

UPOSAŻENIE SZPITALA PREPOZYTURALNEGO W MAŁOGOSZCZU W KOŃCU XVIII WIEKU

THE REVENUES OF THE PROVOSTRIE HOSPITAL IN MAŁOGOSZCZ
AT THE END OF THE XVIIITH CENTURY

Jacek Starzyk^{1, 2}, Katarzyna Starzyk-Łuszcz³

¹ Zakład Fizjologii i Patofizjologii, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Marek Kochmański

² Dział Nefrologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

Kierownik: dr n. med. Jacek Starzyk

³ NZOZ „BGMED” w Warszawie

Kierownik: lek. med. Ewa Gyrczuk

STRESZCZENIE

W XVII–XVIII wieku w państwie polskim istniały dwa typy szpitali: prepozyturalne i parafialne. Szpitale prepozyturalne były autonomicznymi instytucjami posiadającymi własne beneficja, kościoły i obsadę duchową. Szpitale parafialne stanowiły agendę parafii miejskiej lub wiejskiej.

Funkcjonowanie szpitali zawsze związane było z ich uposażeniem, które stanowiły pola uprawne, łąki, ogrody, czynsze z sum kapitałowych oraz jałmużna.

W pracy omówiono uposażenie szpitala w Małogoszczu na podstawie protokołu wizytacji z 1780 roku. W latach 1609–1615 wybudowano kościół szpitalny, budynek szpitala oraz rezydencję prepozyta. Fundatorem był ksiądz Jakub Bieda Chrostkiewicz. Uposażenie szpitala stanowiło 9 pól uprawnych, trzy łąki, dwa ogrody, 14 krów oraz 4 sumy kapitałowe. Jednakże wiele pól nie było uprawianych, nie otrzymywano również odsetek od sum kapitałowych. Zarządzaniem majątkiem szpitalnym zajmowali się prowizorzy, niejednokrotnie niewywiązujący się należycie ze swoich obowiązków.

Pod koniec XVIII wieku wymienione formy dochodów zaczęły zanikać, co stało się znaczącą przyczyną upadku szpitala.

Słowa kluczowe: szpital, historia medycyny.

SUMMARY

In the 17th–18th centuries in Poland existed two types of hospitals: so-called hospital provostries and parish hospitals. Hospital provostries were autonomous institutions possessing their own benefices, churches and clerical assignment.

Parish hospitals constituted as agenda of the village or town parishes.

Every hospital had its own income, which derived from the land, capital sums which were taken in as rents and alms. An income of the hospital in Małogoszcz, basing on an ecclesiastic inspection protocol from 1780, was discussed in this article. The hospital, church and parson's residence, all founded by priest Jakub Bieda Chrostkiewicz, were built during 1609–1615. The income of the hospital included 9 fields, 3 meadows, 2 vegetable gardens, 14 cows and 4 capital sums.

However, many fields remained unused and capital sums interest were not received. Provisors, who not always fulfilled their duties, took care of the property. At the end of the 18th century above mentioned types of hospital income began to disappear, which was a significant cause of the hospital fall.

Key words: hospital, history of medicine.

W XVII–XVIII wieku w Rzeczypospolitej istniały dwa podstawowe typy szpitali: szpitale prepozyturalne i szpitale parafialne.

Szpitale prepozyturalne były samodzielnymi instytucjami administracyjno-gospodarczymi, z własnymi beneficjami, z osobnym kościołem, z własnym duchownym – prepozytem (proboszczem), patro-

natem i zarządem. Powstanie szpitali prepozyturalnych wiązało się ze wzrostem znaczenia miast. Szpitale były zależne od władz miejskich, które sprawowały nad nimi nadzór za pośrednictwem prowizorów. Największy rozwój szpitali prepozyturalnych przypadł na okres od XIV do XVI wieku.

Szpitalne parafialne nie były osobnymi organizacjami, lecz stanowiły agendę parafii wiejskich lub miejskich, zarządzaną przez plebana. Zakładanie szpitali parafialnych przypada na okres po zakończeniu soboru trydenckiego. Powstawały one głównie w XVII–XVIII wieku. Najczęściej nie posiadały osobnego funduszu, zdane były na utrzymanie ze strony parafii.

Istnienie i prawidłowe funkcjonowanie szpitali związane było nierozłącznie z ich uposażeniem. Uposażenie szpitali prepozyturalnych było z reguły o wiele bogatsze w porównaniu ze szpitalami parafialnymi. Prepozyt oraz kościół szpitalny często posiadali osobne majątki. W praktyce jednak mienie prepozytur szpitalnych traktowano jako wspólne.

Uposażenie przeznaczone dla prepozytów było z reguły mniejsze od uposażenia szpitala. Wydatki na potrzeby kościoła szpitalnego pokrywane były na ogół z dochodów prepozyta lub szpitala [1].

Z badań Mariana Surdackiego nad stanem szpitalnictwa w Zachodniej Wielkopolsce w XVII i XVIII wieku wynika, że uposażenie szpitali było różnorodne. Informacje na ten temat zawarte w aktach wizytacji z reguły zajmują $\frac{1}{2}$ do $\frac{3}{4}$ lub więcej opisu wizytacyjnego.

W skład uposażenia szpitali prepozyturalnych wchodziła przede wszystkim rola uprawna. Wielkość pól, łąk, ogrodów nie zawsze była podana w protokołach wizytacyjnych. Pola często były porozrzucane małymi kawałkami po różnych miejscach. Grunty uprawne obsiewał i zbierał z nich plony prepozyt szpitalny albo prowizorzy szpitalni, dzieląc się zbiorami z ubogimi, rzadko pensjonariusze szpitali. Bardzo rozpowszechnione było wydzierżawianie gruntów szpitalnych za czynsz płacony w pieniądzu lub artykułach zbożowo-żywnościowych.

