowia, której organizacja zasadniczo określona jest w ustawie z 30. kwietnia 1870 D. u. p. Nr. 68, przekazują §§. 3. i 4. tejże ustawy gminom. Są to te obowiązki własnego i poruczonego zakresu działania gmin, mające na celu jedno z najważniejszych zadań publicznej administracji, t. j. ochronę zdrowia ludności i usuwanie przyczyn niebezpieczeństwa dla zdrowia.

Ze względu na doniosłe znaczenie tej gałęzi administracji gminnej dla jednostki, rodziny, gminy, kraju i państwa należy usilnie dążyć do tego, ażeby gmina tym obowiązkom, przez ustawę ściśle określonym według swoich sił, ze znajomością rzeczy i całkowicie odpowiedziała.

Na mocy postanowień §. 1. wspomnianej państwowej ustawy sanitarnej, jak niemnie na mocy §§. 104—109 ustawy gminnej są władze polityczne obowiązane czuwać nad tem, aby gminy ściśle wykonywały swe ustawowe obowiązki. W razie zaniedbania tych obowiązków ustawa poleca władzom politycznym, aby na niebezpieczeństwo i koszt gminy zarządziły potrzebne środki zaradcze.

Jest jednakże rzeczą powszechnie wiadomą jak niedokładnie przeważna część gmin w kraju wypełnia swe ustawowe obowiązki w zakresie policyi zdrowia i spraw zdrowia w ogóle. Gminy nie są nawet w stanie w obecnych stosunkach obowiązkom tym zadość uczynić, gdyż brak im fachowej pomocy w administracji sanitarnej. Pochodzi to zaś ztąd, że §. 5. państwowej ustawy sanitarnej dotąd nie jest wykonany. Reprezentacya kraju bowiem dotychczas nie wskazała, jakie zarządzenia mają gminy wprowadzić w życie celem należytego wykonywania służby sanitarnej.

Do Reprezentacyi kraju zatem należy uchwalenie ustawy o organizacyi publicznej służby zdrowia, któraby ułatwiła a właściwie umożliwiła gminom wypełnienie powyżej wskazanych obowiązków. Nie ulega to bowiem żadnej wątpliwości, że gdyby władze polityczne znalazły się w tem przymusowem położeniu, iżby wykonać musiały w całej pełni swój ustawowy obowiązek nadzorowania spraw sanitarnych w gminach, i gdyby celem odpowiedniego wykonywania służby sanitarnej użyły w poszczególnych gminach ustawą dopuszczonych środków zaradczych, to w takim razie załatwianie spraw sanitarnych nałożyłoby na gminy od razu bardzo znaczne ciężary.

Przedkładając Wysokiemu Sejmowi z odwołaniem się na postanowienia §. 5. ustawy państwowej z 30. kwietnia 1870 projekt ustawy o organizacyi gminnej służby zdrowia do kon

stytucyjnego traktowania, powoduje się c. k. Rząd w pierwszej linii względami na najistotniejsze interesa gmin, usilnie potrzebujących pomocy w tym kierunku, jaki projekt ten wskazuje.

Dla c. k. Rządu potrzeba doprowadzenia do skutku krajowej ustawy sanitarnej przedstawia się jako nagląca z tego powodu, że w Reprezentacji państwa już przy różnych sposobnościach zwracano na to z naciskiem uwagę, a zupełne wykonanie już od siedemnastu lat obowiązującej państwowej ustawy sanitarnej co do organizacji służby sanitarnej w gminach uznano jako konieczną podstawę wszelkich dalszych reform w zakresie spraw zdrowotnych.

Dalszym powodem skłaniającym Rząd do przedłożenia Wysokiemu Sejmowi projektu krajowej ustawy sanitarnej, jest ta okoliczność, że już w dziewięciu królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych przyszły do skutku takowe ustawy i że przez niepełne wykonanie państwowej ustawy sanitarnej co do służby zdrowia w gminach, wytworzyły się nierówne stosunki w administracji sanitarnej poszczególnych krajów koronnych. Pominąwszy bowiem okoliczność, że uporządkowane stosunki sanitarne jednego kraju, zagrożone są przez istnienie nieuporządkowanych stosunków sanitarnych w krajach ościennych, zwłaszcza pod względem szerzenia się chorób zakaźnych, wymaga tego ogólny i jednolity interes sanitarny całej ludności, aby do odpowiedniego załatwiania sanitarnych obowiązków gmin postarano się wszędzie o równie gorliwą a odpowiednio do odrębnych stosunków poszczególnych krajów zastosowaną opiekę fachowych organów.

