

We Lwowie, dnia 5. września 1903.

Aleg. 253

S p r a w o z d a n i e

Wydziału krajowego z przedłożeniem protokołu obrad ankiety w przedmiocie reformy w administracji krajowych i prowincjonalnych szpitali powszechnych.

Wysoki Sejmie!

W uzupełnieniu sprawozdania z dnia 12. grudnia 1902 do L. 94541, którem Wydział krajowy uzasadnił potrzebę ustanowienia nadzoru rachunkowo administracyjnego nad szpitalami powszechnymi i upraszał Wysoki Sejm o zatwierdzenie zamieszczonego na ten cel w preliminarzu budżetu na rok 1903 kredytu w sumie 6000 koron, mamy zaszczyt przedłożyć niniejszem do wiadomości Wysokiego Sejmu protokół stenograficzny z obrad ankiety w przedmiocie reformy w administracji krajowych i prowincjonalnych szpitali powszechnych.

Wobec obszernego materiału, jakiego dostarczyły obrady ankiety powyższej i poruszonych licznych zagadnień w kierunku zmiany systemu gospodarki funduszami szpitalnymi, tudzież wprowadzenia możliwych oszczędności i ulepszeń, które to kwestye wymagają gruntownego i wszechstronnego przestudjowania, Wydział krajowy wstrzymać się musi na razie od przedstawienia Wysokiemu Sejmowi konkretnych wniosków, pragnąc oprzeć je na wyczerpującem zbadaniu i opracowaniu wszystkich szczegółów podniesionych w toku obrad ankiety z uwzględnieniem wyników, jakie osiągnięte zostaną po wprowadzeniu wzmocnionej kontroli nad gospodarką szpitali powszechnych.

Wydział krajowy wnosi:

Wysoki Sejm zechce przyjąć niniejsze sprawozdanie do wiadomości.

Z Rady Wydziału kraj. Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakow.

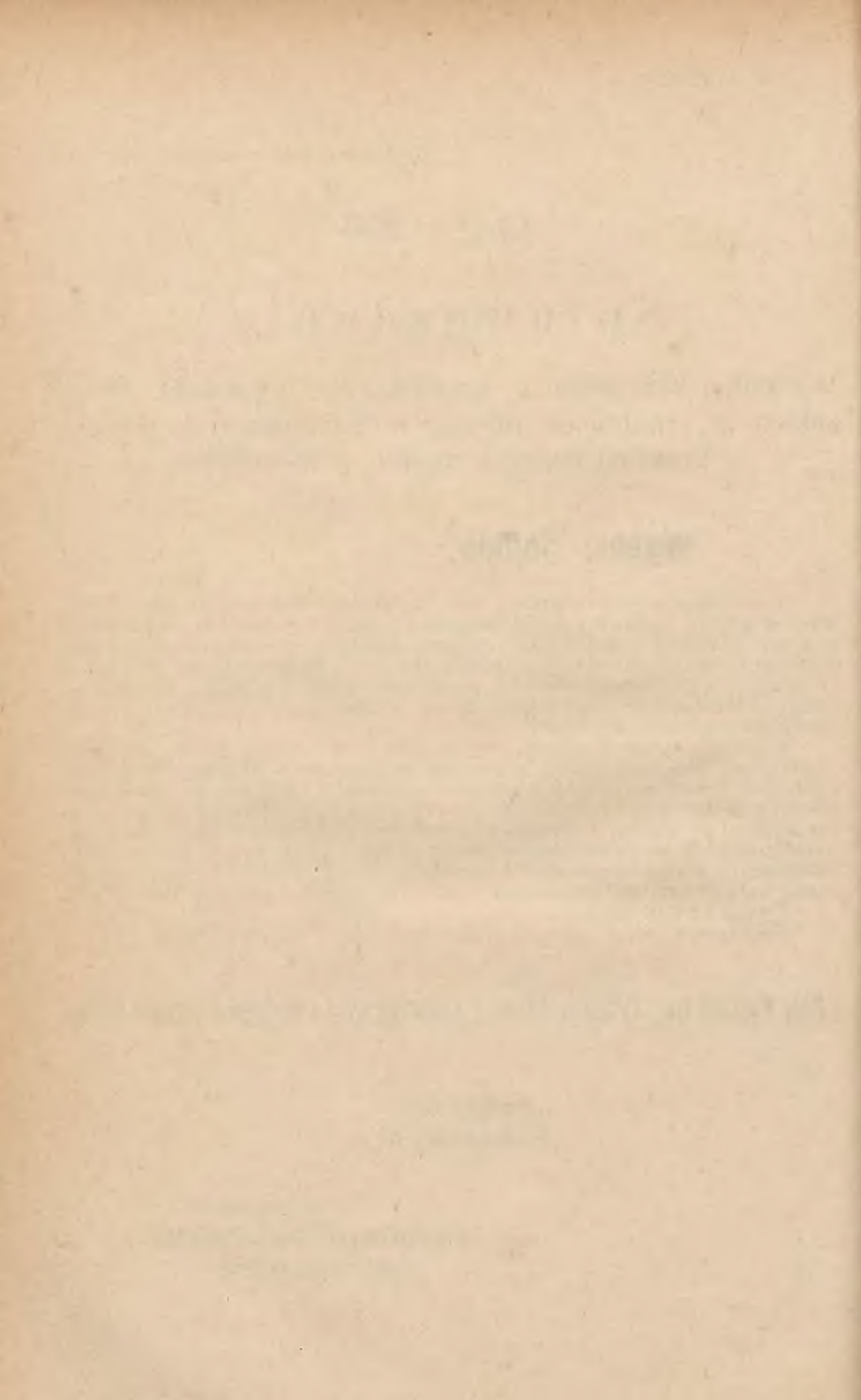
Marszałek krajowy:

S. Badeni m. p.

Sprawozdawca:

Mieczysław Onyszkiewicz m. p.

Członek Wydziału krajowego.



Protokół stenograficzny

z obrad ankiety dla wniosku posła Dr. Antoniego Marsa, odbytych w dniu 3. i 4. grudnia 1902 w przedmiocie reformy w administracji kraj. i prow. szpitali powszechnych.

Przewodniczący: Mieczysław Onyszkiewicz, członek Wydziału krajowego.

Sekretarz: Władysław Słomkowski, sekretarz Wydziału krajowego.

Członkowie ankiety: dr. Antoni Mars, poseł na Sejm, c. k. prof. uniwersytetu; dr. Henryk Jordan, c. k. Radca Dworu i prof. uniwersytetu; dr. Józef Meroniewicz, c. k. Radca Dworu i kraj. referent sanitarny; dr. Antoni Głuziński, c. k. profesor uniwersytetu; dr. Włodzimierz Kozłowski, poseł na Sejm krajowy; Jan Trzeciński, poseł na Sejm i zastępca członka Wydziału krajowego; Wincenty Krafiński, po-

seł na Sejm; dr. Stanisław Jabłoński, poseł na Sejm, dyrektor szpitala powsz.; dr. Jan Stella Sawicki, Radca Wydziału kraj., inspektor szpitali; dr. Stanisław Ponikło, dyrektor kraj. szpitala powsz. w Krakowie; dr. Józef Starzewski, dyrektor kraj. szpitala powsz. we Lwowie; dr. Władysław Kohlberger, zastępca dyrektora kraj. zakładu dla umysłowo chorych na Kulparkowie; dr. Józef Madeyski, dyrektor szpitala powsz. w Przemysłu; Antoni Niedzielski, rewident rachunkowy Wydziału kraj.; Aleksander Holuka, rewident rachunkowy Wydziału kraj.; Jan Jasiński, rządca kraj. szpitala powsz. we Lwowie.

KWESTYONARYUSZ

do wniosku posła JWgo Dra Antoniego Marsa.

I. Oszczędności w wydatkach.

1) W jaki sposób należałoby usunąć ze szpitali włóczęgów (symulantów) i uzdrowieńców w celu zmniejszenia liczby dni leczenia.

2) Jakie zarządzenia dałyby się wprowadzić, aby choroby zbyt długo w szpitalu nie pozostawali.

3) Czy dotychczasowy sposób przymusowego wydalania jest praktyczny, jakie posiada wadliwości — jak zaradzić złemu.

4) Jak zapobiedz temu, ażeby choroby nie omijały pobliskich (tańszych) szpitali — i nie wyjeżdżali do droższych lub zagranicę.

5) Czy dzisiejszy sposób ściągania kosztów leczenia jest praktyczny, ewentualnie jakie wprowadzić ulepszenia.

6) Czy obecne formularze świadectwa ubóstwa są wystarczające co do szczegółów.

7) Jakie środki byłyby wskazane dla uzyskania oszczędności w gospodarstwie szpitalnym.

II. Inwestycje.

1) Jakich zakładów leczniczych prócz istniejących kraj potrzebuje i które inwestycje są najpilniejsze.

2) Jaki byłby najważniejszy a dla funduszu krajowego najmniej uciążliwy sposób przeprowadzenia inwestycji.

3) Które inwestycje mogłyby krajowi przynieść korzyści, względnie o ile wpłynęłyby mogły na zmniejszenie wydatków za żywienie i leczenie chorych.

III. Nadzór.

1) Czy dotychczasowa instytucja dla Inspektora szpitali odpowiada obecnym stosunkom i potrzebom.

2) Czy obecnie wykonywana kontrola lekarska i administracyjna jest wystarczającą, ewentualnie w jaki sposób należałoby ją rozszerzyć i wzmocnić.

3) Czy potrzebną byłaby osobna siła dla kontroli administracyjnej — względnie ustanowienie innego rodzaju kontroli nad gospodarką szpitali.

IV. Zarząd funduszami na cele zdrowotne.

1) Czy zasada, iż każdy szpital utrzymuje się z taks leczenia, okazała się praktyczną, ewentualnie czy nie należałoby wprowadzić ulepszeń w dotychczasowym systemie.

2) Czy wskazanem byłoby ustanowienie komitetu sanitarnego jako stałego ciała doradczego dla Wydziału krajowego.

3) Czy sposób prowadzenia rachunków przez szpitale jest odpowiedni.

(Początek posiedzenia o godz. 10. min. 10. przed południem.)

Przewodniczący. Członek Wydziału krajowego p. Radea **Onyszkiewicz.** Wydział krajowy zaprosił Szanownych Panów, ażebyście jako fachowa ankieta zechcieli udzielić wskazówek i rad w rozmaitych ważnych kwestiach dotyczących interesów zdrowotności w ogóle oraz spraw administracji krajowych zakładów.

W uchwale sejmowej, która nam zwołanie tej ankiety poleciła, zaznaczono wyraźnie intencję, która jej przewodniczyła. Kraj łoży na cele sanitarne bardzo poważne sumy, a mimo to nasze urządzenia zdrowotne i zakłady zdrowotne wykazują cały szereg znacznych potrzeb i braków nadto zaś oczekuje załatwienia liczny zastęp postulatów, na których zaspokojenie kraj nie posiada należitych funduszów. Z tego rodzi się z natury rzeczy poważne pytanie, czy nie byłoby rzeczą możliwą, aby przez wprowadzenie pewnych zmian już to do ustroju już to do administracji naszych zakładów zdrowotnych już to wreszcie przez zmianę obowiązujących dotąd przepisów uzyskać ważniejsze oszczędności, które następnie użyłyby się dało dla wprowadzenia ulepszeń w zakładach już istniejących i stworzenia zakładów jeszcze brakujących.

Prócz tego po myśli intencji uchwały sejmowej wypadłoby się zastanowić poważnie, czy obecna administracja i urządzenia w szpitalach są odpowiednie i o ileby one wymagały poprawy i jakiego rodzaju poprawy. Otóż od wytrawnego i fachowego zdania Panów, Waszej gruntniej znajomości tych spraw jakoteż doświadczenia oczekuje Wydział krajowy wskazówek, które mu ułatwią spełnienie zadania, rozjaśnienia wątpliwości przez Sejm podniesionych, stworzą materiał zdolny posłużyć jako wskazówka do dalszej w tym kierunku pracy.

Dla ułatwienia ankiecie zadania ułożył Wydział krajowy w porozumieniu z wnioskodawcą sejmowym kwestyonaryusz, który został Panom przedłożony. Kwestonaryusz ten został ułożony w ten sposób, żeby odpowiadał głównym pytaniom zawartym w uchwale sejmowej. O ileby w ciągu rozpraw wyłoniła się potrzeba rozszerzenia tego kwestyonaryusza jeszcze na jakieś przedmioty nim nie objęte, to nie będę miał nic przeciw takiemu rozszerzeniu.

Przystępujemy tedy do naszego zadania. Z obrad naszych będzie spisany protokół stenograficzny, który następnie zostanie stosownie do woli Sejmu, Sejmowi zakomunikowany. W końcu proszę Panów, ażebyście z jednej strony zechcieli z całą swobodą wypowiedzieć na pytania tu postawione swoje zapatrywania, z drugiej strony jednak, abyście

zechcieli ile możności streszczać się w swoich wywodach bo materiał jest bardzo obszerny a czas do pewnego stopnia ograniczony. Obradować będziemy podług porządku pytań kwestyonaryusza przedtem jednak zakomunikuję Panom treść uchwały sejmowej. Opiewa ona następująco:

„W myśl wniosku p. Marsa poleca się Wydziałowi krajowemu powołać mieszaną ankietę w celu zbadania, w jakim kierunku bez uszczerbku dla sprawy można przeprowadzić oszczędności? jakie są niezbędne inwestycje w szpitalnictwie krajowem? w jaki skuteczny sposób urządzić nadzór nad szpitalami? jak zmienić dzisiejszy system gospodarki funduszami krajowymi na cele zdrowotne?

Protokół szczegółowy obrad ankiety wraz z opinią swoją i wnioskami przedłoży Wydział krajowy Sejmowi na najbliższej sesyi.“ —

Pierwsze pytanie kwestyonaryusza opiewa:

„W jaki sposób należałoby usunąć ze szpitali włóczęgów (symulantów) i uzdrowieńców w celu zmniejszenia liczby dni leczenia“. Otwieram nad tem pytaniem obrady i udzielam głosu p. Marsowi.

P. Mars. Przy tym punkcie mogę tylko stwierdzić to, co słyszałem i o czem miałem sposobność poinformować się w szpitalach, że bardzo wielu włóczęgów i kalek znajduje w nich pomieszczenie. Naturalnie, że często jest to rzecz nie do uniknięcia i to jest dla mnie zrozumiałe. Wprawdzie istnieją przepisy, które tego zabraniają, jednak przepisy w naszych warunkach wystarczającami być nie mogą tam, gdzie dla tych włóczęgów i kalek niema innego pomieszczenia, w którymby przytułek znaleźć mogli. Wobec tego lekarz mimo najlepszej woli, wiedzy i chęci, chociaż pragnie się do przepisów zastosować, znajduje się często w położeniu bardzo trudnem i moralnie jest zmuszony do zatrzymywania tych ludzi w szpitalu. Sądzę, że to jest bardzo wielki balast, który bardzo znacznie obciąża fundusz krajowy.

Mógłbym rozmaite przytaczać fakta, sądzą jednakowoż, że to jest zbyteczne, gdyż kwestya ta wszystkim Panom dobrze jest znana i Panowie o tem wiecie, że takie stosunki rzeczywiście istnieją. W meritum tego punktu nie chcę dalej wchodzić, a głos zabiorę tylko, jeżeli Panowie zażądadają, a wówczas mogę przedstawić powody, które mnie skłoniły do podniesienia tej kwestyi.

P. Starzewski. Zanim przystąpimy do dyskusji nad odpowiedzią na poszczególne punkty kwestyonaryusza p. I., o oszczędności w wydatkach na szpitale, pozwolę sobie uzupełnić I-sze pytanie w następujący sposób:

W jaki sposób należałoby usunąć ze szpitali:

- 1) uzdowieńców;
- 2) włóczęgów i symulantów;
- 3) nieuleczalnych, kaleki, niedołęgów i starców;
- 4) dzieci po zmarłych matkach w szpitalu.

Poprawkę moją motywuję tem, że wszystkie te kategorie osób istotnie w szpitalach się znajdują, a symulanci i uzdrowieńcy są tylko częścią balastu, nad którego usunięciem ze szpitali obecnie radzić zamierzamy.

Przystępując do odpowiedzi na pytanie pierwsze, muszę przedewszystkiem stwierdzić, że wszystkie kategorie osób w szpitalu wymienionych istotnie w szpitalach chwilowo znajdować się muszą, chociaż na pozór zdawałoby się, że takich pacjentów w ogólności do szpitali przyjmować się nie powinno. Że dzieci po matkach zmarłych w szpitalu i uzdrowieńcy muszą czasowo w szpitalach się znajdować, to jest jasne i należy tylko wyjaśnić przyczynę pobytu reszty osób tej kategorii.

Z następujących powodów muszą tacy pacjenci do szpitala być przyjmowani:

1) Z powodu nagłego pogorszenia się ich stanu np.: ktoś cierpi na nieuleczalną formę tuberkulozy i dostaje nagle krwotoku: albo chory na Bryghta dostaje obrzęków i objawów mocznicy.

2) Z powodu tak złego stanu zdrowia, że zachodzi obawa bliskiej śmierci np.: starzec z objawami wysokiego stopnia marasmus senilis (zanik starczy).

3) Celem obserwacji, dla postawienia dyagnozy, lub przeprowadzenia próbnego leczenia np.: zgłasza się do szpitala symulant ze skargą na krwawe stolce, — musi się go przyjąć celem obserwacji, aby można wykluczyć u niego dezynterję. Albo: epilepsyę od innych drgawek w formie uleczalnej różnić możemy dopiero po obserwacji napadu drgawek; albo wreszcie ostatecznie rozstrzygnąć możemy, czy np. porażenie kończyn dolnych jest uleczalne lub nie, jeżeli zastosujemy u chorego leczenie rtecją, lub jodem i przekonamy się o wyniku tej kuracji. Nie to więc, że tacy chorzy znajdują się chwilowo w szpitalach, jest złem i obciąża fundusz krajowy, ale ta okoliczność, że ci chorzy po ustąpieniu przyczyny powodującej ich przyjęcie do szpitala, w szpitalach dalej przebywają. I o ile tę okoliczność miał na myśli wnioskodawca w pytaniu pierwszym, miał zupełną rację, żądając podania sposobu na uwolnienie od tego wydatku funduszu krajowego.

Czy tacy chorzy w szpitalach się znajdują, ile ich mniej więcej być może i o ile przez to zostaje obciążony fundusz krajowy, postaram się Panom w krótkości przedstawić na podstawie materiału, który mam w tej chwili do dyspozycji i własnego doświadczenia w tym kierunku w czasie mej służby jako kierownik szpitala prowincjonalnego i kierownik szpitala stołecznego, w ciągu lat zdobytego.

Jeżeli w szpitalu we Lwowie, lub Krakowie znajduje się chory do leczenia szpitalnego się nie nadający, to w myśl istniejących przepisów wzywa szpital gminę przynależności chorego o zabranie go do dni 14-tu, a do dni 8-miu, jeżeli jest obywatelem miejscowym. Chorych, których przynależność na razie nie jest stwierdzoną, w myśl ustawy z r. 1863 z dnia 3. grudnia traktuje się tak, jakby byli przynależni do gminy, w której się szpital znajduje. Szpitale prowincjonalne we wszystkich wypadkach obowiązują termin 8-dniowy. Dalsze obowiązki gmin względem tych chorych określa dokładnie §. 29. ustawy z dnia 3. grudnia 1863 r. Nr. 105. Dz. p. p. i rozporządzenia Trybunału administracyjnego z dnia 6. grudnia 1880 L. 2.501, które powiadają, że osobami wydalonymi ze szpitala obowiązana tak długo gmina opiekować się i pielęgnować ich, dopokąd nie będą mogły być wypuszczone bez szkody dla swego lub drugih zdrowia.

W szpitalu lwowskim, w ciągu roku 1901, takich osób nie nadających się do dalszego pobytu w szpitalu, o których zabranie gminy wzywano, było 1003. Od chwili wezwania gmin do chwili odebrania ich, względnie odesłania przez szpital do Magistratu miasta Lwowa własnym wehikułem, upłynęło 12.078 dni, co licząc po taksie dziennej 1'60 koron, uczyniło w roku 1901 wydatek 19.324 koron i 80 groszy, czyli 3'91% ogólnego rocznego wydatku na szpital lwowski. Przypuściwszy, że w Krakowie są takiesame warunki wydalania jak we Lwowie, wynosiłby tensam wydatek w krakowskim szpitalu 11.745 koron. Ogólna suma tego wydatku dla obu szpitali stołecznych wyniesie 31.069 koron 80 groszy. Prócz tego dodać muszę, że oprócz chorych ze szpitala wydalonych, szpital lwowski, jako nienadającym się do leczenia szpitalnego, odmówił przyjęcia 2.131 osobom w ciągu roku 1901, a przytaczam to jako dowód, że lekarze szpitalni lwowscy tylko w ostateczności takich pacjentów do szpitala przyjmowali.

Sprawa wydalania chorych nie nadających się do leczenia w szpitalach prowincjonalnych przedstawia się odmiennie. W braku jakichkolwiek innych danych w tym kierunku

mogę Panom tylko na podstawie mego własnego, zebranego w ciągu lat czterech doświadczenia w szpitalu tarnowskim, przedstawić, jak ta rzecz odbywa się w szpitalach prowincjonalnych i wnioskując z jednego szpitala, podać mniej więcej daty dla innych szpitali prawdopodobne.

W szpitalach prowincjonalnych przede wszystkim niema w ogólności mowy o wydaleniu chorego nie nadającego się do leczenia szpitalnego, do gminy, w której obrębie się szpital znajduje, szczególnie, jeżeli chodzi o obłożnie chorego, nieuleczalnego, lub o małe dziecko, a to z tej prostej przyczyny, że gmina żadnego chorego nie przyjmie. Ponieważ zaś gminy przynależności albo wezwać do zabrania chorego nie można, gdyż przynależność jego w danej chwili nie jest sprawdzoną, jak to ma miejsce w poważnej ilości przypadków, albo gmina wezwaniu zabrania chorego zadość nie czyni, co także jest prawie regułą, więc właściwe wydalenie osób nie nadających się do leczenia szpitalnego redukuje się w rezultacie do tych osób, które są w stanie albo same szpital opuścić, albo którymi się zajmie jakieś towarzystwo dobroczynne. Właściwą przyczyną powyższego stanu rzeczy, tak niezgodnego ze stosunkami w miastach stołecznych, jest z gruntu wadliwa organizacja szpitali prowincjonalnych i ich stosunek do gminy. Szpitalami prowincjonalnymi zarządza tak zwany komitet szpitalny, który stanowi niejako miejscową ekspozyturę Wydziału krajowego. We wszystkich najważniejszych sprawach szpitala, jak układanie preliminarza budżetu szpitalnego, wydawanie poleceń wszelkich wypłat kasie szpitalnej, kontrola we wszystkich kierunkach nad szpitalem, wydawanie opinii o kandydatach na posady w szpitalu i t. d. i t. d., ma komitet szpitalny głos rozstrzygający. Prócz tego Wydział krajowy ze szpitalem i na odwrót, porozumiewa się tylko za pośrednictwem komitetu. Komitet szpitalny składa się z 4-ech członków:

- 1) przewodniczącego mianowanego przez Wydział krajowy;
- 2) dyrektora szpitala;
- 3) burmistrza względnie prezesa Rady powiatowej lub ich zastępców;
- 4) delegata Rady miejskiej względnie Rady powiatowej.

Zdawałoby się na pozór, że Wydział krajowy przez wydelegowanie do komitetu przewodniczącego mającego w danym razie głos podwójny i dyrektora szpitala, ma zapewnioną większość i obronę swych interesów w komitecie, wobec przedstawicieli de-

legowanych przez gminę. W rzeczywistości ma się rzecz jednak inaczej.

Przewodniczący komitetu, aby mógł spełniać sobie powierzone zadanie, z natury rzeczy musi być człowiekiem zajmującym poważne w społeczeństwie stanowisko. Takim człowiekiem, znów z natury rzeczy, w miasteczku, względnie w powiecie, może być tylko jakiś honoracyor miejscowy, wszelkimi stosunkami, interesami, sympatją, a czasem i piastowaną godnością gminną, lub powiatową z gminą, względnie z powiatem ściśle związanym, czyli innemi słowy, tak dobry przedstawiciel interesów gminy, a nie Wydziału krajowego, jak jego dwaj koledzy przez gminę do komitetu wydelegowani. Pozostawałby ostatecznie dyrektor szpitala, jako urzędnik Wydziału krajowego, ściśle z Wydziałem krajowym związany. Ale i ten Panowie, jako bezpośrednio podwładny komitetu i wskutek niskich poborów służbowych skazany już a priori, w pierwszej linii na praktykowanie prywatne, czyli na zależność od miejscowych czynników, mimo najlepszej chęci nie może nic zrobić, coby nie było w intencji komitetu. Tem bardziej zaś nie czuje tego potrzeby, że odpowiedzialność za gospodarkę w szpitalu wobec Wydziału krajowego, właściwie w pierwszej linii ponosi komitet.

Obraz, który tu Panom podałem, odpowiada najzupełniej faktycznemu stanowi rzeczy. Nie ulega wątpliwości, jaki będzie wynik przy tym składzie komitetu, jeżeli zajdzie kolizya między interesem funduszów krajowych, a funduszów gminnych, a kolizya taka zachodzi nieustannie. Interesy gmin, w których szpitale się znajdują, stoją na dyamentralnie przeciwnych stanowiskach do interesów funduszu krajowego. Gminy są konsumentami pieniędzy wydawanych przez fundusz krajowy na szpitale, a fundusz krajowy stroną ponoszącą koszt tej spółki. Im kraj na szpital więcej wyda, tem dla gminy korzystniej i na odwrót.

Odsyłanie chorych nie nadających się do szpitalnego leczenia na dalszą opiekę gminie, w której szpital się znajduje, jest dla niej połączone z wielkim kosztem i trudem. Musi ona postarać się o pomieszczenie dla takich osób, o ich utrzymanie, a wreszcie musi sprawdzić ich przynależność (co sprawia niemało kłopotu Magistratowi), gdyż w przeciwnym razie niema możliwości, ani pozbycia się takiego chorego, ani nadziei zwrotu poniesionych wydatków. Jasnym jest, że komitet szpitalny będzie się starał wszelkimi siłami koszt ten i kłopot pozostawić w szpitalu Wydziałowi krajowemu, czyli innemi słowy, przemienić szpitale prowincjonalne równocześnie, częściowo, na domy przytułku gminne. Jako

doskonałą ilustrację, można przytoczyć choćby ten fakt, że pomimo istnienia od tak dawna ustawy o obowiązku gmin zajmowania się chorymi wydalonymi ze szpitala, prócz Lwowa i Krakowa żadna gmina, o ile mi wiadomo, domów przytułków i domów nieuleczalnych nie posiada. Jako były dyrektor szpitala prowincjonalnego jestem w tem położeniu, że mogę Panom także przytoczyć konkretne przykłady, zaczerpnięte z czasów mej służby w Tarnowie, n. p. z wiosny roku 1900. 1) Katarzyna Adamus, lat 50 licząca, z Chodorowej, przyjęta do szpitala 22. lutego 1900 z powodu krwotoku. Rozpoznanie: nieuleczalny rak macicy. Po bezskutecznem pisaniu o zabranie do Chodorowej w dniu 24. lutego, do Żukowy w dniu 3. marca, powtórnie do Żukowy w dniu 15. marca, napisano o zabranie do Magistratu w dniu 12. marca, następnie 26. marca i po raz trzeci w dniu 29. marca. Wszystkie razy bez odpowiedzi. Dnia 10. kwietnia chora umarła po 50 dniowym pobycie w szpitalu, a w 48 dni po napisaniu pierwszego urgensu o zabranie.

2) Aniela Proszowska, staruszka lat 90 licząca, z Tarnowa, przyjęta do szpitala dnia 2. grudnia 1899, w stanie najwyższego osłabienia z powodu braku środków do życia i opieki. Rozpoznanie: zanik starczy (marasmus senilis). Pisano do Magistratu o zabranie dnia 8. stycznia, dnia 17. stycznia, dnia 26. stycznia wreszcie dnia 1. lutego, wszystkie cztery razy napróżno. Dnia 10. lutego Proszowska szpital opuściła sama, po przeszło dwumiesięcznym pobycie a w 36 dni po napisaniu po raz pierwszy o zabranie do Magistratu Tarnowskiego.

3) Na jeden z urgensów wystosowanych do Magistratu tarnowskiego o zabranie niejakiego Hirsza Kulba z Jasła, odpowiedział Magistrat tarnowski pod dniem 27. stycznia 1900 roku, że z powodu wydaleń ze szpitala narażony jest fundusz miejski na straty, a Magistrat na uciążliwą korespondencję i żąda, aby w przyszłości osoby nie nadające się do dalszego leczenia w szpitalu, szczególnie, jeżeli przynależność ich nie jest stwierdzona, wydaleć wprost na ulicę, gdzie, gdyby zaszła tego potrzeba, zajmie się nimi policja.

Czy takie postępowanie jest możliwem do przeprowadzenia wobec osób np. ślepych, albo porażonych, albo rekonwalescentów nie posiadających obuwia w zimie, albo wreszcie małych dzieci, na to chyba nie może być dwóch odpowiedzi.

4) Dnia 16. maja 1900, wobec ciągle wzrastającego przepełnienia szpitala z powodu nie odbierania osób do wydalania przeznaczonych przez gminy i Magistrat tarnowski, zde-

cydowałem się ostatecznie na własny koszt pacjentkę N. N. idyotkę, zresztą zupełnie zdrową, znaną w okolicy Tarnowa na polach w stanie najwyższego wynędznienia z głodu i z tego powodu przyjętą na obserwację do szpitala, po bezskutecznych urgensach odesłać wprost do Magistratu, celem dalszego zaopiekowania się nią, w myśl §. 84. instrukcyi szpitalnej.

Nie tylko, że tej chorej nie przyjęto i odesłano pod eskortą policji miejskiej do rozżką napowrót do szpitala, ale ponadto zaskarżono mnie do Wydziału krajowego. W komitecie musiałem mój postępek usprawiedliwić szczegółowo, w myśl powziętej w tym kierunku uchwały i wreszcie, mogę Panów zapewnić, że długo trwało, zanim zdołałem przywrócić dobre stosunki między mną a komitetem szpitalnym.

Sądzę, że te kilka przykładów wystarczy na udowodnienie tego, co już poprzednio, omawiając organizację i skład komitetu szpitalnego, powiedziałem, to jest, że wydalanie chorych nieuleczalnych ze szpitali prowincjonalnych jest w dzisiejszych warunkach prawie niewykonalne.

Nie posiadając pod ręką żadnych innych materyałów prócz mego własnego ocenienia na podstawie zdobytego doświadczenia w Tarnowie, nie mogę Panom podać cyfr dokładnych, sądzę jednakże, że nie wiele rozminę się z rzeczywistością, jeżeli powiem, że $\frac{1}{10}$ część chorych w szpitalach prowincjonalnych należy do tej kategorii, co obliczając na koszt, wynosi około 100.000 koron rocznie. Ogólny koszt utrzymania osób nie nadających się do szpitalnego leczenia szpitali stołecznych i prowincjonalnych wynosiłby więc rocznie 131.069 koron.

Ze względu nn zasadniczo różną przyczynę powstania tego wydatku i co za tem idzie, różne środki na jego usunięcie względnie zmniejszenie musimy cały ten wydatek podzielić na dwie różne części:

I. Na wydatek spowodowany przebywaniem w szpitalu osób przeznaczonych do wydalania, zanim nie zostaną w przepisany terminie przez gminę względnie Magistrat ze szpitala zabrane, czyli na wydatek, który możemy nazwać wydatkiem instrukcją przewidzianym, tak w szpitalach stołecznych, jak i prowincjonalnych i

II. na wydatek nieprzewidziany, na utrzymywanie w szpitalach prowincjonalnych chorych do leczenia się nie nadających, a których wydalanie w dzisiejszych warunkach organizacyi szpitali prowincjonalnych jest niemożliwe.

Ad I. Wydatku pierwszego z natury

rzeczy zupełnie usunąć nie można. Dałby się zmniejszyć:

a) przez ustawowe skrócenie czasu obowiązkowego wyczekiwania osób do wydalenia przeznaczonych na odbiór przez dotyczącą gminę,

b) albo, przez zaprowadzenie we wszystkich szpitalach dla takich osób, na czas czekania na odbiór, klasy czwartej, o niższej taksie leczenia, urządzonej odpowiednio do wymogów domów przytułku tj. o niższej stopie wymagań niż klasa III. szpitalna.

Ad II. Celem uwolnienia funduszu krajowego od wydatku drugiego należy:

1) znieść lub ograniczyć do właściwych granic stanowisko komitetów prowincjonalnych,

2) oddać dyrektorów szpitali prowincjonalnych pod bezpośrednią, we wszystkich kierunkach, władzę Wydziału krajowego i zwiększyć ich pobory służbowe, aby w ten sposób uczynić ich niezależnymi od miejscowych czynników,

3) zaprowadzić częstą, kilka razy do roku powtarzającą się lustrację lekarską szpitali prowincjonalnych.

P. Merunowicz. Zapisalem się do głosu, aby poniekąd poprzeć wywody p. Starzewskiego, bo rozumie się, że żaden z nas, który tylko cokolwiek zna stosunki szpitali, nie zaprzeczy, że wielka liczba chorych nieuleczalnych w szpitalach naszych jest ciężarem dla kraju, że charakter szpitali bywa zatarty, bo nie są one tem, czem być powinny t. j. zakładami leczniczymi, tylko przytuliskami dla ubogich chorych i nieuleczalnych.

Stało się to z konieczności z tego powodu, że opieka nad ubogimi w kraju naszym wcale nie jest uregulowaną. Prócz Lwowa i Krakowa może nieco w wyższym stopniu uregulowaną jest opieka w Białej, gdzie prawie nie widać żebraka na mieście a natomiast są komitety miejscowe i dwa domy przytułku dla nieuleczalnych i ubogich. Także w Stanisławowie w r. 1898 zbudowano przytulisko dla nieuleczalnych i starców i to w trzech pawilonach, z których jeden jest dla katolików, drugi dla izraelitów. To wszystko jednak jest niewystarczające.

Przed kilkunastu laty Wydział krajowy chciał zebrać materyał do reformy ustawy gminnej i zapytywał, w jaki sposób gminy wykonują obowiązki na nie ustawą włożone i między innymi zapytywał też o opiekę nad ubogimi. Otóż 40 powiatów odpowiedziało wtedy, że gmina zupełnie się o ubogich swoich nie troszczy a kilka odpowiedziało,

że jedyną opiekę nad ubogimi i włoścogami wykonuje żandarmerya.

Jaka to może być opieka, o tem chyba różnych zdań być nie może.

Nic dziwnego tedy, że szpitale albo z litości muszą chorych przetrzymywać albo wyrzucać ich na ulicę a jeśli oddają ich gminom, to chyba na to, aby potem ginęli.

Fundusze przeznaczone na ubogich idą po większej części na marne. Jak wiadomo do funduszu ubogich mają wpływać też grzywny nakładane przez władze sądowe lub polityczne. Otóż te grzywny po większej części idą do gmin a wójtowie nieraz z Radą gminną je marnotrawią a jeszcze najlepiej się stało tam, gdzie Wydział powiatowy zopiekował się tymi funduszami i z nich powstał fundusz szpitalny.

W ten sposób powstał szpital w Przemyslanach, w Dolinie i kilka innych. Ale to jest odprowadzaniem tych funduszy od właściwego przeznaczenia, bo one są przeznaczone dla miejscowych ubogich a nie na zakłady lecznicze.

Wszystkie kraje koronne Austrii mają ustawowo uregulowaną opiekę nad ubogimi z wyjątkiem Galicyi, która niema takiej ustawy, a rzeczą jest ważną, aby właśnie przez taką ustawę najpierw dokładnie rozgraniczyć zakres działania gminy, powiatu i kraju, co każdy z tych czynników ma działać dla ubogich, a powtóre chodzi o to, aby roztoczyć opiekę nad temi licznymi fundacyami dla ubogich, które w kraju istnieją. Każdy z nas zapewne będzie umiał o swej okolicy powiedzieć, że istnieją takie fundusze, że wspierają tylko tak zwane szpitale parafialne, które zupełnie nie odpowiadają swemu celowi.

Że istotnie zebrane fundusze mogą się dać użyć w sposób znakomity dla ulżenia właśnie krajowi w leczeniu ubogich chorych, na to posłużyć może przykład niższej Austrii. Tam jest ustawa normująca opiekę nad ubogimi i w ostatnich kilkunastu latach powstały zakłady takie. Kraj jest podzielony na tak zwane Bezirksarmenrätbe — to są okręgi odpowiadające mniej więcej sądowym albo i mniejsze i wskutek tego opieka jest tam w ten sposób uregulowaną, że gmina ma się starać o pewną kategorię chorych. Potem są powiatowe domy ubogich, przytuliska dla ubogich, a potem są krajowe przytuliska dla nieuleczalnych t. zw. Landessiechenanstalten. Mam sprawozdanie wiedeńskiego Wydziału krajowego, z którego widać, że w Austrii jest 5 takich zakładów.

We wszystkich tych szpitalach z koń-

cem roku 1900 było 797 osób, które były pielęgnowane przez 290000 dni. Jeśli się przyjmie, że w niższej Austrii taksa szpitalna wynosi 2 K., to gdyby te osoby były w szpitalu publicznym, wymagałyby wydatku 580.000 K., ponieważ jednak wszyscy ci chorzy kosztowali tylko po 70 halerzy, zatem wydano na nich 203.000 K., zatem o 380.000 K. mniej, których nie wydano z funduszu krajowego tylko z zebranych funduszków ubogich.

Obok tych krajowych zakładów dla nieuleczalnych istnieją jeszcze okręgowe domy przytulki dla ubogich, domy sierot, jednym słowem przez taką organizację i zebranie tych funduszków w jedną silną rękę i z dobrą kontrolą można ulżyć ogromnie funduszowi krajowemu, i w ten sposób wszystkie nasze szpitale pozbyłyby się tego ciężaru, o którym kolega Starzewski wspominał a i stosunki sanitarne byłyby w tych szpitalach lepsze a niewątpliwie byłyby też pieniądze na nowe inwestycje, których kraj tak potrzebuje.

Słyszałem przed rokiem, że Wydział krajowy taką ustawę normującą opiekę nad ubogimi dla naszego kraju opracował. O ile praca ta postąpiła, nie wiem, w każdym razie jednakowoż uważam jako kardynalną rzecz i dla sanacji naszych stosunków szpitalnych niezbędną, aby jak najrychlej taka ustawa została wprowadzoną, bo wtedy niewątpliwie poprawią się stosunki szpitalne, zmniejszą się wydatki na szpitale istniejące, ewentualnie znajdują się znaczne fundusze na nowe inwestycje, które zwięźdu na poprawę stosunków sanitarnych w kraju są niezbędne. Rozumie się, że do tych zakładów w niższej Austrii — Landessiechenanstalten — bywają przyjmowani nie tylko chorzy nieuleczalni somatyczni ale też i umysłowi, więc proszę zważyć, jeśli takich chorych będziemy mogli w krajowych zakładach także i dla umysłowo chorych umieszczać, będziemy mieli znaczną ulgę dla Kulparkowa i dla krakowskiego oddziału dla umysłowo chorych.

Otóż ja jak najgoręcej mogę zalecić uregulowanie opieki nad ubogimi jako kwestję najważniejszą dla poprawy stosunków w naszych szpitalach.

P. Kozłowski. Z przyjemnością należy stwierdzić, że mimo ujemnych stron, które p. Starzewski zaznaczył, stan szpitali w ostatnich 14-tu latach, w których miałem sposobność często je zwiedzać, bardzo się poprawił, tak co się tyczy budynków jak administracji, porządku, i urządzeń sanitarnych.

Temu lat kilkanaście pozwoliłem sobie poddać ostrej krytyce ten dział administracji. Teraz jednak nielojalnością byłoby nie stwierdzić, że w niejednym kierunku jest rzetelna poprawa i postęp.

Jeżeli w ustroju szpitali, są jeszcze liczne ujemne strony, to przyczyna leży przede wszystkim w tem, iż gminy nasze nie wypełniają swoich obowiązków nie tylko wobec szpitali ale także i we wielu innych działach administracji. Do pewnego stopnia przyczyną tego smutnego stanu rzeczy może być obciążenie wielu gmin i niepomyślny ogólny stan zamożności kraju.

Muszę jednak zaznaczyć, że zaniedbanie obowiązków przez gminy idzie znacznie dalej aniżeli smutny stan ekonomiczny je usprawiedliwić zdoła a w wielu wypadkach jest jego powodem administracyjny szlenderjan, niedołęstwo, brak sił intelektualnych w gminach wiejskich, który wywołuje objawy zamętu odbijającego się na wszystkich polach naszej administracji.

Znaczniejszych oszczędności w dziale wydatków na szpitale spodziewam się dopiero wtedy, kiedy gminy będą ściśle wypełniać swoje obowiązki, co w mgnieniu oka przeprowadzić się nie da.

Wtedy spodziewam się, że powstanie większa liczba przytulisk dla kalek i dla nieuleczalnych, a więc dla tych chorych, których utrzymywać fundusz krajowy obowiązku nie ma, a których de facto ze względów ludzkości często utrzymuje. Zanim to nastąpi i zanim sprawa utrzymania ubogich w gminie będzie uregulowaną, trzeba szukać oszczędności w dziale wydatków na szpitale, ale nie trzeba się łudzić, że nie będą bardzo wielkie.

Dwa tylko środki mogłyby doprowadzić do większych oszczędności w tym dziale, ale są one tak radykalne, że w anormalnych obecnych stosunkach kraju nie poważyłbym się ich zalecać, pierwszym środkiem byłoby przywrócenie prawnego stanu, który obowiązywał do roku 1875 w Galicji a który — o ile mi wiadomo — obowiązuje w kilku innych krajach koronnych Monarchii, mianowicie przeniesienie pewnej części kosztów leczenia ubogich w szpitalach, na gminy, z których chorzy pochodzą.

To byłby środek radykalny ale nie odważyłbym się w obecnych stosunkach doradzać jego zastosowania, bo obawiałbym się fałszywej oszczędności na zdrowiu ludności. Obawiałbym się, że właśnie najbardziej ubodzy, a więc ci, którzy najwięcej leczenia na koszt publiczny potrzebują, nie byłiby leczeni i że poprostu wówczas szpitale swemu celowi nie odpowiedzą i bardzo wiele zdrowia ludzkiego będzie się marnować.

Drugi środek zastosowany jest w Czechach. Tam był też ogromny napływ do szpitali, i w Czechach także usiłowano wpro-

wadzić do szpitali bardzo wielu chorych, którzy nie mieli prawa do leczenia na koszt kraju a mianowicie nieuleczalnych. Tam usiłowano zapobiedz temu wydaniem rozporządzenia w niektórych szpitalach bardzo surowo wykonywanego, w moc którego przed przyjęciem chorego do szpitala musi się pisemnie zgłosić prośbę o przyjęcie tego chorego i uzyskać pozwolenie ze strony dyrektora szpitala, która kontroluje na podstawie świadectwa lekarskiego, czyli posiada przepisane prawem warunki do leczenia na koszt kraju. Wykonanie takiego rozporządzenia u nas nie byłoby możliwe, bo najpierw nie wszędzie jest na prowincyi lekarz, który może opatrzyć tego chorego a potem nie zawsze miałyby ludność środki do opłacenia lekarza, wreszcie wobec małej liczby szpitali w w Galicyi i stanu komunikacyi byłoby niebezpieczeństwo, że zanim się załatwi korespondencyę z dyrekcją szpitala, chory albo się na dobre rozchoruje i przewiezienie jego stanie się niemożliwym, albo też że chory umrze.

Więc i tego środka nie mógłbym zalecić. Natomiast położyłbym nacisk na usunięcie jednej ze stron ujemnych w postępowaniu administracyi, która wpływa na nadmierne a nieuzadnione obciążenie tego działu, a która usunąć się da, a mianowicie na lekkomyślne wydawanie świadectw ubóstwa. Każdy kto je wydaje, powinien być za to odpowiedzialny, a jeżeli wyda świadectwo fałszywe, powinno go spotkać oskarzenie i kara, tak jak za wydanie fałszywego świadectwa przed sądem. Tymczasem nie słyszałem, aby kogoś pociągnęto za to do odpowiedzialności, a wiadomo mi, że ludziom znanym z zamożności wydawano świadectwa ubóstwa. Pragnąłbym, aby dla ocenienia ubóstwa było więcej kryteriów, niż dotychczas i aby też zmienić formularze tych świadectw i obostrzyć odpowiedzialność za wydawanie fałszywych świadectw. Uczynić o niej w samych świadectwach wzmiankę. Trudno też przepomnieć, że jest cała kasta ludności, która teraz ciągnie do szpitali wiedeńskich lub zagranicznych bo albo chce pod pozorem leczenia na koszt kraju przebywać we Wiedniu, albo ma więcej zaufania do lekarzy np. wiedeńskich; za te upodobania i za odbywane we Wiedniu połogi osób, które chcą zachować połów w tajemnicy, jadą do Wiednia, fundusz krajowy musi płacić drożej niż w szpitalach krajowych. Odnowić też należy toczone dawniej rokowania o zawarcie kartelu regulującego maximum czasu, jaki chorzy krajowi mogą spędzić w zakładach innych krajów na koszt funduszu kraju, z którego pochodzą. Są niewątpliwie chorzy, trudno byłoby bez uszczerbku dla ich zdrowia przewieść po szpitala

krajowego ale np. chorzy bez szkody na oczy itp. mogliby być do kraju sprowadzeni. Kwestycę takiego kartelu między szpitalami już poruszył czeski Wydział krajowy, ale zdaje mi się, że rzecz natrafiła na opozycyę ze strony tych szpitali, które mają wysoką takse leczenia; ponieważ szpitale te jednak są bardzo przepełnione, więc potrzebowałyby pewnego odpływu, a zawarcie kartelu powstrzymałoby przyjmowanie do szpitali innych krajów takich chorych, którzy mogą leczyć się w domu. Po wydaniu ustawy o swojszczyźnie, miały być rokowania i odnośny kartel ponownie rozpoczęty, nie wiem, czyli je przeprowadzono? Jeżeli nie, byłoby pożądane, aby przystąpić do tego kartelu, bo przecież w dziale kosztów leczenia chorych w szpitalach innych krajów i zagranicą oszczędność jest możliwa.

Co się tyczy opieki gmin nad ubogimi, to trzeba starać się o rozwinięcie obowiązków, jakie płyną ze względów humanitarnych a jakie prawo na gminy nakłada. Najbardziejniejszymi w gminach są starcy i dzieci, bo tymi mało kto się opiekuje; chorych starców we wielu gminach uważają za nieużytki. Znam gminy, gdzie opieka nad ubogimi i kalekami zorganizowaną jest w ten sposób, że odsyła się ich od chałupy do chałupy, w każdej bawi kaleka np. po dwa lub trzy dni, tak, że tułając się od jednej do drugiej chaty, narażeni są nieradko na głód, tak że żyć muszą z tego, co wyżebrzą. A więc trzeba działać na gminy w celu organizacyi opieki nad ubogimi i nieuleczalnymi kalekami, a nie wiem, czy przy obecnej organizacyi gmin praktyczne przeprowadzenie tego zadania będzie możliwe. Zdaje mi się, że możliwe to będzie wtedy dopiero, kiedy będą okregi gminne i kiedy związki gminne będą jednostką silniejszą pod względem intelektualnym i ekonomicznym, niż jest dzisiejsza gmina miejscowa.

Pod względem domów przytułku to zapewne jestto rzecz potrzebna, na którą uwagę zwrócić powinny tak gminy, jak i dobroczynność publiczna. Założenie domów przytułku dla kalek i nieuleczalnych na początek przynajmniej w każdym powiecie i każdym większem miasteczku w skutkach może przynieść znaczne oszczędności funduszowi krajowemu w dziale leczenia chorych, ale założenie tych domów przytułku należy pozostawić inicjatywie powiatów i gmin a kraj powinien tylko ułatwiać ich zakładanie a za to, że coś zaoszczędzi z kosztów leczenia chorych, przyznać może w miarę potrzeby i możliwości domom przytułku subwencye.

Co do komitetów szpitalnych nie pra-

gnąbym ich zniesienia i uważałbym zcentralizowanie tej organizacyi, która wymaga ciągłego współdziałania autonomicznych czynników, za wielki błąd, gminy mają do spełnienia cały szereg obowiązków dla tych szpitali, a więc należą się im też pewne prawa. Sądzę jednak, że w zakresie działania tych komitetów nie powinna leżeć bezpośrednia drobiazgowa administracya, ale jedynie tylko ścisły i szczegółowy nadzór nad administracyą.

Wydział krajowy powinien swój wpływ wzmacnić przez zwiększenie liczby delegatów Wydziału krajowego. Wydział krajowy ma obowiązek znosić się z komitetami w sprawach ważnych i zasadniczych, a w sprawach potocznej administracyi może się znosić bezpośrednio z dyrektorem. Naturalnie dyrektor powinien rozkazy Wydziału krajowego przedłożyć komitetowi a jeśli komitet uważa, że w tym lub owym kierunku te rozkazy nie odpowiadają miejscowym warunkom, mógłby to podać do wiadomości Wydziału krajowego.

P. Jabłoński. Cyfry podane przez referenta p. Starzewskiego zgadzają się z mojami, tylko o tyle się różnimy, że on rachował na 10% ilość tych chorych, którzy nie potrzebnie zalegają szpitale a mój rachunek wypadł na 15% wobec komisji budżetowej. Następstwem tego była znana Panom rezolucya komisji budżetowej potem przez Sejm przyjęta, która wspólnie z wnioskiem p. Marsa doprowadziła do dzisiejszej ankiety.

Zastanowienie się moje, aby ulżyć temu, prowadzi do wniosków, które są trochę powiem odważne, ale zdaje mi się mają trzy dodatnie strony, bo podnoszą kraj cały, nie obciążają realnie budżetu krajowego, a po trzecie pomagają i gminom. Mój wniosek w komisji budżetowej, który Eksc. referent budżetowy uznał tylko za właściwy do traktowania późniejszego przez ankietę, jest też wymierzony w rezultacie na zakładanie domów przytułku w miastach, w których znajduje się szpital.

Pozwólcie Panowie, że bliżej tę rzecz wyłuszczę. Jeżeli już odstąpię od mego przekonania, że ilość zalegających niepotrzebnie szpitale wynosi 15%; wynosi co jest chyba naprawdę minimum — tylko 10%, to biorąc mały prowincjonalny szpital, którego utrzymanie kosztuje 50.000 K rocznie, otrzymamy, że kraj rocznie 5.000 K niepotrzebnie na leczenie wydaje. Tak rozwinięcie się pojęć etycznych z jednej strony jak z drugiej może jeszcze bardziej ustawa o swojszczyźnie teraz obowiązująca musiały skłonić wszystkie miasta do pomyślenia, co z tem robić, że ciężary i konieczność zrobienia coś z ubogimi na miasta większe się walą.

Naturalnie w gminie, którą ja w Sejmie reprezentuję, także o tem bardzo wiele mówiono i powstała myśl założenia domu przytułku.

Jeżeli my spuścimy się na to, że sami zaczniemy stawiać krajowe domy przytułku, to zdaje mi się, przyznacie Panowie, że niekoniecznie chęci idą równolegle z możliwością a będąc zarówno obywatelem kraju jak i lekarzem, wiem, że to jest bardzo daleka przyszłość, może nawet przyszłość, której my nie doczekamy. (p. **Jordan** tak jest). Ale miasta będą musiały dojść do tego. Powiem cyfrowo, że przez istnienie ustawy o przynalazności np. gmina taka, której ja przewodniczę, płaci 3.000 K obcym krajom a głównie Wiedniowi, Pradze i Gracowi za swoich nbogich.

Naturalnie tam są liczone te koszty utrzymania dużo większe bez żadnego porównania jak u nas. Muszą więc gminy o tem pomyśleć, tam gdzie jest może trochę energiczniejszy, może trochę więcej ogólnemi etycznymi zasadami się kierujący przewodniczący przedzej, w innych siłą faktów później a tem przedzej, im będzie mniej pieniędzy.