Doświadczenia poczynione w tych krajach, w których już od lat kilku krajowe ustawy sanitarne weszły w życie i odpowiednio zostały wykonane jak n. p. w Morawii, Karyntyi i Tyrolu, pozwalają nam leżycie ocenić nadzwyczajną wartość i pożytek takiej ustawy, a nadto także obliczyć dokładnie koszta połączone z zaprowadzeniem takiej instytucji.

Pod oboma względami doświadczenia wykazują znakomite wyniki.

Skoro więc inne kraje koronne uznały już potrzebę organizacji gminnej służby zdrowia, i skoro w ten sposób sanitarne stosunki tych krajów rzeczywiście poprawione zostały, staje się przeprowadzenie takiej organizacji w Galicyi tem potrzebniejszym, ile że, jak to powszechnie wiadomo, stosunki zdrowotne w naszym kraju są pod każdym względem opłakane i z wyjątkiem jedynej Bukowiny znacznie gorsze aniżeli w jakimkolwiek innym kraju koronnym.

I tak n. p. kiedy ogólna śmiertelność w królestwach i krajach reprezentowanych w Radzie państwa wynosiła w latach 1880 do 1885 2.93%, 3.06%, 3.21%, 3.17% i 3.2%, w Galicyi w tym samym okresie czasu śmiertelność w stosunku do ludności wynosiła 3.46%, 3.54%, 3.6%, 3.59%, 3.41% i 3.66%.

Chorobom zakaźnym, jakoto odrze, kokluszowi, tyfusowi, czerwonce i ospie ulega w Galicyi rok rocznie taka sama ilość ludzi, jak we wszystkich innych krajach koronnych razem wziętych. I tak umarło wskutek chorób zakaźnych w królestwach i krajach w Radzie państwa reprezentowanych w latach od 1883 do 1885 — 115.062, 114.120 i 117.879 osób, podczas gdy w Galicyi samej w tych trzech latach umarło wskutek chorób zakaźnych osób 58.289, 53.872 i 58.112, a w latach 1886 i 1887 nawet 59.248 i 66.891, t. j. więcej jak czwarta część ogólnej liczby zmarłych. W niektórych powiatach zdarza się nierzadko, że 40% a nawet i 47% wszystkich przypadków śmierci bywa przez choroby zakaźne spowodowane. Zdarzyło się to n. p. w r. 1887 w powiatach Kałusz (47%) i Podhajce (47.2%), a w r. 1883 w powiecie Nadwórna (47.8%).

A właśnie na tem polu polityki sanitarnej możnaby rozwinąć nader skuteczną czynność zapobiegawczą, jeżeliby przez wczesne rozpoznanie pierwszych przypadków choroby i przez umiejętne zastosowanie środków zaradczych przeciw szerzeniu się choroby postawiono zapórę groźnym epidemiom.

W historii epidemij galicyjskich mamy niestety nader wiele takich przypadków, w których dowiedziono, że mimo sprzyjających warunków higienicznych danej miejscowości,

tylko zawleczenie zarazka chorobowego było powodem wybuchu choroby, a brak należytego zrozumienia wymogów sanitarnych ze strony organów gminnych, przesady i niedołątwa ludności tak sprzyjały rozwojowi choroby, że z tego wywiązała się długotrwała i groźna epidemia. Zdarza się często, że obcy sługa, lub robotnik dotknięty tyfusem lub ospą, nie bywa umieszczany w odosobnieniu, lecz zostaje odsyłany do swej gminy rodzinnej i tam też zawleka zarazek chorobowy. Również często zarazek zawleczony bywa przez włóczęgę lub przez wypuszczonego więźnia, a z takich sporadycznych przypadków powstają potem groźne epidemie.