Jeżeli przyjmiemy, że przeciętnie utrzymanie jednego chorego u nas wynosi po 60 centów, jeżeli weźmiemy, że w szpitalu mającym tylko 50.000 K na utrzymanie, 5.000 koron odpada na darowane, zobaczymy, że 3.000 koron na jednym szpitalu idzie zupełnie na darmo. Zdaje mi się, że zarządzenie temu byłoby łatwe w ten sposób, jaki podała moja gmina, odpowiadając Wydziałowi krajowemu, żeby zaważać miasta do utworzenia domów przytułku i pracy i w porozumieniu z Radą zdrowia ustanowić może pewne plany i model takich domów, gayby natenczas Wydział krajowy przyłożył się 1/3 częścią kosztów do tego a zato narzucił tym gminom obowiązek przyjmowania wszelkich przez dyrekcję szpitala wykazanych nie kwalifikujących się do leczenia osobników z tem, żeby nie byli chorymi i nie byli zakaźnymi, co się samo przez się rozumie, wtenczas w bardzo niedługim czasie ten koszt zaliczki zwróciłby się. Zwążywszy, że w małym szpitalu jak powiedzianem zupełnie darmo jest dawane 3.000 koron, to gdyby koszt dania zaliczki Wydziału krajowego wynosił 30.000 koron nawet, to amortyzacya tego kapitału wynosi 1.500 K rocznie a różnica kosztów utrzymania chorego w szpitalu 60 ct. a najwięcej 30 ct. u nas w kraju tj. połowę wyniesie, to kraj materialnie nie tylko na tem nie stracił, aleby jeszcze zyskał. Ja znau miasta nasze prowincjonalne dobrze i zdaje mi się, że chętnieby zgodziły się, gdyby inicjatywa wyszła z Wydziału krajowego.

Można by jeszcze i tę sprawę ułatwić

funduszowi krajowemu w ten sposób, że można użyć pożyczki Banku krajowego, którą spłacały gminy, a Wydział krajowy za nie ręczył, więc mogłaby to być inwestycja pod firmą Wydziału krajowego. Zdaje mi się, że gdybyśmy to uchwalili, żeby Wydział krajowy w ten sposób postąpił, to choćby na razie nie wszystkie gminy były chętne a tylko miasta dały początek i gdyby się to doświadczenie na kilku gminach zrobiło, to w ciągu lat kilkunastu rozwinęłoby się to na wszystkie miasta.

Mysleliśmy też nad tem, że takie domy przytułku tem więcej uczynią dobrego, im bardziej będą po kraju rozsiane.

Chodziłoby dalej o to, aby jeden fundusz okropnie marnujący się w kraju a dochodzący do wielkich setek, aby kraj wziął w ręce. Mówię o funduszu kar sądowych, który pojedyncze gminy dostają na fundusz ubogich. Nietylko w małych gminach ale we wielkich nawet ten fundusz z kar dochodzi do wielkich sum i bywa po prostu rozrzucanym.

Gdyby ten fundusz kar był objęty jakąś ustawą wyszłą ze Sejmu, że on ma się składać i z niego później mają powstać takie domy przytułku, byłoby to dość dużo.

W mieście niedużem jak moje fundusz kar składany rocznie przynosi 2.000 K.

Ja się z tem rachuję jeszcze nieźle, więc to może u nas nie idzie tak na darmo, ale w gminach małych to się rozdaje i raz się da prawdziwie ubogiemu ale drugi raz może temu, kogo się w danej chwili za ubożego uważa a który jednak tego może najmniej potrzebuje.

Nie chcę rozpraszać więcej uwagi Panów od głównego przedmiotu, którym są szpitale, więc powiem tylko, że uważam za racjonalną gospodarke kraju i za inwestycję wskazaną to, żeby kraj przyczynił się w miastach na razie do tej $\frac{1}{3}$ części kosztów urządzenia domów przytułku a dodałbym i domów pracy, bo to jest też konieczne.

Może nie ciężkiej pracy ale trzeba przecież zajęcia ludzi np. pleceniem koszyków, bo przecież każdy potrzebuje zajęcia i może coś zrobić.

P. Kraiński. W powiecie, który ja reprezentuję, powstał już dom przytułku, więc powiem pokrótce, jak powstał i jakie ma dziś znaczenie. Z okazji pierwszego pobytu w kraju Cesarza, powiat sokalski przeznaczył pewien fundusz, który się kapitalizował i wzrósł do kwoty 15.000 złr. a zarazem podług uchwały Rad gminnych, które zezwoliły na to, aby fundusz grzywien koncentrował się w fun-

duszu powiatowym i był przeznaczony na założenie tego domu przytułku, a który to fundusz w ogólnej cyfrze czyni 7000 złr., uzyskaliśmy dość znaczną kwotę i przed 3 czy 4 laty ten dom przytułku został aktywowany. Powiat sprzedał za $\frac{1}{4}$ część wartości realność powiatową i tam został utworzony dom przytułku. Jest tam funduszowych 12 miejsc na utrzymanie 12 kalek powiatowych, to znaczy 800 złr. od 20000 złr. kapitału a prócz tego cały bieżący dochód z funduszu grzywien, który w naszym powiecie wynosi mniej więcej 1600 k. rocznie. Z tych dwu źródeł powinien fundusz na utrzymanie tego domu wystarczyć. Kierownictwo tego domu oddał powiat bratu Albertowi, który osadził tam swoje zakonnice i swych braci. Chociaż dom jest fundowany na miejsce 12-cie, potrzeba jest większa, bo on dziś funkcjonuje nietylko jako przytulisko dla tych funduszowych 12 starców i kalek, ale też dla ozdrowieńców i nieuleczalnych, których dziś faktycznie szpital nie przyjmuje, tylko do tego domu przytułku odsyła. Ponieważ fundusze są za małe, bo powiat dał tylko realność, udotował ją odpowiednim inwentarzem, sprawił łózka i pościel na osób 40 prawie i wszystkie urządzenia, więc instytucja brata Alberta pomaga sobie kwestą. Z doświadczenia niedługiego, bo dom ten w całej pełni jest otworzony od jakich 6 miesięcy i gdy przedtem mieściło się w nim tylko 12 tych nieuleczalnych, dziś jest 30 kilku a nadwyżkę stanowią właśnie ci ozdrowieńcy, którzyby w razie przeciwnym lokowali się w szpitalu, otóż z doświadczenia mego śmiem twierdzić, że przez tę instytucję fundusz krajowy co do szpitala sokalskiego doznał znacznej ulgi.

Co do szpitali, to z mego doświadczenia nie duzego, bo jeśli się interesuję jakim szpitalem, to tylko tym miejscowym, — mogę skonstatować, że rzeczywiście stan szpitalnictwa w kraju w ostatnich latach niezmiernie się podniósł, a dowodem tego jest choćby to, że gdy dawniej uważano odesłanie sługi do szpitala jako karę, dziś sługa chory i ludność wiejska prosi, aby być przyjętą do szpitala.

Co do tego, że fundusz krajowy dużo cierpi przez to, że świadectwa ubóstwa są fałszywe, to nie ulega wątpliwości i byłaby pożądaną poprawa w tym kierunku i gdyby były formularze tych świadectw dokładniejsze i żeby w wypadku wystawienia fałszywego świadectwa wystawiający je był pociągany do odpowiedzialności, toby wypadki takie znacznie się zmniejszyły i fundusz krajowy zaoszczędziłby mógł bardzo wiele.

Od dłuższego czasu wpadło mi w oko, skąd ta ogromna fluktuacja w średnim cza-

się leczenia po pojedynczych szpitalach prowincjonalnych tak, że obraca się między 13 dniami a prawie 30-toma i zdaje mi się, że byłoby bardzo interesującym i ważnym, aby Wydział krajowy tę rzecz zbadał.

Mnie się zdaje, że jest tu pewna łączność z tem, że szpitale niektóre mniej, drugie więcej tych nieuleczalnych i tych wyzdrowieńców przetrzymują ze względów humanitarnych. Otóż czyby nie było wskazaniem dla funduszu krajowego ze względu na to, że instrukcja przepisuje w §. 9, że po 42 dniach dyrekcyja szpitala notyfikuje Wydziałowi krajowemu, że ten przepisany czas jest przekroczony i wyraża potrzebę, żeby się usprawiedliwiła, otóż czyby nie było wskazaniem, żeby to usprawiedliwienie potrzeby przetrzymania dłuższego było bardziej wyspecjalizowane. Byłby to może pewien przymus dla lekarzy, może nawet nie bardzo humanitarny, ale to dla funduszu byłoby niezawodnie zdrowe. Albo możeby skrócić ten czas do 30 dni i zredukować w ten sposób koszt. Uważam też za rzecz bardzo ważną, aby w drodze ustawodawczej uznano, żeby, co gminom z funduszu grzywien się należy, było przeznaczane do funduszu tych domów przytułku, na tworzenie takich domów powiatowych czy wiejskich, bo rzeczywiście dziś często się dzieje, że fundusze te z kar tak gdzieś się podziewają, że znaku nie ma żadnego.

Jeszcze jedno zaznaczę, że powiat mój oczywiście z wielkim wysiłkiem stworzył ten dom przytułku. Utrzymanie jednego człowieka kosztuje tam 25 ct., a nie osiąga 30-tu centów, a ponieważ taksa szpitalna wynosi 60 ct., więc byłaby niezmiernie oszczędność przy zakładaniu tych domów, bo 50%, gdyby takie domy przytułku były rozsiane po całym kraju i aby te instytucye powstawały z inicyatywy Wydziału krajowego oraz aby do kosztów założenia i utrzymywania kraj w pewnym stosunku się przyczyniał.

P. Kohlberger. Do przytoczonych tu uwag dodam, że przeszło 6% jest takich chorych w szpitalach, których przynależność zupełnie stwierdzić się nie da, a wielu mam takich, których nawet nie znam nazwiska. Ci wszyscy nie mogą być nigdzie wydalen. Prócz tego gminy a także i rodziny usiłują wszelkimi sposobami uchronić się od zabrania takich chorych, których zakład zupełnie nie potrzebuje. Obecnie przepełnienie doszło do ostatecznych granic, więc wszelkie możliwe robimy starania, aby chorych wydalać, ale to jest wprost nie do wykonania, albowiem tak gminy jak rodziny odmawiają przyjęcia nawet tych, których przynależność została stwierdzoną -- nie mówią już o tych, gdzie przynależności nie stwierdzono.

Obłąkany choć jest spokojny, jest ciężarem dla rodziny i chcą się go pozbyć i to nieraz w ten sposób, że czyni się go wprost niebezpiecznym i chory, o którym przez kilka lat w zakładzie się przekonano, że nikomu nic złego nie czyni, wraca po wydaleniu w kilka dni lub tygodni, bo w domu nie dają mu jeść, nie dają mu tego, co potrzebuje, umyślnie go drażnią i pobudzają nawet do zbrodni, tak, że w szpitalu spokojny chory wraca po niedługim czasie albo jako niebezpieczny albo ze zbrodnią ciężkiego uszkodzenia ciała. Dzieje się to dlatego, że rodzina chce się go za wszelką cenę pozbyć, a tak samo i gmina. Z tego powodu byłoby rzeczą bardzo wskazaną założenie tanio utrzymwanego zakładu specjalnie dla nieuleczalnych tj. domów przytułku, które mogłyby być budowane np. w sposób barakowy lub gdyby znalazł się jakiś budynek, któryby się nadał do tego, a któryby stanowił jakąś filię zakładu głównego. Wtedy pozbylibyśmy się tych, których niekoniecznie potrzebujemy, a którzy stanowią znaczny balast i koszt dla funduszu krajowego.

Wszędzie dla nieuleczalnych, czy umysłowych czy fizycznych, tworzy się takie przytuliska krajowe, powiatowe, okręgowe czy gminne, albo też i dobroczynne, a u nas prawie że tego niema, wskutek czego bardzo dużo takich chorych, którzyby mogli łatwo być bardzo spokojnymi, gdyby byli trzymani w warunkach odpowiednich, musi się stawać groźnymi, gdyż są w nieodpowiednich warunkach.

Wielką rolę odgrywa tu także alkohol. W zakładzie chory go nie dostanie, chyba za pracę i to w małej ilości, ale w domu nieraz umyślnie chorego rozpajają, aby coś zrobił i mogli się go pozbyć.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Pozwolę sobie zwrócić uwagę, że wywody te raczej przypadyły do II. działu pytań.

P. Kohlberger. Ja tylko dlatego to przytoczyłem, że chciałem zwrócić uwagę na znaczne koszty, jakie powoduje zbyt długie przetrzymywanie w zakładzie takich chorych, którzy się do nich nie kwalifikują, więc że należałoby się postarać o zaprowadzenie takich domów przytułku celem usunięcia tej nieprawidłowości.

P. Merunowicz. Zdaje mi się, że p. Jabłoński mnie nie zrozumiał. Przez organizację opieki nad ubogimi rozumiałem zorganizowanie i ujęcie w jedną rękę funduszu ubogich a przez fundusz ten rozumiałem fundusz kar i wszelkie grzywny w drodze politycznej i sądowej nałożone i przeznaczone

na ubogich miejscowych, dalej wszelkie fundacje, jakie istnieją, bo te, które istnieją, są po największej części źle administrowane, a wreszcie i fundusze, które pozostają po duchownych zmarłych bez testamentu. Otóż Józefińskie rozporządzenie we wszystkich krajach koronnych przeznaczają je na ubogich. Jeżeli w Austrii niższej takie przytuliska istnieją, to na ich utrzymanie łoży nie fundusz krajowy tylko fundusz ubogich, powstający w części z grzywien. Tam więc jeżeli gmina ma jakąś fundację, to ta fundacja jako fundusz ubogich gminny na zakład gminny pozostaje dalej w administracji gminy. Prócz tego tworzy się okręgowe domy ubogich, przytuliska dla sierot, dla nieuleczalnych, dla włośczęgów, a wreszcie kraj administrując tym funduszem, tworzy też zakłady takie krajowe, w których bywają umieszczani ci ubodzy, ale kosztem tych miejscowych funduszków.

P. Jordan. Niewątpliwie szpitale nasze podniosły się kolosalnie w ostatnich latach, z drugiej jednak strony nie możemy się zadowolić tem, co jest, bo potrzeby szpitalnictwa są bardzo wielkie i dzisiejszy stan nie odpowiada wszelkim potrzebom. Dlatego uważam za słuszne to, co powiedział p. Starzewski, a chcę tylko kilka słów do jego wywodów dorzucić. P. Starzewski przedstawił, jak trudno takich, którzy zalegają szpitale a nie powinni tam być, pozbyć się z powodu braku dostatecznej pomocy ze strony gmin, tj. żeby ich w właściwym czasie zabrać chciały. Podał on przykłady bardzo jaskrawe a wszyscy wiemy, że się tak rzeczywiście często dzieje. Otóż chcę zwrócić uwagę, czy nie należałoby dążyć w drodze ustawodawczej do tego, aby szpitale nie tylko zawiadomiała i prosiły zarządy gmin, aby rekonwalescentów względnie nieuleczalnych zabierały, lecz żeby szpital sam miał prawo zawiadomić gminę względnie magistrat w miejscu, gdzie szpital jest, że za 24 lub 48 godzin tego a tego rekonwalescenta odeszle i już nie czekał, aż gmina po niego przysze, lecz sam do gminy go odsyłał.

Dalej poruszono tu bardzo ważną kwestyę ustanowienia opieki nad ubogimi. Przed dwoma laty opracował Wydział krajowy znana komity projekt takiej ustawy, który jednak dla krótkości sesji sejmowej nie przyszedł pod obrady, z czego wynika, że winniśmy domagać się, aby Sejm nasz trwał dłużej, aby na ważne i potrzebne dla kraju sprawy miał dostateczny czas do obrad. Dalej się nad tem nie będę rozwodził, powiem tylko, że gdyby podobna ustawa przyszła do skutku, nie ulega wątpliwości, że ogromnieby się ulżyło szpitalom.

Natomiast dotknę jednej jeszcze kwestyi, której nikt nie poruszył, tj. czy szpital ma interes w tem, żeby nie przetrzymywać rekonwalescentów, nieuleczalnych i tp., lub też czy czasem szpital sam ich nie przetrzymuje umyślnie dłużej? Mam przekonanie, że często szpital sam znajduje się w położeniu że takiego wyzdrowieńca, symulanta czy włoczęgę przetrzymuje umyślnie a to jedynie wskutek złej organizacyi szpitali. Nie chcę o tem teraz obszernie mówić, bo przy następnym punkcie kwestyonaryusza będzie mogła być ta kwestya traktowaną, powiem tylko, że mojem przekonaniem jest konieczną reorganizacyą zupełną ducha ustawy szpitalnej w tym kierunku, by dyrekcye szpitali prowincjonalnych nie miały interesu w wykazywaniu jak największej ilości dni leczenia i by nie były poniekąd zmuszane do przysparzania szpitalowi dochodów, przez zwiększanie ilości dni leczenia.

Jeszcze jedna uwaga: obok ustawy opieki nad ubogimi niezbędnem jest domagać się organizacyi domów pośrednictwa pracy i domów przymusowej pracy, bo proszę zważyć, że z braku urzędów pośrednictwa pracy nieraz najporządniejsi ludzie popadają w nędzę wraz z rodzinami i ostatecznie kończą w szpitalu, zaś domy przymusowej pracy są konieczne, aby w nich można włośczęgów pracą zajmować.

P. Kozłowski. Trzeba przyklasnąć podniesionej tu myśli zakładania domów przytulku, byłbym jednak przeciwny jednolitej normie i szablonowi pod względem pokrywania ich kosztów, albowiem rozmaite są finansowe stosunki, warunki zamożności i potrzeby poszczególnych powiatów. W pierwszym rzędzie wydatek ponosić powinna gmina, w miarę jej niemożności w drugim rzędzie powiat, a gdyby pokrycie z tych źródeł nie wystarczało, uzupełniłby nadwyżkę kosztów kraj subwencyą swoją; kraj wymierzałby jednak subwencye nie równo dla wszystkich powiatów, tylko stosownie do potrzeb i po zbadaaniu możliwości gminy oraz pytania, czyli gmina a względnie powiat własną siłą a ewentualnie własnym kredytem nie byłby w stanie temu obowiązkowi zadość uczynić. Udzielić można albo subwencyi, albo poręczenia za część procentów od umarzalnej pożyczki.

Co do nieodbierania chorych przez gminy i zaległości kosztów leczenia, to tu dzieją się wielkie nadużycia, które wpływają bardzo źle na ogólny stan rachunkowości szpitalnej. Może jest także naszą winą, że mamy w administracyi naszej wstręt do procedury ustnej. Pisze się i pisze i ciągle się pisze, a gdyby posłać urzędnika szpitala do starostwa i powiedzieć ustnie: „Starosto, ścięgnij na-

reszcie kosztu leczenia, przynaglij gminę do odebrania chorego", to by prędzej do celu doprowadziło, niż to pisanie bez końca, które tylko przyczynia się do zatrudniania sił kancelaryjnych i w Starostwach i w szpitalach. Znane mi są niestety i takie powiaty, w których i ustne urgensy są bezskuteczne, ale wówczas nie należy ukrywać złego stanu rzeczy, ale udać się z zażaleniem do Namiestnictwa i po prostu wykazać się, że Starostwo obowiązków swoich nie spełnia. W każdym razie ten stan rzeczy, a mianowicie ciągłe zwłoki z odbieraniem chorych i opieszłość w ściąganiu kosztów leczenia dalej trwać nie mogą, bo przyczyniają się w szpitalach do bardzo wielkiego chaosu, a administracji naszej nie przynoszą wcale zaszczytu.

Co się tyczy trwania czasu leczenia, to nie mógłbym przyjąć jako bezwzględnej zasady, aby czas leczenia trwał tylko 30 dni i aby chorych po tym przeciągu czasu ze szpitalów wyrzucano, tylko pozwolę sobie wyrazić życzenie, aby tam, gdzie czas leczenia przekracza 30 dni, przyczyna tego stanu rzeczy była uwidoczniłą na karcie leczenia, zawieszanej nad łóżkiem chorego i żeby w wykazach, które przedkłada komitet miejscowy jak i w sprawozdaniu do Wydziału krajowego wszystkie wypadki, w których czas leczenia jest dłuższy niż 30 dni, indywidualnie były wykazane, a przyczyna dłuższego zatrzymania chorego była wyraźnie wyszczególniona.

Co się tyczy przyjmowania chorych nieuleczalnych, dla których fundusz krajowy nie ma obowiązków, których jednak ze względów humanitarnych przyjmuje, to jest rzecz, której trudno bezwzględnie zakazać. Co się tyczy włóczęgów i symulantów, to pod tym względem powinna być energiczna kontrola przy przyjmowaniu do szpitala, bo tego rodzaju ludzie zajmują miejsca w szpitalu i doprowadzają do tego, że często dla prawdziwie chorych miejsca nie ma. Należy przeto użyć najostrożniejszych środków, aby symulantów i włóczęgów ze szpitala wyrzucić. Co się tyczy domów przytułku, uważam je za potrzebne i przyznaję, że oneby wydatek na kosztu leczenia chorych w szpitalach krajowych zmniejszyły, ale nie możemy się ludzić, że ogólny wydatek się zmniejszy, bo do tych domów przyjdzie bardzo wielu chorych takich, którzy albo nie są wcale leczeni, albo są leczeni w domu. Tego wydatku jednak nie będę żałować, bo muszę powiedzieć, że obecny stan opieki nad nieuleczalnymi i kalekami wydaje mi się nieusprawiedliwiony. Zresztą zdaje mi się, że nie wszędzie zakładać się będzie równocześnie domy przytułku, ale że zakładać je się będzie stopniowo tam, gdzie są po temu warunki.

P. Madeyski. Stosownie do tego, co p. Radca dworu zauważył o dniach leczenia, dodam pewną kwestyę, a mianowicie zdaje mi się, że anomalią jest w dzisiejszej organizacji szpitali, którą należy usunąć, co do strony leczenia, t. j. że szpital wyłącznie utrzymuje się tylko z taksy...

Przewodniczący członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** O tej kwestyi będziemy mówili później, przy punkcie pierwszym IV. grupy pytań kwestyonariusza.

P. Madeyski. W takim razie przy tym punkcie głosu zabierać nie będę.

P. Jabłoński. Panowie lekarze potwierdzają, że w szpitalach są ci chorzy, którzy do gminy przynależą, ale są i z innych gmin. Jeśliby tedy obowiązek utrzymania domów przytułku miał być tylko ciężarem gmin, a Wydział krajowy się do tego nie przyczynił, to naturalnie na kosztu szpitalne i domy przytułku gminy wtedyby nie nie wpłynęło, bo przynależność do gminy odnośnej jest w szpitalach bardzo mała tylko, więcej jest w poza tego miejsca. Gdyby nie było wyraźnego kontraktu między Wydziałem krajowym a gminą, że ty musisz przyjmować a ja zato pomagam w urządzeniu tego, na tych a na tych warunkach, to naturalnie gmina nie przynależnego do swojej gminy do swego domu przytułku nie przyjmie. Więc Wydział krajowy chcąc mieć ulgę w wydatkach na szpitalu, musiałyby tym gminom pomóc, kontrakt po prostu zawrzeć. Gmina powinna o swoich biednych w pierwszym rzędzie sama myśleć, ale sądzę, że jeśli $\frac{2}{3}$ części kosztów poniesie, to dla jej miejscowych potrzeb powinno wystarczyć, a tę $\frac{1}{3}$ część możeby poniósł kraj we własnym interesie, żeby nie na kosztu szpitalne było zwalane to, co nie jest kosztami szpitalnymi.

Co do nierównej ilości dni leczenia między szpitalami, to nie jest winą nawet pewne zaniedbanie obowiązków kierownika szpitala, tylko przyczyna leży w tem, w jakiej miejscowości przeważnie jacy są chorzy. Przy chorobach odczynnych np., aby w istocie leczony mógł odnieść korzyść i być do domu puszczony, tam czas leczenia musi iść na tygodnie, tam gdzie jest np. syfilis bardzo rozgałęziony, tam chorego nie można trzymać niżej tygodni, jeśli ma się być o tyle spokojnym, że się go względnie zdrowego wypuści.

Więc tu decydują miejscowe stosunki i inaczej tam będzie, gdzie są wewnętrzne choroby, a inaczej w miejscowościach, gdzie więcej operują, bo tam operowany musi dłużej leżeć. Więc tu nie ma winy kierownika szpitala, chociaż przeciętna ilość dni leczenia jest 21.

P. Kraiński. Ja nie stawiałem żadnego pozytywnego wniosku, tylko myślę, że byłoby interesującym zbadać przyczyny tej fluktuacji i w miarę wyniku coś może pozytywnego postanowić. Czy ta właśnie jedna z przyczyn zadługiego przetrzymywania chorego nie leży w tem, że lekarz szpitalny, który się nazywa dyrektorem, ma na samoistne utrzymanie bardzo małą płacę, aby żyć i oczywiście potrzebuje dużo zarobić z boku? On na każdy szczegół nie może zwracać tak uwagi, podczas gdy wtedy, jeśli był przymus, że po 30 dniach powinien się zastanowić, czy trzeba chorego dłużej zatrzymać i umotywować przetrzymanie, toby jednakowoż przyszła mu refleksya i nie mając do zbytu czasu, pod tym przymusem zastanowiłby się, co zrobić w tym kierunku.

Jeszcze jedno odpowiem p. Kozłowskiemu, że ja nie myślałem o wyrzucaniu po upływie 30 dni. Instrukcyja nie mówi o tem, tylko każe się zastanowić.

P. Stella-Sawicki. Przeciętny pobyt chorych w szpitalach całej Europy jest 21 do 22 dni. Tej cyfry szpitale nasze nie przekraczają. Jeżeli jednak jest pod tym względem różnica między szpitalami w różnych miejscowościach znajdującymi się, pochodzi to od różnorodnych warunków miejscowych. W niektórych jest nadzwyczaj wiele chorych syfilitycznych, u tych zaś przeciętny czas leczenia jest 26 dni.

W drugich szpitalach, jak np. w rzeszowskim, jest wielu chorych na oczy, przeciętny zaś pobyt na oddziale ocznym jest 26 dni.

W innych nareszcie szpitalach, gdzie lekarze zasłynęli jako doskonali chirurdzy, odbywa się bardzo wiele operacyj, a leczenie chirurgiczne zabiera wiele czasu. Są też i takie szpitale, gdzie prawie niema syfilitycznych jak np. w Sokalu, zato leczy się tam nadzwyczajna ilość chorych na świerzb, którego leczenie wymaga najwyżej 5, 6 lub 7 dni. Raz przy inspekcji znalazłem tam 13-tu takich chorych.

Nic więc dziwnego, że przeciętny czas leczenia w szpitalu Sokańskim w roku ubiegłym wynosił 14 dni, w ogóle jednak przeciętny pobyt chorych w szpitalach naszych nie jest dłuższym jak w innych krajach.

P. Starzewski. Na uwagę p. p. Kozłowskiego, że korzystnem byłoby dla przyspieszenia ściągania kosztów leczenia ustne porozumienie się ze Starostwem, powiem z doświadczenia, że i ta droga nie wiedzie do celu. Gdy na pisemne urgensy Starostwo tarnowskie nie dawało żadnej odpowiedzi, spotkawszy się raz z dobrze znajomym mi urzędnikiem tego Starostwa, spytałem się, dlaczego nie dostaje od dłuższego czasu za-

dnych odpowiedzi na urgensa o koszta leczenia. Na to odpowiedział mi: My mamy teraz spis ludności i wybory, na załatwianie spraw kosztów leczenia nie mamy całkiem czasu. Niech Panowie przez 3 lub 4 miesiące nic do nas nie piszą, bo i tak odpowiedzi nie otrzymacie. Gdy na to zauważyłem, że w takim razie będę zmuszony odnieść się w tej sprawie do Namiestnictwa za pośrednictwem Wydziału krajowego, odpowiedział mi: My się tego panie nie boimy. Tak samo było parę razy w Krakowie. Na to się odpowiada po prostu, że te wszystkie sprawy są jeszcze w toku i sprawa skończona.

P. Gluziński. Również jestem za tem, aby powstawały w kraju domy przytułku. Domy takie, będące w pewnym związku ze szpitalami, mogłyby przynieść wielką ulgę szpitalom a tem samem i funduszowi krajowemu, bo nie tylko brałyby do siebie ludzi niedołączonych lub ciężką pracą zmęczonych — jak to nieraz w naszych szpitalach wprost z litości pod jesień się dzieje — ale też byłyby miejscem pobytu dla takich chorych, którzy się mogą leczyć ambulatoryjnie a dzisiaj przebywają w szpitalu i znacznie więcej kraj kosztują n. p. chorzy na wrzód na rógówce lub mający jakąś ranę na ręce. Ci ludzie mogliby tylko przychodzić do szpitala do opatrunku a przebywać w takich domach przytułku. Sądzę jednak, że kraj powinien mieć to zawarowane kontraktowo przy powstawaniu tych domów, że tacy chorzy mają być pomieszczeni nie w szpitalach tylko w domach przytułku, w których utrzymanie ich kosztowałoby naturalnie znacznie mniej, niż w szpitalach.

Mam przekonanie, że nietylko z funduszu ubogich powstałyby takie domy ale i z ofiarności publicznej, skąd nieraz na to przecież krocie idą (fundacyja Helclów), ale trzeba, żeby takie domy były urządzone jak należy, bo dotąd, mimo wielkiej nieraz ofiarności publicznej, kraj ulgi nie doznaje. Gdyby było wiadome w kraju, że Wydział krajowy takie domy inicjuje, to kto wie, czy niejedna osoba, któraby miała zamiar utworzyć jakąś fundacyję, nie zwróciłaby się do Wydziału krajowego, a wtedy w przeciągu lat kilkunastu kraj cały mógłby się pokryć takimi domami przytułku. Trzeba więc inicjatywy ze strony kraju, której dotąd niema, a wtedy zawiązałyby się i towarzystwa, któreby miały na celu tworzenie takich domów przytułku.

P. Ponikło. Z dotychczasowej dyskusyi widać, że wszyscy się zgadzają na to, że ustanowienie domów przytułku oczywiście w gminach większych na razie jest bardzo pożądane i że jest również wskazanem, aby Wydział krajowy dał tu inicjatywę i rzecz ułatwić.

Wypowiadano różne opinie co do pokrycia kosztów. Oczywiście jestto, jak sędzę, rzeczą gmin troska o zaopatrzenie ubogich, ale możnaby ułatwić im przez zachętę i subwencjonowanie. Zdaje mi się jednak, że to mogłoby się tylko odnosić do miast i gmin większych. Ale ze względów sanitarnych i właśnie dlatego, aby zapobiec przeciążaniu szpitali i wzrastaniu kosztów szpitalnych i aby umożliwić odbieranie chorych na czas ze szpitala, wskazaniem jest, aby w każdej gminie było coś podobnego do domu zaopatrzenia. To oczywiście jest muzyką przyszłości, sędzę jednak, że w każdym razie rezultatów nie osiągniemy tak długo, póki ustrój gmin nie będzie zmieniony i do tego czasu wszystkie te humanitarne zarządzenia pozostaną na papierze i wykonane nie będą.

Drugą ważną rzeczą jest to, że należy przystąpić do organizacyi opieki nad ubogimi, co niektóre większe gminy czynią z własnej inicjatywy jak np. Kraków, gdzie w budżet 1903 wstawiono o kilkadziesiąt tysięcy koron większą kwotę na ten cel niż zeszłego roku. Otóż mojem zdaniem, póki nie będzie tych dwu rzeczy tj. póki ustawa o opiece nad ubogimi nie będzie wydana i póki ustrój gmin nie będzie zmieniony, wielkich rezultatów spodziewać się nie możemy. Dziś tylko należy zastanowić się nad tem, aby Wydział krajowy ułatwił tworzenie tych domów przytułku.

Mieszkając w Krakowie, wiem, że stosunki pod tym względem nie są tam tak złe, bo dobroczynność prywatna wiele działa, mamy dobre ochronki, wspaniały dom Helzłów, który choć niezupełnie odpowiada temu celowi jako skrepowany wymogami listu fundacyjnego, ale w każdym razie oddaje szpitalowi 20 łózek do dyspozycyi.

Zgadzam się z tem, że należałoby pomysśleć o zaprowadzeniu czegoś podobnego do klasy czwartej, aby tych, którzy już nie są chorzy w właściwym słowa znaczeniu, na tę tańszą klasę można przenieść. To jest myśl trafna i praktyczna i możnaby próbę zrobić zwłaszcza, że koszt utrzymania w klasie czwartej nie powinien być pokrywany z funduszu krajowego lecz przez odnośne gminy przynależności i możnaby tu użyć wpływu na gminę w tym kierunku, że jeżeli nie odbierze chorego ze szpitala, to tenże przechodzi na jej koszt do klasy czwartej tj. niejako do domu zaopatrzenia. Tegoby się wtedy gmina obawiała, więc trzeba by taką próbę uczynić.

Nie jestem również za tem, aby znieść szpitalne komitety prowincjonalne, bo skoro gminy przyczyniają się do kosztów, muszą mieć głos ich reprezentacye, byłoby jeduak

pożądane, aby czynniki do komitetu powoływane były jak najświetlejsze. Co się tyczy podwyższenia poborów służbowych lekarzy w szpitalach prowincjonalnych, przyłączam się najgoręcej do zdania poprzedniego mowcy, że koniecznem jest, aby byli postawieni więcej samodzielnie tak, aby mogli oddać się szpitalowi, aby tem więcej czuli się jako obywatele kraju a mniej potrzebowali zajmować się rzeczami prywatnemi. O ileby to się dało zrobić, odbiłoby się z pewnością korzystnie na administracyi szpitali. Co się tyczy usprawiedliwiania przetrzymywania chorego po 30-tu dniach pobytu w szpitalach, to zauważam, że po 6 tygodniach dziś się tak robi. Na to niema innej rady. Dziś się tylko usprawiedliwia, zresztą zaś trzeba rzecz pozostawić taktowi, energii i przeczności lekarza kierującego i im lepszych będziemy mieli lekarzy, tem i w tej mierze będzie lepiej.

Przewodniczący: Członek Wydziału kraj. p. **Onyszkiewicz**. Ponieważ nikt więcej nie jest zapisany do głosu, przeto przystępujemy do drugiego punktu kwestyonaryusza, który brzmi: „jakie zarządzenia dałyby się zaprowadzić, aby chorzy zbyt długo w szpitalu nie pozostawali.“

Ponieważ z dotychczasowej dyskusyi widzę, że trudno jest zupełnie uniknąć przy omawianiu jednego punktu kwestyonaryusza, poruszenia pytań w innych punktach zawartych, dlatego jakkolwiek pragnęłam początkowo, aby Panowie chcieli się trzymać porządku w kwestyonaryuszu podanym, nie chcę do tego stopnia ograniczać swobody przemówień, aby nie dotykało zupełnie także przedmiotów w innych punktach zawartych a z omawianym w związku stojących. Otwierając dyskusyę nad p. drugim, daję głos p. inspektorowi Sawickiemu.

P. **Stella Sawicki**. Muszę zwrócić uwagę, że do osiągnięcia tego, aby chorzy nie zostawali w szpitalach dłużej nad potrzebę, przyczyniłyby się najprzód częstsze inspekcye w szpitalach, a przynajmniej dwa razy do roku; dalej żeby dano lekarzom możność prędszego postawienia dyagnozy. Do tego potrzebaby mieć wszędzie w szpitalach mikroskopy i dobrze urządzone chemiczne laboratorya. Wprawdzie urządzenia te pociągnęłyby za sobą pewien wydatek, w dalszem następstwie jednak musiałyby powstać oszczędność.

Trzecią konieczną rzeczą jest, aby wszystkie szpitale posiadały dwóch lekarzy, jednego kierującego, drugiego pomocniczego, bo w takich szpitalach, gdzie jest jeden tylko lekarz, ważniejsze wypadki chirurgiczne czę-

sto bardzo długo oczekują operacji, dlatego że ordynujący lekarz nie może znaleźć pomocnika wśród kolegów zamieszkających w tej miejscowości, bo są zajęci praktyką.

Zdarza się czasem, że lekarz mający dokonać operacji, po 10 i 15 dni szuka pomocnika i nie może go znaleźć a tymczasem chory leży niepotrzebnie w szpitalu. W ostatnich czasach prawie wszędzie są już mianowani sekundaryusze ale są jeszcze szpitale, gdzie ich nie ma, i gdzie rzeczywiście z tego powodu podnosi się cyfra dni przeciętnego pobytu chorych do bardzo znacznej wysokości, jak np. w Wadowicach, gdzie wynosi 24.4 dni.

Gdyby tam można było prędko znaleźć pomocnika, mogłaby ta cyfra być zniżoną na 20 dni. Wprawdzie pociągnęłoby to za sobą także wydatek, w ostatecznym rezultacie jednak dałaby się osiągnąć oszczędność.

P. Jordan. Jabym jako odpowiedź na ten punkt podał tylko to, o czem zresztą już wspominałem, że należy dążyć do tego, aby żaden szpital nie miał interesu przetrzymywać zbyt długo chorych. To byłoby zupełnie wystarczające wobec tego, że punkt ten już omówiono w dyskusji nad poprzednim punktem kwestyonaryusza.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. **p. Onyszkiewicz.** Stwierdzam, że rzeczywiście punkt ten omawiany już był przy dyskusji nad pierwszym pytaniem kwestyonaryusza. Czy może jeszcze życzy kto sobie głosu co do tego punktu? (Nikt). Ponieważ nikt głosu nie zabiera, przystępujemy do dyskusji nad p. 3. kwestyonaryusza, który brzmi: „czy dotychczasowy sposób przymusowego wydalania jest praktyczny, jakie posiada wadliwości — jak zaradzić złemu?”

Głos ma p. Radca dworu Jordan.

P. Jordan. Tu należy ta myśl, którą podniesiono, że należałoby postanowić, aby szpitale zawiadamiwały Magistraty względnie zarządy gmin, że za dwa dni, lub za 24 godzin odesła rekonwalescenta i żeby szpitale po tem zawiadomieniu to rzeczywiście wykonały.

P. Jabłoński. Myśl p. Rady dworu niezupełnie da się przeprowadzić, bo wobec tego, że przeważna część chorych nie rekrutuje się z gmin przynależnych do gminy tylko zupełnie odrębnych chorych, jest co najmniej problematyczne, czy odniesienie się do Magistratu skutek odniesie. Nie ma tu żadnej ustawy i nie może być, bo byłoby niesprawiedliwym, aby zmuszać gminę do ponoszenia kosztów opiekowania się i odsta-

wiania rekonwalescentów do drugiej gminy nieraz bardzo odległej. Możeby czasem niektóra gmina na odniesienie się dyrektora szpitala to zrobiła, to z kurtoazji lub innych powodów, ale zmusić jej do tego nie można, przynajmniej ja sądzę, że gdybym był burmistrzem, tobym takiego przysłanego mi rekonwalescenta odesłał napowrót do szpitala, bo do przyjęcia go nikt mnie zmusić nie może.

P. Starzewski. Zwracam uwagę panów, że obowiązki gmin względem chorych określa §. 29. ustawy z 3/12 1863 r, Nr. 105. Dz. p. p. i rozporządzenia Trybunału admin. z 16/12 1880 r. L. 2501, które powiadają, że osobami wydalonymi ze szpitala, obowiązana jest tak długo gmina opiekować się i pielęgnować ich, dopokąd nie będą mogły być wypuszczone, bez szkody dla swego, lub drugich zdrowia. W uzupełnieniu stanowi rozporządzenie o tułaczach, a mianowicie że osoba, która niema wiadomego miejsca przynależności, jeżeli zachoruje w okręgu gminy, dopóki miejsca jej przynależności się nie wykaże, jest przynależną do tej gminy, w której zachorowała.

P. Jabłoński. To co p. kolega przytacza, przyznaję, ale orzeczenia Trybunału admin. są właściwie tylko objaśnieniami, zaś ustawa co najwyżej mogłaby być przytoczona o tułaczach a to tu niema miejsca, bo tułaczem nie jest taki, który ma miejsce przynależności.

Z drugiej strony musimy także brać i humanitarne względy troszeczkę na uwagę. Taki rekonwalescent, jak długo się go nie odtransportuje, musiałby, jak to się dzieje po większych gminach, pozostawać w aresztach policyjnych na wikie aresztańskim, który przeciętne dziennie wynosi 7 ct. to znaczy że ma po prostu chleb tylko. (U mnie trochę więcej). Więc tu wchodzą w grę także względy humanitarne, ale opieram się też na zdaniu prawników, że zmuszenie nie może mieć miejsca.

P. Jordan. Paragraf 28. ustawy powiada: „gmina nie może i obcym ubogim w razie chwilowej potrzeby odmówić potrzebnego wsparcia z zastrzeżeniem zwrotu, którego wedle wolnego wyboru albo od gminy, do której należy, albo od obowiązanych ku temu według prawa cywilnego żądać mogą.

Paragraf zaś 29. mówi: z tem samem zastrzeżeniem obowiązana jest gmina tak pielęgnować obcych ubogich, którzy z jej okręgu zachorują, dopóki nie będą mogli bez szkody dla swego lub innych zdrowia być wypuszczeni.

P. Jabłoński. To nie jest obcy ubogi, bo on już ma przynależność, bo on wisi u mnie.

P. Merunowicz. Sprzeciwiam się zapatrywaniu p. Jordana, bo gdyby nawet istniało prawo takie, że gmina, w której jest siedziba szpitala, byłaby obowiązana do tego, to znając niezaradność naszych gmin a właściwie brak jakichkolwiek urządzeń do przyjęcia takich chorych (najczęściej bowiem jedynym urządzeniem jest areszt gminny) uważałbym to ze względów humanitarnych za niewykonalne i jak długo nie będzie przytulisk, tak długo nie możemy mówić o przymusowym wydalaniu rekonwalescentów. Jak będą przytuliska, to też żadnych korowodów tylko na żądanie Dyrektora szpitala odeszle się do przytuliska, ale póki ich niema, trudno mówić o przymusowym wydalaniu nieuleczalnych.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj p. **Onyszkiewicz.** Zwracam uwagę, że tu jest mowa o wydalaniu już zdrowych osób, bo jak długo jest chorym, o wydalaniu mowy nie ma.

P. Merunowicz. Chorych, którzy się nie kwalifikują do leczenia.

P. Kohlberger. Byłoby bardzo pożądanem, aby obłąkanego, którego gmina do szpitala oddała, jeżeli przynależność nie jest stwierdzona, aby ta gmina miała obowiązek odebrania go.

Często się zdarza, że takiego chorego oddaje Lwów. Otóż tu zależy od komisaryatu dzielnic. Niektóre komisaryaty przyjmują każdego, niektóre się wzbraniają tak, że przysła chorego a potem nie chcą go odebrać tak, że ten chory zostaje balastem dla kraju.

Otóż trzebaby, aby była ustawa tego rodzaju aby te gminy, które przysła chorego, miały obowiązek go odebrać potem, ale naturalnie jak długo przytulisk jakichś niema, tak długo trudno o tem mówić.

P. Ponikło. Dziś dzieje się tak, że jeśli się jakiegoś chorego chce wydalić, pisze się do Magistratu, co trwa 8 dni lub więcej, więc możeby zamiast tego tylko urzędową korespondentką mógł się zarząd szpitala odnieść wprost do gminy, z której chory przyszedł, wskazać jej, jak najlepiej tego chorego odebrać. W wielu wypadkach byłoby to kcrzystnem dla Magistratu, bo rzecz załatwiłaby się krótko. W Krakowie doradzali mi ten sposób urzędnicy Magistratu i dowodzili mi, żeby to prędzej poszło, żeby się coś z kosztów leczenia oszczędziło w ten sposób.

Drugą przyczyną, dlaczego przytrzymuje się wyleczonych, jest to, że nie mają funduszu na odbyte podróży do domu. Byłoby tedy wskazaniem aby dla szpitali był wyznaczony pewien ryczałt, z któregoby w uwzględnienia godnych wypadkach pokryć można koszta podróży chorego do domu, bo jeśli up. chory 8 dni będzie czekał, nim go się zabierze a koszta leczenia wynoszą 1 koronę dziennie, podczas gdy 3 korony wystarczy na kolej dla niego, to nie będzie to żadną oszczędnością, jeśli się go w szpitalu zatrzyma. To są drobne sposoby ale mogłyby przecież coś podzielać.

P. Mars. Myśl podniesiona przez p. Ponikłę jest godną uwagi. Bardzo często chory powiada, że ze szpitala nie pójdzie, bo nie ma za co, szczególnie w zimie z powodu braku obuwia, lub np. jeżeli koleje a ma daleko do domu. Postępowanie dotychczasowe w celu wydalania takiego chorego odbywa się drogą korespondencyi z Władzami, która trwa co najmniej około 14-tu dni, czyli inaczej, że najtańsze wydalenie takiego chorego ze szpitala, kosztuje we Lwowie i Krakowie 22 koron. Jeżeli teraz zważymy, że taki chory n. p. przynależny do Bóbrki ma być wydany ze szpitala lwowskiego, to ponieważ bilet kolejowy III. klasy do Bóbrki kosztuje 50 ct., gdyby został w krótkiej drodze wydany i gdyby otrzymał kwotę na bilet kolejowy potrzebną, kosztowałby fundusz krajowy tylko 50 centów, czyli jedną koronę, a jeśli to się dzieje lege artis i drogą porozumienia Władz, zostaje wydany, kosztuje wówczas 22 koron. Byłbym tedy zatem, aby w tym kierunku odstąpić od biurokratyzmu a dużyby się tym sposobem oszczędzić dało. Gdyby dyrektor szpitala miał pewien fundusz do dyspozycji na takie wypadki, mógłby wielokrotnie rzecz w krótkiej drodze załatwić, oszczędzić czasu i uciążliwej pisaniny.

Aby uniknąć pisaniny i pozbyć się chorego, który miejsce zalega, lekarze szpitalni często sami sobie radzą i tak:

Na niektórych klinikach np. u prof. Gluzińskiego jest puszka, do której chorzy składają datki na biednych i z tego im się daje potem na bilet kolejowy. Prof. Obalewski dawał nieraz z własnej kieszeni, ja także nieraz dawałem z własnej kieszeni, aby się takiego chorego pozbyć. Jeżeli tedy lekarze sami to robić mogą, to mogłyby mieć także dyrektor szpitala jakiś kredyt na ten cel, przez coby może można było uzyskać nie tak drobne oszczędności, jak by się to na pozór zdawać mogło.

P. Jordan. Szpital musi się pozbyć osób: 1) już wyleczonych, którzy nie mają

pieniędzy własnych, aby odbyć podróż do domu, 2) nieuleczalnych.

Co się tyczy pierwszych, to mojem przekonaniem powinien być koniecznie dany specjalny fundusz każdemu szpitalowi na ten cel, bo cała korespondencya, a im gmina odbierze chorego, lub zanim ktoś z rodziny po niego przyjdzie, trwa często 8 do 14 dni, a przez ten czas chory zajmuje łóżko i fundusz krajowy pokrywa nieporównanie większe wydatki, niżby wynosił wydatek na podróż. Oczywiście że ze ściąganiem kosztów leczenia powinien być ten wydatek na podróż równocześnie ściągnięty. Co się tyczy drugiej kategorii chorych, to jeśli się taki chory dostanie do szpitala i nie można się go pozbyć, bo rodzina go nie chce odebrać dlatego, że ją inkomoduje, to zamiast długiego certowania się z rodziną aby go zabrała, co nieraz trwa i kilka tygodni, powinien mieć szpital prawo zawiadomić Magistrat i odesłać chorego do Magistratu, a ten powinien dostawić go rodzinie. Zresztą nie proponuję tu żadnej rzeczy nowej, bo §. 94. wyraźnie powiada, że jeżeli chory nieuleczalny ma być wydany ze szpitala, to zarząd wzywa gminę przynależną, aby go odebrała a po upływie 8 dni od wezwania, odseła się chorego do Magistratu miasta, w obrębie którego szpital się znajduje, aby go odesłał do miejsca zamieszkania.

P. Gluziński. Płacenie kolei rekonwalescentom jest dobrem, ale wiem z doświadczenia, że jak zacząłem płacić kolej rekonwalescentom, niechęcącym lub niemożącym dla braku środków opuścić kliniki, to potem znaczna część chorych tego odemnie wymagała. W tym względzie trzeba być ostrożnym i w szpitalach, bo inaczej większa część żądałaby pokrycia kosztów powrotu do domu. Tu byłby chyba ten środek, że szpital ściągający od gminy, od której należy, te koszty podróży.

Toby było hamulcem, że rekonwalescent, na prawdę tego niepotrzebujący, nie żądałby podróży darmo, jeżeli ma za co jechać. W każdym razie proponowałbym, aby był fundusz na ten cel w szpitalach stworzony, bo wtedy możnaby ogromnie oszczędzić na czasie pobytu w szpitalu, tylko trzeba by bardzo dyplomatycznie tem kierować, aby dużo ludzi nadarmo na koszt kraju nie jeździło. Oszczędziłoby się podwójnie i co do czasu i co do miejsca, a przedewszystkiem na kosztach utrzymania chorego, którego nieraz trzeba trzymać 10 dni, nieraz 2 tygodnie i nie można się go pozbyć, za co kraj przecież płaci. Co do chorych nieuleczalnych rzecz jest trudniejsza, bo o ile tamtych, jako już zdrowych, możnaby wreszcie ze spokojnem

sumieniem usuwać, to w tym drugim wypadku są dwa rodzaje chorych: takich, których można swobodnie wypuścić ze szpitala jak np. chorych z porażoną ręką, i takich, których ze względów ludzkości wypuścić nie można. Tu jest rzeczywiście tylko jeden sposób, tj. żeby od gmin można żądać ustawowo zapłaty za czas przetrzymywania chorego nieuleczalnego, jeżeli ją się zawiadomi, a ona chorego na czas nie odbierze. Gmina wtedy spieszyłaby się z odebraniem tego chorego, gdy dzisiaj w własnym interesie z załatwieniem sprawy zwleka.

Odstawienie do Magistratu nieuleczalnego chorego, to prawie się nieda pomyśleć, bo np. małe dziecko bez opieki, albo chorego np., który chodzić nie może i już nie będzie, niepodobieństwem jest odstawiać do miejsca, w których przebywają rozmaitego rodzaju włóczęgi, ale gdyby gmina odpowiednia wiedziała, że jeśli np. do 5 dni, do tygodnia wreszcie nie odbierze, to będzie ustawowo musiała płacić za kosztą pobytu, przecieżby się z odebraniem pospieszyła.

P. Kozłowski. W wypadkach tu poruszonych należy rozróżnić wydalanie:

- 1) nieuleczalnych;
- 2) włóczęgów i symulantów;
- 3) tych, którzy już wyzdrowieli;
- 4) dzieci.

Co do nieuleczalnych to przymusowe wydalanie mogłoby mieć miejsce tam, gdzie a) są przytuliska, b) gdzie słabość jest tego rodzaju, że chory ostatecznie w rodzinie bez narażenia zdrowia swego może być leczony i nie pójdzie na marne. Zdaje mi się, że bardzo wydatnej oszczędności w tym kierunku być nie może.

Co się tyczy symulantów i włóczęgów, ci tylko na podstawie mylnej dyagnozy do szpitala dostać się mogą, bo takich ludzi nie powinno się trzymać. Otóż jeżeli się tacy per nefas do szpitala dostaną, to co do nich chciałbym zastosowania w całej pełni ustawy aresztów gminnych na ten 7 centowy wikt, który w nich dają, co zawsze przyniesie funduszom publicznym przy każdym włóczędzie kilkadziesiąt centów oszczędności. — Gmina miasta ma potem regres do gminy, do której taki człowiek jest przynależny i może kosztą utrzymania w areszcie gminnym odebrać. Co do uzdrowieńców, którzy mieszkają blisko od szpitala, to tych, którzy mogą pójść per pedes Apostolorum puścić należałoby piechotą, jeśli jednak który nie może odbyć dla zdrowia podróży piechotą, wtedy niema innego środka jak uwiadomienia bezpośrednio gminy kartką korespondencyj-

ną, ażeby do trzech dni uzdrowieńca zabrała z zagrożeniem, że jeśli go nie zabierze, wtedy na koszt gminy zostanie tam odstawiony. Fundusz powinien być ale tylko na zaliczki, bo koszta odstawienia pokryć powinna gmina. Pokrywanie tego wydatku z funduszu krajowego nie miałyby żadnego uzasadnienia, bo toby doprowadziło do pewnego uprzywilejowania opieszalszych gmin i do zdjęcia z nich tych obowiązków, które ponosić powinny. Fundusz na zaliczki jest potrzebny, ale gmina powinna je zwrócić. Gmina ma niewątpliwie prawo sama odebrać chorego, bo często za pomocą okazyi może to taniej zrobić niż administracja szpitala za pomocą osobnej podwoj, ale gmina powinna mieć prawo odebrać tylko do trzech dni i jeśli do 3 dni nie odbierze, wtedy powinno odesłanie odbyć się na jej koszt i to winno być na tej karcie korespondencyjnej żądającej odebrania chorego uwidocznione.

P. Niedzielski. Wydział krajowy postępuje tak z obłąkanymi. I tak zawiadamia się gminę, że jeśli do dni ośmiu chorego nie odbierze, wtedy będzie on na koszt gminy odstawiony a fundusz kulparkowski zaliczkowo koszta te pokrywa, przekładamy partycularz kosztów odstawienia do Starostwa i Starostwo w drodze administracyjnej ściąga te koszta na rzecz funduszu kraj.

Były też wypadki, które zastosowywał Wydział krajowy, że na mocy ustawy gminnej również jest obowiązana gmina ponosić koszta utrzymania czyli leczenia tego chorego ponad czas, w którym gmina była zawiadomioną i obowiązana była koszta ponosić i my już w dość licznych wypadkach takie koszta otrzymywali, ściągane przez Starostwa. Więc to jest już rzecz praktykowana.