Dla wyświecenia sprawy w tym kierunku niechaj posłużą następujące przykłady: Do Brzezin w powiecie żydaczowskim powróciła w r. 1887 chora dziewczyna ze służby w Rozdole, gdzie podówczas zachodziły sporadyczne przypadki tyfusu. Z powodu zaniedbania wszelkich środków ostrożności, głównie jednak z powodu spóźnionego doniesienia, rozszerzyła się choroba tak dalece, że w tej gminie liczącej 1.181 głów w ciągu siedmiu miesięcy zachorowało 537 osób (z tego 403 dorosłych) t. j. 44·6% całej ludności, a umarło osób 60 czyli 5·1% ludności. W Petlikowcach nowych w powiecie buczackim zachorowało w r. 1887 także na tyfus z całej ludności wynoszącej 435 osób, 189 t. j. 43·4%. W Dulibach w powiecie bobreckim o ludności 839 głów zachorowało 267 osób t. j. 31·8%, umarło 37 osób t. j. 4·4% ludności. Do Zielonej w powiecie Nadwórniańskim zawleczono tyfus w r. 1887 z aresztów jednego z c. k. sądów obwodowych. Trwała w tej gminie choroba ze zmiennem nasileniem dwa lata; zachorowało 165 osób, między temi 128 dorosłych. W Oskrześniewcach w powiecie rohatyńskim zachorowało w r. 1888 na tyfus plamisty 264 osób czyli 56·2% ludności miejscowej, z chorych umarło 30 czyli 6% ludności. Do Inwałda w powiecie wadowickim zawlókł ospę wędrowny handlarz płócien i zaraz zachorowało tam 77 osób, z których uległo chorobie 20 i t. d. i t. d.

Wiele innych przykładów tego rodzaju możnaby z ostatnich lat przytoczyć, ale dla ilustracyi doniosłości środków zaradczych, o których wyżej wspomniano, już i tych kilka przykładów wystarczyć powinno.

Ile dobrego policya sanitarna zdziałać może w razie wybuchu chorób nagminnych, wskazują doświadczenia poczynione w ostatnich latach na Morawii. Od czasu organizacyi gminnej służby zdrowia zmniejsza się tam stale śmiertelność z powodu chorób nagminnych. I tak w latach 1884 do 1887 zaszło 8.147, 8.194, 7.693 i 6.406 razem 30.440 czyli w przecięciu 7.610 przypadków śmierci z powyższej przyczyny, podczas gdy w latach poprzednich od r. 1878 do 1883 było 15.089, 11.336, 12.195, 13.752, 9.681 i 7.974 czyli razem w 7 latach 70.027 w przecięciu 11.671. Zatem bezpośredni następstwem organizacyi gminnej służby zdrowia było zmniejszenie się przypadków śmierci z powodu chorób nagminnych o 35%.

Jeżeliby wskutek odpowiedniej organizacyi gminnej służby sanitarnej w Galicyi śmiertelność z powodu chorób nagminnych zmniejszyła się choćby tylko o 30%, ocalonoby w ten sposób corocznie życia 17.760 ludziom.

Pominąwszy już względy ludzkości, które wobec Wysokiego Sejmu nie wymagają dalszego objaśnienia, należy zgubne skutki nadzwyczajnego szerzenia się chorób nagminnych w Galicyi oceniać także ze stanowiska interesów gospodarstwa społecznego, wystawionych na znaczny uszczerbek w dzisiejszym stanie rzeczy. Wskutek samego tyfusu utraciła Galicya w ostatnich 10 latach (1878—1888) razem 84.950 ludzi, czyli w pojedynczych latach 5.994, 7.207, 9.400, 9.344, 8.217, 8.318, 10.025, 9.324, 8.941 i 8.180 a zatem średnio 8.495. Ponieważ śmiertelność wynosi 8% chorych, przeto w każdym roku zachodziło w przecięciu 106.200 przypadków tyfusu. Jeżeli się przyjmie, że ze wszystkich chorych było co najmniej 70% czyli 74.340 osób dorosłych t. j. zdolnych do pracy i jeżeli się dalej przyjmie, że każdy na tyfus chory, co najmniej przez jeden miesiąc nie był zdolnym do pracy — to z takiego obliczenia wypływa roczna strata 2,230.200 dni roboczych, strata spowodowana jedną tylko chorobą zakaźną. Dla

tak uboższego kraju, jak Galicya, jest to strata zbyt znaczna i nie wymaga już dalszych objaśnień.

Obliczenie przeprowadzone w sposób powyższy co do wszystkich chorób nagminnych wykazałoby roczną stratę kilku milionów zł.

Na tem nie kończy się jeszcze szereg smutnych następstw chorób zakaźnych. Brak nam wprawdzie dokładnych dat statystycznych co do ilości osób wskutek ospy ociemniałych i co do ilości głuchoniemych wskutek przebytej szkarlatyny lub dyfteryi. Nie podlega jednak żadnej wątpliwości, że w Galicyi ilość ciemnych i głuchoniemych jest bardzo znaczną, gdyż co do liczby ciemnych przewyższa Galicyę tylko Salzburg i Karyntya, a co do liczby głuchoniemych tylko te dwa kraje koronne i Styrya. Jakkolwiek przyczyny ślepoty są bardzo różne, należy jednak znaczną część wypadków nabytej ślepoty przypisać ospie. Zatem w razie zmniejszenia się przypadków ospy, zmniejszyłaby się także liczba osób ciemnych, a w razie zmniejszenia się przypadków szkarlatyny, dotykającej bardzo często narządu słuchowego, zmniejszyłaby się niewątpliwie ilość głuchoniemych.

Około 35.000 dzieci umiera rocznie w Galicyi w pierwszym roku życia na „brak sił żywotnych“. Komu jednak znany jest sposób życia ludu wiejskiego w Galicyi, ten przyznać musi, że trzecia część a może nawet i połowa tych noworodków i małych dzieci padło ofiarą nieodpowiedniej opieki. Są w kraju powiaty (Śniatyn, Horodenka, Tłumacz i sąsiednie), w których z nowonarodzonych dzieci połowa umiera już w ciągu pierwszego roku życia, jakkolwiek powiaty te posiadają bardzo urodzajną ziemię i nie widać nędzy u tamtejszego ludu.

Pouczenie rodziców o sposobie pielęgnowania noworodków i małych dzieci, mogłoby wielu ludziom życie ocalić, a właśnie takie pouczenie stanowiłoby jedno z głównych zadań lekarzy gminnych.

Jest dalej rzeczą stwierdzoną, że w Galicyi syfilis bardzo jest rozpowszechnioną. Wprawdzie trudno co do tej choroby uzyskać daty statystyczne, któreby chociaż w przybliżeniu przedstawiały właściwy stan rzeczy, posiadamy jednak dość danych, aby wyswiecić sytuację. I tak we wszystkich publicznych i prywatnych szpitalach królestw i krajów w Radzie państwa reprezentowanych, wynosiły w r. 1885 przypadki leczonej choroby syfilitycznej tylko 8·8% wszystkich wypuszczonych z leczenia chorych, podczas gdy w tym samym roku w szpitalach galicyjskich przypadki choroby syfilitycznej wynosiły 6·925, czyli 15·8% wszystkich z leczenia wypuszczonych chorych. Tylko na Bukowinie i w Istrii był ten stosunek jeszcze gorszym. Jeżeli się zważy, że u naszego ludu wobec znanej niechęci do leczenia szpitalnego, tylko te przypadki choroby syfilitycznej bywają leczone w szpitalach, które dochodzą do wiadomości urzędowej, że zatem przeważna większość przypadków choroby wcale nie bywa leczoną, to musimy przyjść do przeświadczenia, że syfilis w Galicyi jest więcej rozpowszechnioną, aniżeli w jakimkolwiek innym kraju koronnym.

Stwierdzono też, że z powodu zaniedbania wszelkich środków zaradczych w niektórych gminach a nawet powiatach (np. Kosów) syfilis rozszerzyła się do prawdziwych epidemij.

Ponieważ syfilis jest powodem znacznej chorobliwości i charłactwa, licznych przypadków chorób umysłowych i nerwowych, znacznej śmiertelności dzieci i znacznej ilości nieżywo urodzonych dzieci, to od użycia stosownych środków zapobiegawczych w tej mierze zawisło powstrzymanie skarłowacenia całych pokoleń.

Najdzielniejszym środkiem zwalczania choroby syfilitycznej będzie organizacya lekarzy gminnych, gdyż przez to uzyska się równy rozkład lekarzy w kraju, a tem samem ułatwi się zasięgnięcie pomocy lekarskiej. Polecając lekarzom gminnym i okręgowym, ażeby chorobę powyższą z całą uwagą śledzili, władza mogłaby już pierwsze przypadki tej choroby w gminie ściśle nadzorować a przez to zapobiedz jej dalszemu szerzeniu się.