P. Kohlberger. Ja też chciałem powiedzieć, że ustawa co do obłąkanych jest a tylko dodam, że co się tyczy obłąkanych takich, których przynależność nie jest stwierdzoną, byłoby rzeczą pożądaną, aby te gminy, które ich przysyłają do zakładu, miały też obowiązek odebrać ich a specjalnie Lwów, który bardzo dużo przysyła osób, które tu przypadkowo się dostaną, albo które rodzina (szczególnie żydzi) umyślnie tu przywożą i podrzucają a które potem policja łapie i do nas przysyła. Wtedy jest kłopot, bo nie można wiedzieć, skąd ten chory, jakie jego nazwisko, otóż co się tyczy takich obłąkanych miasta, które ich przysyłają, powinny ich odbierać.

P. Jabłoński. Przykład p. Kohlbergera mnie nie przekonuje, bo z jakiej racji miasto ma ponosić koszt, czy dlatego, że Kulparków jest tuż pod Lwowem? Gmina zrobiła rzecz

ludzką, bo chorego odstawia i za to ma ponosić jeszcze ciężary? Nie jestto zresztą ekonomicznem pod względem gospodarki ogólnej krajowej, jeżeli zwalą się ciężary z jednego nie mającego tytułu do ponoszenia, na drugiego nie mającego również tytułu do ich ponoszenia.

P. Kohlberger. Przy pierwszym punkcie kwestyonaryusza była mowa o przytuliskach. Otóż ja wracam do tego i sądzę, że miasta powinnyby przyjmować chorych do takich przytulisk, a byłoby też bardzo korzystnem, żeby były krajowe przytuliska tańszym kosztem administrowane. We Wiedniu np. jest zakład dla obłąkanych, który obecnie ma 2.900 chorych, i obecnie będzie zbudowany nowy na 2.000 chorych, gdzie będą różne kategorie i chorzy właśnie tacy, którzy są nieuleczalni, będą leczeni w ten sposób, że będą mieli np. w tygodniu tylko 4 razy mięso, w ogóle tańszym kosztem będą utrzymywani ewentualnie odsyłani gdzieś na prowincyę. Chodziłoby tedy o to, aby dla takich chorych były jakieś instytucye o wiele taniej administrowane.

P. Kozłowski. P. Jabłoński powiedział, że nie byłoby ekonomicznie, gdyby miasto przyjęło obowiązek co do tych włóczgów i symulantów. To byłoby ekonomicznem, bo oszczędziłoby się grosz publiczny, bo w szpitalu kosztuje utrzymanie 60 centów, a w aresztach miejskich 7 centów, więc byłoby zaoszczędzenie, zatem to byłoby ekonomicznie. Miasto mogłoby się porachować tu z gminą przynależności.

W każdym razie trzymanie ludzi w szpitalu, gdzie koszta dzienne wynoszą 60 centów, to byłoby marnotrawstwem grosza, nie mówiąc już o tem, że ludzie ci zabierają w szpitalu miejsce innym, którzyby mieli prawo do tego.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. **p. Onyszkiewicz.** Ponieważ nikt więcej głosu nie zabiera, przeto uważam dyskusyę nad p. 3. kwestyonaryusza za wyczerpaną. Przystępujemy do punktu 4-go, który brzmi: „jak zapobiedz temu, ażeby chorzy nie omijali pobliskich (tańszych) szpitali i nie wyjeżdżali do droższych lub za granicę“. Do głosu zapisany jest p. Radca Dworu Jordan.

P. Jordan. Chodzi tu o to, dlaczego chorzy unikają szpitali tańszych bliskich a dążą do obcych dalszych i droższych, Otóż jest pewna kategoria chorych, którzy z uprzedzenia to czynią — tę na razie pomijam — druga zaś liczniejsza czyni to przez rozsądek tylko przez interes zdrowia, chcąc mieć zapewnienie jak najlepszej opieki lekarskiej, chcąc być leczoną jak najlepiej w szpitalu któryby, o ile można przewidzieć, dawał gwa

rancję, że istotnie chory wyjdzie uleczony i zdrowy.

Zapobiedz temu, aby chorzy nie unikali szpitali pobliskich i tańszych, można jedynie: 1. przez dążenie do tego, aby szpitale nasze były możliwie jak najlepiej urządzone, 2. przez dążenie do tego, żeby szpital dostarczał możliwie najlepszą opiekę lekarską.

Co się tyczy kwestyi pierwszej, to niewątpliwie postęp w urządzeniu szpitali naszych jest kolosalny ale nie potrzebuję Panów przekonywać, że urządzenia naszych szpitali nie są zupełne, że nie można zadowolić się i stanąć na tem, co jest, bo słyszeliśmy tu z ust p. Inspektora, że bardzo wiele szpitali nie ma nawet mikroskopów a ja dodam, że wiele jest szpitali, które powinny mieć dla oddziałów kilka mikroskopów a gdzie jeden lub drugi oddział wcale ich niema. Dalej słyszeliśmy, że bardzo wiele szpitali niema laboratoryów a nawet ani lwowski ani krakowski wielki szpital krajowy dobrze zorganizowanego laboratoryum nie mają, co jest miarą tego, co się dzieje poza Krakowem i Lwowem. Nic tedy dziwnego, że z urządzenia obecnego szpitala nie można być zadowolonym zupełnie i jeżeli chce się rzeczywiście zapobiedz temu, żeby publiczność dbająca o swoje zdrowie nie wyjeżdżała poza kraj, to przedewszystkiem trzeba starać się o to, aby wszystkie braki, jakie nasze szpitale wykazują, ile możliwości były uchylone i to jak najrychlej — gdyż nie ulega wątpliwości, że skutkiem rozszerzenia się i potaniaenia dzienników publiczności ogromnie zmądrzała pod względem zdrowotnym, żąda dziś więcej od szpitali i z większą nieufnością patrzy na szpitale marnie i lichy urządzone. Czyni to obecnie nie tylko publiczność inteligentna i zamożna ale i ta, która przed wyjazdem na krację żąda i dostaje świadectwo ubóstwa, więc za którą kraj płacić musi.

Należy więc po pierwsze dążyć do tego, aby publiczność w kraju miała poczucie, że pod względem urządzenia zrobiono u nas w szpitalach wszystko, co do leczenia chorych jest istotnie potrzebne. Zrobić to należy oczywiście oszczędnie, bo kraj biedny, ale zbyt daleko z oszczędnością iść nie można, bo co się oszczędzi w kraju na inwestycjach, to się wyda mniej użytecznie, bo obcym krajom, płacąc za chorych, którzy wyjeżdżają za granicę. Po drugie dążeniem powinno być kraju, aby w szpitalach jak najlepiej urządzonych funkcyonował możliwie najlepszy personal lekarski.

Same laboratorya i inne urządzenia zdrowotne nie dadzą choremu zdrowia, obok nich konieczny jest dzielny lekarz, któryby umiał i mógł z nich należyty robić użytek. Potrze-

ba więc, aby personal lekarski miał odpowiednie kwalifikacye naukowe i był tak postawiony, iżby istotnie mógł swemu szpitalowi się oddać.

P. inspektor Sawicki wspomniał już o tem, że potrzeba, aby szpitale miały po dwu lekarzy przynajmniej, bo bardzo wiele zabiegów chirurgicznych jest niemożliwych, jeśli tylko jeden lekarz jest na miejscu. Powiem więcej, że potrzeba koniecznie, aby Wydział krajowy starał się, gdy miejsca są wolne, obsadzać szpitale jak najlepszymi siłami.

Niech Panowie pozwolą, że będę szczerze mówić; a zresztą jestem zmuszony do tego, albowiem na zebraniu prymaryuszy w Krakowie otrzymałem mandat, żeby tę kwestyę poruszyć.

Pod tym względem nie jest wszystko dobrze, że zwrócę tylko uwagę na jedną okoliczność. Obecnie wskutek obowiązującej ustawy jest tak urządzone, że przez pierwsze półrocze, jeżeli szpital jest nowo urządzony, ma obowiązek go utrzymywać powiat względnie gmina, która szpital urządziła, dopiero po tym pół roku na wniosek Wydziału krajowego może Sejm go uznać za powszechny i publiczny.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. p. **Onyszkiewicz**. Dla szpitala powszechnego a nie już dla otwartego przez Wydział krajowy.

Od chwili otwarcia szpitala powszechnego gmina jest obowiązana przez pierwsze pół roku koszta utrzymania pokrywać, ale nie przed otwarciem szpitala.

P. **Jordan** Więc tak jest w ustawie; ale dotychczas, o ile pamiętam, działa się inaczej, tak jak ja mówię, a jako przykład przytoczę Krosno.

Kiedy w Krośnie założono szpital, musiało Krosno utrzymywać go przez pół roku, nim kraj zdecydował się uznać go za powszechny i publiczny. Cóż się dzieje wskutek tego? Otóż powiat lub gmina, która szpital urządziła, na pierwsze pół roku wyznacza też lekarza. W Krośnie wybrała gmina doskonałego lekarza p. Kaczkowskiego, ale biorąc rzecz tę zasadniczo, przy takim postępowaniu nie ma żadnej gwarancji, że szpital nowy będzie zawsze możliwie najlepszą siłą obsadzony, gdyż w mniejszych miastach stosunki i wpływy osobiste zazwyczaj decydująca odgrywają rolę. Prawda, że Wydział krajowy po pół roku może, przyjmując ten szpital jako powszechny, zmienić lekarza ale powątpiewać należy, by się to kiedykolwiek stało. W ten sposób uzasadnioną jest zupełnie obawa, czy nowe szpitale w Galicyi dostaną wszędzie dzielne i odpowiednie siły lekarskie.

Co się zaś tyczy obsady wolnych posad lekarskich w szpitalach dawnych, to zwracam uwagę, że w ostatnich czasach były przypadki, że obsadzono stanowisko dyrektora szpitala wbrew wymogom ustawy szpitalnej bez rozpisywania konkursu; mam na myśli szpital, w Sanoku a zaszło to także, zdaje mi się, w Gorlicach. Jakie motywa wpłynęły na to, w to nie wchodzę, ale byłoby bardzo pożądane (po-wstarczy tylko to, co grona lekarskie bardzo liczne głośno mówią) by w przyszłości unikano wytworzenia takiej przymusowej niejako sytuacji, jaka była podobno w Sanoku. Proszę przyjęc do wiadomości, a mówię to z naciskiem, że mnie nie idzie o żadne osoby; ja odpowiadam tylko na pytanie kwestyonaryusza i pragnę wykazać, że zaniedbanie starania, aby posadę dyrektora szpitala obsadzić możliwie najdzielniejszą siłą lekarską, przynosi nie tylko ujemę szpitalowi ale także ujemę finansom kraju, gdyż szpital, który niema dzielnego dyrektora i zupełnie wykształconego personalu lekarskiego, chorych przyciągać nie może.

Pod tym względem zacytuję przykład, który na zebraniu lekarzy szpitala krakowskiego zacytowało kilku kolegów. Był szpital w zachodniej Galicyi, który do niedawna ścigał taką ogromną ilość chorych, że lekarze od 9. z rana do 2. lub 3. pracowali po największej części operując.

W tym samym szpitalu wizyta obecnie nie trwa dłużej jak jedną lub dwie godziny, a chorzy z okolicy mającej, którzy dawniej tam się garmęli, teraz udają się o pomoc gdzie indziej, i dają częścią do Krakowa, częścią do Wiednia. To jest fakt, który się niedawno przydażył i który najlepiej wskazuje, jak wielkiego znaczenia jest personal lekarski dla szpitala, skoro się o to rozchodzi, by szpital najbliższy nie był pomijany.

Dalej zwracam uwagę, że nie wystarczy dążyć do tego, aby szpitale miały możliwie najlepsze siły lekarskie, ale konieczne powinno się umożliwić lekarzom — na to kładę nacisk — rozwinięcie w całej pełni swej pracy. Ja panów tych, którzy nie są lekarzami, najuroczyściej zapewniam, że każdy młody lekarz, jako szczyt marzeń swoich uważa profesurę lub prymaryat w szpitalu. Nie marzy on o 20.000 zł. rocznego dochodu, lecz o oddziale szpitalnym, bo dziś idą na medycynę — z małymi wyjątkami — wobec tego, że obecnie wykonawstwo lekarskie tylko bardzo wyjątkowo przedstawia świetne materialne korzyści, młodzi ludzie z prawdziwego powołania, powodowani prawdziwą chęcią pracowania dla nauki i dla nieszczęśliwych. I dlatego to, tak pragną oni szpitali, żeby mieć sposobność rozwinięcia pracy swojej i nauki dla dobra ludzkości.

Proszę panów, taki młody lekarz wreszcie dostaje prymaryat i przychodzi do szpitala pełen zapału. I cóż się dalej dzieje? W pierwszych miesiącach poświęca się prawie wyłącznie szpitalowi, ale potrzeby życia zmuszają go niebawem do zastanowienia się nad swoim bytem materialnym. Widzi pnstki w kieszeniach, bierze ołówek do ręki, zaczyna liczyć i spostrzega, że na pokrycie niezbędnych wydatków, dochody dotychczasowe nie starczą; zaczyna tęsknić za gniazdem rodzinnym, myśli o ożenieniu się i spostrzega się, że dalej tak jak dotąd postępywać nie może, a mianowicie, że mu nie wolno zaniedbywać praktyki prywatnej, albowiem inaczej w wydatkach i dochodach końca z końcem nie zwiąże.

Tak się dzieje powszechnie, że ludzie pełni największego zapału, którzy nie są chciwi na pieniądze, wobec okropnie niewłaściwego (nie mam innego wyrazu) udotowania posad lekarskich, szpitalnych początkowo z bolem serca, potem i bez bólu serca, coraz więcej oddają się praktyce prywatnej a coraz mniej szpitalowi, co chyba na korzyść szpitala i jego chorych nie wychodzi. A wobec tego dziwić się nie można, że część chorych więcej wymagających i obiektywniej patrzących umyka do dalszych i lepszych szpitali.

Więc stawiam jako dalszy postulat podwyższenie obecnych płac lekarzy szpitalnych. Wobec spotkać mię mogącego zarzutu, że mimo powiększenia płac znajdują się lekarze, którzy szpital dalej równie będą zaniedbywali, oświadczam, że będą to wyjątki, zaś większość przeważna, ponieważ w ludziach jest więcej pierwiastków dodatnich jak ujemnych, w miarę zwiększenia płac, pracować będzie więcej i chętniej.

Dalej uważam za konieczne, aby, zanim pensje lekarzy szpitalnych będą powiększone, corocznie został fundusz jakiś przeznaczony na wyjazdy dla lekarzy zwłaszcza gorliwych, by z jego pomocą mogli udawać się na rozmaite kursa uniwersyteckie celem odświeżenia swoich wiadomości i kroczenia zgodnie z postępem nauki. Takie subsydia powinny być bądź w drodze konkursu, bądź za wskazówkami inspektora szpitali udzielane na wyjazdy kilkutygodniowe, oczywiście każdego roku innym lekarzom.

Dalej chcę zwrócić uwagę na jedną jeszcze okoliczność ważną dla szpitali. Proszę się zastanowić nad tem, czy może to być korzystnem, jeżeli i dyrektor i sekundaryusz znajdują się w jednym mniej więcej wieku i obaj są stałymi urzędnikami szpitala?

Jeżeli obaj są zgodni, dobrze wychowani o temperamentach podobnych do siebie,

to mogą i 40 lat doskonale żyć razem, ale jeżeli się nie zgadzają, to proszę zważyć, jak się to nieraz źle musi odbić na szpitalu, gdy jeden ciągnie do lasa a drugi do Sasa. Szpital musi na tem cierpieć, gdy dyrektor ma stałego sekundaryusza, z którym nie może sobie poradzić a równocześnie sekundaryusz wie, że może na polecenie prymaryusza gwizdać, bo jest sekundaryuszem stałym.

Wytoczyć dyscyplinarę, powie kto, — to łatwo mówić, tak jak i o doniesieniu inspektorowi szpitali, ale zdecydować się na to, to mniej łatwo, bo i prymaryusz jest lekarzem i sekundaryusz lekarzem, jeden i drugi ma przyjaciół i zwolenników, jeden ma grzeszki jak i drugi, że zamiast pracować w szpitalu tyle i tyle razy nie był, tylko jeździł na praktykę, otóż tu byłyby rozmaite kolizye. Z tych powodów nie wyobrażam sobie coś dla szpitali bardziej niefortunnego jak ustanowienie stałego dyrektora i stałego sekundaryusza.

Teraz uważajcie panowie: prymaryusz się starzeje, sekundaryusz też, prymaryuszowi rośnie praktyka, sekundaryuszowi też, prymaryusz im więcej się starzeje, tem więcej ma potrzeb i tem mniej szpitala pilnuje, to samo robi sekundaryusz, prymaryusz im starszy, tem mniej idzie z postępem nauki, to samo i sekundaryusz i to jeszcze w wyższym stopniu, bo im mniejszą ma pensję, tem więcej musi gonić za wizytami i mniej może się kształcić. Rezultat taki, że ani jeden ani drugi w nauce nie postępują.

Czy to dobrze wpływa na szpital, czy takiego szpitala nie muszą później inteligentniejsi chorzy unikać i jechać do dalszych? Panowie sami to rozważą. Ja pojmuję, że dla prymaryusza jest bardzo wygodnie, gdy ma sekundaryusza stałego, z którym żyje w zgodzie.

Ja nie żądam, żeby liczba lat służby sekundaryusza była ograniczona, niech służy przez czas dłuższy, ale niech będzie mianowany nie jako stały, lecz na szereg lat, 2 lub 3, potem znowu na 2 lub 3 lata, póki z prymaryuszem się zgadzają i póki jeden i drugi nie zniedołężniał. Ale żeby dwu niedołęgów trzymać razem dlatego, że są stali, żeby pozwolić, by takie stosunki mogły się wytworzyć, to ja tego wprost nie rozumiem i nie mogę uznać, żeby to było zgodnem z dobrem szpitala.

Mojem zdaniem ten punkt ustawy sejmowej, który mówi o stałych sekundaryuszach, powinien być zmieniony jak najrychlej, inaczej szpitale nie będą się rozwijać. Ci co są, muszą zostać do wymarcia, ale w żaden sposób nadal stali sekundaryusze nie powinni być mianowani.

Niech będzie i 20 lat na miejscu, ale on nie powinien mieć posady zabezpieczonej, bo nie ma podniety do pilnowania szpitala, skoro jest stałym.

Gdyby się to, co powiedziałem, dało wykonać, będziecie panowie widzieli, że ludzie nie będą unikać krajowych szpitali, bo publiczność nasza jest bardzo inteligentna i garni się do krajowych szpitali dobrze urządzonych.

Ludzie krociami dysponujący, którzyby mogli pozwolić sobie na wyjazd do Wiednia lub Paryża nieraz u nas w Krakowie proszą, aby ich do szpitala przyjąć i miałem przypadki, że choć ja sam proponowałem sanatorium, proszono mnie, by chorą przyjąć na klinikę. Więc do tego przyjdzie, że i ludzie zamożniejsi najbliższych szpitali unikać nie będą, ale trzeba wytworzyć warunki odpowiednie, aby ludzie mogli mieć wiarę, że znajdą i urządzenie odpowiednie i osoby odpowiednio wykonujące swoje obowiązki.

Co się tyczy żydów, to kwestya rzeczywiście trudna. U żydów są rozmaite przyczyny, dlaczego omijają krajowe szpitale. Jedni dla tego to czynią, bo w Wiedniu mówią po niemiecku, więc językiem do ich żargonu zbliżonym, drugih ciągnie nimbus Wiednia lub Berlina. Dalej trzeba przyznać, że zły wpływ w tym kierunku wywierają częstokroć lekarze żydowscy; zapewne obawiając się, by nie stracili w znaczeniu i by katolikowi w tem samem mieście leczącemu nie przyznać wyższości, częstokroć nie polecają do operacyi miejscowego lekarza, prymaryusza lub profesora, lecz wysyłają bez potrzeby chorych z miasta lub nawet z kraju.

Wielu żydów wyjeżdża ze względów rytualnych; wiem o teni, że n. p. niejeden husyta, który nie pójdzie we Lwowie lub w Krakowie do teatru, pójdzie zrzucawszy chałat, w Wiedniu lub w Berlinie t. j. tam, gdzie nie jest pod kontrolą swojej rodziny i swoich znajomych. W takich warunkach nieraz staje się innym człowiekiem, zapomina o ostrych rygorach religijnych i folgę sobie daje. Podobnie ma się rzecz z jedzeniem koszerem.

Nie mam odwagi doradzać, żeby zaprowadzono kuchnie koszerne po szpitalach, ale mam najgłębsze przekonanie, że gdybyśmy to przeprowadzili, to $\frac{8}{10}$ żydów chorych, którzy wyjeżdżają obecnie, pozostałoby w kraju.

Mówię z doświadczenia; bardzo często nie godzi się pacjentka na moja propozycję umieszczenia się w klinice lub w szpitalu jedynie dla tego, iż ja nie zezwalam na noszenie jej z miasta jedzenia koszerne. Nad tą kwestyą trzebaby się tedy zastanowić.

Są jednak szpitale rytualne, żydowskie w kraju, które rzeczywiście przyczyniają się wiele do zmniejszenia liczby wyjazdów żydów chorych z Galicji. Choć nie lubię separatyzmu, wspominam o tem, należałoby bowiem pomyśleć o tem, czy nie byłoby dobrze popierać rozwój tych szpitali, przez co wydatki za leczenie chorych żydów w szpitalach pokrajowych zmniejszyłyby się niewątpliwie. Na tem na razie kończę.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Ponieważ p. Radca Dworu Jordan wymienił jako ujemną stronę administracji szpitalnej między innymi tę okoliczność, że przy nowo utworzonych szpitalach, nim posada dyrektora szpitala zostanie, jak tego ustawa żąda, w drodze konkursu lekarzem przez Wydział krajowy zamianowaną, że zatem przy nowo utworzonych szpitalach tymczasowo, dokąd on jest w zarządzie czy Wydziału powiatowego czy gminy, prowizorycznie jakiś lekarz bywa mianowanym, którego potem z rozmaitych względów nie tak łatwo usunąć, muszę zwrócić uwagę, że to się obecnie dzieć już nie może i nie będzie. Dzieło się poprzednio skutkiem błędnej interpretacji ustawy z roku 1897, którą tłumaczono w ten sposób, jakoby obowiązkiem fundatora szpitala było pokrywanie wszystkich kosztów utrzymania szpitala, zanim on uznany zostanie za publiczny i powszechny. Tłumaczenie to było błędne, bowiem obowiązek gminy utrzymania szpitala przez pół roku odnosi się do szpitali już uznanych za publiczne. Z interpretacją Wydziału krajowego zgadza się Rząd i z tego powodu projektowi ustawy dla Gorlic i Krosna odmówił Rząd sankcji. Rzecz ta jest w tej chwili już sanowaną i na przyszłość wydarzyć się coś podobnego nie może. Co do drugiej uwagi, jakoby się miały dzieć obsadzania posad lekarskich bez konkursu, taka rzecz ostatnimi czasy ani razu się nie zdarzyła. Jeżeli p. Radca Dworu dał do poznania, że to się zdarzyło w Sanoku, to stało się to dawniej, o tem nie wiem, ale ostatnimi czasy rzecz się taka nie praktykuje.

W Gorlicach posada dyrektora nie jest obsadzona. Nie mogło to nastąpić ze względów, o których przed chwilą mówiłem, dla których ten szpital jeszcze powszechnym nie jest. On jest tylko prowizorycznie przez Wydział krajowy otwarty i w tej chwili został dla szpitala już funkcjonującego wysłany tylko tymczasowy zastępca. Konkurs swego czasu będzie rozpisany, gdy przyjdzie sankcja ustawy, na podstawie której ten szpital będzie uznany za publiczny i powszechny. Więc tam obsada nie nastąpiła, tylko

musiał być prowizorycznie ktoś wysłany. Obsada stanowcza nastąpi na zasadzie konkursu, gdy przyjdzie sankcja.

Tyle dla wyjaśnienia rzeczy, a teraz ponieważ pora jest już spóźniona, a czterech Panów jest jeszcze do głosu zapisanych, ja zaś zamierzam dość wcześniej Panów na popołudnie sprosić, dlatego obecnie okradę przerwam i dalszy ciąg ich naznaczam na godzinę 4. po południu.

(Koniec posiedzenia o godzinie 1. minut 30 popołudniu).

(Posiedzenie z 3. grudnia 1902 po południu).

(Początek o godzinie 4. minut 10).

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Przystępujemy do dalszego ciągu debaty nad ustępem czwartym kwestyonariusza. Do głosu zapisany jest p. Mars.

P. Mars. Muszę jak najgoręcej poprzeć przemówienie kolegi profesora Jordana, bo muszę przyznać, że w tem ma bardzo wiele słuszności. Mam pod ręką listy od kolegów kierowników szpitali, w których powiadają, że niepodobniestwem im jest zajmować się więcej szpitalem, jak się zajmują. Jeżeli lekarz przez 4 godziny dziennie zajmuje się szpitalem i w szpitalu jest czynny, to więcej od niego wymagać nie można, on i tak po za zwykłymi godzinami bywa do szpitala wzywany, a musi przecież praktykować, aby mógł żyć. Pensya, jaką jako lekarz szpitalny pobiera, wystarczyć nie może a to tem więcej, jeżeli ma żonę i dzieci.

Skoro prof. Jordan podniósł tę sprawę, muszę też przyznać, że lepsze uposażenie lekarzy byłoby bardzo pożądane. Z tą kwestyą łączy się kwestya przeciążenia lekarzy nadmiarem pracy. Gdzieindziej istnieją inne urządzenia, lekarze mają w szpitalach mniejszą liczbę chorych im oddanych. Na tem korzystają chorzy, bo mieć mogą lepszą opiekę lekarską, i większa liczba lekarzy znachodzi zajęcie przy szpitalu. Lekarze ci mogą mieć zadowolenie z tego, że się do materiału dostają, pracują bardzo chętnie, bo jeśli się ma n. p. 20-tu chorych pod opieką, to zawsze tyle czasu się znajdzie, żeby się tymi chorymi zająć należycie.

Co się tyczy stosunku sekundaryusza do szpitali, jest to kwestya także ważna ze

względu na całą młodą generację lekarzy. Proszę Panów! gdzie się mają udawać ci młodzi lekarze, którzy wychodzą z uniwersytetu. Oni potrzebują uzupełnienia swych wiadomości praktycznem wykształceniem i nabycia doświadczenia, które tylko w szpitalach zdobywać mogą.

Proszę słuchać, co oni mówią i co się skutkiem tego dzieje. Dzieje się to, że po większych miastach szczególnie uniwersyteckich wielu młodych lekarzy pozostaje bez pracy i chleba i przez całe lata żyją często nędznie, że tak powiem po studencku, aby się tylko dalej kształcić, aby nabyć praktycznego wykształcenia. Nie idą oni na prowincję, bo szukają sposobności spotkania się materyałem, który w obecnych warunkach jest dla nich często niedostępny. Więc i z tego powodu jest ważną kwestya sekundaryuszy tutaj poruszona, w stosunku zaś do prymaryuszków znów z tego względu, że taka zmiana młodszych lekarzy w szpitalach, jest też pobudką dla prymaryuszy, aby się ciągle starali zaznajamiać z nowszą medycyną i jej postęпами.

P. Ponikło. Oświadczam, że piszę się na wszystko, co p. prof. Jordan przytoczył, podniosę tylko jedną rzecz pozornie drobną, co do tego, aby kierownikom szpitali prowincjonalnych dać możność, aby mogli od czasu do czasu wyjechać i coś zobaczyć. Nie mam tu na myśli tego, żeby tym Panom dawać sposobność odbywania przejażdżek ale rzeczywiście jeśli dyrektor szpitala prowincjonalnego nie będzie nic widział, tylko swój szpital i szpitale krajowe, to zardzewieje. Nie trzeba się obawiać, żeby widząc kosztowne nowości, chciał je wprowadzać u siebie, nie należy mu doradzać, aby jeździł do Wiednia lub Berlina, bo urzędzenia tam nie stosują się do naszych szpitali prowincjonalnych, ale może zobaczyć wzorowo urządzone szpitale w miastach o mniejszej liczbie ludności i wystarczy, jeżeli po 3 lub 4 dni zwiedzi co parę lat te szpitale a jeśli będzie umiał parrzeć, to nie tylko będzie szedł z postępem, ale będzie miał wiele sposobności zaprowadzenia oszczędności i praktycznych urządzeń u siebie, pozornie nie wiele znaczących, ale które przecież bardzo praktyczne się okazują, jak to wiem z własnego doświadczenia.

Siły naszego kraju nie pozwalają na żadne wspaniałości, ale mogą pozwolić na to, żeby przy zachowaniu oszczędności zbliżyć się do tego, co mają kraje zamożniejsze.

P. Merunowicz. Ja także muszę się zgodzić ze wszystkim, co prof. Jordan powiedział i choć p. Radca Onyszkiewicz tu zapewnił, że w ostatnich miesiącach żadna posada nie

była i nie będzie obsadzoną bez konkursu, ja zwrócę uwagę na to, że wobec §. 12. ustawy krajowej z 1897 r., gdzie jest powiedziane, że w zakładach krajowych mianuje Dyrektora Cesarz, a wszyscy inni lekarze we wszystkich szpitalach mianowani będą na podstawie konkursu, pragnąłbym, aby nie tylko stałe ale i prowizoryczne nadawania posad odbywały się w drodze konkursu, bo kto jest prowizorycznym, ten pewnie stałym zostanie, chyba okazał się zupełnie niemożliwym, aby go potem usunąć nawet z tymczasowego stanowiska trzeba by mu udowodnić znaczne chyba przewinienia. Ja przypuszczam, że ci sami lekarze, którzy zostali przez Wydział krajowy przeznaczeni na prowizorycznych kierowników szpitali, wyszliby też w drodze konkursu, ale proszę uwzględnić, że nadawanie tego rodzaju posad bez konkursu zniechęca interesowanych lekarzy i dlatego byłbym za tem, aby, że choć ustawa powiada, że lekarze mają być mianowani na podstawie konkursu, to się też działo przy nadawaniu posady prowizorycznej.

P. prof. Jordan powiedział także, że jednym z najważniejszych warunków, aby publiczność nie omijała naszych szpitali, jest staranie się o dobrych prymaryuszy i służbę lekarską, to ja na to zupełnie się zgadzam i uważam postanowienie §. 13 ustawy, gdzie jest powiedziane, że od kierującego lekarza wymaga się najmniej dwuletniej praktyki klinicznej lub szpitalnej po uzyskaniu doktoratu jakoteż aby kandydat posiadał biegłość w wykonywaniu operacji chirurgicznych i położniczych, za minimum tego, co od dyrektora szpitala powszechnego żądać należy i jeśli taki dyrektor posiadał jeszcze znajomość syfilidologii lub okulistyki, i udowodnił ją przynajmniej kilkumiesięczną praktyką w szpitalu powszechnym, to tylko by to wyszło na korzyść szpitala.

Chcę jeszcze podnieść to, co jest w stacucie dla zakładu kulparkowskiego, gdzie jest powiedziane, że Wydział krajowy ogłasza coroczne sprawozdania z ekonomicznej, administracyjnej i lekarskiej czynności zakładu, otóż do tego sprawozdania z czynności lekarskiej przywiązywałbym większą wagę. Ja sam wiem, jak dobrze jest, jeżeli człowiek pracujący z dnia na dzień, jest potem zmuszony po upływie roku zrobić czyto dla siebie czy dla drugich taki obrachunek swojej czynności i zreasumować do pewnego stopnia doświadczenia, które odbył. Otóż tego rodzaju sprawozdanie lekarskie, jeżeli by było przez prymaryuszków lub starszych sekundaryuszków opracowane, może za osobną remuneracją ze strony Wydziału krajowego, byłoby dzielnym środkiem kształcenia samych lekarzy. Rzecz ta już raz

była, tylko zaniechano jej przez oszczędność, jabym jednak przemawiał za jej wznowieniem.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego P. Onyszkiewicz. Co do uwagi, aby i prowizoryczne posady Dyrektorów mogły być obsadzane w drodze konkursu, zechciejcie Panowie wziąć na uwagę, że życzeniu temu mogłoby się w nader rzadkich wypadkach zadość uczynić, a po największej części nie byłoby to możliwe. Prowizoryczne posady nadaje się tam, gdzie lekarza zabrakło z jakichkolwiek powodów, bo przecież szpital nie może zostać bez opieki lekarskiej. Wyczekiwając konkursu znaczyłoby zostawiać na jakiś czas szpital bez lekarza tak jak np. się stało w Gorlicach. Pomijam, że tam by nie można było w ogóle na podstawie tej ustawy wydawać jakichkolwiek zarządzeń, bo ten szpital nie jest jeszcze do tej chwili na podstawie ustawy, do której te wszystkie postanowienia się odnoszą, uznany za publiczny i powszechny; ale jeżeli zajdzie wypadek, przypuściwszy śmierć, gdzie jest jeden lekarz, wtedy trzeba natychmiast obsadzić tę posadę prowizorycznie, więc czy można wtedy rozpisac konkurs i czekać? Zwracam uwagę na te wypadki, w których mogą zajść wypadki takiego prowizorycznego obsadzania, bo zresztą to się nie praktykuje, gdyż inne posady tylko na podstawie konkursu w myśl postanowień ustawy się nadaje.

P. Jabłoński. Słusznie p. Radca dworu podniósł, że do dobrego spełniania zawodu lekarskiego potrzebnem jest umiłowanie zawodu i życie się z tym szpitalem, bo sama pensya będzie musiała ze względu na możność kraju pozostawać jeszcze długo taką, że choćby najskromniejszych potrzeb lekarza zadowolić nie może. Faktem jest, że lekarz praktykujący w szpitalu najenergiczniej i najgorliwiej, zmuszony jednak jest tą walką o chleb codzienny, tą koniecznością zaspokojenia potrzeb, wyjeżdżać, a czy może to spokojnie uczynić wobec tego, że w czasie jego nieobecności może zajść wypadek bardzo ważny, gdzie na przybycie lekarza czekać nie można i gdzieby trzeba zostawić szpital w ręku młodego lekarza choć mającego studia jednak dopiero co ukończonego?

Z młodych lekarzy ktoby na przejściowych sekundaryuszy przychodził? Młodzi ludzie, którzy zmuszeni koniecznością, nie mając się z czego utrzymać w większem mieście, przysliby do mniejszych miast z myślą, żeby tam zostać. Dziś warunki życia są dość trudne, więc taki młody lekarz przyszedłszy na posadę sekundaryusza i uważając się za ptaka przelotnego, tak długoby piastował tę posadę, jak długoby mu się nie trafiła posada dająca mu możność jakiego takiego

życia, czyto posada lekarza okręgowego czy inne jakieś lepsze miejsce, tak że co chwila by miejsce swoje porzucał. To może byłoby dobre dla lekarzy, ale dla szpitala i dla publiczności, która z niego korzysta, byłoby szkodziwe.

Niech mi p. Radca Dworu daruje, że choć zawsze uznaję zelazną konsekwencyę jego przemówień, dopatruję się pewnej sprzeczności w tem, co on chce w swoim wniosku a co według mego zdania wyszłoby na niekorzyść szpitali. Proszę Panów, ma przyjść młody lekarz, ma się zmieniać według zasady co dwa lub trzy lata i ma przyjść po to, żeby był że tak powiem nauczycielem (choć tego słowa p. Radca dworu nie użył) tego starego niedołęgi, który piastuje godność prymaryusza. Jeżeli chodzi o tych, którzy ze szpitala korzystają, to proszę niedołęgów nie trzymać. Dalej łatwiej niedołęgów usunąć, spensyonować, jak chorych oddać opiece człowieka, który dopiero się uczy na swoim materyale. My powinniśmy się troszczyć o chorych szpitalnych tak, jakbyśmy się o naszych własnych troszczyli. Zdaje mi się, że tu jest sprzeczność u p. prof. Jordana a prócz tego sprzeczność jest jeszcze druga.

Mówił pan profesor o możności złego stosunku między starymi a młodymi lekarzami. To być też może ale przecież *consuetudo altera natura*, jeżeli się żyją, to jeden drugiego lepiej pozna. Między innymi argumentami był i ten, że ten młody świeżo przybyły przyszedłby tego starego uczyć, takiego by on był przekonania. Czy to dla stosunków ogólnych i szpitala będzie zdrowem, ja bardzo wątpię. Zresztą ja wiem, że są lekarze, którzy i starsi są i stałymi sekundaryuszami są, którzy nareszcie nie sądzili, że ich celem jedynem było dostać 500 lub 600 zł., tylko w istocie zostali tymi lekarzami nietylko prymaryuszami ale i sekundaryuszami i tymi motywami się kierowali, żeby zostać lekarzami, jakie pornszył tu p. Radca dworu, i ci nie szcędzą wydatków, aby się kształcić. Zresztą lekarz stały o szpital swój starać się musi.

Publiczność go uważa za lekarza szpitalnego a tak jak ogrodnika chwali jego ogród, tak lekarza jego szpital. Szpital zaniedbany, do którego chorzy przestali uczęszczać, nie będzie zaleceniem dla lekarza stałego a wtedy z pewnością ten lekarz źle na tem wyjdzie, że ma szpital niedobry. On się w interesie własnym musi starać, żeby dobrze szedł szpital a staranie to nietylko zależy od dyrektora, ale przyznają mi Panowie lekarze z prowincyi, zależy dużo też od sekundaryusza, a ptak przelotny, który będzie na to, aby był rok, lub dwa, będzie uważał

szpital za etap przejściowy i tego szpital z natury rzeczy obchodzić nie będzie mógł.

P. Jordan. Ja kwestyę stałych sekundaryuszów uważam za rzecz wielkiej wagi dla dobra szpitali; interes lekarzy na razie pomijam, bo zresztą bardzo jest wątpliwe, co dla ich ogółu byłoby korzystniejsze. Tu siedzę w ankiecie szpitalnej, która ma delibrować i dawać Władzy swoje rady, jak i co robić dla dobra szpitali; więc nie uwzględniam interesu osób ani lekarzy, o ile nie jest, według mego zdania, zgodnym z interesem i z dobrem szpitali. Wobec tego więc, że tę kwestyę za ściśle związaną z dobrem szpitali uważam, odpowiem na wywody p. Jabłońskiego. Życie się z jakąś instytucją ma dwie strony. Ma tę dobrą stronę że człowiek się do niej przywiązuje i lubi ją coraz więcej ale ma i tę złą stronę, że to co młody umysł zapalało, to z biegiem czasu traci aureolę, wskutek czego człowiek po szeregu lat pracuje już bez zapału ale niejako po rzemieślniczemu spełnia swoje obowiązki, więc to życie się to jest rzecz obosieczna i nie powiem, żeby takie życie się dwu osób zajętych w szpitalu zawsze było dla niego korzystne.

Ja sądzę, że więcej byłoby korzyści, gdyby starszy t. j. dyrektor zachował dla szpitala miłość a drugi młodszy wnosił do niego obok miłości szczerzy zapał i siły świeże do pracy.

Co do kwestyi, czy możnaby cięższe jakieś zabiegi powierzyć młodemu świeżemu lekarzowi, gdyby prymaryusz wyjechał na praktykę, to na to odpowiadam, iż przede wszystkim nie wyobrażam sobie, żeby sekundaryuszem w szpitalu musiał być lekarz prosto z igły, który dopiero co zdał rygorozum. Ci panowie mają obecnie tyle zmysłu praktycznego, że wyjąwszy nadzwyczajne wypadki prawie zawsze starają się umieścić w mieście uniwersyteckiem jako praktykanci lub hospitanci w szpitalu krajowym lub w klinice, więc taki, któryby się dostał na sekundaryusza do miasta prowincjonalnego, nie potrzebowałby być koniecznie wprost z igły lecz przyszedłby już z pewną praktyką. Każdy zresztą człowiek musi pierwszy raz coś w swem życiu zrobić, inaczej jest nie możliwe, a czy sądzicie panowie, że wypadłoby lepiej, gdyby ten pierwszy przypadek młody lekarz operował gdzieś w prywatnej praktyce bez odpowiedniego urządzenia i otoczenia, niż gdyby robił to przy korzystniejszych warunkach, jakie bądź cobydł szpital daje? Więc oświadczam, że ten zarzut p. Jabłońskiego wcale mnie nie przekonuje.

Co do tego, że niktby nie chciał przychodzić na takiego przelotnego ptaka i nie

zajmowałby się szpitalem, powtórzę to, co już raz powiedziałem, że taki młody lekarz ma ogromną przyjemność, gdy dorwie się do materiału. Ręczę, że każdy taki lekarz idzie do szpitala pełen zapału i wcale nie myśli o tem, że ma być takim przelotnym ptakiem, on częścią dla własnej nauki częścią z powołania zajmuje się szpitalem więcej gorąco, szczerzej i gorliwiej, niż taki, który już 10 lub 15 lat w szpitalu siedzi i zajmuje się nim z obowiązku.

Wreszcie dał do poznania p. Jabłoński jakoby to było jakieś uchybienie, gdyby się starszy od młodszego miał uczyć. (P. Jabłoński: tak tego nie rozumiałem).

Moi Panowie, gdybyśmy uważali, że starszy musi być koniecznie mądrzejszy od młodszego, to przecieżyby nie było żadnego postępu. Ja jeżeli widzę, że młody idzie dalej niż ja, to się cieszę, i nie mam wyrazu, jak się cieszę z tego; pomógłbym mu nawet, aby wyjechał, czegoś więcej się nauczył i powrócił mądrzejszy i lepszy. Nie można uważać za żadną ujmę dla starszego lekarza, jeżeli młodszy w pewnych kierunkach więcej umie, bo na polu medycyny jest obecnie ustawiczny postęp. Zresztą starszy miał dość czasu wyrobić sobie pewne doświadczenie i rozmaite zasługi, więc nie straci na znaczeniu i powadze, jeśli młodszy będzie w pewnych kierunkach dzielniejszy od niego. On powinien być dzielniejszy.

A zresztą przypuścić trzeba, że ten młody lekarz będzie miał tyle taktu, że potrafi ocenić, iż mimo jego wiadomości daleko mu jeszcze do tej wprawy w wykonywaniu pewnych rękoczynów, do tego oka, do tego obejścia się, do tej rutyny, jaką na podstawie długiej pracy i doświadczenia nabył dyrektor; we wszystkich tych kierunkach potrafi rozsądny i taktowny dyrektor, który naukowej pracy zupełnie nie zaniedbał, zawsze mieć przewagę nad młodym i dość powagi, by szpital w porządku utrzymać i posłuch dla swych poleceń wymusić, byle tylko nie chciał imponować młodemu tam, gdzie mu faktycznie imponować nie może.

Z tych powodów uważam za pożądane, by nie było stałych sekundaryuszów; zresztą nie żądałem, by oni byli koniecznie co dwa lub trzy lata zmieniani, lecz powiedziałem wyraźnie, że czas służby w szpitalu można im przedłużyć.

Chodziło mi więcej o to, aby sekundaryusz wiedział, że jego pobyt w szpitalu zależy od jego zachowania się i od pracy, jaką szpitalowi poświęca, niż o to, by koniecznie co lat kilka zmieniał się młodszy personal lekarski.

P. Ponikło. Podniesiona tu przez p. Radcę dworu Merunowicza kwestya sprawozdań lekarskich, jest wielkiej doniosłości, bo takie sprawozdania, zrobione przez jednego lekarza corocznie przez szereg lat, mogą rzucić jasne światło na stosunki zdrowotności w kraju. Sprawozdania takie były już robione u nas i dołączano do nich nawet prace naukowe. Nie twierdzę, żeby te prace wszystkie były znakomite, ale niektóre były wcale niepośledniej wartości, wytrzymywały krytykę i świadczyły o pięknym zapale do nauki. Szpital wprawdzie nie jest zakładem naukowym i jego zadaniem jest leczenie, ale jedno z drugim musi iść w parze, bo postęp w nauce musi być uwzględniony. Było to praktyczne urządzenie zastosowane dawniej a kosztowało tylko 50 zł. Robiono to przez dwa lata, rzecz była bardzo pożyteczna, była to bowiem nie sucha administracyjna, ale żywa statystyka i byłym bardzo wdzięczny panu Przewodniczącemu, gdyby rozważył, czyby rzeczy tej nie można reaktywować.

P. Merunowicz. Ja na instytucje sekundaryuszy szpitalnych nie zapatruję się tylko jako na lekarzy pomocniczych w szpitalach, lecz także tak, jak się w r. 1895 ankietą zwołana do Wiednia w sprawie reformy studyów lekarskich, zapatrywała, w której to ankiecie brał udział między innymi i obecny tu p. prof. Ponikło. Tam wyrażono życzenia, żeby lekarz, który wychodzi z dyplomem, na którym jeszcze czernidło nie zaschło, który jeszcze nie wiele umie, żeby taki lekarz, nim zostanie, jak się jeden z lekarzy wyraził, „aufs Publicum losgelassen“, odbył konieczną praktykę szpitalną. To jest dla społeczeństwa całego, nie tylko leczącego się w szpitalach ale i poza szpitalem, rzeczą bezmiernej wagi, ażeby lekarze, którzy dziś bezpłatnie praktykują po dwa, trzy lata w szpitalu lwowskim czy krakowskim, mieli możliwość praktykowania i przy szpitalach prowincjonalnych za opłatą, bo młodzież nasza lekarska jest biedną, tak jak my wszyscy byliśmy biedni, więc żeby byli płatne posady przy szpitalach większych.

Nie wątpię, że jeżeli Wydział krajowy miałby do rozdania płatne posady przy szpitalach rzeszowskim, tarnowskim, tarnopolskim itp., to ubiegaliby się o te posady nie lekarze świeżo z igły, ale tacy, którzy po dwa, trzy lata przy szpitalach praktykują i którzyby byli dobrą podporą dla dyrektora tego szpitala. Ja z tego też punktu widzenia ze względu na dobro społeczeństwa jestem za tem, aby ze szpitali takich wychodzili lekarze, którzy przejdą tę szkołę szpitalną, którzy sami nabędą praktyki, bo z konieczności

będą musieli sami sobie radzić, a nie tak nie wyrabia człowieka jak gdy sam sobie radzić musi.

Tacy lekarze będą dla społeczeństwa dopiero właściwymi lekarzami, więc z tego względu popieram wnioszek p. prof. Jordana, aby sekundaryaty przy szpitalach prowincjonalnych, tak samo jak przy krajowych, nie były stałe, tylko żeby te posady czasowo, na dłuższy lub krótszy szereg lat były nadawane i żeby można odświeżać ten personal lekarski.

P. Glużyński. Czwarty punkt kwestyonaryusza rozumiałem z początku inaczej, z dyskusji jednak widzę, że on inaczej się ukształtował. Rozumiałem go w ten sposób, że chodzi o to, aby chorzy z pod Lwowa np. nie jeździli do Krakowa, względnie z Krakowa nie jechali do Wiednia, to znaczy, że ci, którzyby taniej mogli być leczeni np. w szpitalu w Drohobyczu, nie jechali do Lwowa. Rzeczywiście jednak ta kwestya musi być rozpatrywaną z rozmaitych stron, już to ze względu na samych chorych, już to ze względu na szpitale. Co do chorych, to nie możemy zapobiec temu, by udawali się tam, gdzie chcą, bo to nieraz rzecz zaufania i ostatecznie jest faktem, że nieraz dziwić się należy, dlaczego chory np. z pod Wadowic albo Kalwarii, przyjeżdża do Lwowa, lub stąd jedzie do Krakowa.

Od tego jednak trudno go wstrzymać. Ważna jest rzecz, która znacznie na budżecie szpitalnym zaważyła, tj. wyprawy do szpitali w innych prowincjach państwa, np. w Wiedniu, w których taksa szpitalna jest nieraz znacznie wyższa niż w naszych.

Wiemy np., że pewna część ludności z Galicji jedzie często do Wiednia i kraj za nią płacić musi znacznie drożej, niżby płacił za leczenie w szpitalach krajowych. Prawdziwie biedny musi mieć daną możliwość kierowania się zaufaniem do pomocy lekarskiej i wolności wyboru miejsca ratowania swego zdrowia. Chodzić tu nam jednak musi, by nadużyć nie było.

Na to jest jedyna droga, o której będę mówił przy świadectwach ubóstwa i formularzach. Muszą być odpowiednie formularze bardzo ściśle dla świadectwa ubóstwa.

Po za tem jest inna rzecz, którą trzeba podnieść, mianowicie, że tak samo jak przed laty kilkunastu nie było zaufania do szpitali prowincjonalnych, które teraz bezwzględnie znakomicie się podniosły, tak też nie było dawniej zaufania i do szpitali wielkich krajowych. Ten brak zaufania jest po części usprawiedliwiony. Trzeba powiedzieć, że my sami winniśmy, że bardzo wielu cho-

rych w szpitalach galicyjskich nie zostaje tylko idzie dalej, a to z powodu niedostatecznego urządzania w szpitalach. Chory wstępuje do szpitala i mógłby sam za siebie zapłacić, ale na drugi dzień wyjeżdża do szpitali obcych, gdzie szpital jest bardzo porządnie urządzony, a kraj, jeżeli chory postara się o świadectwo ubóstwa, za niego wyższą takse zapłaci.

Z tego powodu jest koniecznością poprawić szpitale w dwu kierunkach. Naprzód co do pewnych urzędzeń. Dziś na prowincyi znaczna część szpitali jest dobrze urządzoną, — trzeba się starać, by i reszta im dorównała. Zależy tu wiele od człowieka, który stoi na czele zakładu, a najlepszy tego dowód mamy w tem, że z pewnych okolic coraz mniejszy napływ do szpitali głównych. Wszyscy chorzy z odpowiedniej okolicy udają się tam i nie ulega wątpliwości, że szpital dobry z jednej strony i człowiek odpowiedni na tym posterunku stojący z drugiej strony, wstrzymują ten napływ do dalszych szpitali.

Z drugiej strony muszę powiedzieć, że u nas jest brak przemysłowości, że szpital nie daje krajowi dochodów, jakieby dawać mógł. Ten szpital może dawać dochody, bo mogą być w nim chorzy, którzyby, płacąc odpowiednią takse, po części i utrzymywali niejako chorych niepłacących. Trzebaby urządzić płatne miejsca, tak, że n. p. na 80 miejsc byłoby 30 płatnych takich, że tych 30 płaciłoby za jakich 30 leżących tam i z tego kraj miałby dochód. To jest przemysł, który ostatecznie wszędzie za granicą się praktykuje. Traci na tem stan lekarski, straciłby przy dzisiejszej naszej ustawie szpitalnej lekarz, na którego oddziale ten chory by się leczył, bo ustawowo od najmajątniejszego chorego nie wolno mu brać honorarium. Tu jednak powiem, że w Niemczech są daleko praktyczniejsi dla funduszów swoich, ale też i sprawiedliwsi, bo tam mają takie oddziały szpitalne odpowiednio urządzone płatne dla chorych zamożniejszych, którzy funduszowi szpitalnemu płacą odpowiednią takse a lekarzowi wolno od nich brać ustawowo honorarium.

U nas kraj zarabiałby w ten sposób, że chorzy ci zapłaciliby w swej taksie i za swoje utrzymanie i za pewną część tych, którzy bezwarunkowo nie są w stanie płacić i kraj za nich płacić musi.

Otóż to jest zdaniem mojem ważna sprawa, nad którą powinniśmy się zastanowić, czyby w tych dużych szpitalach w Krakowie i we Lwowie a nawet i w prowincjonalnych nie urządzić takich „Zahlstocków“ jak to się w Wiednin nazywa, na którychby

do pewnego stopnia może fundusz szpitalny zyskiwał.

Byłoby to z krzywdą ogólnego stanu lekarskiego do pewnego stopnia, ponieważ jednak jestem w tej chwili zawezwany do tego, aby dla kraju radzić, dlatego muszę otwarcie powiedzieć, że to byłby jeden ze sposobów, któryby z pewnością znacznie kosztą naszych szpitali obniżył.

Tyle co do szpitali samych. Z drugiej strony powiedzieć trzeba, że to, co się ludziom daje, trzeba dać rzeczywiście dobrze. Tu potrzeba podzielić szpitale na dwie części. Inne potrzeby zupełnie mają szpitale prowincjonalne, inne taki jak krakowski i lwowski.

Co do prowincjonalnych muszę powiedzieć, że jak wspominałem, stanowczo od urzędzenia szpitala z jednej strony a od człowieka z drugiej strony zależy całe stanowisko szpitala i dziś nie tylko przez to, że szpital jest urządzony dobrze, ale właśnie przez to, że stoją na czele szpitali ludzie dzielni, idzie to wszystko zupełnie inaczej. Muszę przy tej sposobności, co do obsady powiedzieć, że, o ile miałem sposobność zetknąć się, spotkałem się z tą dążnością, aby jak najlepsze siły dla szpitala pozyskać. Powinna tu panować zasada, aby najdzielniejsze, najlepsze i najwięcej zasłużone siły pozyskiwać, jak również ta, aby wśród równych warunków, ten, który dłużej pracuje, miał pierwszeństwo nad tym, który pracuje krócej i t. d.

Obok sprawy kierowników szpitali, wyłoniła się sprawa sekundaryusy. Tu trzeba by się zastanowić nad tem, że rzecz ta w prowincjonalnych szpitalach trochę inaczej jak w miastach stołecznych musi się przedstawiać.

Trzeba wziąć bądź cobądź na uwagę, że jeżeli w mieście małym będzie sekundaryusz co trzy lub cztery lata się zmieniać, to gdzie on potem ma iść?

(P. Jordan. To mnie nic nie obchodzi).

Po tamtym przyjdzie drugi, gdzie ten znowu ma pójść? Otóż tu jest trudność, co z tymi ludźmi zrobić, bo jak będzie widział jeden, że tamten do niczego nie doprowadził, te może być, że i ten drugi nie będzie chciał pójść na prowincyę.

Że zmiany takie krótkie na 6, do 10 lat byłyby znacznej doniosłości, żeby się odświeżały siły, to nie ulega wątpliwości. Chcę dalej zwrócić uwagę na kwestyę obsadzenia posad w dużych miastach jak Lwów i Kraków, kwestya ta jest bardzo ważnego zna-

czenia dla podniesienia znaczenia szpitali z jednej strony i bardzo doniosłą społecznie dla stanu lekarskiego i wprost nauki lekarskiej.

W jaki sposób nadaje się posady w głównych szpitalach? Albo się daje człowiekowi pensję taką, że stawiać mu wolno za warunek, że ma się niczem innym nie zajmować, tylko szpitalem, albo też, jak niestety my musimy robić, daje się mu pewną pomoc, pewne subsydyum, bo 1.200 zł. pensji nie można przecież uważać za odpowiednią pensję dla człowieka, który poświęciwszy szereg lat, na zdobycie podstaw dla kierowania oddziałem głównego szpitala, on musi w inny sposób pracować, bo inaczej nie utrzymałby się z rodziną. My musimy ten drugi sposób praktykować, bo na inny nas materyalnie nie stać. Chodzi teraz o to, czy ten sposób jest rzeczywiście w naszych warunkach dobrze wykonywany i czy odpowiada możliwie zadaniom szpitali głównych, na których podniesieniu krajowi powinno zależeć, bo one powinny być wzorem dla innych.

Otoż nie dlatego, że prymaryusze szpitala krakowskiego i lwowskiego (nie mówię osobiście do nikogo tylko ogólnie), przy najlepszych chęciach wprost zadaniu swemu podołać nie są w stanie, jest wprost nie możliwe, aby tam gdzie są oddziały mające po 120 lub 140 łóżek albo nawet po 180, można pracować dokładnie.

Przecież lekarz nie jest w stanie tylu chorych zbadać a gdzież inne zająć? Z tego powodu lekarz choć z zapalem wejdzie do szpitala, po kilku miesiącach, może po latach, opuści ręce, a cóż się z tego dzieje? Prymaryaty w szpitalach lwowskim i krakowskim nie mogą w naszych warunkach, gdzie nie mamy uniwersytetów i klinik tylko dwie, za nic innego być uważane, jak za posterunki naukowe, które się powinny uzupełniać i one są tylko w Galicyi jedyne. W Poznańskiem Polaka już nie znajdzie prymaryuszem oddziału on nie dostanie.

U nas z powodu nawału i ogromnego materyału w oddziałach nie można nic zrobić i ostatecznie dyrektorzy szpitala muszą powiedzieć, że ci prymaryusze są tak obciążeni, że myśleć o naukowej pracy w tych warunkach nie można absolutnie.

Tymczasem przy innym urządzeniu, przy małych oddziałach n. p. 40 łóżek, jak to jest n. p. w Warszawie, wśród innych warunków kierownicy oddziałów mogą pracować i ponieważ ich po kilku jednakowe oddziały mają, mimowolnie wytwarza się emulacya w

pracy a pracować mogą, bo mają oddziały tylko po 40 łóżek.

Gdy jeden widzi, że drugi pracuje, to i on energiczniej bierze się do pracy i tych 40 chorych jest wygodnie obsłużonych i z korzyścią są leczeni. A u nas przy dzisiejszem urządzeniu jest to wprost niemożliwem.

Otoż dlatego twierdzą, że szpital stołeczny musi być w naszym kraju urządzony nie na wzorach jakichś obcych, niemieckich, stwarzających duże oddziały, bo to dla nas nie jest praktyczne, ale popatrzmy się np. na Warszawę i urządzmy je tak, jak tam tj. urządzmy małe oddziały. Powiecie Panowie, że to koszt znacznie podniesie — nie sądzę. Mniejsze oddziały odpowiednio i mniejsze wynagrodzenie byłoby musiało — i dzisiejsze fundusze podzielone wystarczyłyby mogły. Reorganizacya taka stopniowo przeprowadziły się dała. A są ludzie w kraju, odpowiednio ukwalifikowani, z pewnością chętnie posady takie by przyjmowali, byleby się dostać do materyału, a z pewnością by pracowali, bo mogliby, mając tylko 40 łóżek, a wtedyby ten szpital inaczej stanął i był tem, czem być powinien. Może być, że podniosłyby się początkowo koszta adaptacyi, bo trzeba by dla każdego oddziału jakiś pokoik urządzić na pracownię, na kancelaryę, na salę operacyjną, ale zysk byłby znaczny dla tych dwu głównych krajowych szpitali i dla ruchu naukowego całego i dla całego szpitalnictwa tak, że rzeczywiście rzecz warta zastanowienia tem bardziej, że my jedynie w Galicyi mamy możność kierowania tym ruchem. Iluż chorych byłoby lepiej umieszczonych, ileż ludzi zdolnych zyskałoby bez kosztów dla kraju miejsca dla naukowej pracy.

Tych kilka uwag rzuciłem dlatego, żeby na przyszłość, jeżeli będą otwierane prymaryaty w stołecznych miastach, aby te zasady po części wprowadzić w życie, a sądzę, że stan lekarski nie będzie czuł się pokrzywdzonym, jeśli nie będą, jak dziś, prymaryaty po 1.200 złr., ale mniej, tak żeby kraj pod tym względem większego wydatku nie poniósł. Dalszą rzeczą ważną bardzo jest, żeby szpitale tak prowincjonalne jak i główne utrzymywać stanowczo na wyżynie nauki. Trzeba im dać wszystko, co one mieć winny, a rzeczywiście dziś bez laboratoryów, choćby takich pod ręką, nie można sobie wyobrazić, aby można pracować, a przecież trudno chyba wymagać, aby kierownik szpitala lub oddziału kupował za własne pieniądze, bo skąd on do tego przychodzi, a zresztą i nie jest w stanie. Przyznaję, że są ludzie, którzy sobie ostatecznie wszystkiego

odmawiają i kupują, to dobrze, ale czy tak być powinno?

Jako trzecią rzecz podniosę myśl, aby od czasu do czasu były zwoływane zgromadzenia prymaryuszy, żeby raz na rok czy pod egidą Wydziału krajowego czy inspektora szpitali odbyło się takie zgromadzenie, na któremby każdy mógł poddać jakąś myśl i uwagę z własnego doświadczenia drugim szpitalom i z tego względu takie coroczne zebrania prymaryuszy byłyby też rzeczą ważną. Jakkolwiek z tego, co powiedziałem, pokazywałoby się, że mając mówić na ankietach o oszczędnościach, mówiłem o inwestycjach, to jednak sądzę, że nie przekroczyłem kwestyonariusza, bo jest nim objęta i kwestya inwestycji a sądzę, że gdyby się rzeczy, o których wspominałem, powprowadzało, to nie byłby to wydatek nieproduktywny i zresztą bardzoby mało albo i nic nie obciążał budżetu np. co do prymaryuszy i co do laboratoryów, bo wtedyby pokazało się, że my nie będziemy pozostawali po za obcymi szpitalami tak, żeby z biegiem czasu drogę wspomnianą na początku wyrównały.

Otóż co do tego punktu chciałem podnieść te myśli, a co do zasadniczej rzeczy o powstrzymywaniu chorych w wyjeżdżaniu gdzie indziej, to sądzę, będziemy mówić o tem przy omawianiu świadectw ubóstwa.

P. Kozłowski. W sprawie sekundaryuszy najzupełniej zgadzam się ze zdaniem p. prof. Jordana. Stabilizowano sekundaryuszy dlatego, bo takie były życzenia ze strony wielu bardzo lekarzy. Jest obowiązkiem kraju dbać o dobro lekarzy, którzy praktykują przy szpitalach i uwzględniać ich możliwe życzenia, z wyjątkiem tych żądań jednak, w których postulata lekarzy znajdują się w kolizji z interesem chorych i szpitali: Tam, gdzie taka kolizya zachodzi, interes lekarzy powinien ustąpić interesowi chorych. Zdaje mi się, że fakt, iż sekundaryusze będą mianowani tylko na pewną liczbę lat, ułatwi Wydziałowi krajowemu dobór sił, a potem rozkład tych sił. Może być, że sekundaryusz niewłaściwy w jednym szpitalu, pod kierunkiem innego prymaryusza w drugim szpitalu się do pożytecznej służby nada. To ułatwi Wydziałowi krajowemu taki rozkład sił, jak mu nakazuje interes szpitali.

Co się tyczy sprawozdań lekarskich, przypominam, że w Kulparkowie memoriał Członka Wydziału krajowego hr. Władysława Badeniego o reformie tego zakładu w roku 1887 kładł wielki nacisk na potrzebę działalności naukowej tego zakładu, a mianowicie na potrzebę ogłaszania sprawozdań lekarskich i na odbywanie peryodycznych pogadanek naukowych w gronie lekarzy zakładu. Potem

zdaje mi się na życzenie ankiety w 1891 r. obydwą te życzenia hr. Badeniego uwzględnił regulamin; żałować też należy, że potem nastąpiła co do tych punktów desuetudo rzekomo z tego powodu, że w gronach poselskich prace naukowe mało są czytane. Może być, że to prawda, że prace te nie cieszą się zbytnią popularnością w gronie posłów, ale zato mogłyby i powinnyby się cieszyć popularnością w gronach fachowych i mogłyby się przyczynić do rozwinięcia pewnej szlachetnej ambicji między lekarzami, pewnej emulacji między szpitalami, a także i do jeszcze większego, niż dziś podniesienia naukowego, humanitarnego i etycznego poziomu całego personelu leczniczego; dlatego byłbym bardzo za tem, aby nie odstępować od ogłaszania sprawozdań lekarskich, aby regularnie odbywać pogadanki naukowe, które lekarza strzegą przed zardzewieniem jego fachowej wiedzy i zmuszają iść za postępem nauki.

Podzielam zapatrywanie p. Gluzińskiego, że w szpitalach powinny się znajdować laboratoria, a o ile później wykażę, że może szpitale nasze niesłusznie i nie pod każdym względem bywają uważane za niżej stojące od wielu zagranicznych, o tyle co do niektórych punktów zachodzi różnica na ich niekorzyść, że prawie wszystkie zakłady zagraniczne w przeciwstawieniu do niektórych krajowych są opatrzone w laboratoria, bez których ja rozsądnej, z postępem czasu idącej działalności lekarzy sobie wystawić nie zdołam.

Chodzi teraz o kwestyę praktyki. Co się tyczy praktyki miejscowej, tam gdzie jest lekarz w swoim zawodzie zamiłowany, tam znajdzie on czas i na praktykę miejscową i na praktykę w szpitalu samym.

Co się tyczy praktyki zamiejscowej, ta odrywa często lekarzy szpitalnych od ich obowiązków w szpitalach, chętnie przyznaję, że lekarze są bardzo źle dotowani, że płaca jest bardzo skromną, ale z drugiej strony przyznać trzeba, że jeśli lekarz wyjeżdża i kilka dni go niema tak, że w razie groźnego wypadku go zawołać nie można i nie może dopomóc koledze sekundaryuszowi w razie jakiejś wątpliwości co do postawienia dyagnozy, albo jeśli nie może w czas przeprowadzić operacji, to w tych wypadkach, wyjazdy lekarzy na dłużej, jak na pół dnia są z dobrem szpitala niezgodne.

Pewne ograniczenia praktyki zamiejscowej byłyby też do zalecenia.

Co do zmniejszenia kosztów utrzymania w szpitalach zagranicznych, powracam do myśli karteln, który chciano zawrzeć z wszy-

stkimi szpitalami austriackimi przed wydaniem ustawy o swojszczyźnie.

Czeski Wydział krajowy rozesłał okólnik do wszystkich Wydziałów krajowych, gdzie tę rzecz poruszył; Czechy bowiem finansowo najgorzej na nieograniczonym wykonaniu dziś obowiązujących ustaw i rozporządzeń wychodziły, gdyż bardzo wielu Czechów jest rozproszonych po świecie, a wielu bawi we Wiedniu a ponieważ koszta leczenia we Wiedniu są znacznie droższe niż w czeskich krajowych szpitalach, Czechy bardzo znaczne sumy opłacały wiedeńskiemu szpitalowi, co było wielkim ciężarem dla czeskiego skarbu krajowego w Czechach. Czechy tedy proponowały kartel a mianowicie postanowienie, aby natychmiast po przyjęciu chorego z jakiegoś kraju koronnego Wydział krajowy tego kraju był o tem zawiadomiony i tam gdzie się to bez szkody dla chorego odbyć może, aby chory był natychmiast lub po pewnym przeciągu czasu do ojczyzny przeniesiony. Później rokowania odnośnie zostały odroczone aż do uchwalenia ustawy o swojszczyźnie, którą w r. 1896, czy 1897 ogłoszono.

Jaki jest dalszy tok tej sprawy, nie wiem, ale sądzę, że należałoby się tu porozumieć z czeskim Wydziałem krajowym, który pod tym względem jest najbardziej interesowanym i już w tę akcyę zaangażowanym, a można być pewnym jego poparcia i czyto w drodze kartelu, czy w drodze ustawy lub rozporządzenia rządowego podobne przyjmowanie tych chorych, którzy nie mają prawem przypisanych warunków, do obcych szpitali ograniczyć i przeprowadzić szybkie odstawienie do kraju tych chorych, których bez uszczerbku dla zdrowia przewieść można, a zdaje mi się, że może oprócz jednej Niższej Austrii, w której wiedeński szpital ma wysoką takse, jest jednak tak przepełnionym, że też interesu w tem, aby mieć jeszcze więcej chorych, wszystkie inne kraje koronne zgodziłyby się z tą propozycją.

Co do pytania, czy szpitale wszystkie zagraniczne są znacznie lepsze od naszych pod względem ładu, porządku i starania o chorych, są zapewne szpitale urządzone lepiej, niż nasze, a nawet są szpitale urządzone zbyt kownie.

Najlepszy szpital na świecie, jaki widziałem i najwspanialszy budynek jest w Birmingham. Nie widziałem nic równego jemu pod tym względem w życiu. Sale ogromne, w nich po 8, po 6 chorych, okna się nie otwierają, ale są hermetycznie zamknięte, powietrze przychodzi za pomocą wentylatorów przez filtry, przez cały szereg mokrych szmat a że całkiem czyste wchodzi do wentylatorów, poznać można, bo jak się palec

przyłoży do tych mokrych szmat, przez które w celu oczyszczenia przechodzi powietrze, staje się czarnym jak wegiel. Wszystkie łóżka dadzą się bez hałasu przesuwac na kółkach gutaperchowych, w każdej sali cały szereg przyrządów do ustawiania poduszek, i regulowania ich wysokości, do pisania w łóżku i t. d., w każdej sali windy do przeniesienia potraw i lekarstw, kwiaty, książki, dzienniki, w salach dzieciennych zabawki dla dzieci, a potem jest wielka ilość służby; na trzech chorych przypada jedna służąca i służące zmieniają się w ten sposób, że nigdy służba nie trwa dłużej nad dobę a w całości tylko trzy dni na tydzień. Dalej jest osobne skrzydło dla służby, a w niem dla każdej służącej osobny pokój, sale do zabawy dla służby z fortepianem, weranda i oranżerya. To jest niewątpliwie ideał szpitala, zapewne na to nas jednak nie stać.

Z drugiej strony jednak, jeśli porównamy z naszymi szpitalami niektóre szpitale w stolicach, do których nasi chorzy jeżdżą, bo zdaje im się, że tam jest lepsze urządzenie, porównanie to wypada niejednokrotnie na korzyść naszych szpitali n. p. szpital Charite w Berlinie jest tak przepełniony, że sam widziałem, jak na jednym tapczanie leżały na oddziale syflicyżnym dwie nierządnice.

Chorzy leżą nietylko w salach, ale zalowane łózkami bardzo źle ogrzewane kurytarze, na których takie przeciągi, że jest wprost nie do uwierzenia, jak w nich chorzy mieszkać mogą.

Znam wiele czeskich szpitali prowincjonalnych i śmiało mogę twierdzić, że nasze szpitale prowincjonalne zwłaszcza od czasu wprowadzenia Sióstr Miłosierdzia, co się tyczy porządku i czystości, wytrzymują zupełnie porównanie z czeskimi. Tamte są droższe dlatego, bo koszta utrzymania chorego, a mianowicie ceny ziemiołódów, i mięsa i koszta administracyi są większe.

Nieusprawiedliwiony pesymizm co do naszych stosunków, a mianowicie przekonanie, że wszystko u nas jest złem, a że w innych krajach wszystko jest lepszem, należy zwalczać. Z tego przesądu należy się wyleczyć, a co więcej trzeba by z niego wyleczyć społeczeństwo, bo przesąd ten odejmuje mu wiarę we własne siły.

Co się tyczy projektu zaprowadzenia pierwszej i drugiej klasy w szpitalach dla zamożniejszych, samopłacących i powiększenia tym sposobem dochodów szpitalnych, jestto ładna myśl i toby się dało wykonać, ale trzeba by wprzód wykorzenić przesąd, o którym mówiłem a potem dopiero przekształcać te budynki, a tam, gdzieby się stawiało nowe

budynki, należałoby uwzględnić potrzebę pierwszej i drugiej klasy.

P. Kohlberger. Co się tyczy budynków dla pierwszej i drugiej klasy, nigdzie brak tych budynków tak nie daje się czuć jak w szpitalu dla umysłowo chorych, bo tu zamożniejsi chorzy, chcąc mieć większe wygody, musieliby chyba część swoich apartamentów na szpital zamienić, co się czasem praktykuje, a co z ogromnym kosztem jest połączone, bo trzeba wziąć osobnego lekarza, a jednak jeżeli jest mowa o wyjeździe za granicę, to najbardziej tyczy się to obłąkanych, którzy do publicznego zakładu dla obłąkanych przyjść nie chcą, bo tam niema odpowiednich warunków nawet na pierwszej klasie, z powodu braku miejsca. Na pierwszej klasie musi chory mieć osobny pokój i aby go opróżnić, trzebaby trzech innych chorych dać gdzieindziej a jeśli nie ma miejsca, to nie wiedzieć, gdzie ich pomieścić.

Niedawno był wypadek, gdzie trzeba było dać chorego na pierwszą klasę i rodzina na drugi dzień go zabrała dlatego, że niema warunków dla takich chorych, którzyby mieli pretensję do wygody. Z tych powodów chorzy umysłowo, choć tak znaczną ilość jest z dobrych stanów, idą wszyscy prawie za granicę lub leczą się wyjątkowo w prywatnych zakładach.

Gdyby w kraju urządzone były trzy zakłady dla chorych umysłowych, toby podniosło ogromnie dochody, bo możnaby wyższe ceny ustanowić tak, że każdy chory w drugiej klasie co najmniej utrzymywałby jednego chorego w trzeciej klasie, a chory w pierwszej klasie utrzymywałby dwu innych. Otóż byłoby to z korzyścią dla kraju, gdyby tak przy szpitalu powszechnym przy Lwowie i Krakowie a specjalnie dla obłąkanych w Kulparkowie urządzone były osobne pawilony dla ludzi zamożnych.

Co się tyczy laboratoryów, to najbardziej brak tego czuje zakład kulparkowski. Obecnie jest w całym laboratoryum odwieczny mikroskop, który musieliśmy dać przerobić, a mikrotonu całkiem niema a przecież dziś bez niego obejść się nie można. Tak samo niema laboratoryum chemicznego. Ja robiłem starania, jak tylko przyszedłem, ale wszystko rozbijało się wrzekomo o zbyt wielkie koszta.

Przecież te koszta nie są znaczne. Pewnie dotacya jednorazowa większa byłaby niezbędną, ale potem stosunkowo niewielki dodatek roczny pozwoliłby te laboratorya na odpowiedniej stopie utrzymać. Byłoby to wielką zachętą dla młodszych lekarzy. Prawda, że dziś jest przepełniony zakład tak, że lekarze nie mogą podołać czynnościom, ale

przecież niektórzy mają takie zamiłowanie, że przecież znajdują czas i oddadzą się naukowej pracy, jeżeli będą mieli sposobność i warunki do tego, aby pracować, podczas gdy dziś tego niema. Nie dziw więc, że wobec takich stosunków lekarzy odpowiednich nie można wykształcić i nie można pracować naukowo tak, aby zakład stał na wyżynie takiej, by mógł światu imponować, co jedynie byłoby możliwe gdyby warunki były korzystniejsze. Ja sam pracowałem dłuższy czas w zagranicznych różnych pracowniach, jestem obznajomiony z pracami laboratoryjnymi a przyznać się muszę, że wiele rzeczy zapomniałem, bo nie mam sposobności pracować dalej. Otóż byłoby to z wielką korzyścią, aby to urządzono tak, żeby lekarz nietylko nie zapomniał, tylko wyżej się kształcił, bo potem mogą nas inni w lepszych warunkach się znajdujący przejść, a przecież dla kraju nie jest korzystne, żeby szukał dopiero za granicą osób, które na posady pewnie wyższe szłyby tu niż w swoim kraju zajmują.

P. Niedzielski. W drugim ustępie 4-go punktu kwestynaryusza jest zawarte pytanie, czemuby zapobiedz, aby chorzy nie wyjeżdżali do droższych szpitali lub za granicę. Co do zagranicy mamy rozporządzenie Wydziału krajowego z roku 1866 do dziś niezniesione. Na zapytanie bukowińskiego Wydziału krajowego do niższej Austrii w tym kierunku wystosowane, że z Bukowiny bardzo wielu izraelitów chorych na oczy, na zapalenie egipskie i inne długotrwałe choroby udaje się do Wiednia o własnym koszcie, tam na podstawie świadectwa ubóstwa zostają do szpitala przyjęci a potem przychodzi kolosalny rachunek, bukowiński Wydział krajowy odniósł się do Wydziału krajowego w Galicyi i ten podzielił jego zapatrywanie i wystosował odezwę z prośbą, aby wszystkich izraelitów, którzy wprost z Galicyi przyjeżdżają a nie są we Wiedniu stale zamieszkali, jeżeli nie mają osobnego pozwolenia ze strony Wydziału krajowego lub nie zapłacą z góry trzymiesięcznej taksy, do szpitala nie przyjmować, a w razie wyjątkowego przyjęcia każdocznie Wydział krajowy zawiadamiać. Za moich czasów zawsze tak było, że wiedeński szpital tego samego dnia zawiadamiał Wydział krajowy a ten albo przyjął do wiadomości przyjęcie chorego i potem koszta za niego zarachował, albo odpowiedział, że kosztów płacić nie będzie i szpital w tej chwili chorego wydał, na tej podstawie, że mu powiedziano: tyś powiedział, że przybywasz wprost ze Lwowa się leczyć a ty masz we Lwowie przecież lekarzy, więc lecz się tam. Tem bardziej że w szpitalu lwoskim była taksa niższa niż obecnie, bo wynosiła 70 ct., gdy we Wiedniu była zawsze w kwocie 1 zł. a dziś nawet jest

wyższa. Ja tedy sądzę, że możnaby zapobiedz choć w części udawaniu się chorych do innych szpitali przez to, żeby wznowić ten punkt do wszystkich krajowych Wydziałów o tym kartelu. Mnie nie wiadomo, aby Wydział krajowy w ogóle coś tu traktował, więc bardzo łatwo możnaby teraz rzecz poruszyć, żeby Wydział krajowy zechciał do wszystkich szpitali zagranicznych wydać taką odezwę, że jeżeli chorzy, którzy mogą być tu w Galicyi leczeni, którzy nie są obłożnie chorzy i skoro mają tyle zdrowia i pieniędzy, że mogą jechać za granicę, aby ich nie przyjmować i że Wydział krajowy za nich płacić nie będzie. Taby też znacznie obniżyło koszta ponoszone przez kraj.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Ponieważ widzę, że nikt głosu nie zabiera, przeto uważam dyskusję nad punktem 4. kwestyonaryusza za ukończoną.

Przystępujemy do dyskusji nad punktem 5. kwestyonaryusza, który brzmi: „czy dzisiejszy sposób ściągania kosztów leczenia jest praktyczny ewentualnie jakie wprowadzić ulepszenia. Głos ma p. Jasiński.

P. **Jasiński**. Szpitale prowincjonalne podobnie jak każdy zakład przemysłowy muszą mieć fundusze na prowadzenie gospodarstwa. Zakład przemysłowy, gdy mu brak funduszków, nie może prowadzić swego gospodarstwa rentownie i musi upaść — tak samo i nasze zakłady humanitarne nie mogą prowadzić racjonalnego gospodarstwa, jeżeli brak im stałych dochodów.

Szpitale prowincjonalne jak wiadomo mają jedyne dochody z taks leczenia. Ściąganie jednak tych taks jest dziś rzeczą utrudnioną dlatego, że ani Wydział krajowy ani Dyrekcyja szpitali nie mają władzy egzekutywnej do ściągania tych taks, a tylko udają się o pośrednictwo do Starostw, zwierzchności gminnych i Magistratów.

Gdy nadto ustawa nie przyznaje tym autonomicznym Władzom prawa wzywania Władz politycznych, jeno określa w ten sposób, że mogą odnosić się z prośbą o pośrednictwo, Władze polityczne nie poczuwają się widocznie do obowiązku energicznego występowania w obronie funduszu krajowego i skutkiem tego należytości za leczenie wpływają bardzo skromnie i nie stoją w żadnym stosunku do wydatków, jakie szpital ponosi.

Doprawdy z przykrością ale muszę podnieść i ten szczegół, który charakteryzuje, do jakiego stopnia władze polityczne nie idą na rękę szpitalom, przy ściąganiu kosztów leczenia, jeżeli nawet nie nadsełają

dla rzeczywiście ubogich chorych świadectw ubóstwa, któreby szpitalom dawały możliwość zarachowania kosztów leczenia z funduszu krajowego, który z mocy ustawy z roku 1875 jest obowiązany do pokrywania tych kosztów leczenia.

Weźmy zamknięcia rachunkowe ze szpitali prowincjonalnych, które Wydział krajowy w sprawozdaniu za ostatni rok przedstawił, a przekonamy się, że dochody, które szpitale mają z taks leczenia, nie stoją w żadnym stosunku do wydatków, jakie szpitale ponoszą na leczenie chorych.

Ten brak gotówki jest następstwem, że szpitale brną z roku na rok w coraz większe długi. Dochodzi nieraz do tego stopnia, że szpitale nie są w stanie pokryć z tych taks, które wpływają od samopłacących, od kas chorych i z funduszu krajowego wydatków całorocznych tj. na żywienie chorych, opał, bieliznę i tym podobne nieodzowne potrzeby i wystarcza im zaledwie na opędzenie potrzeb kilkumiesięcznych, jak to sprawdziłem na niektórych szpitalach, na zapłacenie swoich należytości za 8 lub 10 miesięcy.

Ale proszę Panów, jakie z tego wynikają konsekwencye dla tych szpitali. Oto zamknięcia rachunkowe obejmują tylko należytości uiszczone, bo inaczej być nie może. Należytości jednak uiszczone nie są obrazem rzeczywistych wydatków, a ponieważ taksa leczenia może być wymierzona na podstawie zamknięcia rachunkowego, naturalnie taksa leczenia nie odpowiada rzeczywistym potrzebom.

Podam tu przykład cyfrowy.

Uiszczona należytość w danym szpitalu wynosiła przypuścmy 50.000 koron. (Dotąd i przy obecnej kontroli i sposobie prowadzenia rachunkowości przez organa na miejscu w szpitalach prowincjonalnych Wydział krajowy prawie nigdy nie wie, jaka była rzeczywista należytość).

Otóż przyjąć trzeba wykazane uiszczenia jako należytość istotną. Szpital ten sam wykazuje, że miał przypuścmy 60.000 dni leczenia, a więc taksa wymierza się w ten sposób, że należytość 50.000 koron dzieli się przez 60.000 dni leczenia i wyprowadza się takę jak np. w przemyskim szpitalu na dziewięćdziesiąt i parę halerzy. Tymczasem ja wiem, że należytość, którą ten szpital przemyski uiszczył w r. 1900, mając dochód z taks 73.32 koron, nie wystarczyła na pokrycie wszystkich potrzeb, bowiem z końcem roku 1900 pozostała należytość nie zapłacona w kwocie około 10.000 koron a taksa na rok 1901 została wymierzona na podstawie tej uiszczonyj należytości i na podstawie

ilości dni leczenia, jaka była w r. 1900. Naturalna rzecz, że szpital przemyski w r. 1901 nie tylko że nie będzie w stanie pokryć swoich należności bo dostanie takse niższą niż, mu się istotnie należy, ale też nie będzie miał możliwości pokrycia tej zaległej należności, jaka z r. np. 1900 pozostanie, ewentualnie jeżeli ją pokryje i bo pokryć musi, nie może mu wystarczyć na bieżące potrzeby roku 1901.

I tak mniej więcej w tym samym stosunku rzecz się ma i w innych szpitalach prowincjonalnych i z wymiarem taksy i z płaceniem należności. Stan taki nie może naturalnie dobrze wpłynąć na gospodarkę w szpitalach.

Ta ujemna strona braku gotówki ma jeszcze dalsze następstwa — następstwo złej gospodarki. Przedsiębiorcy wiedzą bardzo dobrze, że szpitale w takim położeniu finansowym się znajdują i że prowadzi się w szpitalach gospodarstwo takie, że brak powiem z dnia na dzień.

Dlatego przedsiębiorcy oferując dostawę towarów już z góry liczą się z tem, że na należność swoją czekać będą kilka miesięcy i do cen za tę zwłokę doliczają sobie sowite procenta.

Nie przesadzę, jeżeli powiem, że na dostawach w szpitalach prowincjonalnych marnuje się co najmniej 10% ogólnego wydatku, co da się określić ogólną mniej więcej cyfrą 100.000 koron rocznie.

Z wykazów dochodów w szpitalach można się przekonać, że główną podporą i źródłem które zasila gotówką szpitale, jest fundusz krajowy. Ogólny dochód szpitali w r. 1900 wynosił 1.051.795 koron. Na to zapłacił Wydział krajowy takse 891.831 koron (mówię tylko o szpitalach prowincjonalnych), od obcych funduszów wpłynęła kwota 40.722 koron, od samopłacących 47.165 koron, a dochody własne i rozmaite wraz z zapasami kasowymi wynosiły 72.076 koron czyli jak widzimy przeważnie utrzymuje szpitale prowincjonalne taksa, którą ponosi fundusz krajowy.

Ale ten kraj nie jest już w stanie więcej żyć, jego ramy nie mogą podołać i innym bardzo potrzebnym gałęziom gospodarstwa krajowego, a więc wszelkie podniesione tu przez Pauów braki w gospodarstwie szpitalnem nie mogą obarczać funduszu krajowego, jeno w tych samych ramach wydatku, jaki dziś kraj ponosi na szpitalnictwo, dążyć trzeba, by mogły być pomieszczone. Jestem pewny, że to się da przeprowadzić, że powinny się znaleźć mikroskopy, że mogą być urzą-

dzone laboratoria, że nie będą przetrzymywani w szpitalach chorzy, ażeby tym sposobem wyprowadzać sztuczną ilość dni leczenia w wypadkach tych, w których koszta leczenia ponosi kraj, to jest ażeby osiągnąć jak największą należność z funduszu krajowego. (Głosy: tak jest). Ale do tego potrzeba kontroli i trzeba dać szpitalom fundusze na opędzenie codziennych potrzeb.

Pozwolą Panowie że poruszę tu także sprawę ściągania kosztów leczenia od samopłacących. Jak już powiedziałem, od samopłacących i od obcych funduszów w ciągu roku 1900 dla 29-ciu szpitali wpłynęła kwota 87.887 koron. W tej kwocie mieści się kwota 40.722 koron od obcych funduszów wywalczona przez Wydział krajowy — bo z obcemi Władzami nie korespondują szpitale bezpośrednio, tylko odnoszą się do Wydziału krajowego, który bezpośrednio przeprowadza korespondencję — więc de facto chodzi tylko o wywalczenie 47.165 koron od samopłacących.

Dla wywalczenia tej kwoty 47.165 koron w ciągu roku 1900 wydały szpitale okragło 24.000 kron na siły kancelaryjne (mówię wyłącznie o urzędnikach w szpitalach prowincjonalnych) a więc rzeczywiście uzyskały szpitale dochód tylko w kwocie 23.000 koron.

Ale i ten dochód 23.000 koron to tylko dochód na papierze. Gdyby można skontrolować istotny wydatek poniesiony na personal, a jest to dziś bardzo trudno Wydziałowi krajowemu przy obecnym sposobie sporządzania zamknięć rachunkowych i przy obecnym systemie prowadzenia rachunków kuchennych, wydatek na personal byłby znacznie większy. Ja mam to głębokie przekonanie, że w wydatku na chorych jest tam pewna i może dosyć nawet kwota, którą szpital ponosi na utrzymanie personalu. Dlatego kwota uzyskana od samopłacących redukuje się do cyfry nieznacznej. Byłbym więc zdania ażeby ze szpitalami prowadził Wydział krajowy rachunek mianowicie w ten sposób. by im zwracać za każdy dzień leczenia przypadającą takse bez względu, czy chory jest w stanie zapłacić koszta lub nie — a następnie by Wydział krajowy sam wywalczał zwrot kosztów leczenia od tych osób, które będą w stanie je zapłacić.

Wywody więc spisane z chorymi powinny być przedkładane Wydziałowi krajowemu. Czas, jaki dziś traci personal w Wydziale krajowym przy trutynowaniu dokumentów, które nadsyła szpital z rachunkami kwartalnymi, obracany być może na przeprowadzenie korespondencji o wywalczenie kosztów. W każdym razie korespondencja pro-

wadzona przez Wydział przyniesie bez porównania większą korzyść funduszowi krajowemu, jak obecnie ta, którą prowadzą najmniej do tego powołane osobistości najęte w biórach każdego szpitala.

W taki sposób szpitale będą mieć zapewniony stały dochód i wówczas będzie można myśleć o zaprowadzeniu tych wszystkich ulepszeń w szpitalach i będzie można osiągnąć znaczną oszczędność w każdym kierunku.

Jednak, by można uczynić jakieś ulepszenia, przedewszystkiem należy wprowadzić potrzebny ład w obecnej gospodarce.

Skończyłem.

P. Kozłowski. W sprawie ściągania kosztów leczenia od samopłacących spisano już całe foliały, a niema w tym względzie polepszenia, bo znaczna liczba płacących zalega, co wywołuje zamęt w całej rachunkowości szpitalnej. Z żalem też muszę stwierdzić, że jasności i przejrzystości w rachunkowości naszych szpitali niema.

Co do ściągania kosztów należałoby się przedewszystkiem upomnieć o prawo politycznej egzekucji dla szpitali a dopóki tego niema, w drodze osobnej deputacji i do Namiestnictwa i do Wydziału krajowego wystać się mającej upomnieć się, żeby starostwom nakazano szybkie ściąganie należności. Rezolucye sejmowe i krytyka w Sejmie wypowiedziana dotąd były bezskuteczne.

Powolne wpływianie tych należności nie może jednak bynajmniej stawać się przyczyną podrożenia artykułów żywności i droższej administracji, a tam, gdzie szybko ściągnąć należność nie jest możliwem, Wydział krajowy powinien przyjść w pomoc zaliczką, bo branie na kredyt ze strony szpitali, to pierwszy krok do nieporządku w administracji szpitali i rachunkowości, tudzież do wyzyskania ich przez dostawców. Szpital powinien brać dobry materyał i płacić gotówką.

P. Jabłoński. Wnioski p. Jasińskiego zupełnie trafiły mi do przekonania, ale tylko jako środek przejściowy, który na razie pomóc może — na razie, bo właściwe złe tkwi w tem, że ustawa normująca stosunki szpitali prowincjonalnych zupełnie na fałszywej stanęła podstawie. Interes pojedynczych szpitali, jak wielu z nas wie, jest zupełnie sprzeczny z interesem kraju.

Kraj faktycznie utrzymuje szpital, bo utrzymuje go taksami leczenia w stosunku tak przeważającym, że reszta przedstawia tylko bardzo małą kwotę. Lekarz szpitala, któryby jak najrygorystyczniej chciał wypełnić polecenia Wydziału krajowego, stoi wobec

konieczności, że jeśli będzie bardzo usłuchliwym, to jego szpitalowi będzie groził upadek a stosunek jego do siostry przełożonej stanie się niemożliwym, bo ta codziennie będzie przychodzić i skarżyć się: Bój się Boga panie dyrektorze, znowuś pan dziś 10, wydalili, co my będziemy dalej robić! To się będzie powtarzać trzy razy na tydzień, bo stosunek jest tak anormalny, że szpital ma inny interes a Wydział krajowy inny.

Zdaje mi się, że racjonalnym a jedynie możebnym czynem zaradzenia temu złemu, przyjąwszy naturalnie na razie to co, p. Jasiński mówi, jako środek, nimby się to przyjęło, jest zmiana ustawy i urządzenie w ten sposób, żeby ten, co w istocie utrzymuje szpital, przyznał się do tego i powiedział: ja utrzymuję, ja płacę, żeby naznaczył taksę ale tylko dla tych, którzy płacą za siebie, lub według ustawy, inni są obowiązani za niego płacić.

Ci niech mają taksę, ale inni niech nie będą według taksy, tylko niech będzie nadzór nad szpitalami naszymi dobry, niech będą karane wszystkie nadużycia, ale niech potrzeby pokrywa gotówką. Niech łamie głowę ale na tę małą ilość dni leczenia, które pokrywają inne fundusze jak fundusz krajowy naznaczyć taksę ale realną.

Niech ten lekarz wie, że jego szpital nie upadnie, jeżeli będzie miał o kilka tysięcy dni leczenia mniej. Niech nareszcie administrująca w szpitalu Siostra Miłosierdzia wie, że chory na jej prześcieradłach leżeć będzie, choć będzie o parę tysięcy mniej dni leczenia.

W ten sposób będzie możebną oszczędność, ale dziś, gdy lekarz jest w ciągłej kolidzi między tem, że jest prowadzącym szpital i temu szpitalowi z obowiązku, sumienia i serca jak najlepiej życzy, a musi pamiętać, że jest równocześnie obywatelem kraju, który powiuen oszczędzać fundusz krajowy.

Zasada jest w gruncie mojem zdaniem fałszywa, która ustanowiła, że szpital utrzymuje się sam, bo to jest nieprawdą. (Przepraszam za słowo). Szpital utrzymuje kraj, niechże kraj ponosi kosztą utrzymania i przynajmniej do tego. Wtedy nie będzie zaległości, nie będzie ciągłych niedoborów, szpital nie będzie płacił lichwy przy wszystkich artykułach, jak słusznie podniósł p. Jasiński.

Przeprowadzić to byłoby możebnem. Byłaby to dalsza droga ale przejściową do tego byłoby to, co proponuje p. Jasiński. Ta sprawa jest bardzo piekącą we wszystkich szpitalach prowincjonalnych i sądzę, że wszyscy przyznają, że w istocie wtenczas zmniejszą

szy się bardzo dużo ilość tych, którzy wtedy, gdy nie będziemy mieli domów przytułku, będą musieli zalegać szpitale i zmniejszą się koszta gospodarki w szpitalach, które każdego, gdyby był gospodarującym z własnej kieszeni, musiałyby doprowadzić do bankrutwa.

Rozmyślnie robimy to, że płacimy lichwę, rozmyślnie to, że dostajemy gorszy towar, bo jaka płaca, taki towar, rozmyślnie robimy to, że zmuszamy lekarzy szpitalnych do przetrzymywania tych chorych dlatego, żeby ich szpitale mogły jako tako wegetować i rozmyślnie potem narzekamy, że wydaliśmy za wiele pieniędzy.

Mam przekonanie, że tego wszystkiego nie będzie, jeżeli raz zdobędziemy się na tę odwagę i te motywa pominiemy, które sądzę były niesłuszne i otwarcie powiem, że ci, co płacą, przyznali się do tego, co płacą. Kraj tu utrzymuje, niechże kraj utrzymuje.

Jeszcze jedno powiem, że ten sposób, jaki jest dziś, jest zupełnie nie właściwym, bo my łudzimy siebie i Wydział krajowy łudzi nas przy robieniu budżetu szpitalnego. Wszystkie budżety szpitalne — mówię to z podniesionem czołem — już 20 lat prowadząc szpital — nie mogą być dokładne.

(Głosy. Tak jest).

Wszelka podstawa brana na wypośredkowanie taksy leczenia jest zupełnie błędną i fałszywą, bo Wydział krajowy ze złe mojem zdaniem pojętego interesu ciągle naciera na to, żeby wykazać na nieprawdziwych danych, że ten szpital obstoi przy małej taksie a szpital w własnym interesie wykazuje może czasem o odrobinę więcej, jak potrzebuje i z tego wychodzi przeciętna taka, że zawsze nie dostaje i z roku na rok niedostaje i nareszcie są zaległości.

Któż więc zaciągnął dług? Oczywiście kraj, bo się przecież nie zwinnie tego szpitala. Jak te zaległości wzrosną do stanu nadmiernego, wtedy daje się dużą zaliczkę spłacalną z przyszłych dochodów, które jednak nigdy na utrzymanie nie wystarczają. Szpital kontent, dostał kilkanaście tysięcy koron, niektóre dziury się zapchało i mając dziurę w kieszeni, mamy z przyszłych dochodów, które nam nie wystarczają, spłacić zaliczkę. Wydział krajowy jest wprawdzie osobą moralną, ale bądź co bądź podziela uczucia pojedynczego człowieka, widzi, że ten biedny szpital płacić nie może ale, że musi być wszystko punktualnie zapisane, więc się zapisuje znowu na niedobór i tę zaliczkę i to wszystko, co miał spłacić i z biegiem czasu wyrośnie okropna litania nowego niedoboru i ciągle to samo gospodarstwo.

Proszę Panów, czy gdyby takie gospodarstwo prowadził pojedynczy człowiek, czy nie prowadziłoby go ono wprost do ruiny?

Jeszcze jedno powiem może niepotrzebnie, ale my tu wszyscy jesteście jednym żywieniem uczuciem, powiem, że choć wielką potwarzą na nas jest mówienie o naszej „polnische Wirtschaft“ ale w szpitalnictwie naszym zupełnie „polnische Wirtschaft“ panuje.

P. Ponikło. Jedną uwagę zrobię, że zarządom szpitali prowincjonalnych zależeć musi ze względów finansowych, aby jak najwięcej dni leczenia wykazać. To ma pewne ale, to tylko w takim przypadku jest w całej rozciągłości prawdziwym, jeżeli szpital jest słabo frekwentowany, bo jeśli szpital jest zapełniony zawsze, ma np. 100 łóżek i te mogą być zawsze zajęte, to to nie demoralizuje i to nie może mieć podanego wpływu, bo przecież wszystko jedno zarządowi, czy ma łóżko zajęte 365 razy na rok przez chorego a, czy przez chorego b, bo jak jeden wyzdrowieje, to przychodzi drugi, chyba gdyby doprowadził do przepełnienia.

P. Jasiński obrachował, że 24.000 koron wypada na koszta administracji, w części na urzędników korespondencyą o koszta leczenia zajętych. Nie wiem, czy wziął w rachubę, że ten urzędnik też inne czynności wykonuje. Więc byłby w każdym razie jakiś urzędnik potrzebny, może być że nie dwóch, tylko jeden. Jeżeli p. Jasiński wziął to w rachubę, (p. Jasiński: tak jest.) — to tu jednakowoż, ponieważ to zawszeby przełom pewien zrobiło w tej rachunkowości, zdawałoby się wskazanem zrobienie próby w jednym albo drugim szpitalu. Okazałoby się czy to jest praktycznem. Oczywiście w przypadkach gdzie uzyskanie kosztów jest jasne i niewątpliwe, to będzie korespondował sam Wydział krajowy, w wypadkach takich wyjątkowych coś wreszcie się uzyska.

Ale powiem jedną rzecz wkraczającą w ten paragraf, odnoszącą się wyłącznie do szpitala krakowskiego (bo chodzi nietylko o sposób ściągania kosztów, ale o to, żeby był efektywny i korzystny dla funduszu krajowego). Otóż np. w szpitalu krakowskim 31.000 koron jest w budżecie, które się otrzymuje od funduszków zakrajowych. Teraz dochody własne szpitala św. Łazarza wynoszą 63.000 koron z odsetek „funduszu szpitalnego“. Tego zdaje mi się szpital lwowski i inne nie mają, bo tu wszystko fundusz krajowy opłaca. W razie ściągania od zakrajowych 63 ct., gdy koszta rzeczywiście są około 75 ct., dajemy gratyfikację innym krajom w wysokości 26—30 halerzy. Dlaczego? Oni

ściągać od nas wszystko, co ich kosztują chorzy nasi tam leczeni, a my mniej.

Otóż gdybyśmy w ten sposób postąpili jak w Wiedniu, gdzie mają takse „für zahlnugsfähige Wiener“, a osobną dla przynależnych do innych gmin, toby to wprawdzie wiele nie przyniosło, ale byłoby racjonalne, bo ten fundusz szpitalny tylko dla kraju służyć ma, a „Reciprocitas“ niema. Więc dlaczegoż nie mamy wziąć 6000 koron, z tego możnaby utrzymać np. 6 sekundaryuszy.

Tę uwagę pozwoliłem sobie zrobić, bo zdaje mi się, że byłoby możebnem rzecz tę wykonać. Jeżeli chory kosztuje rzeczywiście 75 ct., niech płać 75 centów a nie 63 ct., inaczej bowiem czynimy z tej reszty darowiznę.

P. Niedzielski. W tej materii, którą podniósł p. Pomkło, jestem i ja osobiście interesowany, ponieważ tę sprawę, którą on podniósł, ja przedstawiałem Wydziałowi krajowemu. Chcieliśmy tak zrobić, aby płacili obcokrajowcy taką takse, jak nas kosztuje, a nasi aby płacili mniej. Ponieważ jednak w aktach fundacyjnych, gdzie te kapitały są zapisane dla ubogich chorych, nigdzie niema powiedziane, że to jest wyłącznie dla naszych, nadto gdy Ministerstwo spraw wewnętrznych co do innego szpitala w analogicznym wypadku nie zgodziło się bezwarunkowo na to, aby w jednym i tym samym szpitalu były dwie takse, z tego powodu Wydział krajowy nie mógł tego wykonać i musiał od zamiaru odstąpić.

P. Sawicki. Zwracam uwagę, że zaległości kosztów leczenia w roku 1901 wynosiły w szpitalach prowincjonalnych 433.282 koron. To wskazuje, że zaliczkowo kosztów tych pokryć nie można tem więcej, że corocznie ta pozycja rośnie przynajmniej o 50.000 koron i urośnie kiedyś do bardzo znacznych sum, które przypadną dla szpitali prowincjonalnych.

P. Mars. Chcę tylko dodać niektóre drobnostki do podniesionych tu uwag. I tak: co się tyczy długów, które mają szpitale, powiem, że jeden z kolegów obliczał je na 3.000.000 koron, tj. te długi, które mają szpitale prowincjonalne, a które nigdzie nie są wykazane. Może to jest cyfra przesadzona, (p. **Niedzielski:** przesadzona stanowczo.) ale tyle mają te długi wynosić. (**P. Starzewski:** ja obejmując szpital tarnowski zastałem 12.000 zfr. długu za bułki itp. drobniejsze rzeczy).

Co do ściągania taks, to zanim dalej idące sposoby doprowadzą do celu, sądzę, że na razie wypadałoby koniecznie jakieś energiczniejsze kroki poczynić, aby zmusić Namiestnictwo do uregulowania tych stosunków.

Otóż czyby nie było wskazaniem, aby do Namiestnictwa posełano kwartalne wykazy tych Starostw, które taks nie ściągają. (p. **Niedzielski:** to się robi, — ale często niema wcale odpowiedzi).

Czyby może panowie prawnicy nie orekli, coby się tu dało zrobić.

Dalej pytam się, czyby ściąganie tych taks nie dało się drogą sądową przeprowadzić? (Przewodniczący członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz:** to się robi). Czyby też nie było wskazane wobec okoliczności, że Namiestnictwo się żali, że ma zbyt mało sił, aby wpłynąć na Rząd centralny, aby pomnożył siły Namiestnictwa w tym kierunku?

P. Holuka. Twierdzono tu, że wymierzają się takse na podstawie uiszczenia. Otóż tak się nie dzieje. My bierzemy wprawdzie z trzech ostatnich lat uiszczenia, lecz do ogólnej ich sumy dodajemy wszystkie długi z tytułu dostaw z końcem roku niespłacone i dopiero na tej podstawie wymierzamy takse, która w ten sposób wymierzona, pokrywa w zupełności nie tylko wydatki dla znaczniejszej ilości szpitali, lecz nadto pozostaje im pewna gotówka w zapasie.

Szpital w Brzeżanach np. niema żadnych długów, tylko 400 koron zaliczki. Kołomyja również niema długów. Lubaczów tak samo. Przemysł niema długów, dalej Zaleszczyki i Żywiec. Powodem zatem niedoborów w niektórych szpitalach nie jest niski wymiar takse, ale ta okoliczność, że te zarządy szpitali nie są w możności ściągnięcia kosztów leczenia z rozmaitych powodów we właściwym czasie, a tam i najwyższa taksa wydatków nie pokryje.

Co do układania budżetów, to przecież nie można nakładać je z gruntu fałszywymi, bo za podstawę do przyznania kredytów służą nam wyniki zamknięć rachunkowych jak i projekta, jakie nam podają dotyczące komitety szpitalne. Budżety te oraz rachunki bywają ściśle badane, obliczane itd. Więc nie można twierdzić, że i zamknięcia i budżety są fałszywe. Zresztą, jakie mamy dane z tych szpitali, takimi musimy się posługiwać, bo skąd inne daty weźmiemy? Przecież w myśl instrukcyi, do sprawdzania tych rachunków są obowiązane w pierwszej linii komitety szpitalne, a nie Wydział krajowy, który na ich podstawie operuje.

P. Jasiński. Na poparcie tego, co powiedziałem, przedstawiam Panom wykaz z kilku szpitali. Z zestawienia w tym wykazie nabrałem przekonania, że zamknięcia rachunkowe i budżety nie są obrazem rzeczywistych przychodów i rozchodów szpitali. I tak: szpital w Jaśle miał w r. 1900 — 23934 dni leczenia a taksa wynosiła w tym

szpitalu 1 K. 24 h., czyli że dochód dla tego szpitala w r. 1900 powinien wynosić 29678 koron. Tymczasem wydatki w r. 1900 w tym szpitalu wynosiły 26000 koron, czyli że szpital ma takse za wysoką, a to dlatego, bo zamknięcie, na jakiej podstawie ta taksa była wymierzona, nie było obrazem rocznej gospodarki, ale widocznie obejmować musiało 14 lub 15 miesięcy. Szpital przemyski w r. 1900 miał dni leczenia 76157, taksa wynosiła 98 groszy, więc dochód powinien wynosić 74634 koron. Wydatki zaś w tym szpitalu wynosiły 73232 koron a nadto pozostało długów 9370 koron, czyli że rozchód w szpitalu przemyskim w r. 1900, gdyby miał do pokrycia odpowiednią kwotę, wynosiłby kwotę 82602 koron. Tymczasem według tej taksy za powyższą ilość dni leczenia tj. 76157, dostałby szpital tylko 74634 kor. Absolutnie więc twierdzą, że taksa jest wymierzona na podstawie mylnie zestawionego przez szpital rachunku.

Tak samo jest w szpitalu rzeszowskim. Tu w r. 1900 było dni leczenia 36407, taksa wynosiła 1 K. 28 h., więc powinien był szpital dostać 40601 koron. Tymczasem wydatki wynosiły 50.359 koron, a długi z końcem roku 5046 koron, cała więc należność, jaką ten szpital miał do zapłacenia z końcem roku, wynosiła kwotę 60049 koron. Ponieważ szpital rzeszowski mógł uzyskać za powyższą ilość dni leczenia po taksie 1 K. 28 h. tylko kwotę 40061 koron, wynika rażąco niedobór w poważnej cyfrze.