Należy dalej zwrócić uwagę na egipskie zapalenie oczu (jaglicę), coraz bardziej w kraju się szerzące. Choroba ta nie tylko zmniejsza siłę obronną kraju, gdyż rok rocznie setki popisowych i żołnierzy wyklucza się z tej przyczyny ze służby wojskowej, lecz nadto jest w wielu razach powodem zupełnej ślepoty czasem nawet całych rodzin. W powiatach trembowelskim, tarnopolskim, zbaraskim i skałackim, należących do tarnopolskiego wojskowego okręgu uzupełniającego, dają się dotkliwie czuć skutki tej choroby, w tych bowiem powiatach ilość ciemnych jest największą.

Gdy chronicznie przebiegające przypadki jaglicy, mimo znacznych kosztów i usilnych starań lekarzy, w murach szpitalnych nie dadzą się wyleczyć, wypada leczyć te przypadki ambulatoryjnie przy zachowaniu środków ostrożności celem powstrzymania możliwego zakażenia innych osób z otoczenia chorego. Ten obowiązek ciążyłby na gminnych lekarzach okręgowych.

Ażeby zakończyć szereg chorób szczególnie w kraju naszym rozpowszechnionych, należy jeszcze wspomnieć o świerzbie u ludzi. Choroba ta nie bywa przyczyną utraty życia, lecz z powodu bardzo znacznego rozszerzenia w niektórych okolicach kraju, uszczupła w sposób dotkliwy zdolność do zarabkowania ludności wiejskiej.

Jednym z pierwszych obowiązków lekarzy gminnych okręgowych byłoby bezpłatne leczenie wszystkich w okręgu zamieszkałych ubogich. Przez to zapobiegnie się w wielu razach zaniedbaniu chorób, a wskutek tego należy się spodziewać, że nasze szpitale nie będą na przyszłość tak dalece jak dotychczas obciążane zadawnionymi a nawet nieuleczalnymi przypadkami choroby.

Szpitale, które dotychczas są poniekąd zakładami przytułku dla nieuleczalnych, stałyby się zakładami leczniczymi w właściwym tego słowa znaczeniu. Niewątpliwie zmniejszyłyby się ilość dni leczenia w szpitalach a tem samem zmniejszyłyby się wydatek funduszu krajowego na koszt leczenia.

Z powyższego, jakkolwiek tylko w ogólnych zarysach zakreślonego obrazu okazuje się, jak doniosłe znaczenie ma organizacja gminnej służby zdrowia dla utrzymania i powiększenia ogólnej zdolności do zarobku, dla zwiększenia zdrowego pokolenia ludności, wreszcie dla zmniejszenia wydatków na zaopatrywanie ubogich.

Co do samego projektu ustawy wniesionego do Wysokiego Sejmu jako przedłożenie rządowe, zauważa się co następuje:

Sejm galicyjski na posiedzeniu dnia 14. stycznia 1874, przechodząc do porządku dziennego nad ówczesnem przedłożeniem rządowem o organizacyi gminnej służby zdrowia, powziął następującą uchwałę:

1) „Sejm przechodzi nad przedłożeniem rządowem o organizacyi służby zdrowia w gminach do porządku dziennego.

2) Sejm przyjmuje z motywów w sprawozdaniu przytoczonych następujące zasady, które przesyła Wysokiemu Rządowi do uwzględnienia ich przy ułożeniu innego projektu organizacyi służby zdrowia, mianowicie: a) okręgi zdrowotne winny obejmować około 15.000 mieszkańców, b) urządzenie służby zdrowia ma być zastosowane także do obszarów dworskich.

3) Sejm wyraża przekonanie, że skarb państwa powinien się przyczyniać do utrzymania służby zdrowia w gminach.“

Obie powyższe uchwały pod a) i b) zostały w obecnym projekcie ustawy w zupełności uwzględnione, gdyż z jednej strony ilość okręgów sanitarnych zmniejszono do połowy, a z drugiej strony wciągnięto obszary dworskie do organizacyi.