Zatem i tu dowód, że taksa 1 K. 28 h. wymierzona była na podstawie błędnego zamknięcia rachunkowego, które szpital rzeszowski, względnie komitet, przedłożył, a które widocznie nie obejmowało pełnego roku, lecz 8 lub 9 miesięcy. Na tej podstawie podtrzymuję twierdzenie, że wymiar taksy leczenia w szpitalach prowincjonalnych nie odpowiada istotnym potrzebom i w wielu jest za wysoki a w wielu za niski. Wreszcie przy obecnym systemie gospodarki i prowadzenia rachunków jest nawet wprost rzeczą niepodobną wymierzyć takse i nie można zapewnić, która ze stron, czy szpitale czy też Wydział krajowy ponoszą stratę. Skończyłem.

P. Jabłoński. Pan Jasiński w przeważnej części wyreczył mnie w tem, co chciałem powiedzieć dla wyjaśnienia, więc ja tylko krótko się sprawię. Nie z winy Biura rachunkowego ale z winy ustawy jest budżetowanie na wskrós zupełnie nieprawdziwe i niedające istotnego obrazu rzeczy. Jak długo budżetowanie będzie tego rodzaju, że zaległości nie są rachowane, tak długo będzie ono złe.

Jeżeli ja w ciągu roku nie płacę, bo nie mam czem, jeśli to, co mam zapłacić w marcu, płacę dopiero w grudniu, a to co mam zapłacić w sierpniu tego roku, płacę dopiero w sierpniu na drugi rok, więc zamknięty rachunek jest ten, że niedoboru jest tyle a tyle, który nie jest wykazany, a za podstawę budżetowania jest brane zamknięcie rachunkowe, to ono jest łudzące nas i Wydział krajowy, bo ono nie uwzględnia tego, że zamykamy dlatego małą sumą, bo nie mamy pieniędzy tylko zostajemy winni. Dlatego p. Mars oblicza te długi na 3,000.000 koron.

P. Niedzielski. Doświadczenie nauczyło mnie, że przedewszystkiem kosztów leczenia dlatego nieraz nie możemy ściągnąć, bo w pierwszej linii wywody szpitali są fałszywie sporządzone, albo chory z umysłu podaje fałszywe nazwisko albo fałszywą przynależność. Mianowicie dzieje się to przy chorych syfilitycznych i przy położnicach i bardzo często dzieje się tak, że piszemy od gminy do gminy i jedna i druga odpowiada, że tam taki człowiek jest nieznan.

Zanim dojdziemy przez dodatkowe przesłuchanie chorego, przez przesłuchanie świadków, gdzie mamy się odnieść, nieraz lata mijają, nim możemy wiedzieć, do którego funduszu krajowego mamy się udać o zwrot kosztów leczenia osób zagranicznych.

Co do innych osób, to wobec tego, że świadectwa nbóstwa są rzeczywiście wydawane bardzo lekkomyślnie, zdarza się, że nieraz po kilku latach przyjdzie do nas doniesienie, że ten i ten był leczony przed dwoma lub trzema laty, że miał majątek a był leczony kosztem funduszu krajowego. Nieraz mieliśmy procesa i ściągnęliśmy koszta za okres dwa, trzy, cztery lata wstecz. Dalej jeżeli koszta leczenia wynoszą bagatelną kwotę, nie ma ustawy, któraby nas zwalniała od ściągnięcia ich.

Jeżeli mamy jakieś dane, że chory może zapłacić, udajemy się do Starostwa lub Magistratu, aby koszta ściągnął w drodze politycznej egzekucji, bo my prawa egzekutywy nie mamy.

Nieraz mi się zdarzało dostać do Oddziału rachunkowego akt, który miał 50 lub 60 korespondencji, gdzie chodziło o koszta 3 lub 4 zł. Korespondencya trwała lat 16, wreszcie dostałem polecenie, aby odpisać te koszta jako nieściągalne.

Więc tu są dwie rzeczy:

1) aby nacisk położyć na szpitale wszystkie co do sporządzania dochodów, w której

to mierze Wydział krajowy wydał dość okólników, (ja mam ich z 15) a pomimo to zdarzają się ciągle te same wypadki.

Nie wiem, czy to jest wina samych chorych, czy też pisarzy, koniec końców ktoś zwinął. Najpierw nas w błąd wprowadzono a jeśli już wszystko dokładnie podano, to po X latach przekonujemy się, że należytość nie jest ściągalna. Trzebaby tedy wydać ostrzejsze rozporządzenie, aby wywody szpitali były prawdziwe.

Powtórę należałoby tych minimalnych kosztów, gdzie korespondencya nie opłaca się, nie żądać.

Co do Królestwa polskiego, gdzie my mamy również masę takich chorych, którzy mówią, że mogą zapłacić, Wydział krajowy powziął już zasadę, że jeżeli koszta wynoszą niżej 5 złr. przyjmuje je fundusz krajowy, aby uniknąć korespondencyi długiej nieraz bezowocnej.

Drugą rzeczą, gdzieby było pożądane coś zrobić, jest sprawa ze Starostwami. My posyłamy urgensa do Starostw, skargi do Namiestnictwa, piszemy wykazy kwartalne, powołujemy się na masę liczb różnych, gdzie zwywaliliśmy Starostwa i właściwie niema żadnego skutku, bo albo Namiestnictwo nie odpowiada, albo w sporadycznych wypadkach odpowie tak, że dopiero my nie wiemy, co na to odpowiedzieć i rezultatu niema żadnego. Więc tu nam będzie zawsze utykać sposób niepraktyczny ściągania kosztów. Co w tej mierze zrobić można, nie wiem, jabym sądził, żeby Wydział krajowy miał tu prawo egzekutywy. Czy się to da zrobić, nie wiem, ale byłoby to bardzo pożądane.

P. Gluziński. O ile umiałem z budżetu szpitali naszych wywnioskować, to kraj powinien mieć za rok 1900 w kieszeni 90.000 złr. dochodu, tymczasem tu słyszymy, że ma około 3,000.000 długu. Sądząc, że jest dochód, miałem zamiar poczynić rozmaite wnioski, teraz widzę, że to nie potrzebne, bo tego kapitału niema wcale. Obrachowywałem tak jak p. Rządca Jasiński t. j. ile który szpital ma dochodu i deficytu i wypadło mi, że 20 szpitali daje bardzo ładne co roku dochody, tymczasem, jak zaznaczyłem dochodu tego niema, widać więc do jakich fałszywych wniosków na podstawie zestawienia rachunków się dochodzi.

Natomiast wchodzę w samą rzecz. Nie jestem prawnikiem, ale sądzę, że możeby się udać do Namiestnictwa, które ma egzekutywę w kraju, aby poleciło tym samym organom, które ściągają podatki, żeby ściągaly równocześnie i koszta szpitalne a przeciżby do jakiegos rezultatu się doszło.

Przepraszam za uwagę, ale odnoszę wrażenie, że jest tu jakaś zbytnia delikatność (nie wiem, gdzie ona tkwi) z jednej strony, nie przyparcie pewne z drugiej strony, coś tu jest, bo przecież nie mogę zrozumieć, żeby władza mająca tak sprężysty organ jak władze podatkowe, nie mogły ściągnąć tych kosztów leczenia. Dlatego byłbym za tem, co mówił p. Kozłowski, aby wysłać jakąś deputację, któraby jakoś energiczniej Namiestnictwu rzecz przedstawiła, aby poleciło tym władzom, które są przecież w każdym powiecie, aby egzekwowały także i te krajowe zaległości.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Na tego rodzaju koszta nie ma egzekucyi politycznej, więc władze polityczne nie egzekwują, one tylko pośredniczą w ściąganiu tak, że wysyłają upomnienia do interesowanych stron, aby zapłaciły, jeżeli jednak strona nie posłucha, to ponieważ tu dla tych należytości nie ma egzekucyi politycznej, tedy one ostatecznie nie egzekwują, tylko co najwięcej mogą zagrozić, że jeżeli dobrowolnie strona nie zapłaci, to koszta zostaną ściągnięte w drodze sądowej.

Natomiast jest inna rzecz. Żeby można egzekwować, trzeba przede wszystkim przeprowadzić dochodzenia, kto jest obowiązany do płacenia i pod tym względem władze polityczne spełniają swoje czynności bardzo powoli albo wprost nie spełniają. Trzeba więc przeprowadzać dochodzenia co do przynależności co do tego, czy jest ktokolwiek obowiązany zapłacić czy nie. Jak długo tego niema, a to przeprowadza władza polityczna, tak długo nie wiemy, czy kraj ma płacić czy też strona. Otóż tego rodzaju rzeczy zalegają, bo nie wiemy, czy i od kogo się należą.

P. Merunowicz. Chcę zwrócić uwagę na to, że tu się komplikuje też rzecz ze sprawą ściągania kosztów przez kasę chorych. Kasy chorych doszły do pewnego rodzaju perfekcyi w zwalaniu obowiązków płacenia kosztów na kogo innego a ewentualnie na kraj. Nie mam w tych sprawach ingerencyi urzędowej, bo ściąganie kosztów należy do spraw administracyjno-sanitarnych a do mego biura przychodzą tylko do zaopiniowania sprawy w tych razach, jeżeli jakiś robotnik lub członek Kasy chorych został przyjęty do szpitala bez asygnaty. Wówczas z reguły Kasa chorych zaprzecza potrzebę leczenia szpitalnego. Otóż przychodzi akt taki do biura sanitarnego Namiestnictwa po opinii, czy ten chory potrzebywał leczenia szpitalnego a prócz tego czy potrzebował ze względu na stan choroby czy ze względów sanitarno-policyjnych. Dalej ma

Departament sanitarny orzec, czy chory mógł być leczony w bliższym szpitalu z tym samym skutkiem, czyli też potrzebował leczenia w odleglejszym większym szpitalu

Otóż wiem, że tego rodzaju akta czasem po 5 lat się ciągną a gdyby dobrze poszukać, możnaby znaleźć jeszcze od roku 1888 niezalatwione sprawy z Kasą chorych.

Nie chcę bronić władz politycznych, bo nie mam do tego żadnego mandatu, ale powiadam, że sprawa komplikuje się przez Kasy chorych, które umiejętniej jak wszystkie gminy usuwają się od obowiązku płacenia.

P. Niedzielski. Wobec zagadnienia, że nie wiadomo, dlaczego tak są wielkie zaległości i kto temu winien, powiem w krótkości, co jest mojem zdaniem tego powodem. Przed 1866 rokiem, gdzie wszystkie szpitale publiczne i krajowe były pod zarządem Namiestnictwa, wówczas te szpitale gospodarowały tak jak dziś; Namiestnictwo opiekowało się nimi a Starostwa ściągają koszty leczenia. Dawniejsze zamknięcia rachunkowe nie wykazywały ani w $\frac{1}{4}$ w $\frac{1}{5}$ części tych zaległości, jakie szpitale teraz mają. Ja sobie tłumaczę to tem, że Namiestnictwo jako władza przełożona Starostw nie upraszała, lecz je do ściągnięcia wzywała i nakazywała. Wtedy Starostwa liczyły się z tem, żeby swej przełożonej władzy polecenia wykonać rychło i z tego powodu było mało zaległości w ściąganiu kosztów. Od roku 1866, gdzie w zarząd kraju odebraliśmy od Namiestnictwa administrację, tam w tych warunkach odbioru między wierszami jest powiedziane, że Starostwa i władze polityczne jakoteż Prokuratorya Skarbu mają się nadal zajmować ściąganiem kosztów leczenia tak, jak to miało miejsce przedtem, ale Panowie rozumiecie, że Wydział krajowy jest zupełnie inną instancją wobec Starostw jak Namiestnictwo, że nie może polecać tylko prosić, a dopiero po kilkunastu urgensach udać się może do c. k. Namiestnictwa, które dopiero Starostwom poleca.

Tyle dla wyjaśnienia, że tu tkwi ta wielka zaległość.

P. Mars. Niewiem, czy to, co powiem nie będzie może niepraktyczne, ale mimowoli nasuwa mi się myśl, czyby tych zaległości nie można było odstępować Rządowi na rzecz podatków, które kraj płaci. (Wesołość.) To przecież jest też bonum, jakie kraj posiada.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Ponieważ nikt więcej głosu nie zabiera, przeto dyskusya nad p. 5. kwestyonaryusza jest ukończoną. Przystępujemy do omawiania punktu 6., który brzmi: „Czy obecnie formularze świade-

ctwa ubóstwa są wystarczające co do szczegółów“.

Głos ma p. Gluziński.

P. Gluziński. Mojem zdaniem wielom rzeczom by się zapobiegło, gdyby były odpowiednie świadectwa ubóstwa, bo, o ile wiem, obecnie są one wystawiane na świątkach, gdzie podpisany jest ksiądz stwierdzający, że chory zasługuje na przyjęcie do szpitala. (P. Niedzielski: są formularze.) Tak, ale te nadzwyczaj się rzadko widzi, choć, jak obecnie słyszę, zawsze są rozsełane. Otóż czyby nie dały się one zmienić w ten sposób, jak są obecne formularze na uniwersytetach, które mojem zdaniem są bardzo dokładne, mają na dwu stronach rozmaite rubryki, co do których potrzeba potwierdzenia, a przede wszystkim potrzeba potwierdzenia urzędu podatkowego. To byłby wielki hamulec, gdyby urząd podatkowy miał umieścić potwierdzenie co do dochodu, bo dziś dzieją się tu rozmaite nadużycia a ja sam z doświadczenia na klinice mogę powiedzieć, że często człowiek, o którym wiem, że mógłby zapłacić, posiada świadectwo ubóstwa. Nie jeden, który się leczy w droższym szpitalu, gdyby nie dostał świadectwa ubóstwa, bo niema dla niego warunków, wstrzymałby się od wyjazdu, lub leczył się w szpitalu tańszym. Z tych względów proponuję, aby formularze świadectw ubóstwa wyglądały może tak jak obecne świadectwa ubóstwa uniwersyteckie.

P. Ponikło. Mam przed sobą świadectwo ubóstwa, gdzie naprzód jest kwestyonaryusz bardzo dokładny a potem właściwe świadectwo ubóstwa. Jestto naśladowanie zagranicznych rzeczy, bardzo zresztą rzecz rozwickła, choć bardzo dokładna i nie wiem, czyby się u nas dała zastosować.

Mojem zdaniem gminy nasze nawet po większych miastach tego tak ściśle nie robią i jeżeli naczelnik gminy nie będzie sumiennie tu postępował, to na to nie ma rady.

P. Kozłowski. Pozwolę sobie oświadczyć się za tem, aby podobne ściśle formularze jak ten, który tu okazywano, wprowadzić. Rezultatu natychmiastowego spodziewać się nie można, ale im prędzej zacniemy, tem prędzej będzie też rezultat, a myślę, że w przyszłości rzecz da się skutecznie przeprowadzić. Prócz tego pragnąłbym, aby świadectwa ubóstwa były zatwierdzone przez urzędy podatkowe, bo ze strony Duszpasterzy dzieją się wskutek ich miękkiego serca ogromne nadużycia; zdaje się im bowiem, że pełnią dobry uczynek, przesuwając ciężar zapłaty na koszt tych, którzy płacą dodatki do podatków, a którzy często są biedniejsi od otrzymujących bezprawnie świadectwa

ubóstwa. Jeśli będzie ściśle określone świadectwo, będzie można tego, który nieprawdzwie fakta potwierdził, łatwiej pociągnąć na pewnej podstawie do odpowiedzialności, podczas gdy teraz na podstawie takich ogólnikowych świadectw i elastycznego ich brzmienia, pociągnięcie do odpowiedzialności często jest ntrudnionem.

P. Trzeciecki. Ja myślę, że obecnie w użyciu będące świadectwa ubóstwa nie są złe, że są jednak źle wypełniane, więc pragnąłbym przede wszystkim wprowadzić do nich jedną nowość a mianowicie żeby tam, gdzie jest powiedziane, że chory nie jest w stanie zapłacić kosztów leczenia lub że jest w stanie je zapłacić, przyjąć trzecią ewentualność tj. czy jest w stanie zapłacić część kosztów leczenia. W ogóle trudno sobie pomyśleć, aby było tak dużo takich biednych, którzyby ani części kosztów leczenia nie mogli zapłacić.

Wiem, że jest tu bardzo wiele nadużyć, ale znów tak jaskrawe nadużycia nie są w bardzo wielkiej ilości. Najwięcej nadużyć jest dlatego, że ten człowiek mógłby płacić np. 10 centów dziennie, ale że niema odpowiedniej rubryki, pisze mu się, że nic nie może płacić.

Sądzę, że w kraju niema wielu tak biednych, aby i 10 ct. dziennie nie mogli płacić za to wielkie dobrodziejstwo korzystania ze szpitala, więc byłoby dobrze w sposób taki, jak powiedziałem, zmienić dotychczasowe świadectwa ubóstwa, coby z pewnością wstrzymało wielu od tego, aby szli do szpitala, gdy go nie potrzebują, gdy teraz idą po prostu dlatego, aby nadużyć funduszu krajowego.

P. Jasiński. Panowie nie biorą w rachubę, że szpitale są prawie zawsze w tem położeniu, że nie wiedzą, gdzie udać się o te świadectwa ubóstwa. Już p. Niedzielski zaznaczył, że do wywodów podają chorzy zupełnie fałszywe daty. Zaprowadzenie blankietów na świadectwa ubóstwa takich lub innych jest na razie zarządzeniem, zdaje mi się, obojętnem. Ja sądzę, że tak długo, jak długo ustawa o przynależności nie będzie jaśniejszą i nie określi obowiązku noszenia przez każdego przy sobie legitymacyi, z której będzie można sprawdzić podane przez chorego do wyvodu daty, wszystkie formularze choćby najlepsze szpitalom nie pomogą.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. p. **Onyszkiewicz.** Co do świadectw ubóstwa, nie trzeba sobie wyobrażać, że jeżeli kto przedłoży świadectwo ubóstwa, w każdym razie koszta jego leczenia przyjmie się na fundusz krajowy. Przeważnie dzieje się tak, że przy świadectwach ubóstwa jeszcze zawsze ocenia się, czy zasługuje ono na wiarę czy nie, bo są liczne wypadki, gdzie przeko-

naliśmy się, że mimo, iż jest ono podpisane przez naczelnika gminy i stwierdzone przez parocha, to przecież okazało się nie prawdziwym, a mogę powiedzieć, że przynajmniej w czwartej części wypadków mimo świadectw ubóstwa odnosimy się jeszcze o zbadanie stanu majątkowego przez żandarmeryę i w ten sposób wprowadza się korekturę do tych świadectw. Praktyka Wydziału krajowego wykazuje wypadki, że mimo świadectwa ubóstwa ściąga się od chorego lub jego najbliższych koszta leczenia na podstawie stwierdzenia przez żandarmeryę na miejscu, że stan majątkowy chorego przecież korzystniej się przedstawia niż według świadectwa ubóstwa. Z tych powodów świadectwa ubóstwa same przez się nie odgrywają tak bardzo szkodliwej roli, jakby się na pozór wydawało.

Na wszelki sposób wdzięcznie przyjmie Wydział krajowy wszystkie wskazówki, jakie tu pod względem zastrzeżenia tych świadectw podano. Czy jednak potwierdzenie przez Urzędy podatkowe okaże się dość skutecznem, nie wiem, bo pytanie, czy z jednej strony nie będzie opozycji ze strony Rządu wobec powszechnych skarg, że urzędy podatkowe są zbyt obciążone pracą, potem nie wiem, o ile te urzędy mogą należycie znać stan majątkowy petentów. One mogą wiedzieć, czy jest przypisany podatek od jakiejś posiadłości, ale proszę zważyć, że nieraz właścianin mający 12 morgów pola jest biedniejszym od tego, który ma jeden morg, bo to zależy od położenia, od rodziny, od stanu inwentarza i możliwych ubocznych dochodów.

P. Kohlberger. Odnośnie do uwagi p. Trzecieckiego, aby ile możności ściągać koszta leczenia w połowie, w $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{4}$ części a ewentualnie dodałbym i na raty je rozdzielić, opowiem o jednym wypadku, który nam się zdarzył. Niedawno o jednym gospodarzu Urząd gminny napisał, że jest w stanie zapłacić koszta leczenia i na tej zasadzie postanowiono je ściągnąć. Starostwo odpisało, że ściągnięcie byłoby zbyt uciążliwe, bo gospodarz ten musiałby stracić całe gospodarstwo, koszta bowiem wynosiły przeszło 1000 koro n. Wydział rajowy zgodził się na ściągnięcie na raty, jakie Starostwo uzna za możliwe do ściągnięcia, w ratach po dwie korony kwartalnie. (Wesołość). Wyobraźcie sobie Panowie, jak długo trwać to będzie, no ale zawsze kraj koszta ściągnie, bo zainstabulowano je na majątku.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Dyskusję uważam co do tego punktu za wyczerpaną, gdyż nikt więcej do głosu nie jest zapisanym. Wobec tego przystępujemy do omawiania p.

7-go, który brzmi: „Jakie środki byłyby wskazane dla uzyskania oszczędności w gospodarstwie szpitalnem.“ Głos ma p. inspektor Sawicki.

P. Sawicki. Taksa wszystkich szpitali naszych jest obliczoną według wskazówek rozporządzenia ministeryalnego z roku 1857.

Taksa naszych szpitali jest najniższą ze wszystkich prowincyi Monarchii. I tak przeciętna taksa wynosi:

W dolnej Austrii	1 K 82 h.
„ górnej Austrii	1 „ 63 „
„ Styryi	1 „ 65 „
„ Karyntyi	1 „ 49 „
„ Krainie	1 „ 80 „
„ Morawie	1 „ 72 „
„ Krocacy i Sławonii	1 „ 72 „
„ Szląsku	1 „ 73 „
„ Dalmacyi	1 „ 39 „
„ Tryeście	1 „ 73 „
„ Czechach	1 „ 42 „
„ Węgrzech	1 „ 59 „
„ Galicyi	1 „ 28 „

a w samych prowincjonalnych 1 K 16 h. tj. 58 centów. Z tego wykazu można widzieć, że mamy najniższe taksy leczenia. Dalej we wszystkich prowincjonalnych szpitalach przeciętny koszt żywienia wynosi 20 do 21 ct., dowodzi to, że szpitale nasze są bardzo oszczędnie i tanio administrowane. W każdym szpitalu jeżeli jest choć kawałeczek ogrodu, ten ostatni jest użytkowany natychmiast, żeby coś z niego wyciągnąć. Trzymamy tam choć kilka sztuk trzody chlewnej, krowę lub konia, żeby tylko gospodarstwo jak najtaniej kosztowało.

Płace lekarzy są bardzo niskie, ilość posługi niewielka, więc z tego wszystkiego widać, że oszczędność jest posuniętą możliwie jak najdalej. Do tego potrzeba dodać, iż lekarze, wiedząc bardzo dobrze, że ich ceną nie tylko za zdolność lekarską i za rezultaty leczenia ale i za wyniki gospodarki, robią wszystko, co można, żeby koszta były jak najmniej.

Wobec tego jako inspektor szpitali muszę wystąpić w obronie naszych prowincjonalnych szpitali, żądanie bowiem coraz to większych oszczędności mogłoby ich doprowadzić do upadku, czego z pewnością nikt sobie nie życzy.

P. Ponikło. Ja znam stosunki tylko w krajowych szpitalach, stosunków w szpitalach prowincjonalnych nie znam, więc o nich mówić nie będę.

Do niedawna tj. trzy lata wstecz w szpitalach krajowych lwowskim i krakowskim dostarczanie środków żywności i różnych potrzeb odbywało się, można powiedzieć z wolnej ręki. Zarząd szpitali czynił to sa-

modzielnie. Wprawdzie Wydział krajowy większe dostawy mięsa i mleka zatwierdzał, ale to się nie odbywało drogą właściwego postępowania ofertowego, tylko właściwie z wolnej ręki tak, że zarząd szpitala n. p. wzywał rzeźników — a zależało to od jego sprytu, jak sobie postąpił — i powiadał temu rzeźnikowi: „jeżeli będziesz dostarczał za taką a taką kwotę, możesz liczyć na poparcie i żadnego dochodzenia dalszego nie będzie dalej. Tak było ze wszystkim. Materiał był doskonały i było taniej. Potem zostało to zamienione na licytację. Pomijam to, że ogłaszanie w gazetach nie jest bez dość dużych kosztów, ale materiały nie są równie dobre, nie powiem, że złe, bo się na to uważa, ale z pewnością są nieco gorsze. Okazało się, że wydatki po zrobieniu tej reformy znacznie podskoczyły.

Samo żywienie chorych około 5.000 złr. więcej kosztuje w szpitalu krakowskim, a stanowczo się zapłaciło mniej, gdyby dostawa nie była kontraktową. Rozumiem, że przy większych dostawach ma takie postępowanie coś za sobą. Głównie, zdaje mi się, o to chodzi, że wydaje się Władzom, że to będzie uczciwiej załatwione i da się uzyskać cenę korzystniejszą. Jestem wprost przeciwnego zdania, a tejsamej opinii jest Namiestnictwo dolnej Austrii, które zaprowadziło przed 8 laty „eigene Regie“ i zarząd szpitala wiedeńskiego zakupuje wszystkie materiały z wolnej ręki, gdzie mu się podoba, dziś na targu, jutro gdzieindziej, może robić na miesiąc ugodę z dostawcą, jeśli widzi, że jest zaufania godnym i w ten sposób uzyskuje materiał dobry i ceny bardzo korzystne.

Nie pamiętam cyfry, ale w samym szpitalu powszechnym wiedeńskim korzyść z powodu „eigene Regie“ wyniosła coś 70.000 złr. Więc ja zawsze jestem tego zdania, że takie postępowanie byłoby korzystniejsze i ze względu na cenę i ze względu na jakość materiałów.

Postępowanie ofertowe jest może urządzone dlatego, żeby niby w razie gdyby jeden lub drugi urzędnik był niesumiennym, mieć gwarancję i nie dać pokusy do nieprawidłowego postępowania, no ale jeżeli wszędzie będziemy przypuszczali zawsze niesumienność, to dyskusya ustaje. Zresztą dzieje się i tak, że np. dostawca chce tanio oddać materiał gorszy, ale zagalopował się, za niską ofertę podał, potem odnosi się do Wydziału krajowego z przedstawieniem, że stracił, no i Wydział krajowy dbając o stronę przemysłową podwyższa cenę.

Otóż ja tu nie czynię żadnego wniosku, niech to będzie próba przez jakiś czas, ale jestem stanowczo zdania, że tak, jak się

dzieje w wiedeńskim szpitalu, jest korzystniej. Tam jest też kontrola; co miesiąc przychodzi urzędnik z Namiestnictwa bada te wszystkie rzeczy i raportuje Władzy, czy wszystko jest prawidłowe i wszyscy sobie chwalą. Prawda, że trzeba ludzi sumiennych, ale tych wszędzie trzeba, a zdaje mi się, że postępowanie takie byłoby korzystniejsze, jak cyfry wykazują.

P. Gluziński. Podam tu pod rozwagę Pańów myśl, która mi przyszła co do win używanych w szpitalach. Nie chodzi mi o stare wina tylko o te lecznicze, które się daje po szpitalach. Chciałbym wiedzieć, jakie ma znaczenie to wino. Znaczenia alkoholu nie ma, bo go tam jest bardzo mało, zresztą zastąpić go można w inny sposób, jeżeli potrzeba, jako środek podniecający także nie działa i służy, jak wiem, z doświadczenia, tylko jako lemoniada do popijania wśród stanów pewnych gorączkowych, braku apetytu itd. Z tego powodu staje się ono więcej używką jak pożywką i należałoby się zastanowić, czy tę używkę nie możnaby w inny sposób zastąpić dla oszczędności i dla przemysłu krajowego. Suma wydawana jest pozornie niewielką, ale bądźco bądź (wina stare odliczam) wina zwykle lekkie białe i czerwone razem w Krakowie i we Lwowie kosztują przeszło 16.000 koron.

Ta kwota idzie częściowo do Węgier, częściowo do Austrii i ostatecznie płacimy za używkę, nie za pożywkę, nie za środek leczniczy, nie za podniecający chorego, tylko za lemoniadę, bo za nic innego te lekkie wina uważać nie mogę. Otóż czyby tu nie dobrze było, spróbować wprowadzić zamiast tego naszych krajowych owocowych win. W tym kierunku jest bardzo szeroki dziś ruch w Niemczech, więc możeby tu się dało co zrobić.

Wydział krajowy uznał za stosowne wprowadzić tę reformę. Co do starych win, to inna rzecz ale tu wydatek roczny wynosi dla Lwowa i Krakowa tysiąc i coś koron tylko. Gdyby zamiast tych lekkich win wprowadzić do szpitali krajowych owocowe, w takim razie zrobiłoby się to taniej i pieniądze zostałyby w kraju, a prócz tego możnaby ten przemysł krajowy poprzeć.

P. Merunowicz. Kilkakrotnie przy wizytacjach szpitali widziałem, że dostawiano mięso, które chyba trudnoby nazwać, że to jest mięso do pożywienia, bo to były kolana, karki, łopatki, w ogóle mięso jak najgorsze. Pytałem o cenę i ta odpowiadała cenie miejscowej np. w Stanisławowie 44 ct. za 1 kilogram. Pytałem się o przyczynę, ale tego mi nie umiano powiedzieć, albo właściwie, jak z dzisiejszej dyskusji widzę, nie chciano mi powiedzieć. Teraz jest mi sprawa jasna, bo widzę, że ten zadłużony odbiorca tj. szpital

zdzany jest na łaskę i niełaskę dostawcy i płaci mu, co ten tylko chce, żeby tylko siedział cicho, dostawca zaś odbija sobie w cenie wysoki procent za czekanie na zapłatę. Otóż pierwszym środkiem na uzyskanie oszczędności byłoby spłacić długi, żeby szpital nie był zależny od dostawców, tylko miał prawo brać tam, gdzie się podoba, gdzie uznał ceny za odpowiedniejsze i materiały dobrej jakości, a ewentualnie mógł wybierać między dostawcami i zerwać każdej chwili, nie zaś żeby był związany tem, że jest winien za dwa, trzy lata za bułki, mięso itp. i zdany na łaskę lub niełaskę dostawców.

Spłacenie długów byłoby tedy pierwszym środkiem do zaprowadzenia oszczędności.

P. Jabłoński. Przed kilku laty byłem gorącym zwolennikiem systemu licytacji ale od czasu, jak mamy Siostry Miłosierdzia, przynależało, że z całą zapobiegliwością i skrzętnością starają się o dobro szpitala. Systemem licytacyjnym najzupełniej je krępujemy i zdajemy na łaskę i niełaskę dostawców, podczas gdy wtedy, gdyby gospodarowały same, byłoby o wiele lepiej. Jeśli one gospodarują a można im zawierzyć, bo tu nie mają żadnego interesu, wtedy one jako skrzętne gospodynie starają się o wszystko, każda pójdzie od jednego do drugiego rzeźnika, gdzie lepiej i jakoś to idzie.

Przy systemie licytacyjnym przy dzisiejszym złem gospodarstwie szpitalnym, dzieje się to, co mówił p. Merunowicz, że ten żyd w pierwszym miesiącu da dobre mięso, potem coraz gorsze a winą tego jest, że musi czekać na zapłatę. System ten musi doprowadzić do bankructwa szpitali, więc jabym był za tem, aby w szpitalach, gdzie są Siostry Miłosierdzia, pozostawić im możliwość gospodarowania.

P. Niedzielski. Chcę krótko odpowiedzieć p. Dyrektorowi Ponikle, co doprowadziło Wydział krajowy do rozpisywania ofert i licytacji. Za czasów ś.p. dr. Hoszarda szpital krajowy rzeczywiście zakupywał większą część artykułów z wolnej ręki, a najważniejsze artykuły jak mięso, mleko, drzewo, węgiel, były nabywane w drodze licytacji. (P. Ponikło: w Krakowie nabywano je też z wolnej ręki, tylko Wydział krajowy kupno zatwierdzał.) Zrobiło się kontrakt i umowę zatwierdzał Wydział krajowy, więc to już nie było z wolnej ręki, bo w kontrakcie była podana cena i warunki, więc ja uważam, że to było za kontraktem. Resztę artykułów tedy zakupywano na targach, składach, sprowadzano z zagranicy, robiono próby sprowadzania z Austrii, Prus, z Węgier, podawano cenę a Oddział rachunkowy jako kontrolująca Władza miał tylko pomnożyć ilość przez

cenę i wydać asygnatę. Pan Dąbski, objawszy Departament V. powiedział, że kilku posłów sejmowych zagadnęło go, w jaki sposób odbywa się dostawa dla szpitali i czy Wydział krajowy zakupuje przeważnie tylko artykuły krajowe. Odpowiedzieliśmy, że dotąd istniały umowy zawierane przez Dyrekcyje szpitali, które Wydział krajowy zatwierdzał, a inne rzeczy zapisują same Dyrekcyje jedna ze Szlązka, druga z Węgier, trzecia z Prus, czwarta u żyda, piąta z apteki, tak, że my jako władza kontrolująca masieliśmy przyjąć to, co nam w dziennikach zarachowano, mając tylko jako dowody rachunki i kwity kupieckie. Wtedy p. Dąbski zauważył, że niema właściwie podstawy do ocenienia, czy artykuły nabyto tanio czy drogo. Odpowiedzieliśmy, że tak jest, że się tylko w niektórych wypadkach orientujemy cennikami, tak np. co do Krakowa mieliśmy cennik targowy co miesiąca potwierdzany a we Lwowie żądaliśmy zawsze od Magistratu cennika. Przy porównywaniu ceny z cennikiem się nie zgadzały, więc nie mieliśmy pewności, czy ten, co taniej kupił, kupił dobrze, czy ten co kupił wyżej. Pan Dąbski na to odpowiedział: to źle, wy nie macie żadnej kontroli, we wszystkich publicznych instytucjach dostawy odbywają się w drodze publicznych ofert, że Oddział rachunkowy powinien znać warunki i cenę. To dało powód, że Wydział krajowy powziął zasadniczą uchwałę, żeby od tego czasu wszelkie produkta i artykuły żywności dostarczane były w drodze ofert. Przyznając słuszność p. Dyrektorowi Ponikle, że rzeczywiście w ostatnich czasach ceny w drodze ofert są wyższe nie tylko jednak z tego powodu, że to w drodze ofert się dzieje, ale z tego powodu że w ogóle u nas tak we Lwowie i Krakowie jak w całym kraju wszystkie ceny produktów żywności poszły w górę od czasu Wystawy. My prowadząc domy prywatne i kupując artykuły na targach, wiemy, że wszystko poszło w górę, mięso, mąka, słonina itd. więc nie dziw, że i przedsiębiorca czy w drodze oferty czy z wolnej ręki — wątpię — czyby był dał taniej.

Dalej na podwyższenie cen wpływa też opłata od kontraktu, której przedsiębiorca z wolnej ręki nie płaci.

Dalej jest jeden uciążliwy wydatek tj. ogłaszanie i stemple. Te koszta kancelaryjne przez ogłaszanie w gazetach Wydział krajowy w ostatnich czasach ograniczył, gdyż z początku Dyrektorowie nie zrozumieli Wydziału krajowego tak, że raz był wypadek, że ogłoszenie zamieszczono w 16 dziennikach a nawet w kilku humorystycznych dziennikach. (Wesołość.) Obecnie ogłasza się tylko w jednym poczytnym piśmie i w gazecie lwowskiej a przecież kosztuje to 60 guldenów.

P. Ponikło. Powiem tylko tyle, że zdarzyło się, że kupno mięsa i mleka już było z wolnej ręki zjednane i już miało to pójść do potwierdzenia Wydziału krajowego, który polecił rozpisać postępowanie ofertowe, przy którym ci sami dostawcy otrzymali to drogą licytacji, ale różnica wyniosła 3000 złr. więcej.

P. Jordau. Jestem również za tem, żeby zarząd szpitala załatwiał sam pewne potrzeby i sądzę, że to wypadłoby taniej. Prócz tego zwracam uwagę, czyby we Lwowie nie było dobrze urządzić dla szpitala własną rzeźnię. Kłopot byłby, to prawda, ale cóż się dzieje bez kłopotu, a oszczędność byłaby wielką i nie będzie takich ochłapów, o jakich wspominał p. Merunowicz. Warto by spróbować.

Jestem też bardzo wdzięczny p. Gluzińskiemu za poruszenie kwestyi win owocowych. Ja od szeregu lat nie pijam innych win tylko owocowe i gość u mnie innego wina nie dostanie a zapewniam Panów, że są one tak znakomite, że się nie łaknie za winem węgierskiem. Wina te pobieram od Konstantego Kriega — katolika — z ulicy Szpitalnej Nr. 14, w Rzeszowie. Są one yborne.

Dalej zwracam uwagę, że w Krakowie w klinikach próbujemy zamiast starych win wprowadzać stary miód w użycie; jest on o wiele tańszy bo gdy za stare wino trzeba zapłacić 9 do 10 zł. za butelkę, za butelkę starego miodu, który ma odpowiednią wartość leczniczą, płacimy 3 do 4 zł. a nadto jest ta korzyść, że pieniądze pozostają w kraju.

P. Kozłowski. Dobra administracja używa w miarę różnaitości stosunków różnaitych środków i trudno rozsądzić, czy system ofert czy zakupno z wolnej ręki jest lepsze, bo w jednym miejscu ten, w drugim inny sposób będzie praktycznym. Ta rzecz się rozstrzyga według indywidualnych warunków, według ludzi, których się ma i całego personalu a według miejsca. Przyznając, iż kontrola w kraju jest o tyle trudna, że policja targowa jest prowadzona dość niedołąźnie, że nie ma ścisłej podstawy do obliczenia porównawczych cen targowych artykułów żywności.

Co się tyczy długów poszczególnych szpitali, które wpływają na to, że szpital, nie mogąc zapłacić zaległych rachunków, musi patrzeć przez szpary na jakość materyałów chorym dostarczanych i pozbawiać ich dobrej żywności, to jest po prostu administracyjny skandal i okropnie czarna plama na szpitalach i z tem trzeba tam, gdzie są pod

tym względem nadużycia, najprędzej porządek zrobić, bo to jest rzecz, której się trzeba wstydić.

Na szczęście są to tylko oderwane fakta w niewielu szpitalach. Trzeba jednak zapobiedz temu, aby i do innych szpitali się to nadużycie nie zakradło.

Co się tyczy win, zwracam na to uwagę, że znacznie mniej się ekspensuje niż dawniej. Dawniej w krakowskim szpitalu wydatek był daleko większy, nie dziwię się też, że chorym wino dawane w tymże szpitalu smakowało, bo było doskonałe, potem wydatek się zmniejszył, ale zawsze cyfra, którą tu zacytowano, jest bardzo wysoka, wyższą niż analogiczny wydatek we wielu innych szpitalach zagranicznych.

Jeżeli się może z równym skutkiem dawać chorym jabłecznik, to mogę tylko tej myśli z całym sercem przyklasnąć i ze względów higienicznych i z tego powodu, że się poprze w tym kierunku przemysł krajowy.

P. Trzeciecki. Z tego, co tu p. dyrektor Ponikło przytoczył, ja skonstatować jeszcze nie mogę, że system licytacyjny jest ujemny. Może licytacja nie była dostatecznie dobrze rozpisana, bo i to może się zdarzyć, ja sam miałem sposobność się przekonać, że producenci o licytacji rozpisanej w Gazecie lwowskiej nie wiedzieli, dlatego też Wydział krajowy dał wskazówkę, aby umieszczać anonse w tych gazetach, które producenci czytają, ale żeby dostawy w kraju na bardzo wielką kwotę działy się w ten sposób, żeby tylko pewne bardzo szczupłe koła o tem wiedziały, to byłoby niesłuszne.

W Radzie Państwa ciągle żądamy, aby wojskowość dała możność producentom zapoznać się z potrzebami i żeby mogli wziąć udział w zgłaszaniu się. Jeżeli to, co p. Dąbski wprowadził, w pierwszym roku nie rozeszło się należycie po kraju, to byłoby tylko wskazówką, żeby w razie jeżeli wymogi producentów były trudne, oferty ich nie przyjmując, ale żądania ich, żeby mieli wiadomość, że tu i tu jest taka dostawa, są bardzo słuszne i ostatecznie jeżeli konsekwentnie ta rzecz przez parę lat będzie prowadzona, to musi do potaniaenia doprowadzić a zdaje mi się, że i w tym roku już tu i ówdzie do potaniaenia doprowadziła.

Pod względem uzyskania w gospodarstwie krajowym pewniej oszczędności chcę podnieść jedną myśl, mianowicie że możnaby niektóre rzeczy kupować we folwarkach w krajowej administracji będących, kraj ma kilka folwarków, kilka gospodarstw, kilka szkół rolniczych, gdzie możnaby nierogacznie

tanio nabyć, podczas gry my drogo niektóre masarskie wyroby sprowadzamy z Węgier. Zboże, siano, słomę itp. rzeczy z pewnością można kupować na folwarkach krajowych. Powtarzam, że Wydział krajowy co do innych dostaw, powinien dać producentom wiadomość o dostawach a po rezultacie będzie się można zdecydować, czy przyjąć oferty czy żadnej nie przyjmując. To jest zupełnie dowolne, we wszystkich bowiem ofertach jest powiedziane, że w razie jeżeli rozpisanie ofert nie doprowadzi do skutku, to Wydział krajowy zastrzega sobie, że żadnej z ofert nie zatwierdzi,

P. Kohlberger. Co się tyczy rozpisania ofert, to mieliśmy najlepsze doświadczenie niedawno, w lecie gdy były rozpisane oferty na dostawę dla zakładu kulparkowskiego słoniny, smalcu i masła. Chodziło o to, aby dać zarobić producentom krajowym tylko, więc obcych się wykluczyło. Wynik był smutny, bo z dostawców krajowych ani jeden nie poadał oferty, choć samego masła trzeba było 4500 kilo a słoniny 300 kilo miesięcznie przeszło.

Żaden z rzeźników lwowskich nie wniósł oferty, tylko dwu handlarzy żydów wniosło oferty na słoninę i smalec węgierski, które zostały odrzucone, bo obce produkta zostały wykluczone. Skutkiem tego Wydział krajowy polecił, żebyśmy sami kupowali te rzeczy, więc kupowało się na targach nierogacznie, aby uzyskać słoninę i smalec a i to było bardzo przykre, bo tu w kraju jest bardzo mało nierogaczny, gdyż przeważna część wychodzi za granicę do Wiednia, a z powodu zarazy może dwie trzecie części zostały wybite i produkcyja spadła w okropny sposób, a skutkiem tego niema tucznej nierogaczny. Jeżeli na jarmarkach tu i ówdzie coś się spotkało, gdy się trafiło na tuczne wieprze, wtedy na chwilę było trochę słoniny i smalcu ale ten smalec nie dorównuje węgierskiemu pod żadnym względem, bo tamten jest czysty, dobry, nie czuć go, a ten czuć zawsze produktem destylacji suchej, słonina zaś nie była odpowiedniej grubości. Najgorsza rzecz była w tem, że aby mieć słoninę i smalec, trzeba było mieć tuczoną nierogacznie, która nie daje smalcu odpowiedniego, chorzy nie chcieli jeść, bo było za tłuste, ale i to nie wystarczało, musieliśmy dawać cztery razy na tydzień, aby uzyskać potrzebną ilość tłuszczu, jak się wymagało. Wskutek tego musieliśmy od tego odstąpić i Wydział krajowy zniósł rozporządzenie swoje i pozwolił nam kupować tam, gdzie się dało i jak było można.

Zakład na tysiąc chorych w Maierling, w niższej Austrii, ma wszystko we własnym

zarządzie, ma w zakładzie dwu masarzy, kupuje bardzo piękne woły, bardzo ładne cielęta i bardzo ładną nierogaciznę, tak, że rzeczywiście dziwiłem się, że tak tanio wypada, bo kilogram mięsa wyborowego wołowego wypada na 1 K. 04 hal., gdy my płacimy 1. K. 14 hal. Dotąd płaciliśmy 96 hal., ale teraz ceny wszystkich produktów poszły ogromnie w górę.

Może być, że przyczyniło się do tego jeszcze i to, że gdyśmy wprzód nie byli skrupowani kontraktem z dostawcami, to zawsze dostawcy starali się o nasze względy, starali się dawać ile możliwości dobre i tanie artykuły, a teraz, skoro dostawca jest skontaktowany na cały rok, więc naprzód musi mu się zwrócić wysoka taksa od kontraktu, a potem starać się musi, aby coś zarobił. Niema już konkurencji i skutkiem tego może te ceny są wyższe, z drugiej strony taki dostawca z początku może dostarcza towar doborowy, potem już gorszy i dopiero przy końcu znów daje towar lepszy, aby sobie nadal względy zapewnić przy dalszej dostawie.

Chcę jeszcze zauważyć, że to jest dziwna, że nasz kraj ma tyle mleczarni i tyle pieniędzy łoży na ten przemysł, a niema producenta, któryby dostarczył rocznie 4500 kilogramów masła. Przecież na tem byłby znaczny zarobek.

Zgadzam się z tem, co powiedział p. Kozłowski, że dużo zależy od warunków miejscowych i że we własnym zarządzie byłoby znacznie taniej, ale na to potrzeba dobrych gospodarzy a z drugiej strony trzeba ryzykować na większe szkoły przemysłowe.

P. Głuziński. Zapomniałem wspomnieć o jednej rzeczy, nietylko co do oszczędności, ile co do żywienia. Według zasady oblicza się tak, żeby było możliwie jak najtaniej a najkorzystniej i we wszystkich szpitalach są obliczenia tabelaryczne na to. Chcę jednak zwrócić uwagę, gdzie trzebaby, aby ilość obliczonych jednostek kaloryi rzeczywiście się podniosła, a mianowicie co do żywienia służby.

Jeżelibyśmy się zastanowili nad tem, co służba powinna według przepisu dostawać, to ona powinna według tego chudnąć. Tymczasem, dzięki Bogu, wyglądają dobrze, czyli że muszą inaczej sobie pomagać i to jest publiczną tajemnicą, a jednak, żeby się nie wydawało, że to dużo kosztuje, przyjmuje się, że dostają tego tyle, a tego znów tyle, choć niepodobieństwem jest, żeby człowiek leżący był wstanie tem wyżyć, a cóż dopiero służba, która ma pracować od rana do wieczora, a nieraz i w nocy mieć dyżury. Z tego powodu proponowałbym, żeby usunąć tę ano-

malję z tego, co dziś jest w normie szpitalnej i żeby ułożyć wikt dla służby taki, jaki jej się należeć powinien.

P. Ponikło. Ja nie zapoznaję znaczenia sposobu ofertowego, jednakowoż jako zawiadowcę szpitala bolało mnie, że to więcej kosztowało, dlatego tylko przeciw tym sposobom się oświadczam.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego **p. Onyszkiewicz.** Ponieważ widzę, że nikt więcej głosu nie zabiera, uważam dyskusję nad punktem 7. kwestyonaryusza za wyczerpaną. Przystępujemy teraz do działu II. inwestycje.

Punkt pierwszy tego działu opiewa: „Jakich zakładów leczniczych, prócz istniejących, kraj potrzebuje i które inwestycje są najpilniejsze“.

Głósma p. Inspektor Sawicki.

P. Sawicki. Zebrałem wszystko, co w naszych szpitalach pod względem inwestycji uznają za potrzebne i przedstawię w alfabetycznym porządku. I tak: kraj nasz potrzebuje następujących inwestycji:

- 1) w Białej — wybudowania skrzydła lub całkiem nowego szpitala,
- 2) w Bochni — domu administracyjnego i pawilonu dla zakaźnych,
- 3) w Brodach — pawilonu dla zakaźnych i przekształcenia latryn,
- 4) w Drohobyczu — kupna domu szpitalnego i wybudowania budynku administracyjnego,
- 5) w Husiatynie przybudowy piątra,
- 6) w Jaśle — domu zakaźnych i trupiarni osobnej,
- 7) we Lwowie — pomieszczenia dla Siostr Miłosierdzia i klinik: ocznej, syfilitycznej, laryngologicznej, pediatrycznej i nerwowo-psychicznej,
- 8) w Lubaczowie — skanalizowania i budynku na pralnię,
- 9) w Krakowie — pomieszczenia dla służby, pomieszczenia dla położnic i kliniki położniczej, powiększenia oddziału chorób umysłowych i oddziałów chorób wewnętrznych; nareszcie lepsze pomieszczenie kliniki laryngologicznej,
- 10) w Kulparkowie — rozszerzenia zakładu,
- 11) w Podhajcach — budowy nowego szpitala,
- 12) w Sanoku — pawilonu dla zakaźnych,

13) w Stryju — pawilonu dla zakaźnych i gospodarczych zabudowań,

14) w Złoczowie — nowego budynku szpitalnego,

15) w Sączu nowym — nowego budynku szpitalnego,

16) w Żywcu — budynku na pralnię i kuchnię.

Najpilniejszymi inwestycjami z wyżej wymienionych są następujące:

a) rozszerzenie zakładu kulparkowskiego,

b) rozszerzenie krakowskiego zakładu dla umysłowo chorych,

c) wybudowanie pomieszczenia dla zakonnic we Lwowie,

d) wybudowanie domu dla służby w szpitalu św. Łazarza,

e) wybudowanie nowego szpitala w Nowym Sączu,

f) wybudowanie nowego szpitala w Złoczowie,

g) wybudowanie skrzydła w Białej,

h) wybudowanie domu dla położnic w Krakowie,

i) wybudowanie nowego szpitala w Podhajcach,

j) budowanie pawilonów zakaźnych,

k) budowanie domu na pralnię w Żywcu i Lubaczowie.

Ze względu zaś na naukę potrzebne są budowy brakujących klinik.

P. Mars. Do wyliczonych tu przez p. inspektora inwestycji dodam tylko, że jest potrzeba wybudowania pawilonu chirurgicznego we Lwowie, dwu zakładów położniczych w kraju, co do których sądzę już jest uchwała sejmowa, budowy klinik uniwersyteckich we Lwowie, a wreszcie domów dla rekonwalescentów somatycznych i umysłowo chorych.

P. Starzewski. Zaczynam od najbardziej pięknej sprawy, pomieszczenia Sióstr Miłosierdzia w szpitalu lwowskim.

Pierwotna liczba Sióstr Miłosierdzia, przy wprowadzeniu ich do szpitala, wynosiła 26 osób. Na tę ilość osób obliczone mieszkanie oddano wówczas do ich użytku. Z biegiem czasu, wskutek przyłączenia klinik uniwersyteckich, wzrosła liczba Sióstr Miłosierdzia o 10 osób; wskutek oddania pod ich zarząd w jesieni roku 1901 pralni szpitalnej — o 2 osób, tak, że obecnie jest ich ogółem 38.

Ponieważ przy budowaniu i urządzaniu

5-ciu klinik uniwersyteckich, nie przygotowano pomieszkania dla 10-ciu Sióstr Miłosierdzia, które miały te kliniki obsługiwać, a pralnia szpitalna nie posiadała również ubikacji na pomieszczenie dwóch Sióstr Miłosierdzia, musiano nowych 12 Sióstr Miłosierdzia pomieścić w dawnym mieszkaniu.

Jest całkiem naturalnem, że mieszkanie, przeznaczone dla 26-ciu osób, okazało się za małe na pomieszczenie osób 38-miu, pomimo, że ze szkodą przyległego oddziału skórno-męskiego, którego chorzy odtąd muszą leżeć zimą i latem na korytarzu, dołączono wówczas do mieszkania Sióstr Miłosierdzia część sali Nr. 67, czyli 42·36 m² powierzchni. Szczególnie w sypialniach i jadalniach okazał się największy brak miejsca. Musiano poustawiać łóżka, bądź to w bezpośrednim sąsiedztwie okien lub pieców, bądź też jedno obok drugiego, bez żadnego odstępu na pomieszczenie nocnej szafki; zaś w jadalni okazało się, że przy największej oszczędności miejsca, trzecia część Sióstr Miłosierdzia w czasie obiadu i kolacji musi stojąco czekać na swoją kolej.

Tego rodzaju niehygieniczne pomieszczenie osób, które cały swój czas poza mieszkaniem, spędzają na salach chorych, musiało wywołać fatalne następstwa dla ich zdrowia, w szczególności usposobić do nabywania gruźlicy.

Będąc lekarzem domowym Sióstr Miłosierdzia, stwierdziłem też istotnie wprost zastraszające szerzenie się pośród nich zakażenia gruźliczego.

W ciągu prawie 1½ roku, tj. od lipca roku zeszłego, prócz Sióstr Miłosierdzia, które już poprzednio na gruźlicę chorowały, świeżo nabyło gruźlicy 5 osób, z tych jedna, Paczkowska, formę ostrą, w kilku tygodniach po zachorowaniu śmiertelną, trzy: Wierzbowska, Chłipińska i Jeleń, formę podostrą, gorączkową; wreszcie ostatnia, od trzech tygodni chora Siostra Idrych, u której rozpoznanie waha się na razie między formą podostrą a galopującą gruźlicą płucnej.

Powyzsza statystyka sama za siebie dostatecznie mówi. Potrzeba odpowiedniejszego pomieszczenia Sióstr Miłosierdzia nie ulega wątpliwości. Jest sprawą piękną ze względu na nowe ofiary zdrowia i życia ludzkiego, któreby dalsze odsuwanie załatwienia tej sprawy za sobą pociągnąć musiało.

Podobne niehygieniczne warunki pomieszczenia panują także na oddziałach szpitalnych.

W normalnie zresztą urządzonym budynku szpitalnym, według zasad higieny, po-

winno wypadać na jedno łóżko szpitalne, dla dorosłego człowieka 30 m³ powietrza i 7—5 m² powierzchni podłogi, przy 4 metrach normalnej wysokości sali. To jest najniższa granica, której przekraczać nie wolno, bez narażenia

chorych na pogorszenie, zamiast poprawę zdrowia.

W szpitalu lwowskim na poszczególnych oddziałach powyższe cyfry przedstawiają się, jak następuje:

Liczba łóżek		na jedno łóżko	przypada						
91	Oddział wewnętrzny I.	27·54 m ³	powietrza i 6·14 m ²	podłogi przy 4·45 m	wysokości				
103	" "	II. 25·22 "	" "	5·60 "	" "	4·46 "	" "		
47	" "	III. 22·65 "	" "	4·41 "	" "	5·00 "	" "		
138	" chirurgiczny	23·75 "	" "	5·34 "	" "	5·00 "	" "		
137	" kił. skór. męz.	18·60 "	" "	3·70 "	" "	5·00 "	" "		
116	" " żeń.	18·60 "	" "	3·70 "	" "	5·00 "	" "		
80	" oczny	18·47 "	" "	3·65 "	" "	5·00 "	" "		

Jak z powyższego zestawienia jest widocznem, ani jeden z oddziałów szpitalnych nie osiąga przepisanej najniższej granicy, a niektóre z nich, jak n. p. kiłowe i oczny, zaledwie przekraczają połowę normy.

Powyżej już nadmieniałem, że cyfra 30 m³ i 7·5 m² powierzchni przy 4 m. normalnej wysokości sal, jest najniższą dowolną granicą dla budynków szpitalnych, jeżeli posiadają zresztą normalne, higieną przepisane warunki. A mianowicie przedewszystkiem mam tu na myśli wentylację sal chorych, taką, żeby w pewnym przepisany czasie, cała ilość powietrza sali została odnowioną; odpowiednie oświetlenie, dające jak najmniej szkodliwych gazów i zużywające jak najmniej potrzebnego do oddechania tlenu; — odpowiednie urządzenie i pomieszczenie wychodków i wreszcie, normalnej wielkości okna, wpuszczające dostateczną ilość światła.

Budynek szpitala lwowskiego nie posiada niestety nic z powyższych warunków. Wentylacji, prócz najprymitywniejszego sposobu wietrzenia sal przez otwieranie okien i gdzie niegdzie wentylów do przyległych kominów, nie posiada zgoła, i niema mowy o tem, żeby można w pewnej przepisanej jednostce czasu, zastąpić zepsute powietrze na salach chorych, powietrzem czystem; oświetlenie sal jest naftowe, t. j. właśnie posiadające wszystkie wyżej wspomniane wady; wychodki są pomieszczone fatalnie, dotąd w części bez zamknięcia wodnego, więc komunikując bezpośrednio z kanałami, stanowią niejako kominy wentylacyjne dla kanałów, o wylotach, przez korytarze, na sale chorych; wreszcie okna stare, klasztorne, są za małe, w stosunku do oświetlonej przestrzeni.

Gdy dodamy ponadto, że budynek szpitala nie był stawiany z przeznaczeniem na

szpital, ma więc prócz tego dużo wad zasadniczych w konstrukcyi, nie dających się usunąć, możemy śmiało twierdzić, że w tych warunkach 30 m³ przestrzeni i 7½ m. powierzchni przy 4 m. wysokości sali, są bezwarunkowo nie wystarczające.

Dla budynku głównego szpitala lwowskiego musimy przyjąć, jako najniższą normalną granicę 40³ m powietrza i 10 m² przestrzeni na jedno łóżko, przy 4 m. normalnej wysokości sali.

Według tej normy, brakuje w szpitalu lwowskim 11.923·37 m³ powietrza, zaś powierzchni podłogi, licząc przeciętnie po 4·72 m. wysokości sal szpitalnych, brakuje ogółem 2.740·42 m².

Prócz powyższych cyfr, dla dokładności obrazu, należy dodać, że z powodu braku miejsca część oddziału ocznego mieści się w suterenach, przerobionych z piwnic, o murach niezabezpieczonych warstwami izolacyjnymi od wilgoci, reszta oddziału jest pomieszczona na dwóch różnych piętrach, w dwóch różnych skrzydłach gmachu; oddział chorób nerwowych i umysłowych, z powodu braku miejsca, ma dział męski i kobiecy na wspólnym korytarzu, z jednym wychodkiem, wspólnym także dla oddziału ocznego; oddział chirurgiczny, z powodu braku miejsca, ma salę operacyjną przerobioną z części korytarza i tak umieszczoną, że wstęp do niej dla kobiet i mężczyzn prowadzi przez męską salę chorych; oddział skórzny kobiecy, z powodu braku miejsca, jest pomieszczony na dwóch różnych piętrach, w dwóch różnych skrzydłach gmachu, a kancelarya, przeznaczona do badania i odbywania codziennej wizyty, umieszczoną jest w części korytarza, który stanowi, dla chorych tej części oddziału, jedyny dostęp do

wychodka; chorzy oddziału skór nego męskiego leżą, z powodu braku miejsca, zimą i latem na korytarzu; oddział II-gi wewnętrzny jest pomieszczony w znacznej części na korytarzu, przyłączonym z powodu braku miejsca, do sal sąsiadujących i wskutek tego komunikacja między prawem, a lewym skrzydłem gmachu jest przerwana na II-gim piętrze; sekundaryusze szpitalni, z powodu braku miejsca, pomimo, że są do tego obowiązani, w szpitalu nie mieszkają, z wielką szkodą dla chorych i służby lekarskiej szpitala; że wreszcie, z powodu braku miejsca, magazyny rzeczy nowych i rzeczy chorych, znajdują się na strychu, a mieszkania służby w suterrenach, przerobionych na ten cel z piwnic.

Jeżeli to wszystko i poprzednio powiedziane zważymy, musimy przyjść do przekonania:

1) że obecne mieszkanie Sióstr Miłosierdzia jest nieodpowiedne i należy jak najszybciej przystąpić do budowy dla nich osobnego pawilonu.

2) że rozszerzenie ich obecnego mieszkania kosztem oddziałów szpitalnych jest niemożliwe;

3) że oddziałom szpitalnym, do przepisanej higieną przestrzeni, brakuje 11.923·37 m³, o powierzchni 2.740·42 m²;

4) że celem przysporzenia szpitalowi brakującego powietrza i przestrzeni, należy koniecznie usunąć z gmachu głównego klinikę oczną i dermatologiczną i oddać tę część gmachu, jakoteż dotychczasowe mieszkanie Sióstr Miłosierdzia, na użytek oddziałów szpitalnych, względnie wybudować szpitalny pawilon chirurgiczny, na pomieszczenie oddziału chirurgicznego.

I jakkolwiek w ten sposób, braku przepisanej ilości powietrza i przestrzeni w szpitalu w zupełności się nie usunie, gdyż zostanie zawsze jeszcze brak 4.335·75 m³ i 1.276·46 m², to jednakże w znacznym stopniu zostaną warunki pomieszczenia chorych w szpitalu lwowskim poprawione.

P. Jordan. Pozostawiając p. dyr. Ponikło wyliczenie potrzeb szpitala krakowskiego, wspomnę tylko o potrzebie najaktualniejszej t. j. zakładu położniczego, bo jeżeli jakaś inwestycja w kraju jest konieczną, to ta jest najniezbędniejszą.

Nieświetne są stosunki w szpitalu lwowskim, jak przedstawił to p. dyr. Starzewski, ale kto widział Oddział położniczy szpitala krakowskiego, ten przyzna, że chyba na świecie równie złego nie ma, a zwłaszcza przestrzeń, w której umieszczone są ciężarne, wprost opisać się nie da.

O innych potrzebach tego szpitala nie mówię, ale chciałbym poruszyć kwestyę, jakich zakładów nowych potrzeba. Otóż zdaje mi się, że najpotrzebniejszym byłoby sanatorium krajowe dla chorych na gruźlicę, przynajmniej jedno na razie a potem dalsze. Jest ono potrzebne i ze względów ekonomicznych dla kraju i ze względu na szpitale, bo choć nie wolno suchotników w szpitalach trzymać, ale wszyscy wiemy, że tam bardzo ich wielu zostaje. Kraj za nich płaci a widoków powrotu do zdrowia nie mają wiele z powodu złych warunków w szpitalach, i rzadko który wychodzi zdrowy a pochłania to sumy z funduszków krajowych. Dalej zwracam uwagę na potrzebę domów podrzutków. Nie idzie to już o ściśle lecznicze zakłady, ale gdy się uwzględni, ile kraj ponosi wydatków na dzieci, których ogromny procent wymiera lub przynajmniej dla kraju przepada, to zdaje mi się, nad tą sprawą wypada bardzo się zastanowić — dlatego polecam ją gorąco rozważyć Wydziału krajowego.

P. Ponikło. Co do poruszonej tu przez p. Radcę dworu kwestyi zakładu położniczego powiem, że ta sprawa jest w toku, należałoby sobie tylko życzyć, żeby jak najprędzej weszła na właściwe tory, bo rzeczywiście stosunki tam są bardzo ujemne.

Z inwestycyi najważniejszych podniosę naprzód budowę domu gospodarczego; kto badał pomieszczenie służby w szpitalu krakowskim, ten musiał zgorszyć się. Dawniej nie było ono tak fatalnem, jak teraz z powodu ścieśnienia całego szpitala.

Tu Wydział krajowy już polecił, aby wystąpić z przedłożeniem w tym kierunku, więc to najlepiej świadczy, że to jest sprawa bardzo ważna.

Dalej należy jak najrychlej w porozumieniu z Rządem (mówię to wobec p. Radcy dworu Merunowicza), aby raz stosowne pomieszczenie dla leczenia pokąsanych było upatrzone, bo teraz stosunki są straszne po prostu, mnóstwo osób z różnych okolic kraju w najprzeróżnorodniejszych strojach wałęsa się po peronie szpitalnym, tak że to uderza każdego.

Możnaby z tych typów zrobić fotografię i posłać je do muzeum etnograficznego. Konieczne jest tedy jakieś osobne pomieszczenie. Dalej niedługo trzeba będzie pomyśleć o rozszerzeniu Oddziału chorób wewnętrznych, bo ten, który jest, istnieje od 25 lat i choć jest znośnym, nie odpowiada jednak wymogom. Możliwe przez dobudowanie pawilonu użyć skać powiększenie dla tych oddziałów zwłaszcza dla gruźliczych, nim będzie osobne sanatorium dla nich. To jest też rzecz na-

głaca. Dalej potrzeba budowy dla zachodniej Galicyi zakładu dla umysłowo chorych. Muszę powiedzieć, że to jest rzecz niezbędna a nie centralizowanie tych chorych pode Lwowem. Dalej potrzeba budowy gmachu administracyjnego. Zwrócę tylko uwagę na jedno: Szpital krakowski ma pewne części dobre, zupełnie prawidłowe, jednakowoż wejście do tego szpitala wielkiego jest małeńkie a poczekalnia dla chorych jest to małeńka ubikacya coś straszego, jakie tam przepełnienie. Dla wygody i nawet przyzwoitości jest tu reforma koniecznie potrzebna. Dalej jest to utrudnienie dla administracyi, że nie można tam zajeżdżać końmi, tylko trzeba inną bramę otwierać.

W szpitalach daleko mniejszych są wielkie bramy wjazdowe, więc i z tego powodu potrzeba domu administracyjnego. Oczywiście są to dezyderata mniej nagłe, najnaglejszym jest dom gospodarczy i pomieszczenie dla pokąsanych, a dalej dla wewnętrznych chorób.

P. Mars. Na jedną okoliczność zwrócę uwagę, a mianowicie na to, że może najlepszym sposobem porównania, w jakim kierunku potrzeba w szpitalnictwie samem inwestycyi, jest liczba łóżek, jaką kraj posiada. Tu w porównaniu z innymi krajami Galicya przedstawia się bardzo smutno. Z porównania liczby łóżek z liczbą dni leczenia można wnioskować o stosunkach, jakie w naszych szpitalach panują. W jednym ze sprawozdań Wydziału krajowego czytamy, że w Galicyi w 31 szpitalach mieliśmy 4254 łóżek, gdy w Czechach na 79 szpitali było 11.948 łóżek. Jeżeli się uwzględni, że w Galicyi było w tym roku 1,467.721 a w Czechach 3,400.000 dni leczenia, to z porównania wypada, że w Czechach każde łóżko było obłożone przez 286 dni w roku, nie obłożone zaś było przez dni 79, podczas gdy w Galicyi było każde łóżko obłożone przez 345 dni w roku, czyli, że nie obłożone stało tylko przez dni 20-cia.

Nie chcę zabierać czasu i dalszych konsekwencyi wyciągać, tylko jako przykład rażący przytoczyłem te cyfry. W sprawozdaniu Departamentu V-go za rok 1900 z tabeli z roku 1899, widać, że w oddziale chirurgicznym lwowskim na jedno normalne łóżko przypadało w roku 368 dni leczenia, w oddziale laryngologicznym krakowskim 389 dni w roku na jedno łóżko, w oddziale dla chorób umysłowych w Krakowie 466 dni leczenia na jedno łóżko a na oddziale położniczym w Krakowie 574 dni leczenia na jedno łóżko w roku.

To są cyfry, które wymownie świadczą

o tem, o ile istnieje konieczność inwestycyjna. Wszystkich inwestycyi od razu stworzyć nie można, to prawda, ale powoli da się zrobić wiele. Trzeba mieć pewną jakąś miarę do ocenienia tego, do jakiego stopnia odczuwamy braki, a to się najlepiej uwydatnia w cyfrach łóżek, jakie kraj posiada i stosunku ich do liczby dni leczenia. W przecięciach z tego widzi się, jakie naturalne z tego wynikają konsekwencye.

P. Głuziński. Do litanii potrzeb tu wymienionych nic nie będę dodawał, zwrócę tylko uwagę na jedną rzecz, która szczególnie dla nowo budujących się szpitali powinna mieć znaczenie. Podnoszono już, że dla chorych naszych rzeczywiście ciężko i trudno w szpitalach z powodu przepełnienia oddechać wprost swobodnie, że nie można odpowiedzieć jakimkolwiek zasadom higieny, i jak trudno Siostrom Miłosierdzia żyć w tych warunkach. Zwracam uwagę na jedną jeszcze rzecz, która nie da się w niektórych starych budynkach poprawić, ale w nowych można ją uwzględnić, tj. że się zapomina o tem, że służba szpitalna, to przecież są ludzie, i że to przecież jest urągawisko, że o tych ludziach przy budowie szpitali zupełnie się nie myśli tak, że przytoczę przykład, że w jednym pokoiku mieszkał wspólnie posługacz z żoną, i dwu posługaczy kawalerów a do tego żona wśród tego otoczenia odbywała poród. Niema nieraz kącika, gdzieby ten człowiek po ciężkiej pracy mógł swobodniej wypocząć a przecież potrzebaby dbać o to, i dlatego podnoszę tę sprawę, aby przy nowych inwestycjach koniecznie zwrócić na to uwagę.

P. Merunowicz. Ja może z innych względów nie chcę litanii potrzeb powiększać, bo gdybym jako jedyny lekarz rządowy tu jakieś żądania stawiał, z pewnościąby mi Panowie powiedzieli: dobrze tobie mówić. Otóż nic nie będę mówić pod tym względem, bo rzeczywiście to, co p. inspektor powiedział, jest niezbędne i zdaje mi się minimum żądań. Zapytam się tylko, dlaczego nie wspomniał o Kołomyi. (P. Sawicki: dlatego, bo mamy pieniądze i już budujemy). To dobrze, ale np. co do Podbajec wspomniał pan inspektor, że trzeba nowego budynku.

Przypominam, że przed czterema lub pięciu laty włożono na dobudowanie budynku dwadzieścia kilka tysięcy zł. a Namiestnictwo o wybudowaniu dowiedziało się już po fakcie dokonanym. Otóż kto wie, czy, gdyby wtedy była ta sprawa przysłała wcześniej do Rady zdrowia, czy nie bylibyśmy powiedzieli, proszę Panów na tem miejscu nie budować, bo każdy grosz będzie wyrzuconym. Zdaje mi się, że Wydział krajowy sam przyszedł do

przekonania, że potrzeba nowego budynku a przepuszczam, że na innym gruncie.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. p. **Onyszkiewicz**. Mamy uchwałę i fundusze na szpital w Kołomyi i za kilka dni ma się przystąpić do zakupu gruntu. Do tego potem zastosuje się plany.

P. Sawicki. Co do Podhajec, o których wspomniał p. Protomedyk, pierwotnie zamierzono tylko zbudować dom administracyjny dla pomieszczenia kuchni, pralni i Sióstr Mił., ale kiedy się to wybudowało, napływ chorych był tak wielki, że musiano część tego budynku oddać na chirurgiczny oddział kobiecy i na salę operacyjną, a także na kancelaryę lekarską.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Ze względu na spóźnioną porę odraczam posiedzenie na jutro rano na godzinę 10-tą.

(Koniec posiedzenia o godzinie 8. minut 35 wieczór).

Posiedzenie w dniu 4. grudnia 1902.

(Początek o godzinie 10. minut 8. przed południem).

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. p. **Onyszkiewicz**. Przystępujemy do dalszego ciągu obrad nad punktem 1. działu II. kwestyonaryusza.

Głos ma p. Radca Dworu, Merunowicz.

P. Merunowicz. Do tego, co wczoraj powiedziałam, chcę jeszcze dodać, że w powiatach kosowskim i nadwórniańskim szpitale powiatowe wkrótce będą musiały być zbudowane nie funduszem krajowym wyłącznie ale przy współudziale funduszy powiatowych i funduszu państwowego. Otóż ponieważ i Sejm uznał już nawet częściowo potrzebę budowy tych szpitali, więc ja tylko zwrócę uwagę na to, że ich pomijać nie można ze względu na szerzącą się tam kiłę (syfilis).

P. Sawicki. Sprawa jest już w toku. Plany już narysowane i będą w tych dniach zupełnie gotowe, a co się tyczy kredytu na budowę, to już zgodził się Sejm dać $\frac{1}{3}$ część tj. 20.000 koron, powiat 20.000 koron, więc nie stoi na przeszkodzie do urzeczywistnienia tej budowy. Jak tylko będą gotowe kosztorysy, odeszlemy je w tej chwili razem z planami do Namiestnictwa.

P. Niedzielski. Odnośnie do tego punktu pozwoliłbym sobie jeszcze tylko zauważyć krótko, że najważniejszym dla funduszu krajowego byłoby, gdyby do kosztów utrzy-

mania szpitali prowincjonalnych przyczyniał się także c. k. Rząd.

P. Mars. Ponieważ widzę, że jakoś dyskusya nad tym punktem się nie rozwija, przeto poczuwam się do obowiązku usprawiedliwienia się krótko, o co mi w tym wypadku chodziło. Chodziło mi to, aby zastanowić się: czyby się nie dało podjąć jakiejś energiczniejszej akcji, któraby doprowadziła do zrealizowania tych inwestycyjnych kierunków, których zrealizowanie mogłoby w następstwie oszczędności sprowadzić, czyby nie można na te cele znaleźć funduszków po za funduszem krajowym.

Zupełnie zgadzam się z p. Niedzielskim, jednak my wiemy, że udawanie się do Rządu jest to rzecz idealna; kończy się na słowach: „wzywa się c. k. Rząd...“ Mnie szałoby o to, czyby tu nie dało się stworzyć jakiegos źródła dochodu za pośrednictwem Rządu np. wystarać się o loteryę. (jak to gdzieindziej się zdarzało) a dalej chodziłoby mi o to: aby można było w jak najszerszych granicach wciągnąć tu w grę fundusze płynące z kar i wszelkie fundusze ubogich.

To są te dwa momenta, o których głównie myślałem. Czy są inne sposoby jak np. myśl zaciągnięcia pożyczki, to jestto rzecz, nad którą tylko Wydział krajowy mógłby się zastanawiać, o tem dziś mówić trudno, ja chciałbym mieć tylko wyobrażenie, o ileby drogą np. loteryi lub czegoś podobnego można było od Rządu coś uzyskać, postarać się zdobycie jakichś funduszków wydatniejszych na inwestycje przede wszystkim takie, któreby przez swe powstanie do oszczędności prowadziły.

P. Merunowicz. Co do tej kwestyi przypominam, że towarzystwo Czerwonego Krzyża tak austriackie jak i węgierskie uzyskało wielką loteryę, która im przyniosła miliony. Towarzystwo węgierskie, które ma inne statuty jak nasze, budowało z tych pieniędzy szpitale, Towarzystwo, które niema w statutach budowy szpitali, wydało te pieniądze na kupno środków transportowych do przewożenia chorych i rannych na wypadek wojny. Otóż gdyby kraj postarał się o taką loteryę, możnaby fundusze na inwestycje uzyskać.

P. Ponikło. Jabym sądził, że na same szpitale możeby nie było tak skuteczne udawać się np. do Rządu o urządzenie loteryi lub do ofiarności publicznej, ale sądzę, że na uzyskanie funduszków na domy przytułku lub np. na udzielenie zapomóg dla rekonwalescentów możnaby uciec się do ofiarności publicznej, bo tą są rzeczy nowe, mogłyby ulżyć i podnieść bardzo skuteczność zakładów humani-

tarnych, podczas gdy udawanie się do ofiarności publicznej na cele szpitali uważałbym za mniej właściwe, bo mógłby ktoś wytknąć, że utrzymanie ich jest rzeczą kraju.

P. Sawicki. O ile mi wiadomo, Rząd dał udział w loteryi przy budowie zakładu kulparkowskiego, a potem przy budowie szpitala św. Ludwika; w późniejszym czasie prosił o to szpital św. Zofii we Lwowie ale bez skutku.

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. **P. Onyszkiewicz.** Ponieważ widzę, że więcej nikt głosu nie zabiera, uważam dyskusję nad punktem 2. działu II. kwestyonaryusza za ukończoną. Przystępujemy do 3. punktu tego działu: „Które inwestycje mogłyby krajowi przynieść korzyści względnie o ile wpływaby mogły na zmniejszenie wydatków za żywienie i leczenie chorych“.

Przypominam, że do tego punktu, wiele uwag wypowiedziano już wtedy, gdy mówiliśmy o potrzebach rozmaitych szpitali a zwłaszcza p. prof. Gluziński podniósł potrzebę utworzenia tak zwanych: „Zahlstocków“, potworzenie klas pierwszych i drugich w szpitalach, co mogłoby być inwestycją tego rodzaju, któraby się opłacała i poniekąd pokryła kosztą leczenia ubogich na trzeciej klasie. Rzecz ta łączy się tedy z kwestyją postawioną przy tym punkcie i byłoby tylko do rozpatrzenia, czyby jeszcze inne podobnej natury inwestycje nie mogły być wprowadzone.

Głos ma p. Kohlberger.

P. Kohlberger. Chcę tylko zaznaczyć, że konieczną byłoby rzeczą przy zakładach dla obłąkanych stworzyć pierwszą i drugą klasę, bo na temby zakład dobrze zarobił i zapobiegłoby się omijaniu zakładów przez zamkniętych chorych. Można by też utworzyć prócz klasy pierwszej tak zwane pensjonaty t. j. klasę najdroższą, któraby przyniesić mogła znaczne zyski, któreby można obrócić na różne inwestycje w samych zakładach.

P. Mars. Widzę, że i przy tym punkcie jakoś się dyskusya nie rozwija, dlatego muszę tu zaznaczyć moje stanowisko. Otóż, ponieważ cała rzecz jest skierowana do oszczędności w gospodarce funduszami krajowemi na cele szpitalnictwa wydawanemi, a oszczędność rozumiem w wydatkach rocznych, które powinny być mniejsze jak dotąd, szło mi o to, aby z różnych potrzebnych inwestycji nacechować te, które ze względów finansowych są najpilniejsze.

Urządzenie płatnych oddziałów szpitalnych to nie jest rzecz na te rozmiary, żeby z najbliższej przyszłości mogła tak bardzo dodatnio wpłynąć na finanse funduszu krajo-

wego. Jabym myślał, że cała waga leży przede wszystkim w stworzeniu domów ubogich, względnie domów dla rekonwalescentów i że to byłoby najważniejszym czynnikiem oszczędnościowym.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego **P. Onyszkiewicz.** Ponieważ nikt więcej z panów co do tego punktu głosu nie zabiera, jest dyskusya nad nim wyczerpaną. Przystępujemy do III. działu kwestyonaryusza p. t. Nadzór. Pierwszy punkt tego działu opiewa: „Czy dotychczasowa instrukcja dla Inspektora szpitali odpowiada obecnym stosunkom i potrzebom“. Głos ma p. inspektor Sawicki.

P. Sawicki. Instrukcja służbowa dla Inspektora szpitali brzmi, jak następuje (czyta):

1. W myśl obowiązków objętych przez Wgo Dra Jana Stella Sawickiego kontraktem na dniu dzisiejszym zawartego, jest Inspektor z urzędnym cenzorem recept quo ad lineam medicam i wszystkich lekarskich w szpitalach powszechnych.

2. Inspektor szpitali winien dawać swoją opinię przy obsadzaniu posad lekarskich, przy wyznaczaniu nagród i napomnień, przy udzielaniu urlopów, przy układaniu i zatwierdzaniu budżetów szpitalnych, słowem, we wszystkich sprawach do szpitali odnoszących się, niemniej w innych sprawach, jeżeli tego Wydział krajowy zażąda.

3. W celu polepszenia stanu szpitali, winien inspektor stawiać odpowiednie wnioski i wyrabiać projekta bądź z własnej inicjatywy, bądź z polecenia Wydziału krajowego.

4. Przy zwiedzaniu szpitali winien Inspektor stosować się do ustaw i przepisów obowiązujących i wystrzegać się wkraczania w zakres działania władz zarządzających szpitalami.

5. Po każdej podróży winien inspektor złożyć Wydziałowi krajowemu wyczerpujące sprawozdanie i postawić odpowiednie wnioski. Na podstawie zaś zrobionych spostrzeżeń i aktów winien złożyć Wydziałowi krajowemu sprawozdanie roczne o stanie szpitali, ułożone w taki sposób, ażeby mogło być do druku podane.

6. Inspektor winien na polecenie referenta Dep. V. Wydziału krajowego zwiedzać szpital powszechny lwowski, przyczem ma zwracać uwagę Dyrektora na dostrzeżone usterki i zaniedbania, w razie zaś potrzeby winien Wydziałowi krajowemu przedstawić swoje spostrzeżenia i stosowne wnioski postawić.

7. Na żądanie Dyrektora powszechnego szpitala we Lwowie winien Inspektor brać udział w naradach lekarzy szpitalnych, lecz nie bierze udziału w głosowaniu.

8. Winien również brać udział w naradach komisji, do których przez Wydział krajowy będzie delegowany“.

Prócz tego w ostatnich czasach poruczono mi kierownictwo kancelacji Depart. V. ale to jest zupełnie przypadkową rzeczą, bo JE. p. Marszałek życzył sobie, żebym tego się podjął.

P. Trzeciński. Mnie się wydaje dziwnem, że przy coraz powiększającej się ilości szpitali, te same obowiązki wkładane są na tyle zasłużonego, tak poza sprawami sanitarnymi, jak i w sprawach sanitarnych z kraju p. Inspektorowi i domaga się, aby on opędał wszystkie koszta z tego samego ryczałtu, gdy teraz i koleje i wszystko jest coraz droższe. Wygląda to tak, że z jednej strony chce się nadzoru nad szpitalami a z drugiej tak, jakby się go nie chciało.

Teraz przybyły przecież nowe działy, któreby koniecznie wymagały inspekcyonowania jak n. p. zdrojowiska nasze, więc w tym kierunku należałoby zadanie inspektora rozszerzyć i dodać mu kogoś do pomocy, jeżeliby tego żądał.

Pragnąłbym, aby nasze zdrojowiska ulegały kontroli, bo ta maszyna idzie dość trudno, ale nie można przecież żądać, aby Inspektor odbywał podróże w tym celu, zwoływał komitety i przydawał i aby mu nic nie dano, tylko żeby wszystko musiał pokrywać z dotychczasowej opłaty.

Zatem kiedy mówimy o ogólnym zakresie działania Inspektora, zdaje mi się, że byłoby koniecznem, aby zwiędzał on też nasze zdrojowiska, które mogłyby dać ogromne dochody dla kraju, gdyż powstrzymałyby odpływ pieniędzy za granicę.

P. Gluziński. Przedewszystkiem zauważę, że punkt obecnie omawiany łączy się z dwoma następnymi punktami kwestyonaryusza, więc dobrzeby było je wszystkie razem omawiać.

Dalej podnoszę, że przy rozroście szpitalnictwa w kraju i wobec tego, że jest dużo innych spraw sanitarnych, gdzieby trzeba ruch jakiś wprowadzić, przepisy, które były dobre przed „X“ laty, dziś stanowczo nie wystarczają. Instrukcje szpitalne, które były wydane, zdaje mi się, w roku 1874, dziś są tak przestarzałe, że są wprost niemożliwe, tak, że właściwie dziś szpitale istnieją bez instrukcji, bo tych, które są, trzymać się nie można.

W instrukcji dla szpitala lwowskiego jest n. p. postanowienie, że chorego nie wolno operować, póki się dyrektora szpitala nie spyta, jak Dyrektor uważa, że prymaryusz źle leczy, to musi zwoływać consilium i wogóle są tam rzeczy, których się dziś nikt nie trzyma, bo są przestarzałe i niemożliwe tak, że wszystkie te przepisy zasługiwałyby na reformę.

Z biegiem czasu zadania i rozmiary szpitalnictwa krajowego tak wzrosły, że muszą to powiedzieć, iż o ile na czele departamentu V. może stać nie lekarz i lekarz i dziwić go z zupełnem zadowoleniem, to jednak przecież musi mieć fachowe siły do pomocy, tak, aby i pod względem rachunkowym i lekarskim była odpowiednia kontrola, która nikomu nie ubliża, bo w społeczeństwie najlepiej zorganizowanem jest najlepsza kontrola. Otóż jeśli taka kontrola być musi, w takim razie jeden człowiek stojący dziś na czele inspekcji przy dzisiejszym rozroście agend szpitalnictwa jest niewystarczającym stanowczo.

Mojem zdaniem szpitale powinny być najmniej dwa razy do roku zwiedzane, choćby z tego względu, że taki szpital inaczej przedstawia się w lecie a inaczej w zimie. Kontrola taka, jeśli ma być dobrą, nie może trwać przecież godzinę, ale dzień, dwa lub trzy nawet, żeby przynajmniej skontrolować, czy się chorych nie przetrzymuje i czy właściwie szpital jest prowadzony pod względem lekarskim.

Otóż jeżeliby Inspektor miał 32 szpitale po kilka dni lustrować dwa razy do roku, to on nie może mieć czasu na to, aby był jeszcze doradcą człowieka stojącego na czele Departamentu V., pisał sprawozdania i myślał o inwestycjach tak, że sądzę, że przy dzisiejszych stosunkach powinny być dwie siły lekarskie w Departamencie V., któreby jeszcze miały aż nadto wiele roboty, aby temu całemu szeregowi działów podolać.

Dalej uważam za potrzebne, aby ze względu na to, że przecież inspektor szpitali nie może znać się na wszystkim, aby mu dla kontroli rachunkowej szpitali był dodany urzędnik administracyjny, któryby pod jego kierunkiem wyjeżdżając, równocześnie z inspektorem przepatrywał i badał całą rachunkowość szpitali.

Dalej uważam, że relutum, jakie dziś Inspektor pobiera, powinno być zamienione na dyety i koszta podróży, bo nie można żądać abo do relutum dopłacać. Albo ma być kontrola, a wtedy ma być dobra, albo będzie się to tylko nazywało kontrolą, jeżeli inspektor będzie skrupowany przez relutum tak, jak

dzisiaj. Dzisiejszy inspektor ma ułatwione zadanie, bo zna wszystkie szpitale, ale proszę mi powiedzieć, co będzie, gdy on ustąpi i przyjdzie na jego miejsce człowiek, który od razu tak na tem wszystkim znać się nie może i gdy dla lustracyi szpitala będzie potrzebował kilka dni czasu.

Wobec tych uwag zdaje mi się pewna reforma co do tych rzeczy, które wymieniłem, jest konieczną.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Widzę z dyskusyi, że rzeczywiście, jak to p. prof. Gluziński zauważył, omawianie kwestyi w punkcie tym kwestyonaryusza poruszonej nie da się przeprowadzić bez związku z ustępem drugim i trzecim Działu trzeciego pytań, dlatego połączę te wszystkie punkta razem t. j. p. 2.: „czy obecnie wykonywana kontrola lekarska i administracyjna jest wystarczającą, ewentualnie w jaki sposób należałoby ją rozszerzyć i wzmocnić“, i punkt 3: „czy potrzebną byłaby osobna siła dla kontroli administracyjnej — względnie ustanowienie innego rodzaju kontroli nad gospodarką szpitali“.

Będziemy tedy omawiać wszystkie trzy punkty trzeciej grupy pytań razem. Głos ma p. Mars.

P. Mars. Kiedy kraj obejmował szpitale, wydawało się na nie 137.000 zł., dziś zaś wydaje się dwa i pół miliona koron. Otóż jeśli weźmiemy rzecz tak, że majątek szpitalnictwa w kraju przedstawia taką wartość, że jego roczny obrót wynosi 274.000 koron, to przedstawia to dużą fortunę szlachecką, którą jeden człowiek nadzorować i kierować może, ale tam gdzie cyfra kapitału obrotowego wchodzi już w miliony, to nadzór i kierowanie przechodzi już absolutnie siły jednego człowieka.

Dziś jednak faktycznie tak jest, że w szpitalnictwie krajowym cały nadzór spoczywa w ręku jednego człowieka, a stało się to mimowoli, z roku na rok, skutkiem może tej, że tak powiem, obowiązkowości człowieka, który to, co na niego spadło, wziął na swoje barki.

Zdawałoby się, że ustawodawcze czyniki nie zastanawiały się nad tem: czy nie potrzeba w kierunku nadzoru i kontroli zmiany wobec tego, że w szpitalnictwie krajowym stosunki kolosalnie się zmieniały.

Dawniej szpitale koszta leczenia za ubogich chorych płaciły gminy i wtedy do obowiązków komitetów szpitalnych należała i kontrola i nadzór nad szpitalami. Narazem zmieniło się to wszystko, sumy wydawane na leczenie chorych wrosły bardzo znacznie,

obowiązek płacenia za leczenie ubogich chorych przeszedł z gmin na kraj, który musiał przyjąć także nadzór i kontrolę nad szpitalami, zaczęły cały ciężar nadzoru i kontroli spaść na jednego człowieka t. j. na inspektora szpitalnego, który według pierwotnego założenia miał i powinien być użyty do innych celów. Co i jak działał inspektor szpitali, to wiemy wszyscy, bo to było ogłoszone drukiem, co roku mamy tom drukowany, ale czy ten tom pracy był dostateczny wobec tego wielkiego przedmiotu gospodarczego, jakim jest szpitalnictwo krajowe, wątpić się ośmielam. Według mnie był on niedostateczny i nie mogło być inaczej, gdyż to wymiar obowiązków i pracy zbyt obszerny i wyznaję szczerze, że nie pojmuję, jak mógł p. Inspektor dotąd z temi wszystkimi sprawami dawać sobie radę.

Zastanawiając się nad dotychczasowem dokonywaniem nadzoru i kontroli nad szpitalami, możnaby robić zarzuty, że n. p. bielizny brakuje w Kulparkowie, że nie jest wiadome, co się dzieje w tym lub owym szpitalu, ale to są szczegóły, w które wchodzić nie myślę, gdyż mnie idzie o rzeczy ważniejsze, zasadnicze, o praktyczną stronę, o wytworzenie sobie w tej sprawie należytej, ogólnej opinii, w czem leży wadliwość dzisiejszego systemu. Sprawa tego dwu- a jak mi mówiono — trzymilionowego biernego długu szpitali prowincjonalnych, nie została władzom krajowym, czy Sejmowi wyświeconą i wyłożoną.

Wszyscy się zgadzają na to, że są w szpitalnictwie kwestye, o których nie wiemy, których nie znamy, a przecież my je na wskrós znać musimy, jeżeli mamy dobrze administrować szpitalami. Trudno jest żądać pracy ponad siły ludzkie, dlatego też przede wszystkim jako pierwszą zasadę postawiłbym to, że dotychczasowy sposób prowadzenia inspekcji wobec rozrostu szpitalnictwa krajowego jest absolutnie niedostateczny.

Wobec tego mimowoli uasuwa się pytanie, jakiej potrzeba kontroli, jakiego nadzoru? Najzupełniej zgadzam się z p. prof. Gluzińskim, że dla człowieka uczciwego nic przyjemniejszego jak kontrola, mnie to sprawa prawdziwie zadowolenie, jeśli każdej chwili mogę powiedzieć: proszę kontrolować, wszystko otwarte. Z tego jestem dumny wśród mojej działalności, sądę więc, że powinna być jak najdokładniejsza kontrola, a to tem więcej, że tu idzie o grosz publiczny t. j. o fundusz krajowy. Tymczasem już z tenoru odczytanej tu instrukcyi odniosłem wrażenie, że wolno ci inspektorze to i to kontrolować, ale żebyś nikogo nie dotknął i tam gdzie chodzi o milionowy majątek, cała instrukcyja

dla inspektora mieści się na jednej stronie, w kilku paragrafach.

Instrukcja dla inspektora powinna mojem zdaniem mieścić nie tylko ogólne wskazówki ale i pewne szczegółowe punkta, któreby objaśniały, jak się ma to lub owo kontrolować. Taką powinna być ona w szerokim znaczeniu, nie dlatego żeby inspektor nie umiał kontrolować, nie żeby ta instrukcja była dla niego dopiero wskazówką i nauką, tylko na to, jak ma postępować, żeby miał w instrukcji podporę w swem urzędowaniu, aby się miał na czem oprzeć, aby kontrola była ujętą w pewien system.

Instrukcja taka im luźniejsza tem gorsza, obecna jest niedostateczna i dlatego trzeba wypracować inną odpowiednią instrukcję, co według dzisiejszego stanu gospodarstwa krajowego jest rzeczą koniecznie potrzebną.

P. Gluziński mówił, że są tu dwa kierunki tj. jeden lekarski czyli naukowo-sanitarny, a drugi administracyjny. Co się tyczy pierwszego kierunku tj. kwestyi lekarskich w szpitalach, to czynnik wykonujący inspekcję musi się koniecznie liczyć z postępem i z pewnemi dążeniami nauki lekarskiej.

Pod tym względem dzisiaj istnieją bardzo wysokie wymagania, których w całej rozciągłości nie można stosować do inspektora szpitali, nie można przecież żądać, aby w różnych kierunkach nauki stał na jej wysokości i to w chwili, gdy ma różne inne obowiązki do spełnienia i rozmaitą pracę biurową w dodatku.

Dzisiaj wytworzyły się w medycynie i szpitalnictwie pewne specjalności, które mają pewne odrębne potrzeby, wymagają pewnej odrębnej kontroli i właściwego nadzoru.

Rzecz ta rozrosła się i wymaga innego jak dotąd traktowania, taki nadzór i kontrolę powinny wykonywać czynniki do tego odpowiednio ukwalifikowane. Co do administracji, to my dokładnie właściwie nie wiemy, w czyich rękach ona w szpitalach prowincjonalnych spoczywa.

W niektórych szpitalach prowadzi ją lekarz, w innych płatni urzędnicy, w innych wreszcie jeszcze kto inny. Jeżeli czytamy sprawozdania inspektora szpitali, spotykamy: „mnsiałem tam i tam zatrzymać się dłużej, ponieważ uczyłem, jak trzeba książki prowadzić“, w drugim miejscu jest napisane: „przekonałem się, że zaczynają sobie dobrze radzić“, w innym znów miejscu: „nie są jeszcze obznajomieni z rachunkami“, wreszcie w innym miejscu, że „rachunki są prowadzone dobrze.“

W gospodarce pojedynczych szpitali przewala po kilkadziesiąt tysięcy złr. rocznie i tu bardzo wiele zależy od zapisywania rachunków i od tego, jak się je prowadzi. Na podstawie szczegółowych rachunków składanych przez szpitale zestawia się zamknięcia rachunkowe i oblicza taksy leczenia. Jaki materiały się dostanie do opracowania, taki się obróbić musi. Rachunki bywają niekompletne i niedokładne, więc i obliczenia muszą wypadać mylnie. Gdym zapytywał o przyczynę różnicy pomiędzy taksami za leczenie, słyszałem: obliczenie musi być na czas zrobione, jeżeli zatem otrzymamy rachunki ze siedmiu miesięcy, to musimy do obliczeń przyjąć zestawienia ze siedmiu, a jeżeli z 12-tu, to przyjmujemy z 12-tu, naturalnie, że to musi wpływać na obliczenie wysokości taksy leczenia.

Tu niema winy oddziału rachunkowego i nawet nie można tej rzeczy wytknąć, bo jeśli cyfry się zgadzają, to jako buchalter zrobiłem wszystko, co do mnie należało, a już nie moja rzecz, czy materiały rachunkowe, jaki mi został dostarczony, był dobry czy nie.

Otóż według mego zdania potrzeba koniecznie dwu rzeczy w administracji i rachunkowości w szpitalach krajowych a mianowicie: zaprowadzenia najpierw jednolitego prowadzenia rachunków.

Dzisiaj jeden wykonawca prowadzi je na książce takiego formatu, drugi używa innego, jeden prowadzi rachunki według pewnego systemu, drugi według innego, a trzeci bez systemu, jeden prowadzi tak, drugi owak. Powinna być jednolitość w książkowaniu najskromniejsza, najpojedyncza ale taka, żeby te księgi były przejrzyste, łatwe do porównania i mogły w danym razie być substratem do zastanowienia się nad nimi specjalistów takich, jakimi są tu pp. Niedzielski i Holuka. Jak być powinno, mamy na to wzory.

Mamy w kraju towarzystwa zarobkowe i zaliczkowe bardzo ładnie prowadzone, które mają piękne urządzenia kontrolne.

Tam wyjeżdżają rewidenci z głównego zarządu ze związku Towarzystw na prowincję, przez kilka dni przeglądają księgi, trutynują je dokładnie i piszą sprawozdania do swej władzy. To samo jest konieczne w szpitalnictwie przy dzisiejszym jego rozroście, gdzie ten fundusz półtrzecia milionowy jest rozłożony na 32 ognisk.

Sama wielkość cyfry kapitału obrotowego domaga się takiej kontroli i to jest rzecz druga.

Pan prof. Gluziński poruszył dalej rzecz bardzo głęboko sięgającą tj., że równocześnie z inspektorem powinien na kontrolę wyje-

zdzać urzędnik administracyjny. Mówię, co myślę, że niema nic przykrzejszego w zawo-
dzie, jak kontrolowanie kolegi lub przyjaciela,
który społecznem stanowiskiem i wobec nauki
jest nam równy. Z tego powodu jest pożąda-
nem, aby takie inspekcje odbywały się com-
missionaliter, aby inspekcji nadać większą
powagę i większą surowość.

Naturalnie, że ze względu na stanowi-
sko dyrektorów szpitali czynnikiem decydu-
jącym i orzekającym w sprawach inspekcji
dotyczących powinna być władza z góry,
inspektor powinien się odnieść do Wydziału
krajowego, który dopiero powinien wystawiać
jakieś pisma decydujące. Nie wiem, jak się
to dziś odbywa, sądzę jednak, że pewno po
odbytej kontroli wysłała się pisma już do
komitetów szpitalnych już do lekarzy.

Byłbym za tem, aby do inspekcji szpi-
tali były używane także siły sejmowe, ile
możności aby równocześnie byli zapraszani
posłowie sejmowi, tam gdzie są na miejscu
obecni.

Co do ryczałtu inspektora sądzę, że
on również paraliżuje jego działalność; kredyt
na ten cel jest niedostateczny, jestem bowiem
zdania, że jeżeli przedtem gdy wydatek na
szpitalnictwo krajowe wynosił tylko 300.000
koron rocznie, a kosztą inspekcji wynosiły
np. 3000 koron, to teraz gdy wydatek ten
wzrósł dziesięciokrotnie, powinien i wydatek na
inspekcje podnieść się odpowiednio i wynosić
30.000 koron. Tęby był stosunek należyty
i wtedy w ramach tego stosunku, w miarę
wzrostu kapitału obrotowego, znalazłoby po-
mieszczenie to, o czem mówił p. prof. Glu-
ziński, o należytem usposażeniu inspektora,
o jego podrózach, o sile pomocniczej miejsco-
wej w biurze Departamentu i o sile admini-
stracyjnej, któraby była jakąś częścią doda-
tkową działalności inspektora. Taki mniej
więcej w ogólnych zarysach mam pogląd na
tę sprawę.

P. Ponikło. Co do instrukcyi to jabym
sądził, że gdybyśmy nawet wystylizowali ją
w 100 paragrafach, to jeszcze nie prze-
widzimy wszystkich ewentualności. Mojem
zdaniem instrukcyja powinna być krótką i za-
znaczać tylko zasadnicze stanowisko a resztę
pozostawić należy egzekutywie tj. szefowi
departamentu, który będzie wiedział, gdzie
jaki stopień kontroli trzeba zastosować i jak
często.

Zgadzam się z tem, że kontrola powin-
na być jak najenergiczniejszą ale też trzeba
temu urzędnikowi, który w całym kraju ma
badać rzeczy sanitarne, trzeba nadać wię-
kszą powagę i wybitniejszą markę urzędową,
dlatego sądzę, że szefowi departamentu po-

winien być przydzielony do tych spraw oso-
bny referent w stopniu np. Radcy Wydziału
krajowego.

Nie powinien się on nazywać inspekto-
rem, co było dawniej może, gdy sprawy się
tak jeszcze nie były rozrosły, odpowiednem,
lecz powinien być Radcą-referentem i mieć
przydzielone wszystkie sprawy tego departa-
mentu się dotyczące, ewentualnie i z innych
Departamentów, o ile by sprawy te stały
ze sanitarnością w związku. Czy nie okaza-
łaby się potrzeba siły pomocniczej dla niego,
to już nie moja rzecz rozstrząsać.

Stanowczo jestem przeciwny kreowaniu
jakiejś osobnej kontroli administracyjnej,
gdyż administracyja jest tu w łączności ze
stroną lekarską. Wydział krajowy ma cały
sztab urzędników rachunkowych, więc będzie
wiedział, kiedy, jaką kontrolę i gdzie zasto-
sować i znajdzie zawsze odpowiedniego urzę-
dnika, któremu ad casum poruczy kontrolę.

Taki radca-referent byłby stałym do-
radcą Członka Wydziału krajowego i onby
odbywał inspekcje, przy czem w razie po-
trzeby, gdyby chodziło o jakieś specjalne
wypadki, mógłby mieć jakąś siłę fachową,
k któraby można wysłać albo osobno albo z nim
razem na kontrolę a jeśli by zasłała potrzeba
ze względów ekonomicznych, to — jak powie-
działem — zawsze Wydział krajowy znajdzie
odpowiednią osobę między swymi urzędnikami
i przydzieli ją inspektorowi w każdym wy-
padku potrzeby.

P. Merunowicz. Co do zdrojowisk na-
szych chcę zwrócić uwagę, że nie rozwijają
się one nie tyle dla braku należytej inspe-
kcji, jak z tego powodu, że cierpią na brak
kapitału, który uniemożliwia wprowadzenie
inwestycyi. Rozrastają się jednak, czego do-
wodem, że w ostatnich 10 latach podwoiła
się frekwencya gości.

Co się tyczy instrukcyi, to sądzę, iż
ona jest potrzebną raczej tam, gdzie chodzi
o rozgraniczenie zakresu działania między
poszczególnymi funkcjonaryuszami ale na ta-
kiem stanowisku, jakie zajmuje p. Sawicki,
właściwie instrukcyi nie potrzeba. Ja również
obytam się bez instrukcyi i jakoś idzie. Są-
dzę, że poczucie obowiązków jest ważniejsze
jak instrukcyja.

Jedną rzecz uważałbym za bardzo po-
zyteczną tj. aby przy każdej inspekcji szpi-
tali spisywano na miejscu protokół i to na
formularzach drukowanych, które mają tę
dobrą stronę, że inspekcjonujący nie zapomni
o żadnym szczególe, a czytający wie, gdzie
ma czego szukać i zaraz może potrzebną
rzecz wynaleść.

Taki protokół winien być podpisany
przez tych, których się kontroluje. Zdaje mi

się, że taki wzór do protokołu jest ogromnym ułatwieniem i dla wizytującego i dla tych, którym się protokół do rąk dostaje.

Dalej byłoby dobrze, żeby sprawozdania roczne inspekcjonującego były drukowane według pewnego szematu, bo wtedy możnaby mieć łatwiejszy przegląd czy dla Sejmu czy dla interesowanych, czy też ze względu na jakieś pouczenie dla szpitali niektórych, byłoby to pożądane. Dziś dla czytającego sprawozdanie jest to nieraz żmudną pracą znaleźć coś i zestawić sobie jakieś porównanie np. jak się odbywa służba lekarska w jednym lub drugim szpitalu.

Rozumie się wreszcie samo przez się, że sposób ryczałtowania inspektora jest dziś wobec tak skromnie wymierzonego ryczałtu zupełnie niewystarczającym, i że powinno się wrócić do tego, co jest jedynie słusznem tj. aby wypłacać kosztą podróży za rzeczywiście użyty czas i wydane koszta.

P. Holuka. Co do kontroli rachunkowej w szpitalach prowincjonalnych to jak z doświadczenia przekonał się, dotąd żadnej nie było, a i rachunków prawie żadnych. Tak zwane zamknięcia rachunkowe, które przedkładają nam Komitety szpitalne, a sporządzane przez kasy szpitalne, były bardzo niedokładne, tak, że spisywaliśmy całe foliały, żądając wyjaśnień, uzupełnień i t. p., nim można było je zatwierdzić i na ich następnie podstawie ułożyć budżet, czy też obliczyć koszta utrzymania chorych, żywienia i wogóle gospodarki całej. Przekonał się, że rzeczywiście żadnych tam nie prowadzono rachunków prócz dzienników kasowych i to bardzo ogólnie. Książek żadnych, a nawet najważniejszy, tak zwany protokół stanu chorych, czyli księga dochodów, od szeregu lat nie był zamykany, tak, że szpitale zazwyczaj nie wiedziały nawet, co im się należy z tytułu kosztów bieżących, jak i w ogóle z tytułu niezrealizowanych należyci. Sądzą tedy, że dodanie Rady Inspektorowi urzędnika rachunkowego administracyjnego byłoby bardzo pożądane.

Na miejscu nawet nie mają sił odpowiednich, żeby te rzeczy prowadziły prawidłowo, a instrukcja dla rachunkowości i kasowości składa się ledwie z dwóch stron druku, zatem niedostateczna. Byłoby zatem wskazane, aby ustanowiono żywą instrukcję w osobie urzędnika rachunkowego, któryby zestawiał zamknięcia rachunkowe, budżety i pouczał funkcyjaryuszów, jak mają sporządzać inwentarze i prowadzić inne zapiski i książki szpitalne. Jak już wspomniałem, do niedawna nie wiedziały szpitale, co im się należy z tytułu kosztów leczenia, bo nigdy te książki nie były nawet sumowane, a do zamknięć wstawiano jakieś fikcyjne należyci na pod-

stawie taks wyprowadzone, a wszakże to jedyne źródło dochodów szpitalnych, które w należytej ewidencji winny być prowadzone.

P. Niedzielski. Kolega mój odpowiedział już co do szpitali prowincjonalnych, ja jako referent szpitali krajowych, pozwolę sobie powiedzieć, że kontrola lekarska odbywa się w szpitalach krajowych za pośrednictwem inspektora jako fachowego lekarza, zaś administracyjna przez urzędników rachunkowych, których Wydział krajowy od czasu do czasu w razie potrzeby wysyła albo na szkroto niespodziewane, albo spodziewane w razie zmiany funkcyjaryusza starszego.

Każdy szpital nadto ma odrębną wydaną instrukcję. Muszę tu przyznać p. prof. Gluzińskiemu, że instrukcja służbowa w szpitalu lwowskim pochodzi z przed roku 1878, powód jednak, dla którego jej nie zmieniono, jest następujący: W r. 1890 zrobiliśmy wniosek do Wydziału krajowego, żeby zmienić tę instrukcję, bo jest przestarzała, mieliśmy w niej mnóstwo dopisków, niektóre rzeczy były niepraktyczne, a niektóre rozporządzenia wyszły z użycia i przyszły nowe. Wydział krajowy polecił wszystkim dyrekcjom szpitali, aby projekt instrukcji ze swemi uwagami przedłożyły. Otóż co do Kulparkowa została instrukcja przedrukowana w r. 1891, co do Krakowa w r. 1892, a co do szpitali prowincjonalnych w r. 1897.