Na mocy postanowień §. 2. i 4. obecnego projektu ustawy, byłby kraj podzielonym na 345 okręgów sanitarnych i 21 samoistnych gmin sanitarnych, do czego potrzeba 372 lekarzy. Z końcem roku 1888 było w Galicyi 844 doktorów medycyny i chirurgów, ponieważ jednak nie można wziąć w rachubę wszystkich profesorów obu wyższych zakładów naukowych

w kraju, lekarzy rządowych, szpitalnych, specjalistów, niemniej lekarzy potrzebnych do wykonywania praktyki w większych miastach, wreszcie lekarzy, którzy z powodu podeszłego wieku, nieudolności fizycznej lub dla innych przeszkód do gminnej służby zdrowia nie mogą być użyci, pozostaje do sprawowania tej służby około 350 do 400 lekarzy (doktorów medycyny i chirurgów) tj. tyle, ile do przeprowadzenia projektowanej organizacji niezbędnie potrzeba.

Nie ulega wątpliwości, że zastosowanie obszarów i zaludnienia poszczególnych okręgów sanitarnych do ilości lekarzy zostających do dyspozycyi, przedstawiać będzie trudności. Znaczna bowiem rozległość okręgów, wysoka cyfra ich ludności, utrudni w ogóle czynności lekarzy okręgowych, a nawet uczyni niemożliwym wykonywanie niektórych czynności w całym okręgu (jak np. oględzin zwłok).

W przedłożonym projekcie podaną jest jednak możność zmiany granic pojedynczych okręgów sanitarnych, wskutek czego można będzie z czasem, w miarę zwiększającej się liczby lekarzy poprawić stan rzeczy.

Organizacja gminnej służby zdrowia doprowadzi do równomiernego rozkładu sił lekarskich w kraju. Z 844 lekarzy, którzy w końcu r. 1888 wykonywali praktykę w Galicyi, mieszkało 268 (241 doktorów medycyny a 27 chirurgów) w mieście Lwowie i Krakowie t. j. 32%. W obu tych miastach przypada jeden lekarz na 656 głów, na prowincyi zaś lekarz jeden na 10.000 ludności. W niektórych powiatach stosunek ten jest jeszcze niekorzystniejszy. W powiecie Nisko i Turka n. p. przypada jeden lekarz na 18.000 głów. Jeżeli zatem według przedłożonego projektu zostanie zorganizowaną służba sanitarna w gminach, sprowadzi się przeto z jednej strony konkurencyę lekarzy nagromadzonych w jednym mieście do właściwej miary, z drugiej zaś strony ułatwi się osiedlanie lekarzy w okolicach, w których dotychczas nie było warunków do rozwinięcia działalności lekarskiej. Z 345 okręgów sanitarnych, przypadnie w 105 siedziba lekarza na miasteczka takie, w których dotychczas nie było ani lekarza ani chirurga.

Koszta, jakich wymaga projektowana instytucja sanitarna będą w stosunku do spodziewanych skutków umiarkowane. Gminy i obszary dworskie miałyby uiszczać na opłaceniu poborów służbowych lekarzy okręgowych rocznie 150.965 zł.

Prócz powyżej oznaczonej kwoty, którą gminy i obszary dworskie musiałyby ponieść, musiałyby jeszcze fundusz krajowy na zasadzie §. 16. al. 2. projektu ustawy dopłacać kwotę 126.589 zł. jako subwencye dla pojedynczych okręgów, któreby nie były w możności całkowicie pokryć poborów służbowych lekarzy okręgowych. Od tego należy jednak odliczyć dotychczasowe koszta szczepienia, gdyż czynność tę będą lekarze okręgowi bezpłatnie wykonywać. Ponieważ w ostatnich latach wydatek na szczepienie publiczne wynosił średnio 55.000 zł. przeto pozostałaby do pokrycia z funduszu krajowego właściwie tylko kwota 71.589 zł.

Wysoki Sejm wypowiedział w swej uchwale 3. z 14. stycznia 1874 zapatrywanie, że także i skarb państwa powinien przyczynić się do ponoszenia kosztów utrzymania lekarzy gminnych. To samo zapatrywanie wypowiedzieli także delegaci Wydziału krajowego w r. 1888 w ciągu obrad nad niniejszym projektem ustawy.

Nie ma jednak żadnej ustawowej podstawy do żądania, aby skarb państwa miał bezpośrednio przyczyniać się do kosztów organizacji gminnej służby zdrowia i rzeczywiście w żadnej prowincyi, które zorganizowały u siebie gminną służbę zdrowia, państwo nie przyczynia się do pokrywania połączonych z tem kosztów.