Ponieważ już w r. 1878 kiełkowała myśl założenia fakultetu medycznego we Lwowie i klinik i w rozprawach sejmowych była o tem mowa, ówczesny Dyrektor szpitala i rządca wnieśli do Wydziału krajowego prośbę, żeby na razie nie zmieniać instrukcji, bo niedługo ma się otworzyć fakultet medyczny i mają się budować kliniki, a nadto nie wiedzieć, jak się ułożą stosunki profesorów i kliniki do szpitala. Wydział krajowy przyjął to do wiadomości i dotąd niema instrukcji, a obecny zarząd prosił, aby tej sprawy jeszcze nie poruszać, bo były tam jakieś dywersye między profesorami a stosunki klinik do profesorów jeszcze się nie utarły, więc p. Dyr. Starzewski prosił, aby zaczekać, aż się stosunki wyklarują. Z tych powodów instrukcja ta dotąd nie jest zmienioną.

Co do kontroli administracyjnej w szpitalach prowincjonalnych, to niestety jest ona zła, a że rachunkowość w tych szpitalach nie może być tak dokładną jak w krajowych, to każdy zrozumie. Do czasu, gdy rządami byli tam mężczyźni, znachodzili się między nimi ludzie znający się na rachunkowości i była ona prawidłową, co do niektórych przynajmniej szpitali, potem, gdy się starsi pousuwali lub wymarli a drugich usunęto przy wprowadzeniu Sióstr Miłosierdzia, poka-

zało się, że te Siostry mają inne przeznaczenie jak na rachmistrzów.

Wprawdzie w szpitalach krajowych zdawało mi się widzieć, że Siostry prowadziły magazyn tak porządnie że i mężczyzna na prowincyi lepiej nie prowadził, no ale być może, że tu miały one sposobność przyuczyć się od starszych, tymczasem na prowincyi kto je miał uczyć, bo przecież od lekarza nie można żądać, aby był fachowym administratorem. Wydział krajowy wprowadzając Siostry Miłosierdzia, miał przedewszystkiem na myśli, aby zajmowały się pielęgnacją chorych, dozorem nad służbą i gospodarstwem, które ma być prowadzone przeważnie we własnym zarządzie.

Niestety włożono też na nie i część rachunkową tj. sporządzanie i prowadzenie rachunków. Siostry prowadzą wprawdzie rachunki w dobrej wierze, ale niestety nie stosują się do instrukcyi, tak, że każdy rachunek trzeba zwracać, uzupełniać i nazwać fałszywym, bo nie potrafią nawet na gotowych drukach powpisywać cyfr gdzie należy, tak, że widywałem uiszczenia zaległe jako bieżące lub odwrotnie, zaległości jako uiszczenia i t. p.

Jeżeli się takie przedłożenia dostają do władzy kontrolującej, trudno żądać, aby coś dobrego z tego można zestawić. Nieraz trzeba wysyłać kogoś z urzędników, a tu znów jest bieda, bo fachowych kolegów co do szpitali jest bardzo mało a młodszy panowie nie mają znów doświadczenia, a chociaż możnaby supponować, że jeśli który w biurze n. p. drogowem lub szupasowem dobrze prowadzi księgi, to i w szpitalnictwie to potrafi, to przecież niestety tak nie jest, bo ma ono odrębne szczegóły i rzeczy, tak że nie każdy z kolegów mimo najlepszej chęci da się użyć. Więc nie jest to tak łatwa rzecz, jak sądzi p. Dyrektor Ponikło, że Wydział krajowy ma armię fachowych urzędników i może pierwszego lepszego dodać inspektorowi do pomocy.

Ja jestem zdania, że tylko w ten sposób zapobiegnie się złemu, jeśli się utworzy osobną posadę administratora, takiego inspektora administracyjnego, któryby był stale przydzielony inspektorowi, a który jest już ze szpitalnymi rachunkami i instrukcjami obznajomiony. Miałoby to bardzo dodatni skutek i poprawiłoby wiele rzeczy w administracyi szpitali.

P. Starzewski. Ad vocem p. rewidenta Niedzielskiego w sprawie nowej instrukcyi dla szpitala lwowskiego, przyznaję, że rzeczywiście pierwszym kawałkiem, który jako nowo mianowany dyrektor, do załatwienia na binrku zastałem, było wezwanie Wydziału krajowego do wypracowania projektu nowej instru-

kcji dla szpitala lwowskiego. Odpowiedziałem wówczas, że nie jestem w stanie wezwaniu zadość uczynić, nie posiadając własnej wyrobionej na podstawie dłuższego doświadczenia zdobytej opinii w tej sprawie, a elaborat kompilacyjny, zebrany z obcych wzorów przy zielonym stoliku, którym jedynie w danej chwili mógłbym służyć, uważam za bezwartościowy; wreszcie prosiłem o rok zwłoki. Rok minął; nadszedł czas do przedłożenia nowej instrukcyi i znów muszę niestety powiedzieć, jak przed rokiem, że projektu na nową instrukcyę przedłożyć nie mogę. — Po pierwsze dlatego, że jeszcze brakuje dwu klinik i nie wiemy, na jakich zasadach będą unormowane stosunki administracyjne i lekarskie między nimi a szpitalem; powtóre dlatego, że w dzisiejszym stanie rzeczy instrukcyja nie da się w ogóle wcale ułożyć. Wydział krajowy i Namiestnictwo stojąc na stanowisku umowy zawartej między Rządem a Krajem powiada: profesorowie kliniczni są równocześnie prymaryuszami szpitala podległymi dyrekcji szpitala i mają się do przepisów obowiązujących w szpitalu stosować jako prymaryusze jednakże z uwzględnieniem „potrzeb nauki klinicznej“.

Panowie profesorowie tego stanu rzeczy nie uznają. Rozmawiając np. z prof. Gluzińskim, także z innymi profesorami spotykałem się ze zdaniem takim: my się za prymaryuszy nie uważamy, bo po pierwsze nie dostaliśmy nominacyi na prymaryuszów, powtóre nie złożyliśmy przyrzeczenia służbowego, po trzecie nie dostajemy żadnej pensyi jako prymaryusze wreszcie, równocześnie spełnianie funkcyi prymaryusza i profesora jest niemożliwe, gdyż wchodzi w kolizyę z obowiązkami i stanowiskiem profesora Uniwersytetu. Niemożliwym jest mieć równocześnie dwie różne Władze nad sobą. — Dalej — Panowie — pytyjskie zastrzeżenie umowy o przywileju celów nauki klinicznej jest tego rodzaju, że nie da się ująć w żaden paragraf i właściwie wszystkie paragrafy znosi, bo co może być potrzebne profesorowi do celów nauki klinicznej, może ocenić tylko sam profesor i nikt więcej — nawet pan minister oświaty. (Wesołość.) Jest to rzecz wyłącznie osobistego zapatrywania. Gdzie prawa nie dadzą się określić, należałoby znieść odpowiedzialność. Dyrektor, który niema sposobu i środków do wykonywania obowiązków powierzonych mu przez Wydział krajowy, który nie może nic polecić profesorom, nie może i nie powinien także za nic odpowiadać. Weźmy naprzykład budżet kliniczny. Sejm go uchwała, Wydział krajowy ma w granicach jego administrować klinikami, a dyrektor wypełnić to zadanie.

Tymczasem jeden z profesorów drogą codziennych asygnacyi na potrzeby „dla ce-

łów naukowych“ wyczerpie dajmynato w ciągu pół roku całoroczny kredyt. Jeśli dyrektor się nie zgodzi, będzie nieustanna scysya i kwestya kompetencyi, której nie ma kto rozstrzygnąć, jeżeli się zgodzi, ponosi całą odpowiedzialność za fatalne następstwa takiej gospodarki dla funduszu krajowego.

Jasnym jest — Panowie — że przy takiej zasadzie, że profesor rządowy nie uznający władzy krajowej, ma przywilej według swego uznania, dysponować kredytem administrowanym przez kraj, a dyrektor krajowy nie mający władzy ma być za budżet odpowiedzialny, żadna instrukcja nie da się ułożyć i byłaby tylko wtedy możliwą, gdyby stosunki w ten sposób zostały zmienione, żeby Rząd zaliczował kasie szpitalnej pieniądze na cele leczenia naukowego, a za wydatkowanie tych pieniędzy byli odpowiedzialni profesorowie Uniwersytetu. Dyrektor krajowy miałby tylko obowiązek kontrasygnować asygnaty profesorów i zawiadomić profesora, gdy jego kliniczna nadwyżka kosztów leczenia jest na wyczerpaniu i zawiadomić Rząd o potrzebie udzielenia nowej zaliczki. Przy dzisiejszej organizacji, gdy Wydział krajowy podejmuje się administrować pieniędzmi przeznaczonymi na cele naukowe, a niema do tego odpowiedniej władzy, jest stanowisko dyrektora szpitala wprost niemożliwe, i otwarcie mówię, przeważnie nie mam możności tego wykonać, co Wydział krajowy odemnie żąda.

Drogą osobistego taktu, dobrych chęci, kompromisów, porozumienia, osobistych dobrych stosunków z profesorami, starałem się dotąd wszelkimi siłami memu zadaniu zadość uczynić z tym większym trudem, że zastałem bynajmniej nie idealne stosunki i z jednej i z drugiej strony stawiano sprawę na ostrzu noża. — Zdaje mi się Panowie, że dość jasno i wyczerpująco uzasadniłem, dlaczego nie byłem i nie będę w możności w najbliższym czasie projektu nowej instrukcji przedłożyć, więc kończę mój wywód i proszę o przyjęcie go do wiadomości.

P. Mars. Bardzo jestem Panom wdzięczny za wyświetlenie kwestyi administracyjnej.

Co po przedstawionej tu rachunkowości po szpitalach prowincjonalnych to taka rachunkowość jest naturalnie ciężarem i zamęceniem i tak jak brak rachunkowości prowadzi do strat, dlatego jestem zdania, że powinno tu się nie tylko kontrolować, ale trzeba też pouczać, tak jak to się dzieje w towarzystwach zarobkowych, gdzie biorą się do rzeczy finansowych obywatele z różnych zawodów, a gdzie taki rewident, który ze związku przyjeżdża, jest zarazem instruktorem,

zostaje kilka dni na miejscu i poucza tak, że potem rzecz dobrze idzie.

Co się tyczy jeszcze instrukcyi to kodyfikacya, ułożenie jej jest rzeczą fachowego zastanowienia się i biurokratycznej (w do-brem zrozumieniu) działalności. Ja przedstawiałem tylko ogólny pogląd na rzeczy i mam to przekonanie, że najszerszą instrukcją jest żadna instrukcja. Owszem niech nie będzie żadnej instrukcyi.

P. Merunowicz wspominał tu o formularzach jako koniecznych potrzebnych. Otóż to jest to właśnie, czego ja żądam, że inspekcya powinna prowadzić się podług pewnego systemu, a taki protokół razem spisany wedle kwestyonariusza zastępować może nawet instrukcyę.

Jestem zdania, że byłoby niedobłą rzeczą wprowadzenie żywołu administracyjnego jako odrębnego czynnika, któryby nie szedł ręką w rękę z inspektorem szpitali, ale był urzędnikiem samodzielnym, któryby jechał n. p. do zachodniej Galicyi podczas gdy lekarz inspektor jedzie do wschodniej. Ten kierunek byłby niedobry, boby zachodziła kolizya, którą na innym punkcie wykazywał p. Starzewski.

To co na małą skalę istnieje między szpitalem a klinikami, toby się działo w szerszych rozmiarach między administracją rachunkową a kwestyą sanitarno — lekarską. Jestem tedy ściśle za tem, że powinien być czynnik administracyjny znający dobrze stosunki we wszystkich szpitalach, ich rozwój i warunki finansowe, któryby mógł działać i urzędować równocześnie i razem z inspektorem szpitali, któremu by był podległy i był jego podporą.

P. Gluźniński. Konstatuję, że wszyscy zgadzają się na to, żeby przedewszystkiem dać inspektorowi szpitali możność rzeczywistego kontrolowania szpitali i żeby ten pauszal był taki, żeby był w stanie kontrolować. Co do instrukcyi samej jestem również zdania, że instrukcyę stanowią przedewszystkiem ludzie i gdyby była ona nawet na 10 arkuszach spisana, będzie złą, jeżeli człowiek, który ją ma wykonywać, nie będzie się po-czuwał do obowiązków. Dalej, aby inspektor sanitarny miał możność kontrolowania szpitali krajowych, potrzeba aby z nim razem była fachowa siła administracyjna, któraby wszędzie jedność w budżetowaniu zaprowadziła. Podnoszę wreszcie jeszcze raz dalszą myśl, ażeby przeciw była w Departamencie V. druga siła fachowa lekarska.

Jeżeli inspekcya lekarska ma być dokładna, to trzeba użyć ze trzy dni na każdy szpital, to znaczy 100 dni prawie, czyli jedna trzecia część roku upłynęłaby na jedno-razową inspekcye, nie mówiąc już o tem, że

chciałbym, aby to się odbywało dwa razy do roku, a wtedy tego inspektora przez pół roku nie będzie w biurze i sprawy będą zalegały, które z natury rzeczy powinny być szybko załatwiane.

Z tych powodów koniecznie trzeba drugiej fachowej siły w biurze, któraby wtedy, gdy inspektor jest w podróży, sprawy te załatwiała i była do pomocy dodaną Departamentowi piątemu.

P. Kozłowski. Do pewnego stopnia podzielał sceptycyzm poprzednich mowców co do instrukcyi. Najlepszą instrukcją jest człowiek, a gdzie człowiek nieudolny, tam najlepsza instrukcja nie zastąpi samodzielnej pracy. Mimo to uznaję potrzebę wypracowania instrukcyi dlatego, że dla tych, którzy do jakiegoś biura wstępują, instrukcja jest wskazówką co do tego, czego od nich wymagać się będzie. Tam, gdzie maszyna nie jest wielką i gdzie ten, który nią kieruje, jest w stanie zwrócić uwagę podwładnego urzędnika na wszystkie szczegóły, które ten urzędnik ma załatwić, tam bez instrukcyi można się obejść, ale tam, gdzie maszyna jest tak rozgałęziona jak szpitale prowincjonalne, tam uważam wypracowanie instrukcyi za potrzebne.

Uważam też za potrzebne wykształcenie zakonnic, które prowadzą rachunki, w tym kierunku, potem trzeba by wypracować pewien rodzaj instrukcyi nie w paragrafach, ale popularny podręcznik rachunkowości szpitalnej, jak najbardziej przystępny dla ogółu, z którego by mogły zobaczyć, co gdzie należy zapisać, wreszcie trzeba by wprowadzić jednolite formularze i księgi, o ile być może jak najprostsze i najbardziej przejrzyste.

Nie byłbym również za tem, aby inspektor sanitarny i administracyjny jeździli każdy z osobna, bo to by wprowadziło pewien dualizm i nie wiedzianoby, kogo słuchać. Daleko jednak prostszą myślą byłoby, aby inspektorowi szpitalnemu dać stałą rachunkową siłę do pomocy, stałą w tem znaczeniu, żeby to nie był urzędnik, który dziś robi rachunki stypendyów, a jutro kółek rolniczych, lecz taki, który się odda wyłącznie rachunkom szpitalnym, bo jeśli się jakąś buchalterję kontroluje, to trzeba znać przedmiot, do którego się buchalterya odnosi. Urzędnik taki musiałby się przeto pod ręką inspektora szpitali wyrobić.

Co się tyczy referenta administracyjnego, to zdaje mi się nie potrzeba posady zupełnie równorzędnej. Tu jest potrzebna pewna pomoc i wyłączenie, bo ostatecznie inspektor szpitali może dać, wyjeżdżając wskazówki, które ten urzędnik pomocniczy może wykonać.

Muszę powiedzieć, że jestto przedmiot,

który potrzebuje sanacyi, bo jedną z najmniejszych stron administracyi szpitali, zwłaszcza prowincjonalnych, jest rachunkowość i na ten punkt należałoby skupić całą uwagę, żeby z tego chaosu wybrnąć, a przedewszystkiem z tych długów, które są dowodem nieporządku, a które administracyi szpitalnej niestety zaszczytu nie przynoszą.

P. Ponikło. Zgadzam się na wszystko, co powiedział tu p. Kozłowski, najzupełniej i tak też i ja sobie przedstawiałem ten dualizm i powiem na podstawie doświadczenia, że to byłoby niedobrze, bo administracja ze stroną lekarską musi być ściśle zespoloną. Taki inspektor będzie to świątły człowiek, on na tem będzie się rzucał, on rozpatrzy się w gospodarce, a urzędnik rachunkowy mu to wykaże i wyrachuje. Stoję więc na stanowisku p. Kozłowskiego zupełnie.

P. Kohlberger. Mówiłem o tej sprawie z wielu interesowanymi i wszyscy byli przeciw temu, żeby ustanowić drugą jakąś siłę kontrolującą szpitale, albowiem zawsze pewna jest sprzeczność między czynnościami czysto sanitarnymi a czysto administracyjnymi, podczas gdy obie te czynności powinny się razem z sobą zespalać.

Kierownicy większych szpitali wiedzą, że są rzeczy, które nie dadzą się rozdzielić na administracyjne i lekarskie czynności, więc tworzenie odrębne siły administracyjnej byłoby niewłaściwem. Stworzenie pomocniczej siły jest dobre i niezbędnie potrzebne, ale potrzebnem też jest w Wydziale krajowym zwiększenie w ogólności sił lekarskich, bo prócz czynności czysto inspekcyjnej szpitali, są czynności kancelaryjne bieżące, które ciągle muszą być załatwiane, a niektóre nie cierpią zwłoki, gdy tymczasem inspekcye wymagają bardzo częstej nieobecności inspektora.

Otóż słusznie p. prof. Gluziński powiedział, że potrzebaby takiej siły lekarskiej w rodzaju referenta. Byłoby tedy pożądanem, aby w randze Radcy Wydziału krajowego była taka stała siła referenta sanitarnego do spraw czysto lekarskich, któraby była kierownikiem kancelaryi względnie Departamentu V-go i przydziałała czynności różnym urzędnikom, a miała do pomocy lekarza, któryby miał tytuł inspektora, a sam ten radca, względnie referent, byłby starszym inspektorem, żeby mógł wysłać go do mniejszych szpitali albo po rewizjach, tak, że sam wyjechałby parę razy do roku, a tamtego wysyłałby co miesiąca. Równocześnie należałoby dodać do pomocy siłę taką administracyjno-rachunkową. W ten sposób potrzebne byłyby trzy siły w ogóle razem działające, tj. stały referent sanitarny, inspektor

szpitali z pomocą urzędnika administracyjno-rachunkowego.

P. Gluźński. Aby mnie mylnie nie zrozumiano, kategorycznie oświadczam, że inaczej też nie myślałem, jak, żeby kontrola była w ręku inspektora szpitali, a jeżeli mówiłem o osobie, że strony administracji, to inaczej nie rozumiałem, jak tylko taką, któraby jeździła tylko razem z inspektorem. Inaczej sobie tej kontroli nie wyobrażam.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Oddział rachunkowy jest tak zorganizowany, że dla specjalnych Departamentów są specjaliści referenci a pp. Holuka i Niedzielski załatwiają tylko sprawy sanitarno-rachunkowe.

Ja zrozumiałem intencje Panów, tak, że chcielibyście, aby był specjalny rachunkowy urzędnik w tych sprawach versatus, któryby jeździł na kontrolę administracyjną razem z inspektorem i uzupełnił fachową lekarską kontrolę administracyjną: (Głosy: tak jest).

P. Mars. Jeszcze jedną uwagę pozwolę sobie uczynić. Są niektóre kwestye w szpitalnictwie specjalne zawodowe, co do których nie można żądać od inspektora, żeby się na nich zupełnie rozumiał, które zatem wymagają koniecznie ściśle naukowej siły. Z tego powodu jestem zdania, że powinna być jeszcze jedna kontrola w szpitalnictwie krajowym i to kontrola, któraby była bardzo mało kosztowną, której dotąd nie używano, a która mogłaby się odbywać z wielką korzyścią. Może się zdarzyć np. że jeden lekarz lub drugi zaniedbuje się w pewnym kierunku albo lekko rzecz jakąś traktuje. Otóż mógłby Wydział krajowy od czasu do czasu w takich razach, gdzieby się wyłoniła kwestya specjalna jak np. dotycząca syfilis lub jakaś kwestya chirurgiczna, używać sił, które ma do dyspozycji w prymaryuszach wielkich miast w Krakowie i Lwowie. Tych sił specjalnych należałoby używać do nadzoru względnie kontroli części sanitarno naukowo szpitalnej. Taki nadzór miałby ogromne znaczenie moralne, wpływałby dodatnio na podniesienie poziomu, znaczenia szpitali w stosunku do wysokości, na jakiej dziś nauka stoi. Tego żąda opinia publiczna.

Słyszałem od obywateli wiejskich, że nadzór nad szpitalami, o którymby w kraju wiedziano, budziłyby zaufanie do naszych zakładów krajowych już przeto, żeby widziarno, że się rzecz kontroluje i bada, czy wszystko jest tak, jak być powinno.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Ponieważ ta kwe-

stya nie była jeszcze dyskutowana, więc pytam Panów, czy kto życzy sobie głosu? (Nikt). Ponieważ nikt głosu nie zabiera, przeto dyskusya nad III. grupą pytań kwestyonaryusza jest zamkniętą. Przystępujemy do IV. grupy pytań: Zarząd funduszami na cele zdrowotne. Punkt pierwszy brzmi: „Czy zasada, iż każdy szpital utrzymuje się z taks leczenia okazała się praktyczną — ewentualnie czy nie na lażałoby wprowadzić ulepszeń w dotychczasowym systemie“.

Punkt ten był poniekąd omawiany przy pierwszym pytaniu i do pewnego stopnia panowie wskazywaliście na to, że jeden z braków szpitali polega na tem, że ustawa uznawała szpitale za samoistne utrzymujące się z własnych dochodów.

P. Mars. Ja myślę, że ten punkt albo trzeba przedyskutować obszernie, albo wcale nie. Jeśli panowie na to się godzą, że dzisiejsze stosunki co do obliczania kosztów leczenia, że zasada, według której szpital utrzymuje się sam z taks za leczenie, że obecny system gospodarki szpitalnej jest zły i wymaga naprawy, to sądzę, dalszej dyskusji nie potrzeba. Jeśli jednak Panowie nie są tego zdania, to ja mam w zapasie materiały, za pomocą którego, mógłbym wykazać, na jakiej podstawie można powiedzieć, że dzisiejszy system jest błędny. Sądzę jednak, że wobec tego, że już taką kolubrynę wyciągnięto jak kwestyę biernych długów szpitalnych i nieporządków w administracji, podawanie jeszcze innych argumentów jest zbędne.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Nie mógłbym uważać tego, jako wynik objawianych opinii w ciągu obrad ankiety, jakoby zasada, która jest wypowiedziana w ustawie z 1897 roku została uznana przez ankietę za fałszywą. Tegobym nie mógł skonstatować, że taki był wynik dotychczasowych obrad.

Było wypowiedziane zdanie — zwłaszcza wypowiedział je p. Jabłoński, że szpitale powinny być konsekwentnie do wyników, jakie przedstawiają, uznane za zakłady krajowe i tak jak zakłady krajowe traktowane, coby prowadziło do tego, że ankietę miałaby doradzać Wydziałowi krajowemu, aby poszedł ze zmianą ustawy do Sejmu.

Tego rodzaju opinia była wprawdzie wypowiedziana, jednak ja nie zauważałem, żeby znalazła szerszy odzew wśród obrad ankiety, przeciwnie słyszałem głosy, które wyraziły wątpliwości, czyby to było dobre, nie mogę więc skonstatować, żeby doszło do tego, co mówi p. Mars, że zasada, iż szpital ma się z własnych taks leczenia utrzymywać, została u-

znaną za błędną. Wobec tego, poddam tę sprawę pod dyskusję, ale ponieważ pora jest spóźnioną, przeto odraczam posiedzenie na dziś popołudniu na godzinę czwartą.

(Koniec posiedzenia o godzinie 1. min. 25. z południa).

Posiedzenie w dniu 4. grudnia 1902 popołudniu.

(Początek o godzinie 4. popołudniu).

Przewodniczący Członek Wydziału kraj. p. **Onyszkiewicz**. Przed przystąpieniem do porządku dziennego udzielam głosu p. Marsowi.

P. Mars. Co do kwestyi długów tak zwanych biernych, o których była mowa z mej strony, padło ocenienie ich na 3,000.000 K. Otóż oświadczam, że zupełnie w dobrej wierze powtórzyłem to, co słyszałem o tych biernych zaległościach (np. p. Dyrektor Starzewski mówił, że w szpitalu tarnowskim zastał dług 12.000 zł. za bułki) i wcale się przy tej cyfrze nie upieram. Może być, że ta cyfra jest za wysoką, jabym pragnął, aby była zredukowaną do zera lub była bardzo małą. Jeżeli się pokaże, że jest ona małą, to przepraszam, że Panów mimowolnie w błąd wprowadziłem, uczyniłem to jednak w najlepszej wierze na podstawie informacji.

P. Krafiński. Mnie się również zdaje, że podana tu cyfra długów jest za wysoką. Ja mam tylko doświadczenie co do szpitala sokalskiego i powiem, że przed przystąpieniem do budowy mieliśmy w zapasie 16.000 K. oszczędności, które za zezwoleniem Wydziału krajowego i uchwałą Sejmu zostały zużyte do budowy nowego gmachu. Od tego czasu pogorszył się stan finansowy i są pewne niedobory ale pochodzi to stąd, że potrzeba było sprawienia inwentarza, który to wydatek nie był przewidziany, tj. na wydatek na urządzenie sal operacyjnych, łózek, pościeli za mało przewidziano a w szpitalu podniosła się cyfra łózek z 40 na 90. Z tego więc ten niedobór wyniknął. Faktycznie jednak wynosi ten niedobór około 4.000 K., które szpital po otrzymaniu zaliczki z końcem kwartału wyrówna całkowicie. Takich zaległości, aby dopiero w pół roku później były płacone, niema. Czy w innych szpitalach tak jest, oczywiście nie wiem.

P. Holuka. W sprawozdaniach za ubiegłe lata Wysokiemu Sejmowi przekładanych nie był dotąd wykazywany stan czynny i bierny. Obecnie do świeżego sprawozdania jeszcze nie ukończonego wciągnęliśmy te rubryki, aby Sejmowi wykazać, jaki jest właściwy stan czynny i bierny. Cyfry z 25 szpitali mam pod ręką, i pozwolą Panowie, że je odczytam. Dowodzą

one zarazem, że niema tu nawet mowy o 3,000.000 K. długów. I tak stan bierny wyniósł z końcem roku 1901:

w Białej	9.216 K.
„ Bochni	10.503 „
„ Brodach	6.728 „
„ Brzeżanach	408 „
„ Drohobyczu	2.203 „
„ Gorlicach	8.229 „
„ Husiatynie	5.563 „
„ Jaśle	4.477 „
„ Kołomyi	10 „
„ Krośnie	4.765 „
„ Lubaczowie	2 538 „
„ Podhajcach	23.395 „

(tu jest pożyczka na budowę osobnego pawilonu)

w Przemyślu	11.349 „
„ Przemyślanach	21.853 „

(tu są pożyczki na budowy)

w Rzeszowie	31.846 „
„ Samborze	68.250 „

(tu są większe pożyczki na budowę)

w Sanoku	23.169 „
„ Sokału	47.759 „
„ Stanisławowie	4.021 „
„ Tarnowie	46.565 „
„ Wadowicach	54.337 „
„ Zaleszczykach	751 „
„ Złoczowie	2.576 „
„ Żółkwi	24.813 „
„ Żywcu	1.414 „

Sumie stanu biernego odpowiada w zupełności suma stanu czynnego w zaległych kosztach leczenia z końcem roku nie zrealizowanych i w innych należnościach. Sumy ogólnej nie mamy, bo jeszcze reszta szpitali nie przedłożyła zamknięć rachunkowych, lub też nie zostały one jeszcze zatwierdzone.

P. Starzewski. Pan Mars wspominał tu o mojem wczorajszem powiedzeniu, iż w chwili objęcia przezemnie szpitala w Tarnowie, zastałem dług 12.000 zł. za niezapłacone bułki. Jakkolwiek wprawdzie oficjalnie tego nie mówiłem, tylko wtrąciłem mimochodem, chcę jednak dzisiaj rzecz ze względu na ogólniejsze znaczenie sprawy wyjaśnić. Rzeczywiście obejmując szpital tarnowski, zastałem 10—12.000 zł. należności niezapłaconych, przede wszystkim, za żywność, mianowicie za najważniejsze pozycje: mięso, bułki i chleb.

Zkąd to powstało? Dlaczego muszą powstawać w szpitalach prowincjonalnych także zaległości i w ogóle, jaką kwotę mogą one wynosić? postaram się Panom wyjaśnić.

Szpital żywi i utrzymuje chorych efektywnie. To znaczy: tyle dni leczenia musi zapłacić, ile ich miał faktycznie, zaś dochody są względne i zależą od różnych czynników, jak kancelarya szpitalna, urzędy gminne, Starostwa, Namiestnictwo, Wydział krajowy i t. d. Ponieważ wszystkie te czynniki są znów niezależne od kancelaryi szpitalnej i funkcjonują przeważnie opieszale, więc dochody szpitali są prawie zawsze faktycznie mniejsze, niż rozchody czyli, że każdy prowincjonalny szpital, wydając prawidłowo według ilości dni leczenia i budżetu, kończy rok deficytem. Najlepszym dowodem na to jest zadłużenie szpitali prowincjonalnych, wzrastające z roku na rok, mimo, że ich budżety przekroczeń we wydatkach nie wykazują i to, że cyfra długów odpowiada mniej więcej zaległej sumie dochodów za kosztą leczenia.

Tyle, ile szpitale nie zdołały ściągnąć za kosztą leczenia, a musiały wydać według ilości dni leczenia, pomnożonej przez takse, tyle muszą mieć długów, czyli, że jak długo nie zostanie rozdzielona sprawa ściągnięcia kosztów leczenia od utrzymania szpitali, a dochody szpitali będą zależeć od lepszego, lub gorszego funkcjonowania kancelaryi szpitalnej, tak długo szpitale prowincjonalne długo takie robić będą musiały.

Jedynym wyjściem z tej smutnej sytuacji jest, albo myśl podniesiona przez p. Jabłońskiego ukrajowienia szpitali, albo, żeby fundusz krajowy szpitalom prowincjonalnym w formie zaliczek, lub dotacji płatnych z góry kwartalnie, lub półrocznie, utworzył kredyt w wysokości prelimitowanych wydatków w budżecie przez Wydział krajowy zatwierdzonym. — W ten sposób szpitalom prowincjonalnym umożliwiłoby się także stworzenie funduszków zapasowych tak niezbędnie potrzebnych na wypadek, gdyby więcej było dni leczenia w roku niż prelimitowano i uwolniło je raz na zawsze od lichwiarskich długów. —

P. Stella-Sawicki. Przeglądając moje notatki, widzę, że ośm szpitali jest takich, które długów nie mają, owszem posiadają nawet niewielki zapas rezerwowy, którego używają na regulowanie gospodarstwa. Co się tyczy szpitali innych, to kredytu idącego w tysiące nie mają, owszem, jak tylko zadłużą się na kilkaset złr., wierzyciele zwykle udają się ze skargą do Wydziału krajowego, który w tych razach, po zasięgnięciu opinii Oddziału rachunkowego, udziela szpitalom zaliczki, jakie uważa za stosowne. Tych zaliczek w ostatecznych czasach było 56.878 koron. Choćby zaliczki te doszły i do 80.000 koron, to jeszcze nie jest to dowodem złego gospodar-

stwa, a jedynie zbyt niskiej taksy i wielkich zaległości kosztów leczenia, które jak powiedziałem, wynoszą zwyż 433 tysięcy koron.

P. Holuka. Cyfra ogólna długów szpitali prowincjonalnych wynosi mniej więcej około 416.749 koron, prócz szpitali w Nowym Sączu, Śniatynie, Stryju i Tarnopolu, z których dotąd zamknięć jeszcze niema. To są wszystkie długi w ogóle.

(P. Mars: a zaległości czynne?)

Tych nie mam jeszcze sumowanych.

P. Merunowicz. Te wynoszą 433.280 koron.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Więc mniej więcej się równoważą, z czego wypadałoby, że długów niema żadnych.

P. Mars. Życzyłbym sobie, aby tak było.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Po tych wyjaśnieniach przystępujemy do dalszych obrad nad punktem pierwszym IV. grupy pytań kwestyonaryusza.

Głos ma p. **Niedzielski.**

P. Niedzielski. Od niepamiętnych czasów dotąd i u nas i za granicą, przyjętą jest zasada, że szpitale utrzymują się same. Tam, gdzie dochody i kapitały są takie, że wystarczają na utrzymanie chorych, tam taksa leczenia może być inaczej liczoną. U nas prócz krakowskiego szpitala, który ma majątek zarodowy dość znaczny, inne szpitale nie mają żadnych dochodów, albo bardzo małe.

Naturalnie wydatki muszą być pokryte i że szpital, chcąc kosztą pokryć, powinien mieć takse w takiej wysokości, aby wydatki mogły być pokryte. To co do zasady.

Co do sposobu obliczania taks, to on nie zależy od nas. Jest rozporządzenie ministerjalne z r. 1857, które do dziś obowiązuje, gdzie najdokładniej jest powiedziane, w jaki sposób ma być taksa obliczana, co się ma potrącać, jakie dochody własne szpitali mogą być potrącane i w jaki sposób — i my od tej zasady nie odstępujemy. Jest tam jednak jeden punkt, który gdybyśmy chcieli uwzględnić, to rzeczywiście szpitale prowincjonalne nie byłyby w takich kłopotach finansowych, jak obecnie, bo jest w tem rozporządzeniu ministerjalnem przewidziane, że każdemu szpitalowi wolno o centa lub najwyższej o półtora wyższą takse ponad te wydatki ustanowić. Ten cent mógłby stanowić wielką różnicę na 50 lub 60 tysięcy dni

leczenia i mógłby być tym funduszem rezerwowym, któregośmy tak pragnęli.

My, jako organ rachunkowy, nieraz proponowaliśmy wyższą taksę, ale ponieważ szedł na nas nacisk z góry, aby ile możliwości wszędzie oszczędzać, więc musieliśmy się mu poddać. Jabym bardzo położył na sercu Wydziałowi krajowemu, aby dla poprawy finansowych stosunków szpitali prowincjonalnych w przyszłości można przy obliczaniu taks, pójść o centa albo i więcej wyżej. Sądzę, że tu żadne Ministerstwo nie stawiałoby przeszkód, bo przecież to byłby wydatek z kieszeni Wydziału krajowego.

Co do tego, aby kraj popłacił wszystkie długi, jak tu sobie życzone, to nie wiem, czy Wydział krajowy mógłby i chciał taką ofiarę ponieść.

P. Mars. Mnie nie idzie o sposób obliczania taks, tylko o to, czy zasada, którą się kierują wszystkie szpitale, jest słuszną. Już p. Jabłoński powiedział wczoraj, że ta zasada utrzymywania szpitali z taks, które one zarabiają, nie jest słuszną i z tego powodu podnoszono tu, że byłoby najwłaściwiej, żeby kraj powiedział, że on utrzymuje szpitale, żeby płacił szpitalowi to, co mu się należy.

Ja nie idę tak daleko jak p. Jabłoński, bo to mogłoby pociągnąć na razie nieobliczalne wydatki, bo ostatecznie wolno jest szpitalowi samemu utrzymywać się na pewnej stopie, ale kraj już dla honoru domu musiałby je na wyższej stopie utrzymać. Zatem nie byłbym za tak radykalnym środkiem, mnie tylko chodzi o to, że w dzisiejszym sposobie postępowania są wadliwości, co wszyscy przyznają i aby je poprawić, możnaby tu zaradzić tak, jak proponuje p. Niedzielski, żeby dać o tego centa wyżej.

P. Starzewski powiada: niech będą zaliczki; tak samo proponują, zdaje mi się, pp. Jasiński i Ponikło, żeby były zaliczki, żeby była jakaś kasa, któraby mogła funduszami dysponować, ja idę dalej; mnie się rozchodzi o system i sądzę, że możeby się dały porobić pewne poprawki w systemie samym.

Idzie nam o oszczędności, pytam się więc, jak oszczędzać? Otóż ja widzę oszczędność w tem, żeby w szpitalu była mniejsza ilość dni leczenia, żeby nie pomieszczano w szpitalach włączków, żeby chorzy nie byli przetrzymywani. W tem widzę kolosalną sumę, którąbyśmy mogli amortyzować niewiem jakie inwestycje dla szpitalnictwa.

Idąc za tą myślą, muszę powiedzieć, na co wszyscy się zresztą zgadzają, że system dzisiejszy — polegający na rozumowa-

niu, że jeżeli mamy więcej dni leczenia, to mają szpitale więcej dochodu i lepiej je utrzymują, że ten system jest zły. Jest to system wytwarzający stosunki nierównomierne, w każdym szpitalu dzieje się inaczej, system ten prowadzi do tego, że objawia się dążność u lekarzy i Sióstr Miłosierdzia do przetrzymywania chorych, system ten wreszcie ułatwia włóczkom i kalekom wstęp do szpitali.

Należałoby stworzyć takie stosunki, że by zapełnianie szpitala i przetrzymywanie chorych nie leżało w interesie szpitala, żeby chorzy byli zawczasu rekonwaleskowani, żeby chorzy nie czekali dłuższy czas na operację, jak to się niejednokrotnie zdarza, żeby w tym kierunku położono pewnego rodzaju przymus na szpitale, a dałoby się to może uzyskać (nie wiem, o ileby to było do przeprowadzenia, bo nie jestem prawnikiem ani buchalterem) n. p. przez progresyjne taksy. Moznaby powiedzieć, że do 40 dni pobytu chorego płaci się taką a taką taksę, a jeśli chorego pozostaje ponad 40 dni, płaci się taksę niższą. Toby był niewątpliwie hamulec w przetrzymywaniu chorych. Dalej mogłyby być taksy progresyjne jeszcze w innym kierunku, tak, że np. szpital, który ma małą liczbę łóżek, ma taksę wyższą, a szpital o większej liczbie łóżek taksę niższą. (P. Niedzielski: i tak jest).

Dalej możnaby wpłynąć na samą taksę. Rozmawiałem w tym kierunku z kolegami i mam nawet od jednego, dziś już nieżyjącego a praktycznego człowieka (Dra Kąkolniaka), elaborat, w którym proponuje (na co się, nawiasem mówiąc, nie zgadzam), aby wyznaczyć ryczałt dla pojedynczego chorego, bez względu na ilość dni leczenia i tym sposobem zmusić szpitale, by chorych nie przetrzymywały. Czyniąc podobne zmiany w dzisiejszym systemie, możnaby porobić bardzo znaczne oszczędności.

Ponieważ sądzę, że dzisiejszy system jest wadliwy, dlatego przytoczyłem dla przykładu sposoby zaradzenia złemu, nad którymi należałoby się zastanowić, ponadto zauważę tylko, że uregulowanie stosunków przynajmniej w ten sposób, aby mogły być udzielane szpitalom odpowiednie zaliczki, należy dziś już do konieczności. Zmiana dzisiejszego systemu odnosić się może tylko do szpitali prowincjonalnych, w Krakowie i we Lwowie szpitale są administrowane inaczej, przy pomocy dotacji, więc tu jest już rzecz przeprowadzona.

Powtarzam, że za tak radykalnym sposobem, jak p. Jabłoński, nie jestem, chciałbym tylko pewnych przemian poważniejszych w systemie dzisiejszym. Za ryczałtowaniem również nie jestem, ale przemawiam za pro-

gresyjnymi taksami, bo to byłby środek stanowczy.

P. Kozłowski. Niech mi wolno będzie zaznaczyć, że nie widzę przyczyny złego w systemie samym, ale w wykonaniu systemu i zdaje mi się, że w ramach obecnego systemu możnaby doprowadzić do pewnego porządku w szpitalach, gdyby rachunkowość była dobrze urządzoną i gdyby taksy leczenia były na rzeczywistych nie fikcyjnych podstawach obliczane.

Teraz godzi się zapytać, coby nastąpiło, gdyby system ten znieść i zastąpić go innym. Oto nastąpiłoby poprostu ukrajowanie szpitali, zcentralizowanie kontroli, pozbawienie udziału czynników miejscowych, przecięcie wszystkich węzłów, które wiążą szpitale z administracją komunalną, dalej zwolnienie zupełnie gmin, które z tych szpitali przede wszystkim korzystają, od obowiązków dla tych szpitali i włożenie wszystkich obowiązków na barki kraju.

Mówicie Panowie, że teraz jest pokusa do przetrzymywania chorych. Zapewne, ta pokusa jest, ale przy dobrej administracji, która szanuje grosz publiczny, zdaje mi się, że jej być nie powinno. Gdyby kraj przyjął na siebie wszystkie obowiązki a gminy miały tylko korzyści bez obowiązków, wówczas byłaby pokusa do nadmiernego powiększania wydatków, ciągły prąd do budowy szpitali niewątpliwie pożytecznych, ale wykonanych w sposób tak drogi, że kraj w obecnem położeniu funduszu krajowego nie mógłby wynikłym z ich powodu ciężarom podołać, prąd do inwestycji, które przechodzą nietylko możność kraju, ale i niezbędną potrzebę. Jabyin bardzo cieszył się z tego, gdybyśmy mieli takie szpitale, jak angielskie, ale na to nas nie stać. Potem byłaby wielka trudność w administracji, jeżeliby kontrola spoczywała tylko w siłach Wydziału krajowego samego, bo wtedy nie możnaby mówić o jednym lub dwu inspektorach, ale trzeba by cały korpus inspektorów do tego tworzyć.

Co do mniejszych taks leczenia dla chorych wyleczonych, których gminy nie odbierają, albo dla rekonwalescentów, to sądzę, że jeżeli chorego przetrzymują w szpitalu z winy szpitala, trzeba by Dyrektora i prymariusza szpitala pociągnąć do odpowiedzialności, trzeba mu to wytknąć, jeżeli jednak przetrzymanie w szpitalu wynika z winy stosunków, ze względu na zdrowie chorego, to byłoby niesprawiedliwością szpital za to krzywdzić i dawać mu niższą taksę zamiast wrócić mu to, co na tego chorego rzeczywiście wydał.

Pragnąłbym, aby taksa leczenia, to był

zwrot wydatku z jednej kieszeni do drugiej, żeby jedna strona nie spekulowała bądźto na usprawiedliwione oszczędności albo na wydatki nieusprawiedliwione z drugiej strony, a swoją drogą nie można żądać, aby w tych wypadkach, gdzie przetrzymywanie chorego wynika z niezbędnej potrzeby, żeby szpital ze swego dokładał. Zkąd zresztą dołoży? jak mu kraj wydatku nie zwróci, gdzie jest źródło do pokrycia tego deficytu? Zdaje mi się, że za tamtych chorych więcej porachuje i całą taksę podwyższy i przez to rachunek się wyrówna, a więc nie kijem to pałką, ale kraj zawsze zapłaci.

Z tych powodów jestem za zatrzymaniem dotychczasowego systemu, ale żeby pod tym warunkiem zaprowadzić większą systematyczność w rachunkach i bardzo krytycznie badać podstawy, na których taksa leczenia się opiera.

P. Trzeciecki. Pan Niedzielski powiedział tu, że taksa niższa według mniemania Wydziału krajowego jest oszczędnością. To było prawdą do czasu uchwalenia ustawy szpitalnej.

Dawniej kraj stawiał szpitalom ukrytym sposobem taksę i wtedy taksa wysoka była rozrzutnością a niska oszczędnością, z chwilą jednak gdy ustawa szpitalna zniosła ukryte stawianie taksy, rzecz się zupełnie obróciła i taksa niska obliczona niedokładnie, nie ściśle według rozporządzenia ministeryalnego z roku 1854 jest zbytnim wydatkiem a taksa wysoka t. z. obrachowana ściśle z funduszem rezerwowym jak być powinno według rozporządzenia ministeryalnego, jest oszczędnością dlatego, bo według tej taksy płać nam obco-krajowcy. Dziś niska taksa jest po prostu prezentem oddawanym innym krajom koronnym i samopłacącym, prezentem kraju, danym niesłusznie tym, którzy mogą płacić. Ta rzecz tedy powinna się zmienić.

Drugą zmianę wprowadza wniosek p. Starzewskiego przez ustanowienie czwartej klasy.

Jako trzecią poprawkę ewentualną, uważam wprowadzenie zaliczek wystarczających tak, żeby nigdy nie było kłopotu z chwilowym gospodarstwem.

Kto zna trochę to gospodarstwo, ten wie, że w niektórych szpitalach niewiadomo, co się dzieje. Przecież niedawno szpital w Żółkwi telegraficznie żądał pieniędzy a przecież szpital utrzymywany w $\frac{9}{10}$ częściach z funduszy krajowych nie powinien być w kłopotach finansowych.

Zdaje mi się, że te trzy środki wystarczają i systemowi zmieniać na razie nie potrzeba.

P. Merunowicz. Ja też jestem zdania, że nie w systemie leży wada, bo rozporządzenie ministeryalne z roku 1857 jest bardzo dobre i nigdzie w innych krajach nie spotkało się z ujemną krytyką, a jeżeli u nas nie doprowadziło do dobrych wyników, to dlatego, że podstawa do obliczania taks była zupełnie chwiejną a właściwie jej nie było. Wiem to z tego, że jak Wydział krajowy przysłał do Namiestnictwa takse do zatwierdzenia, to my zatwierdziliśmy — otwarcie powiem — tylko na wiargę Wydziału krajowego, nie dlatego, żeśmy z tych rachunków mieli przeświadczenie, że ta taksa jest wystarczającą, lub za wysoką albo za niską, zupełnie normalną nigdy, bo w zamknięciach rachunkowych nigdzie nie było powiedziane, jakie są zaległości czynne, jakie biernie, czy szpital ma jakie oszczędności czy nie. Jeżeli p. Dyr. Starzewski powiada, że objąwszy szpital tarnowski zapłacił 12.000 zł. za żywność, to znów nie zapłacił za bieżące wydatki, więc z tego nie można wnosić o rzeczywistych wydatkach w ciągu roku.

Rozporządzenie ministeryalne mówi, że ma się wziąć cyfry z ostatnich trzech lat przed rokiem, w którym się oznacza takse i z tej przeciętnej cyfry wydatków podzieliwszy przez ilość dni leczenia, powinno się obliczyć takse ale powiada ono, że jeżeliby w którym roku była drożyzna i spowodowała wyższe wydatki, albo gdyby były inne nadzwyczajne okoliczności, które wpłynęły na powiększenie dochodów lub wydatków, żeby ten rok wyłączyć z obliczenia przeciętnej, więc jeżeli ta rachunkowość szpitali prowincjonalnych będzie poprawną, jestem przekonany, że i taksa będzie zupełnie dobrą i będzie zupełnie wystarczała na opędzenie bieżących wydatków i na złożenie jakiegoś funduszu rezerwowego na pokrycie nadzwyczajnych drobnych wydatków, n. p. naprawy rynien, kanałów itp.

Co do zaliczek, nie wiem jak się rzecz ma, ale przypominam, że przed kilku laty (1898) był zjazd prymaryuszy przed organizacją i wówczas mówiono, że tak dalej gospodarstwo szpitalne istnieć nie może i jeden z lekarzy opowiadał: gdybym osobistym kredytem sobie nie pomagał, (był to bardzo zamężny człowiek) już dawnobym musiał szpital zamknąć, bo taksy nie wpływają, Wydział krajowy zaliczek nie daje, więc osobistym kredytem muszę ratować szpital.

Teraz znów opowiada p. Trzeciecki, że szpital w Żółkwi telegraficznie żądał zaliczki, więc widocznie kredyt wyczerpał. Otóż na takie wydatki powinny być zaliczki.

Stanowczo jestem przeciwny ukrajowieniu szpitali, bo usunięcie czynników miejsco-

wych powiatowych wyszłoby tylko na szkodę tej instytucji.

Jeżeli w niektórych powiatach marszałkowie nie zajmują się szpitalem powiatowym, to nie może to być z tak wielką szkodą, zato w innych powiatach zajmują się bardzo gorliwie. Wiemy wszyscy, jak gorliwie zajmuje się szpitalem sokalskim p. Kraiński, szpitalem husiatyńskim p. hr. Gołuchowski, jak w przemysłańskim powiecie się dzieje i w ostatnich 15 latach można powiedzieć, co roku powstają jeden lub dwa szpitale głównie ofiarnością, zapobiegliwością i staraniem czynników miejscowych i powiatowych, tak, że Wydział krajowy tylko ustępuje presji tych powiatów i przyzwala.

To samo dzieje się w Krośnie, to samo w Dolinie, dziś zbierają się fundusze już i w Czortkowie i Bóbrce i Brzozowie a w Turce od 1. grudnia szpital otwarto. Usunąć więc czynniki autonomiczne od wpływu i zcentralizować tę czynność nie można, bo szpitale te rozwijają się i powstają pod wpływem zarządzeń na miejscu i jeżeli widzą ludzie, że się szpital zaczyna budować, to idą z ofiarami chętnie, ten da cegłę, ten kamień, ten grunt, ów drzewo i t. d. i w ten sposób buduje się szpitale, bo kraj przecież nie wyłożył pieniędzy na wybudowanie tych kilkunastu szpitali w ostatnich latach.

Jestto prąd bardzo pożyteczny, podczas gdy dawniej (przed 7 lub 8 laty) w poprzednim stuleciu z wyjątkiem jednego szpitala w Żywcu, który powstał głównie dzięki ofiarności arcyksięcia Albrechta, w ciągu 20 lat nie zbudowano żadnego szpitala.

Uważałbym tedy za wielką klęskę dla szpitalnictwa, gdyby zostało scentralizowane.

P. Niedzielski. Słyszeliśmy tu kilka uwag, które gdyby zostały w czyn wprowadzone, mogłyby poprawić stosunki finansowe szpitali prowincjonalnych. Proponowano mianowicie:

1. aby rachunki były dokładne, co jest rzeczą bardzo ważną,
2. żeby przy obliczaniu taks nie być tak skrupulatnym, tylko dać centa lub półtora na fundusz rezerwowy, wreszcie
3. aby udzielano zaliczki szpitalom.

Co do zaliczek, to o ile wiem, system jest taki, że Wydział krajowy na rachunek kwartalnych wykazów kosztów leczenia, które szpitale przedkładają, udziela zaliczek w wysokości $\frac{2}{3}$ części tych kosztów i te zaliczki są stale w urzędach podatkowych asygnowane tak, że szpitale na rachunek tych kosztów, nim one zostaną przez Wydział kra-

jowy zlikwidowane i wypłacone, otrzymują zaliczki. Ja tu widzę, że te zaliczki są za małe, więc byłoby dobrze, gdyby Wydział krajowy podniósł je do $\frac{3}{4}$ części kosztów leczenia a mógłby to na podstawie 3-letniego przecięcia uczynić bez obawy.

Wobec obecnych stosunków sędzę, że na razie niema innej rady. Najlepiej byłoby gdyby można wszystkie długi spłacić, wątpię jednak, czyby Wydział krajowy mógł się zgodzić na taką ofiarę.

Szpitala krajowe mają dotację miesięczną ale gdyby jej nie miały i gospodarowały tak jak na prowincyi, to tak samo wyszłyby wiejsko jak szpitale prowincjonalne.

Taki szpital musi w pierwszym dniu miesiąca kupić żywność na cały miesiąc, aby dostać dobry towar a na to musi mieć pieniądze, a na to na razie niema innego wyjścia, jak żeby podwyższyć kwartalne zaliczki na podstawie trzechletniego przecięcia i po każdym kwartale się obliczyć, bo być może, że się w jednym kwartale nadbierze paręset koron, więc o tyle dostanie szpital mniej w drugim kwartale.

W każdym jednak razie możnaby takse tak podnieść, aby ta suma się zwróciła w w dwójnasób.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Z tego, co tu p. Holuka przedstawił, widzicie panowie, że w niektórych szpitalach jest po kilkadziesiąt tysięcy koron długów.

Otóż te długi po największej części są najwyższe w tych szpitalach, gdzie wykonane zostały nowe budowle. Sposób pokrywania kosztów tych budowli w myśl ustawy odbywa się w ten sposób, że połowę ponosi gmina czy powiat, połowę kraj.

Otóż kraj płaci swą połowę w ten sposób, że zamiast wstawiać do budżetu i z funduszów krajowych te koszty zapłacić, kraj pożyczka tę odpowiednią kwotę, a ponieważ nawet i w myśl rozporządzenia ministerjalnego z 1857 roku co do obliczania taks, może być zaliczona do kosztów leczenia także i cena najmu, rozkład zaś, amortyzacya i spłata kapitału pożyczonego właściwie stoi na równi i bardzo często to samo zupełnie wynosi, co najem, więc analogicznie do tego postępując, zaliczał Wydział krajowy cenę najmu do taksy i kazał potem z taksy szpitalowi zwrócić.

Z tego się składa lwia część tych zaległości. Otóż jeżeliby teraz kto zażądał dla polepszenia stosunków szpitali, żeby nie miały żadnych długów t. j., żeby je zapłacić,

toby zażądał zmiany systemu postępowania przez Wydział krajowy ze świadomością Sejmu praktykowanego, t. j. płacenia kosztów budowy w ten sposób, żeby odrazu w budżet krajowy tę kwotę wstawić i do latkami do podatków ściągnąć z kraju i w ten sposób zapłacić. Otóż to jest kwestya, która oczywiście bardzo silnie oddziaływałaby na sprawę programu finansowego i rozłożenia sobie tych wydatków w pewnym szeregu lat administracyi krajowej, która by nie mogła oczywiście być jednostronnie tylko za stanowiska interesów i potrzeb szpitali osądzoną, lecz ze stanowiska ogólnych potrzeb krajowych i całej finansowej gospodarki kraju.

To tłumaczy, dlaczego tego rodzaju długi poważniejsze, jakie na tych szpitalach ciężą, usunięte jednym zamachem być nie mogą.

P. Merunowicz. Nikt z nas nie zażądał spłacenia długów hipotecznych.

(Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**: to nie są długi hipoteczne). To są długi, które są zaciągnięte na koszt budowy w Tarnopolu, Samborze, Przemyślu. My jeśliby tu mówili o spłacie długów, to mieliśmy na myśli długi bieżące te, które w prywatnem życiu nazywają się, trywalnie mówiąc, długami parszywymi, temi są długi w aptece, za mięso, mleko, masło itp. (P. Holuka te wynoszą 89.000 koron).

Tylko o te długi chodzi, aby szpitale uwolnić z pod przymusu, że on musi brać od tego przedsiębiorcy, któremu jest winien. Nie myśleliśmy zaś o tych długach, które są na budynku, którego opłacanie jak p. Przewodniczący mówił, jest rodzajem czynszu, bo za te pieniądze postawił się dom, który się amortyzuje tą pożyczką.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Ponieważ nikt więcej głosu nie zabiera, uważam ten punkt za załatwiony. Przystępujemy do omawiania drugiego punktu: „Czy wskazanem byłoby ustanowienie komitetu sanitarnego jako stałego ciała doradczego dla Wydziału krajowego“.

Głos ma p. Niedzielski.

P. Niedzielski. Co do ustanowienia osobnego ciała doradczego dla Wydziału krajowego powiem tylko tyle, że Wydział krajowy ma już przy szpitalu w Krakowie tak zwany komitet administracyjny jako organ doradczy ale o ile ja wiem, to od szeregu lat działalność jego jest bardzo słaba (P. Mars: to inna rzecz). Ten komitet administracyjny ma netylko wywierać kontrolę na miejscu, być doradcem ciałem dla Wydziału krajowego i ma

on instrukcję zblizoną do tej, jaką wyobrażam sobie, miałyby tak zwany komitet sanitarny, któryby w danym wypadku był doradczym i od którego Wydział krajowy zasięgałby fachowej opinii tak, jak to z pytania zrozumiałem.

Ja tylko w krótkości tu chcę powiedzieć, że o ile mnie doświadczenie poucza, to taki komitet jest raczej zawadą i balastem o tyle, że każda sprawa, któraby mogła być znacznie wcześniej załatwioną, przez to że się załatwia za pośrednictwem tego komitetu, musi dalszą drogę obchodzić. Często takiego komitetu nie można zebrać, bo to nie są Panowie płatni, są niezależni, nakazać im nie można a z doświadczenia wiem, że przy pojedynczych lustracyach szpitali raz na dwa, trzy lata się zdarzających, nie można było się doprosić aby ktoś z komitetu do szkona się zjawił, mimo iż już z kurtoazji dlatego, że Wydział krajowy ich mianuje, wygotowuje dyplom i prosi, powinni to byli uczynić.

Dla ilustracji podam wypadek, jaki się zdarzył w szpitalu stanisławowskim, gdzie dochodzenia wykazały, że pisarz zwykły miał takie zaufanie w szpitalu, że sam asygnował, sam wypłacał, sam kontrasygnował, mimo że wszystko na papierze miało być inaczej i tak prezes komitetu, jak dyrektor i siostra Miłosierdzia podpisywali na ślepo asygnaty do kasy, pisarz pieniądze odbierał i zamiast płacić kupców chował je do kieszeni. To dla ilustracji, że takie ciała zbiorowe doradcze, o ile mnie doświadczenie pouczyło, nie były dla Wydziału krajowego taką pomocą, jakiej Wydział krajowy żądał.

P. Mars. Ja sobie tę rzecz inaczej przedstawiam.

Dawniejszymi czasy był na czele Departamentu V. lekarz. Nie jestem zdania, że lekarz jest koniecznym na czele tego Departamentu ale sądzę, że kierowanie nim wymaga niewątpliwie pewnych znajomości zawodowych. Jeśli na czele stoi siła nie lekarska, trudno aby mogła mieć w wszystkich kwestiach szpitalnych właściwy pogląd, który się zdobywa przez długoletnią pracę zawodową, przez wżycie się w stosunki szpitalne. Ja to wiem, bo pracuję 8 lat jako kierownik oddziału, lat 8 byłem sekundaryuszem, znam bardzo wiele szpitali obcych niemieckich, znam szpitale francuskie, rossyjskie, szwajcarskie i krajowe, więc wiem o tem dobrze, że trzeba się wżyć w te stosunki, żeby w wielu kwestiach mieć właściwy pogląd.

W szpitalnictwie przydarzają się czasem sprawy, które wymagają ścisłego zawodowego zdania. Na to może ktoś powiedzieć,

że do tego może być referent lekarz czynny w Departamencie, ja sądzę jednak, że to nie wystarczy. Jeżeli weźmiemy inżynierów, to jeden jest specjalistą do budowy dróg, inny do budowy nad ziemią, inny do budowli podziemnych itd. wszyscy to dobrze rozumieją. Tak samo ma się rzecz i w medycynie. Nie można żądać od tego lekarza, któryby był w Departamencie i ogólne sprawy załatwiał, żeby specjalnie wyjątkowe sprawy opracowywał, żeby był do wszystkiego i jeżeli potrzeba np. Zakładu dla obłąkanych, żeby ściśle projekt skrytykował, trzeba wodociągów, żeby się znał i na tem, trzeba zakładu chirurgicznego, żeby i w tym kierunku posiadał zupełną znajomość rzeczy.

Nie myślę o jakiejś stałej komisji, do którejby się z wszystkimi sprawami odnoszono, bo taka komisja miałaby rzeczywiście takie znaczenie jak opornica w elektrycznym prądzie, rozumieni stracił czasu, jakaby stąd wynikała ale pragnąłbym, żeby tak, jak przy Namiestnictwie istnieje Rada zdrowia, coś podobnego było i przy Wydziale krajowym. Wydział krajowy, a względnie departament sanitarny mógłby mieć swoją radę sanitarną i nie potrzebowałby się w wielu razach do Rady zdrowia udawać, szczególnie w tych przypadkach gdzieby się rozchodziło o zdanie zawodowe, o rozjaśnienie sprawy.

Samo się przez się rozumie, że sprawy, które z urzędu mają być Rządowi przedstawione, musiałyby być do Rady zdrowia odsyłane. Przy innych departamentach Wydziału krajowego istnieją podobne rady jak n. p. przemysłowa, do których się Wydział krajowy względnie departamenty odnoszą. Gdyby przy departamencie V-tym taka rada istniała, nie idzie za tem, aby Wydział krajowy czy też Departament musiał się do niej stosować. Wszakże ona byłaby tylko ciałem informacyjnym. Zdaje mi się, że przy rozroście rozmaitych agend i kwestyi i przy postępie dzisiejszej nauki — co jest najważniejszem — trzeba stworzyć taką Radę, któraby funkcjonowała wedle potrzeby na życzenie Departamentu V-go. W radzie takiej powinny być trzy czynniki reprezentowane, tj. Władza, nauka i zawód.

Niech pewną liczbę członków poszle Sejm, pewną Uniwersytet a pewna Izba lekarska. Niech Sejm np. wybiera trzech członków, każdy z Uniwersytetów po jednym a więc będzie dwu profesorów a prócz tego niech Izba lekarska da dwu członków. Ciało więc takie z 7 członków (może mniej) złożone, mogłoby dawać pewne informacje. Nieraz się zdarza, że opracuje się jakąś rzecz w Wydziale krajowym, rzecz idzie do Namiestnictwa, które robi jakieś objeconomye i zwraca elaborat napowrót.

Tegoby można uniknąć może, gdyby przy fachowej opinii ta rzecz nabrała odrazu pewnego kierunku. Idzie np. o jakąś budowę, gdyby odrazu w projekcie był, co należy uwzględnione i nadany pewien kierunek naukowy, to rzecz byłaby na tor właściwy wprowadzona. Być może, że się myślę ale zdaje mi się, że taki czynnik doradczy tylko byłby korzystnym. Nie przesądzam że później Wydział krajowy albo Departament sam mógłby sobie powiedzieć, że pewne sprawy np. wszystkie dotyczące personaliów, stałego obsadzania posad, powinny być w tej Radzie zaopiniowane. To inna już rzecz, w takim razie byłby pewien zakres spraw tej Radzie przydzielony, na razie atoli byłoby to tylko ciało doradcze.

P. Kohlberger. W dzisiejszych czasach medycyna postąpiła tak daleko, że choć każdy lekaż musi być doktorem wszech nauk lekarskich lecz wszystkiego umieć nie może. Wydział krajowy jako ciało administracyjne kierujące wszystkimi szpitalami musi być często w położeniu, że nie może decydować o sprawach bardzo wielkiej wagi jak budowa szpitali, pewnych działów itp. Jestem przeto tego samego zdania co p. Mars, że powinno tu być koniecznie jakieś ciało doradcze ale nie jestem zdania, aby to była stała Rada. Chodzi tu bowiem o to, aby w pewnym trudnym danym wypadku wybrać do Rady takich ludzi, którzy w tym wypadku są najbardziej potrzebni zatem nie jestem za tem, aby to była stała Rada ale w ważnych bardzo wypadkach żeby była zwoływana ankietą, bo dzisiejsza ankietą dowiodła, jak dużo bardzo pożytecznych rzeczy może takie ciało zbiorowe zrobić.

Z drugiej strony nie odwoływanie się do żadnych ankiet i załatwianie spraw ważnych w Wydziale krajowym nieraz prowadzi na błędne tory a najlepszy dowód jest projekt Wydziału krajowego budowania schronisk dla nieuleczalnych, który w Radzie zdrowia spotkał się ze znacznym oporem i doprowadził do wprost przeciwnych wniosków. Żeby te różnice zdań złagodzić i w jakiś sposób doprowadzić do porozumienia i rozwiązania sprawy tak ważnej na przyszłość, potrzebaby koniecznie znów ciała zbiorowego i właśnie trzeba by zwołać ankietę dla sprawy kulparkowskiej. Już ta sama potrzeba wskazuje, że jest niezbędnem aby od czasu do czasu Wydział krajowy w ważnych sprawach inwestycyjnych zasięgał porady ciała jakiegoś zbiorowego, któreby było zwoływane właśnie w chwilach potrzeby i z ludzi takich, którzyby w danym razie fachowo najlepiej mogli tę sprawę ocenić.

Naturalnie w różnych wypadkach różnych ludzi potrzeba. Przy budowie zakładu dla obłąkanych np. trzeba by przede wszystkim zwołać psychiatrów, architektów, specjalistów do wodociągów, dla ogrzewania, bo to wszystko w planie być musi odrazu należyte obmyślane, a żeby gdy przyjdzie do Rady zdrowia, na żaden opór rzecz nie napotkała a jak przyjdzie pod obrady Sejmu, żeby Sejm miał wszystko gotowe i najdokładniej obmyślane, żeby potem projekt nie wracał do Wydziału krajowego potem znów do Rady zdrowia a potem znów do Wydziału krajowego jak teraz.

Otóż byłbym za tem, aby w ważnych sprawach inwestycyjnych Wydział krajowy zawsze zwoływał ankietę, a co się tyczy wyboru osób, to zostawić to należy Wydziałowi krajowemu.

Ważną jest też rzecz, co się tyczy inspekcji. Najlepszy i najwyższy wykształcony lekarz jako inspektor nie może być wszechstronnym a jednak musi bardzo często krytykować czysto specjalne rzeczy np. w zakładzie dla obłąkanych, czy postępowanie lekarza w pewnym wypadku jest odpowiednie czy nie. Na prowincyi lekarz jeden jest kierownikiem wszystkich prawie działów, bo niektóre tylko szpitale mają osobne prymaryaty chirurgiczne, położnicze, oczne itd. Otóż czasem coś się może wydać inspektorowi nie odpowiednem i on nie może wiedzieć, nie będąc specjalistą, czy postąpienie lekarza względnie prymaryusza w pewnym wypadku jest odpowiednie, czy nie, a w takim razie powinien zasięgnąć zawsze rady jakiegoś specjalisty w tym fachu. Otóż możnaby to zrobić w ten sposób, że przy następnej inspekcji Wydział krajowy wysłałby takiego doradcę czy jakiegoś prymaryusza względnie naczelnika takiego oddziału czyto podwładnych sobie prymaryusza szpitala krakowskiego lub lwowskiego, czy też kogoś z profesorów Uniwersytetu. Zmierzam więc do tego, że stała Rada nie byłaby odpowiednią, natomiast ciało doradcze zbiorowe w ważnych wypadkach ogólniejszego znaczenia i ciało z dwu specjalistów byłoby bardzo pożądane i dla Wydziału krajowego bardzo ważne, albowiem wtedy Wydział krajowy usunąłby już z bark swoich całą odpowiedzialność wobec kraju i Sejmu, bo miałby za sobą już jakieś ciało poważne nankowe i w specjalnym kierunku wykształcone.

P. Ponikło. Panu Niedzielskiemu muszę odpowiedzieć, że jest w nieporozumieniu, bo komitet administracyjny szpitala krakowskiego jest ciałem uchwalającym, rządzącym, a nie powiem, żeby nie był właściwym i u-

ważam go za pożyteczny, bo ta możebność kontroli każdego kroku przez reprezentantów obywatelstwa jest bardzo cenna. Dalej wybiera się wszakże ludzi wybitnych i ja cieszę się bardzo, że komitet jest, a dowodem, że jest potrzebny, jest to, że kiedy się niedawno zdekompletował, wniosłem sam petycję o jak najszybsze uzupełnienie komitetu. Że nie przyszedł nikt, jak było skrutynium, to dla tego, że nie był obowiązany. To była tylko kurtoazya, więc w tym wypadku nie było to koniecznym.

Co innego jest ankieta taka, jak dzisiejsza. To jest rzecz, która rzadko się odbywa, tu chodzi o coś innego, chodzi tu w tym punkcie o stały komitet doradczy z „votum informativum“ i zdaniem mojem, czysto fachowy. Co do tego, aby była w nim reprezentowana władza, nauka i zawód, to co do nauki i zawodu — zgoda, co do władzy nie.

Co do władzy, jest nią szef Departamentu, on chce fachowej informacji, może z niej skorzystać lub nie.

Mnieby się zdawało, że taki organ, taki „Beirat“ koniecznością nie jest, ale byłby pożądanym w danym razie i jest godnym nad tem się zastanowić i zdaniem mojem, nie byłby prostym balastem, prostą biurokracją. Władzę tu eliminuję, pozostawiam naukę i zawód, a raczej jednym słowem „fach“. Owszem niechby był reprezentowany fakultet lekarski, ale jabym go tak bardzo delegatami nie przeładowywał, lecz dał na jeden rok jednego z lwowskiego, na drugi rok drugiego delegata z krakowskiego uniwersytetu. To byłoby wystarczające, bo tu nie chodzi o głosowanie tylko o radę. Dalej musiałby być też ktoś z administracji szpitali krajowych i prowincjonalnych, dyrektor szpitala lwowskiego alternatywnie z dyrektorem szpitala krakowskiego, jeden z prymaryuszów raz lwowskiego szpitala, drugi raz krakowskiego, dalej ktoś z prowincjonalnych szpitali. Dalej widzę, że p. Mars chciałby eliminować reprezentanta Rządu. Jabym tego nie czynił, ten reprezentant Rządu, to będzie oczywiście protomedyk, będzie miał votum jedno, byłaby też pewna łączność i czucie z c. k. Rządem. Dalej bardzo słusznem jest, aby i Izba lekarska była reprezentowana, raz krakowska, raz lwowska.

Taka Rada mogłaby się zbierać najczęściej np. dwa razy do roku ewentualnie jeżeli Wydział krajowy to uzna za stosowne w razie potrzeby rozpatrzenia nagłych spraw najczęściej ewentualnie kooptowałyby Wydział jeszcze fachowców np. architekta itp. Wogóle sądzę, że to nieda się w przeciągu jednej, dwu godzin ułożyć, kto ma być, to musi być zostawione dojrzałej rozwadze, tu trzeba zro-

ważać, kreślić, mazać, żeby równowaga była utrzymana. Zdaje mi się, że mamy już tu przykład pewien, bo skoro wydano ustawę państwową o środkach spożywczych jedną z najracjonalniejszych i najcenniejszych w przyszłości ustaw sanitarnych, to równocześnie natychmiast ustanowiono „Beirat“ w Wiedniu z różnych chemików i fachowców, szkoda tylko, że tam niema żadnego posła do Rady państwa.

Ten „Beirat“ często się zbiera nawet z wielkim kosztem. Więc już ten czynnik w w ustawie jest przewidziany, podałem to jako przykład.

P. Stella-Sawicki. W ważniejszych sprawach sanitarnych nie pamiętam, żeby kiedy Wydział krajowy powziął decyzję, nie zasięgnąwszy opinii znawców. Zawsze prawie zwoływano ankiety, wzywano ludzi fachowych i pytano o ich opinię. Inna rzecz jak potem postąpiono — opinia była jednak wysłuchaną.

Dziś np. wobec przyszłej budowy pawilonów w Kulparkowie Wydział krajowy posłał Dyrektora i budowniczego za granicę, aby przypatrzył się najnowszym zakładom, ale przed ostateczną decyzją będzie zebraną ankietę i tak bez wątplenia Wydział krajowy będzie postępować i na przyszłość. Stała więc Rada sanitarna jest zupełnie zbyteczną.

P. Kozłowski. Myśl powołania Rady przybocznej uważam za bardzo pożyteczną, bo obudzi zajęcie się szpitalami i ścieśni jeszcze bardziej ścisły już stosunek między lekarzami a szpitalami, potem dla opinii publicznej będzie uspokojeniem, że ściśle fachowe ciało szpitalami się trudni, a dla lekarzy szpitali prowincjonalnych będzie zachętą, doda im bowiem otuchy okoliczność, że rezultaty ich pracy są badane przez ich dawnych profesorów i przez ludzi będących powagami naukowymi.

Taka Rada przyboczna będzie grubo kosztować, bo będzie żądać ciągłych ulepszeń, to z natury rzeczy wynika i pod tym względem nie należy się ludzić ale jeśliby kto sądził, że nasza ankietę oszczędności przyniesie, to byłoby to też złudzeniem.

Jednej rzeczy byłbym tylko przeciwny tj., żeby Wydział krajowy był zawisłym od zdania tej ankiety, Wydział krajowy bowiem powinien mieć stały i ciągły organ, którego się może zapytać ale wolno mu po wysłuchaniu jego zdania pod własną odpowiedzialnością tak rozporządzić, jak mu się podoba. Ciało takie jednak powinno istnieć i powinno Wydziałowi krajowemu od czasu do czasu swoje fachowe zdanie wypowiadać. Pragnąłbym też, aby to ciało miało pewną ciągłość, albowiem tylko jako takie może wyrobić sobie

stałą powagę w kraju, jak komisya przemysłowa, rolnicza i t. d.

Utrudni tylko jego prace, że lepsi lekarze są bardzo zajęci. Złych lekarzy do tego ciała powoływać się nie będzie a dobrzy są przez to, że mają katedry, praktykę szpitalną i prywatną a obok tego oddają się pracy piórem i badaniom naukowym, tak zajęci, że nigdy nie mają czasu. W tym względzie zrobiliśmy jedno nieszczyśliwe doświadczenie mianowicie z komisją dla opieki nad obłąkanymi w Kulparkowie.

Komisya ta była kilka razy w Kulparkowie, potem przestała istnieć. Słyszałem zdania, że jest już niepotrzebną, bo oddawna nikomu już tam kości nie połamano i eteru nie zastrzyknięto, że się stosunki w Kulparkowie polepszyły, i że komisya jest już zbędną.

Tego zdania nie podzielam. Znam szpitale zagraniczne, gdzie nigdy nie było tego rodzaju wypadków jak w szpitalu kulparkowskim — temu lat 12-cie, w których jednak podobne komisye istnieją jako rękojmia dla rodziny, że ludzie fachowi i bezstronni stosunki szpitala rozpatrywać będą. Sądzę zresztą, że dlatego ta komisya się rozwiązała, bo lekarze nie chcieli jeździć do Kulparkowa. Z początku był brak kompletu na posiedzeniach i lustracyach, a potem przestali zupełnie jeździć. Boję się też, żeby i pod względem przybocznej Rady szpitalnej nie zrobili takiego samego doświadczenia.

(P. Mars : A Rada zdrowia?)

Rada zdrowia funguje już oddawna i do udziału w niej lekarze przywykli, a zresztą daj Boże abym się mylił w mych obawach. Rada więc przyboczna, o ile nie będzie Wydziału krajowego wiązać, tylko o ile będzie Wydziałowi krajowemu dawać materiały i o ile będzie czynić uwagi, wypracowywać memoriały, o tyle będzie mojem zdaniem bardzo pożyteczną.

P. Merunowicz. Chcę poruszyć sprawę stosunku Wydziału krajowego do Namiestnictwa względnie do Rady zdrowia.

Według ustawy jest Namiestnictwo względnie polityczna Władza krajowa obowiązana wydawać pozwolenie na wszelkie budowy i dobudowy i przeistoczenia zakładów leczniczych i humanitarnych. To jest ustawowe postanowienie, od którego zdaje mi się usuwać się nie należy, a ja pojmuję stanowisko urzędnika politycznego w ten sposób, że on ma stać na straży przepisów i ustaw, żeby były jak najlepiej wykonywane. Od lat 24 zasiadam w Radzie zdrowia początkowo jako sekretarz, od lat 14 jako członek Rady z u-

rzędu i może się myłę, ale według mego przekonania nigdy krajową Radę zdrowia nie powodowały inne względy jak czysto rzeczowe i względy czysto dla dobra kraju, bo ostatecznie są wszyscy jej członkowie obywatelami kraju a jest między nimi dwu delegatów Wydziału krajowego.

Tymczasem od Wydziału krajowego dostajemy sprawy nieraz tak niedostatecznie jakby za napaść opracowane, po prostu posła się jakiś szkic bez opisanja budynku i na tej podstawie ma Rada zdrowia względnie Namiestnictwo wydać jakieś pozwolenie. Jeżeli w takim razie opinia Rady zdrowia względnie orzeczenie Namiestnictwa nie zawsze wypada podług myśli Wydziału krajowego, to trudno, opinia ta jest tylko wpływem głębokiego przekonania członków Rady zdrowia — wspomnę tu np. o szpitalu tarnopolskim, o gruntach pod ten szpital, o szpitalu podhajeckim i samborskim — tymczasem to nasze przekonanie odmienne od przekonania Wydziału krajowego zostało przedstawione przez Wydział krajowy w sprawozdaniach do Sejmu jako utrudnienie, jako rzucanie kamieni pod nogi i w ten sposób zwała się na nas winę, że sprawy sanitarne idą tak powolnym krokiem.

Ja mam przekonanie, że dobrze się stało, że krajowa Rada zdrowia sprzeciwiła się budowie szpitala tarnopolskiego na pierwotnie obranym gruncie. Czy dobrze się stało, że rozszerzono szpital podhajecki na obecnym gruncie?

Otóż chcę tylko zwrócić uwagę na to, żeby Wydział krajowy temu swemu obowiązkowi ustawowemu czynił zadość w takiej formie, żeby to nie wyglądało po prostu na uczynienie zadość formalności. Nie wiem, czy Panowie zrozumieli moja słowa, że muszę nic innego nie powoduje tylko to, że krajowa Rada zdrowia, w której zasiadają między innymi ludzie niektórzy już po 28 lat a zatem znają stosunki jak mało kto, że ta Rada zdrowia jest powodowana obok znajomości rzeczy tylko obywatelskim poczuciem obowiązku że od niej nie trzeba przecieź spodziewać się jakiegoś zawistnego postępowania przeciw Wydziałowi krajowemu.

Więc jabym tu wyraził prośbę do p. Przewodniczącego Departamentu V-go, ażeby sprawy dotyczące budowy szpitali, aby to, czego ustawa wymaga, dostawało się do krajowej Rady zdrowia względnie do Namiestnictwa w takiej formie, aby miały pewną podstawę do należytego ocenienia sprawy, i zastrzegam się, abym żądał ingerencji Namiestnictwa względnie Rady zdrowia co do innych spraw sanitarnych, które należą do zakresu działania autonomicznego.

W sprawie np. budowy pawilonu dla zakaźnych w Krakowie przy szpitalu św. Łazarza, oprócz planów nie było 10-ciu słów do objaśnienia dołączonych. Z samego planu ocenić, czy rzecz jest dobra, trudno. Przypadkowo byłem w Krakowie, poszliśmy z dyrektorem na miejsce, zobaczyłem i plan został zatwierdzony. Ale proszę się postawić w położenie, gdybym nie był zobaczył na miejscu, że planu nie byłbym mógł nic powiedzieć, jak tylko zwraca się Wydziałowi krajowemu do uzupełnienia, a potem znów byłby na Radę zdrowia i na Namiestnictwo zarzut, że robią trudności w sprawach tak naglących jak sprawa budowy oddziału dla zakaźnych przy szpitalu św. Łazarza.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Co do przytoczonego tu wypadku mającego ilustrować stosunek Wydziału krajowego do Rady zdrowia a mianowicie budowę domu dla zakaźnych w Krakowie, muszę powiedzieć, że jest to jedna ze spuścizn, którą ja dostałem jako już załatwioną a mianowicie zatwierdzoną przez Namiestnictwo,

Znalazłem rzeczywiście akt ten tak niekompletny chociaż zatwierdzony przez Namiestnictwo, żeśmy faktycznie z niego użytku zrobić nie mogli.

Wprawdzie wobec uzyskanej już uchwały Sejmowej na podstawie tego niedokładnego kosztorysu, bez jakiegokolwiek bądź wyjaśnienia i opisu technicznego zarządzono rozpisanie ofert, jednak po uzyskaniu tych ofert przyszliśmy do przekonania, że zatwierdzić ich nie możemy ze względu na brak opisu, któryby dawał wskazówkę dla przedsiębiorców, jak mają być wykonane te budowy, tak, że cała rzecz musiała być zatrzymaną i została zwróconą do uzupełnienia planów i opisu technicznego. Że Namiestnictwo względnie Rada zdrowia dostała plany tak niedokładnie określone, dlatego, że Wydział krajowy sam opisu technicznego nie miał, więc przedłożył tylko to, co miał. To tłumaczy ten wypadek, któryby miał ilustrować ten cały stosunek.

Inne przykłady, na które się p. Radca Merunowicz powoływał, odnoszą się do czasów dawniejszych, więc tu wyjaśnienia udzielić nie mógłbym. Natomiast ogólnie mówiąc o stosunku Wydziału krajowego do Rady zdrowia, a specjalnie o moim stosunku, a mogę mówić też imieniem Wydziału krajowego, to usposobienie jego w tej mierze dokładnie znam, mogę zapewnić, że ja osobiście a też i Wydział krajowy nie uważa Rady zdrowia tylko jako organu oficjalnie przywiązanego do Namiestnictwa, do którego by jedynie z obowiązku odnosić się należało; ja uważam Radę zdrowia jako fachowe

ciało po części autonomiczne, bo są tam i delegaci Wydziału krajowego i innych instytucji autonomicznych. Radę zdrowia uważam nadto za fachowe ciało doradcze tak dobrze i dla Namiestnictwa jak i dla nas, które tylko z mocy przepisów nie ma prawa komunikować się z nami inaczej jak tylko za pośrednictwem Namiestnictwa. Porady Rady zdrowia uważam za rzecz bardzo cenną i wcale Wydział krajowy nie jest w ten sposób usposobiony a ja specjalnie też nie, żebyśmy tej porady szukali tylko dlatego, żeby ustawie zrobić zadość i jak się p. Radca wyraził, poniekąd za napaść. Oświadczam więc w ogólności, że uważam Radę zdrowia jako bardzo cenne ciało doradcze, z którego wiedzy fachowej bardzo chętnie w każdym wypadku, gdzie fachowa porada jest potrzebna, będziemy robili użytek.

P. **Ponikło**. Chcę wyjaśnić, że ten plan domu izolacyjnego był wypracowany na podstawie gruntownych dochodzeń, wszystko było zrobione przed trzema czy czterema laty, zbytecznym więc było to powtarzać i elaborat był cały gotowy lecz gdy pan Przewodniczący wspomniał, że tylko wskutek niedokładności w wypracowaniu technicznym, wobec czego Wydział krajowy zajął właściwe stanowisko, rzecz się nieco odsunęła, ale szkody na tem nie będzie żadnej.

P. **Merunowicz**. Dziękuję Panu Przewodniczącemu za jego słowa i muszę powiedzieć, że zupełnie czuję się zadowolony tą odpowiedzią.

P. **Mars**. Chcę tylko zauważyć w odpowiedzi p. dyrektowi Ponikło, że jego obawy były przedwczesne. Ja tylko przykładowo podałem skład ewentualnie wybrać się mającego ciała doradczego. To będzie rzeczą Wydziału krajowego. Do takiego ciała doradczego Władza też może ze swej strony wysłać lekarza a czy ze Sejmu czy nie, to jest jej rzecz.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Wobec tego, że nikt więcej w tej sprawie głosu nie zabiera, uważam tę dyskusję za ukończoną. Przystępujemy do omówienia ostatniego punktu kwestyonaryusza. Czy sposób prowadzenia rachunków przez szpitale jest odpowiedni. Głos ma p. Mars.

P. **Mars**. Myślę, że ta rzecz spada z porządku dziennego, bo o rachunkach tyle mówiliśmy, że trudno jednego słowa więcej dorzucić.

P. **Merunowicz**. Chcę poruszyć tu jedną sprawę, o której dotąd nie mówiliśmy.

W ustawie normującej stosunki prawne szpitali powszechnych jest powiedziane, że podejrzani o chorobę umyslową mogą być

przyjęci chwilowo na obserwację dla skonstruowania choroby umysłowej. Jest postanowienie ustawowe ale niema możliwości wykonania a jestto rzecz ważna wobec przepelnienia obu szpitali dla obłąkanych. Dziś się zdarza często, że takiego gwałtownego obłąkanego wiezie się kilka mil ze wsi do najbliższego szpitala i czasem zdarza się, że jest przywiązany sznurami lub łańcuchami do wozu, tymczasem w szpitalu powiadają, że niema miejsca i co najwyżej dyrektor napisze do Kulparkowa albo do krakowskiego szpitala z zapytaniem, czy mają miejsce go przyjąć i odseła chorego napowrót do wsi, skąd przyjechał, gdzie go z braku miejsca umieszczają nieraz w lochu, jak to widziałem raz w Wadowickiem.

Otóż jest koniecznem, aby przy większych przytąjniej szpitalach jak tarnopolski lub tarnowski i inne były urządzone osobne izby, gdzieby można przyjmować chorych obłąkanych na chwilową obserwację lub do czasu umieszczenia w zakładzie dla obłąkanych.

Dalej trzebaby, aby przy budowie większych szpitali już w planie była ta rzecz przewidziana, np. obecnie przy budowie szpitala kołomyjskiego powinien być pokój na ten cel urządzony, gdzieby mogli być na czas krótki przyjmowani gwałtowni chorzy niebezpieczni dla mienia cudzego lub moralności publicznej.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Jestto bardzo trudne nawet przy nowych budowach do wykonania, bo naraziłoby nas na znaczne koszta budowy. Szpital buduje się na pewną liczbę łóżek a to musiałyby być specjalny pokój na kilka łóżek.

P. Sawicki. Właściwie musiałyby to być osobny dom, bo jeśli jest stu chorych a jeden obłąkany, to będzie ich inkomodować całą dzień i noc.

P. Merunowicz. Ja tylko zwracam uwagę na te postanowienia.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz**. Postulat ten jest uzasadniony postanowieniem ustawy i faktycznymi stosunkami. Taki chory, jak długo nie zostanie przez obserwację kilkudniową przez lekarza miejscowego skonstruowane, że to jest obłąkany, tak długo właściwie na chybił trafił posła się tego człowieka do zakładu kulparkowskiego, gdzie znów obserwacyjnego oddziału niema.

P. Kohlberger. Zakład kulparkowski prawie bez wyjątku zewsząd dostaje obłąkanych.

Przyjmowanie do zakładu jest połączo-

ne z pewnemi trudnościami, bo nie może nikt być przyjęty bez pewnych papierów a najważniejszą rzeczą jest stwierdzenie choroby umysłowej i potrzeby koniecznego umieszczenia.

Jeśli kto bez papierów przychodzi, to już jest rzeczą dyrektora w tej sprawie rozstrzygnąć, bo jest pewien ustęp, gdzie jest powiedziane, że w wyjątkowych razach gwałtowny chory może być przyjęty. Jeśli chodzi o wieśniaka, który sobie nie może dać rady i przywozi chorego bez żadnych dokumentów, wtedy wprost się przyjmuje, inaczej odseła się na oddział obserwacyjny do szpitala lwowskiego. Jeżeli przywiozą chorego skrupowanego łańcuchami do wozu, to już z samej litości nie będzie się posyłało chorego do Lwowa, bo on na drugi dzień i tak przyjdzie do mnie, tylko przyjmuje się odrazu. To się odnosi do okolic bliskich Lwowa względnie Kulparkowa.

Inna rzecz, jeżeli kto zachoruje w bliskości miasta prowincjonalnego. Tam z reguły wprost odsyła się go do szpitala i szpital musi go przyjąć z tych samych względów litości i gdziekolwiek go umieści a na drugi dzień go przysyła ale z pewnymi dokumentami i stwierdzeniem przez lekarza, że to jest obłąkany niebezpiecznie i wtedy się go bez żadnej trudności przyjmuje.

Co się tyczy Kołomyi, to niema tygodnia, żeby nie przywieziono kogoś, czasem nawet dwu lub trzech równocześnie, więc byłoby rzeczywiście bardzo pożądanem, żeby przy każdym szpitalu były miejsca rezerwowane dla obłąkanych przywożonych dorywczo, gdzie potrzeba jest natychmiastowego umieszczenia, żeby był przynajmniej jeden pokój dla obserwacyi.

P. Ponikło. Ja chcę poruszyć inną rzecz, dotyczącą służby szpitalnej. Przed kilku laty miano ustanowić i we Lwowie, o ile wiem, ustanowiono szkołę dozorców i dozorczyń. Szkoda słów tracić na udowadnianie, że wyuczona służka szpitalna jest bardzo pożądaną.

Tymczasem teraz przyjmuje się byle jakiego parobka lub służącą z ulicy. Przyszłać muszę bardzo światłej i przełożonej obecnej Siostrze Miłosierdzia (krytycznie rzecz oceniając), że ona sobie z tem radzi, lecz ma wiele pracy z tem i ustawiczne są zale.

W oddziałach, gdzie potrzeba więcej wytresowanej służby, więcej z czuciem, więcej humanitarnej, jest o nią niezmiernie trudno, a najlepszą służbę chorzy klasowi bardzo chętnie i rekonwalescenci zamożniejsi odmawiają ze szpitala dla siebie.

Otóż ustanowienie szkoły dozorców

i dozorczyń w Krakowie przecież nie natrafłoby na trudności a wydałoby dobre owoce.

Z tem jest połączoną sprawa uregulowania płac służby szpitalnej tym sposobem, jak to jest w rządowych szpitalach oczywiście „mutatis mutandis“, odpowiednio do stosunków naszych i kieszeni, ale w ten sposób, aby po upływie pewnego czasu miała ta służba pewne zaopatrzenie z urzędu, żeby była etatową. Ja chciałem mieć w tym względzie elaborat ze szpitala wiedeńskiego i napisałem do zarządu ale czyto, że ten zarząd jest zaźdrośny czy też tajemniczą to otacza, nic mi na to nie odpowiedział. Czasem gdy czego potrzebuję, ośmielam się wprost pisać do Namiestnictwa dolnej Austrii, ale w tej sprawie nie zrobiłem, dobrzeby było, aby Wydział krajowy tego sam zażądał.

(P. Merunowicz. Tu jest ustawa ogólnopństwowa).

Mnie chodziło o „Motivenbericht“.

Podnoszę tu jeszcze sprawę tymczasowych premii dla odznaczającej się służby.

P. Kozłowski. Jabym uważał, że nie tylko potrzebną jest szkoła dla służby szpitalnej, ale że w ogóle brak szkoły opatrywania chorych daje się czuć, że nauka higieny w naszym społeczeństwie jest dość zaniedbaną. Chodziłem z ciekawości na podobne kursa w szpitalu św. Tomasza w Londynie i zastawałem tam mnóstwo pań z arystokracji, siostry i córki lekarzy, bardzo dużo pań ze świata finansowego i przemysłowego, a lekarze mieli nadzwyczaj liczne i świetne audytoryum.

Tam więc uznano za potrzebne tego rodzaju kursa i rozszerzanie przekonania, że się i matki tego uczyć powinny, czego z Bożej łaski nie umieją. A więc i u nas podobne kursa przyniosłyby społeczeństwu korzyści.

P. Merunowicz. W naszym kraju istniała szkoła dozorczyń chorych utrzymywana kosztem wspólnym Wydziału krajowego i Towarzystwa czerwonego Krzyża przez 7 lat, lecz Siostry Miłosierdzia były tej szkole nieprzychylnie.

Nie dały się przekonać, że niedość jest mieć dobre serce ale trzeba też i umieć pielęgnować chorych. Z 56 dozorczyń chorych wykształconych i wyuczonych w tej szkole dotąd, o ile wiem, ma tylko jedna posadę tu w szpitalu we Lwowie. (P. Jasiński: jest cztery) Na oddziale, na którym Sióstr nie ma. Wobec tego Wydział krajowy widząc, że dla szpitalnictwa krajowego ta szkoła nie przynosi wielkiego pożytku, nie ma zamiaru szkoły tej nadal utrzymywać i od lat trzech

Wydział krajowy odmawia subwencji. Jeżeli Wydział krajowy chciał dalej tę szkołę utrzymywać to, o ile ja znam stosunki, to z Towarzystwa czerwonego Krzyża połowa kosztów każdej chwili będzie zapłacona na utrzymanie tej szkoły.

P. Kohlberger. Z doświadczenia mogę powiedzieć, że rzeczywiście niestety Siostry Miłosierdzia nie życzą sobie mieć służby wykształconej, a jeśli gdzie, to dla pielęgowania obłąkanych trzebaby specjalnej nauki. Zadawałem sobie dużo pracy, żeby wykształcić odpowiednią służbę ale niestety im lepszy był dozorca i lekarzowi szedł na rękę, tem prędzej się go Siostry Miłosierdzia pozbywały.

Dzieje się to z tego powodu, że taka Siostra, która zupełnie niema wyobrażenia o postępowaniu z obłąkanymi i przychodzi całkiem młoda do kuchni albo pralni a potem na oddział, chce i tam rządzić a dozorczyń, która ma doświadczenie, robi jej uwagę i to wystarcza, aby natychmiast ją wydalic, a dyrektor niema prawa zatrzymać tego, kogo Siostra wydali.

To jest smutna strona pielęgowania chorych i kiedy w innych krajach starają się mieć służbę jak najbardziej wyszkoloną i doświadczoną, u nas nie ma i niema rady na to, chybaby trzeba zmienic kontrakt ze Siostrami Miłosierdzia.

P. Niedzielski. Przez wiele lat przypatrywałem się, bywając na lustracyach, szpitalom i słyszałem od samych chorych prywatnie utyskiwania, że Siostry Miłosierdzia nie umia się obchodzić z chorymi. Wobec tu przytoczonego zdania doświadczonego lekarza sądzę, że możeby było wskazaniem, żebyśmy jako ankietą wnieśli do protokołu prośbę do Wydziału krajowego, czyby nie był skłonny udać się do Przełożonej Sióstr Miłosierdzia z prośbą, aby w szpitalach krajowych, gdzie jest przeważna część Sióstr Miłosierdzia, założoną była szkoła nie dla dozorczyń ale dla Sióstr, aby czynnik miejscowy czy zarząd czy Dyrekcyja uczyły je obchodzić się z chorymi. Sądzę, że wobec tego, że Siostry Miłosierdzia prócz tego że są do pielęgowania chorych, mają też obowiązki dozoru dozorczyń, to skoro same będą obznajomione z obchodzeniem się i ustrojem szpitalnym, wtedy będzie to dodatnio wpływać na służbę i kto wie, czy się stosunki nie zmienią tak, że Siostry będą potem przeciwne wydalaniu wyszkolonej służby i z czasem dojdziemy do tego, że będziemy mieli dobrą służbę po szpitalach, bo Siostry same będą się o to starały.

Jeszcze zauważę, że wypadki z obłąka-

nymi zdarzają się z tego powodu że służba albo nie jest dostatecznie pouczona albo nie-ludzka. Jestto rzeczą inteligencji bez kwestyi.

Z doświadczenia wiem, że do zakładu dla obłąkanych zgłaszają się na służbę ludzie nie koniecznie dobrej konduity np. lokaje, którzy nigdzie nie mogą znaleźć miejsca, których z potrzeby się przyjmuje, tem bardziej że w książeczce służbowej niema noty zlej, bo tej dawać nie wolno. Taki służący nie umie obchodzić się z obłąkanymi i jest brutalny. Słyszałem o wypadkach, gdzie wtedy gdy służącego chory uderzył w twarz, on oddał dwa razy, woła się go do kancelaryi, robi się protokół i przedstawia mu się: bój się Boga człowiecze przecież to chory, a tyś zdrów, cóż z tego kiedy on powie, że musiał mu oddać. Takie wypadki powtarzają się niestety dość często, dlatego więc szkoła dla pouczenia sług a nadto i dla Sióstr Miłosierdzia jest mojem zdaniem bardzo potrzebna, i nie wątpię, że oddałaby bardzo dobre usługi dla kraju.

P. Starzewski. Chcę wyjaśnić Panom, dlaczego Siostry Miłosierdzia nie mogą nigdy brać udziału w takiej szkole. O ile mi wiadomo z doświadczenia, to ich przepisy pozwalają im pielęgnować chorych tylko od pasa do góry, w dół zakazują. Jasnem jest, że takich przepisów żadna szkoła dozorczyń trzymać się nie może.

P. Stella-Sawicki. To nie jest w ich regule, we Francyi te same Siostry Miłosierdzia asystują przy wszelkich operacjach chirurgicznych.

P. Jasiński. Ja tylko chcę wyjaśnić, że w szpitalach krajowych dozorczyńiami są właściwie Siostry Miłosierdzia a służba tylko im wyłącznie do pomocy jest dodana.

Co do szkół to rzeczywiście szkoła w szpitalu lwowskim przez lat 7 wykształciła siedmdziesiąt kilka uczennic, ale te uczennice po wyjściu nie są już na nasze fundusze. One wymagają tak wysokiego uposażenia, jakiego im szpital dać nie może a nadto oddzielnego pomieszkania, którego również szpitale dać im nie mogą. Otóż Wydział krajowy na razie zamknął wykłady, bowiem dozorczyńie wykształcone w tej szkole nie mogły być wprowadzone do służby w szpitalach.

Nadto Siostry Miłosierdzia słusznie podnosiły, że po myśli kontraktu one są dozorczyńiami, więc nie mogą pozwolić, aby obok nich były jeszcze inne dozorczyńie, któreby ostatecznie miały taką samą władzę jak one, z tych powodów szkoła nie mogła być z pożytkiem dla szpitali prowadzona.

P. Kohlberger. Rzeczywiście Siostry Miłosierdzia są jako dozorczyńie w szpitalach, choć głównie są dla pielęgnowania chorych.

W zakładach dla obłąkanych jest równie ważną rzeczą jak pielęgnowanie, jeżeli nie ważniejszą, Dozór ten jest bardzo ścisły i kontrola jest bardzo ścisła tak, że każdej godziny jest dokładnie oznaczone, co ten dozorca ma robić i czem się zajmować, są książki, gdzie starszy dozorca pisze, co który chory robi i co się na oddziałach wogóle dzieje. W nocy są zegary kontrolujące, czy dozorca nie śpi. Te rzeczy są konieczne w zakładach dla obłąkanych, choćby dlatego, że w razie wypadku te paski kontrolne są dokumentem, czy obowiązek dozoru był dokładnie spełniony czy nie. Do tego potrzeba pewnych, stałych przepisów, których się Siostry Miłosierdzia jednak nie trzymają, bo wzbraniają nawet wprost dozorcóm pisania tego, co powinni, więc trzebaby Siostry zniewolić, aby się do koniecznych przepisów zastosowały, żeby były obowiązane do przejścia jakiejś szkoły, któraby je wykształciła odpowiednio. Siostry Miłosierdzia np. nie kontrolują dostatecznie służby nocnej tak, że umnie się zdarzało, że kontrolując w różnych porach dnia i nocy, znajdowałem, że służba nie jest należycie wykonywaną. Kiedy Siostra Miłosierdzia wychodzi z Oddziału, powinien być ktoś, kto odpowiada za oddział, to znaczy powinien starszy dozorca objąć odpowiedzialność a tego Siostry Miłosierdzia nie chcą i u nas są starsi dozorczy tylko pod względem płacy nie zaś pod względem czynności, bo Siostra nie znosi, żeby ktoś był starszym dozorcą, wskutek czego są różne kolizye.

Dalej Siostry Miłosierdzia wymagają, aby służba wyłącznie do nich szła i im raportowała a nigdy lekarzom i nie wolno dozorcóm mówić lekarzom, co się w nocy działo, bo przyjmują dozorców z tym obowiązkiem, że ma mówić wszystko, co się dzieje, im, a nie lekarzowi. Sam doświadczyłem tego, że mi dozorca nie dawał odpowiedzi i dopiero, gdy zagroziłem, że go wydalę, przeproszał i uniewinniał się tem, że Siostra przyjmując go, zakazała mu cośkolwiek lekarzowi raportować. Stosunki takie są anormalne. Między Siostrami Miłosierdzia a lekarzami musi być ścisły związek, wszyscy powinni być jedną myślą przejęci dla dobra zakładu a nie żeby Siostry uważały to jako swoje rządy, do których nikomu mieszać się nie wolno.

Przytoczyłem to tylko dlatego, żeby wykazać, że w kontrakcie z Siostrami powinny być wyrażone dokładniejsze przepisy, bo inaczej odpowiedzialność będzie tylko idealna, i lekarz nie będzie jej mógł wziąć na swoje barki, jeżeli nie będzie miał odpowiedniej ingerencyi już ustawowej.

Instrukcyja tedy, co się tyczy obowiązków służby, powinna być ściślejszą i dokła-

dniejszą a mogę w każdym czasie przedłożyć Wydziałowi krajowemu projekt, jaki uważam za odpowiedni, na wzór zakładów zagranicznych.

P. Jasiński. Sądzę, że nie należy tak zbyt surowo osądzać Sióstr Miłosierdzia, jak to czyni Dr. Kohlberger. Panowie przyznają, że Siostry Miłosierdzia są bardzo wielką pomocą w szpitalach i to się nie da zaprzeczyć, że gdyby ich brakło, brakłoby w szpitalach porządku, a może i oszczędności. Tyle chciałem odpowiedzieć na zarzut tu zrobiony, jakoby Siostry Miłosierdzia nie spełniały należycie swoich obowiązków.

P. Ponikło. Ja aprobuję stanowisko p. Jasińskiego i zauważę, że nawet w protestanckich krajach są Siostry Miłosierdzia zajęte po szpitalach i że tam przez palce patrzą na to, co oni nazywają „religiöse Überspanntheit“ wobec bardzo wielkich korzyści i cennych usług, jakie te Siostry szpitalom oddają.

P. Kohlberger. Ja też uznaję, że Siostry Miłosierdzia spełniają swoje obowiązki gorliwie, i że to ma ogromne znaczenie, pragnąłbym jednak, żeby instrukcję zmieniono w ten sposób, aby był obowiązek do większego dozoru tych chorych w zakładach dla obłąkanych, a to z tego względu, że przychodzi tam bardzo dużo Sióstr, które z obłąkanymi nic nie miały do czynienia i nie znają ich potrzeb.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Konstatuję, że żaden z Panów nie zabiera więcej głosu. Wobec tego ankieta spełniła swoje zadanie.

Rzucono tu wiele światła na rozliczne sprawy sanitarne, podniesiono braki i usterki, jakie panują w naszych urządzeniach i nie tylko podniesiono, ale też wskazano w znacznej części i sposób, w jakoby dążyć należało do ich usunięcia. Z obrad ankiety zbierze się cenny materiał dla Wydziału krajowego i Sejmu, tem cenniejszy, że te uwagi wszystkie i zdania pochodzą z ust wytrawnych znawców i oparte są po największej części na długoletniem doświadczeniu zawodowem.

Jeżeli z tych wszystkich uwag i zdań nie będzie można oczekiwać natychmiastowego rezultatu t. j. spełnienia życzeń, jakie tu wyrażano, to proszę być przekonanym, że w głównej mierze stanie temu w drodze okoliczność, że spełnienie wielu życzeń tu wyrażonych wymaga znacznego nakładu a kraj nasz nie jest w tem finansowem położeniu, żeby je wszystkie mógł uwzględnić, ze względu na liczne na innych polach zadania i potrzeby, na których spełnienie nie może odpowiednich środków dostarczyć ze swoich skromnych zasobów.

W każdym razie kraj znajdzie w obradach ankiety wskazówki bardzo cenne co do kierunków, w jakich sprawy te na przyszłość będą kierowane i będą usiłowania robione aby podniesione tu potrzeby zaspokoić.

Wszystkim przeto Szanownym Panom, którzy wzięli udział w tej ankiecie, jak najuprzejmiej imieniem Wydziału krajowego składam podziękowanie.

P. Mars. Jako wnioskodawca w sprawie ankiety w Sejmie muszę tu wyrazić gorące podziękowanie Wydziałowi krajowemu na ręce Pana Przewodniczącego za przeprowadzenie tej ankiety. Jestem również zdania, że myśli tu rzucone i obfity materiał tu nagromadzony, mam nadzieję, że będzie mógł być z korzyścią dla kraju użyty.

Prócz tego muszę wyrazić Panu Radcy Onyszkiewiczowi jako Przewodniczącemu podziękowanie za tak obiektywne przeprowadzenie obrad całej ankiety, jak to się rzadko kiedy zdarza. Od początku do końca obrad wszystkie kwestye osobiste, kwestye dotyczące zawodu lekarskiego usuwano na bok, kierowano się tylko myślą przewodnią, aby radzić dla dobra kraju i to milczące porozumienie było podstawą wszystkich przemówień. Taki objaw rzadko spostrzedz można. Byłem członkiem w różnych ankietach zawodowych a nawet i w tym gmachu wzywany przez Wysoki Wydział krajowy, a nigdy tak nie było, żeby się jakaś sprawa drażliwa nie wyłoniła. Tego tu nie było, a jeśli komu mamy to do zawdzięczenia, to właśnie obiektywnemu i łaskawemu Przewodnictwu Pana Radcy Onyszkiewicza i zdaje mi się, że będę wyrazem życzeń wszystkich Panów, jeżeli za to złożę Mu jak najserdeczniejsze podziękowanie. (Okłaski).

P. Ponikło. Imieniem lekarzy krajowego szpitala i profesorów Uniwersytetu w nim zajętych składam Wydziałowi krajowemu w ręce Pana Przewodniczącego najgorętsze podziękowanie. Ci panowie z żywym zadowoleniem przyjęli myśl ankiety i z pewnością śledzą akcyę i agendy tej ankiety, w której mieli sposobność brać udział przez usta p. profesora Jordana, spodziewając się korzystnych z niej wyników dla instytucji i moje Imieniem tych lekarzy składam też podziękowanie inicjatorowi tej ankiety p. posłowi Marsowi.

Przewodniczący Członek Wydziału krajowego p. **Onyszkiewicz.** Posiedzenie zamykam.

(Koniec posiedzenia o godzinie 7. min. 20. wieczorem).