Oprócz ziemi uprawnej do stałego majątku szpitali należały łąki. O ich wielkości pośrednio można wnioskować na podstawie liczby wozów zebranego siana. Były one użytkowane przez prepozytów, prowizorów szpitalnych na podobnych zasadach jak pola uprawne. Łąki często były wydzierżawiane za roczne czynsze pieniężne.

Innym uposażeniem szpitali były ogrody. Stanowiły one główne źródło zaopatrzenia w warzywa. Często były uprawiane przez pensjonariuszy. Praktykowano także wydzierżawianie ogrodów za czynsz pieniężny.

Sady owocowe, stawy, jeziora i lasy były rzadzymi składnikami mienia. Niektóre szpitale utrzymywały inwentarz żywy. Składał się on zarówno ze zwierząt domowych, dostarczających produktów żywnościowych dla ubogich, jak i ze zwierząt pociągowych, służących do uprawy roli.

Utrzymywanie inwentarza żywego oraz uprawa gruntów ornych i łąk wymagały posiadania przez

szpitale budynków gospodarczych (stodoły, chlewy, obory, stajnie) i narzędzi rolniczych.

Jednym z ważnych składników uposażenia szpitali były młyny wietrzne lub wodne. Dochody z młynów były czerpane w postaci czynszów uiszczanych w zamian za ich wydzierżawianie. Najczęściej były to czynsze w mące lub w zbożu, rzadziej pieniężne.

Istotnym źródłem dochodów szpitalnych były domy czynszowe, wydzierżawiane za określone sumy pieniężne. Czasem wynajmowano komornikom części budynków szpitalnych.

Ważnym rodzajem uposażenia szpitali były czynsze płynące z kapitałów pieniężnych darowanych i zapisanych szpitalom przez różnych dobroczyńców. Fundowane sumy lokowano na dobrach ziemskich, polach, ogrodach, sadach, placach, folwarkach, domach drewnianych, kamienicach, gospodach, synagogach żydowskich i można je było dowolnie przenosić. Suma zapisana na określonym majątku pozostawała na nim także po zmianie właściciela. Odsetki pobierane przez szpital wynosiły najczęściej 7% rocznie.

Nie należy zapominać, że ważną pozycją w dochodach szpitali były jałmużny. Dzielili się one na dwa rodzaje: dobrowolne daniny składane przez parafian, duchowieństwo, kolatorów i właścicieli dóbr oraz daniny i ofiary uzyskane osobiście przez biednych na drodze żebrania [2].

Przykładem z obszaru nowożytnego powiatu checińskiego województwa sandomierskiego może być uposażenie szpitala w Małogoszczu. Dane uzyskano z protokołu wizytacji przeprowadzonej, jak wynika z tekstu, w 1780 roku. Oryginał przechowywany jest w Archiwum Diecezjalnym w Kielcach (ADK) [3]. Fundatorem szpitala był proboszcz małogoski ksiądz Jakub Bieda Chrostkiewicz, późniejszy kanonik i oficjał kurzelowski. Prace budowlane trwały od 1609 do 1615 roku. Wybudowano murowany kościół szpitalny, budynek szpitalny i rezydencję prepozyta szpitalnego [4].

Jak wynika z protokołu wizytacji, uposażenie prepozyta szpitala małogoskiego było oddzielone od uposażenia szpitala. W skład majątku wchodziły grunty i sumy kapitałowe.

Do prepozyta należały pola uprawne w 5 kawałkach. Fundatorem dwóch pól był ksiądz J. Bieda Chrostkiewicz w 1606 i w 1612 roku. W chwili wizytacji prepozyt posiadał i użytkował tylko jedno pole. Miał on również niewielką łąkę. Uposażenie prepozyta stanowiło 5 sum kapitałowych, zabezpieczonych na dobrach ziemskich, polach i budynku mieszkalnym. Od dwu sum prepozyt nie otrzymywał odsetek.

Do szpitala należały pola uprawne położone w 9 miejscach, trzy łąki i dwa ogrody. Wszystkie grunty były oddane w dzierżawę. Osobnym składnikiem uposażenia szpitala było 14 krów, również od-

danych w dzierżawę z dochodem rocznym 2 złp od każdej. Ubodzy nie otrzymywali tego dochodu.

Szpital posiadał 4 sumy kapitałowe zabezpieczone na dobrach ziemskich, domach i kamienicy. Od sum zabezpieczonych na dobrach ziemskich szpital nie otrzymywał odsetek [3].

Uposażenie szpitala małogoskiego nie odbiegało znacząco od uposażenia szpitali prepozyturalnych w archidiakonacie sandomierskim w tym samym okresie, jak wynika z opracowania Waldemara Kowalskiego. Podstawą uposażenia tych szpitali była również ziemia i czynsze. Niektóre z nich posiadały także żywy inwentarz i otrzymywały ordynarię, rzadko dziesięciny [5]. Zbliżone uposażenie posiadały szpitale prepozyturalne w Ordynacji Zamojskich w XVII–XVIII wieku [6]. Również inne szpitale prepozyturalne na Lubelszczyźnie miały podobne uposażenie [7].

Zarządzaniem majątkiem szpitalnym zajmowali się prowizorzy. Szpitale zwykle miały dwóch prowizorów wybieranych na 3 lata. Wybór prowizorów następował we współdziałaniu władz kościelnych i miejskich. Często rządcami zostawali członkowie władz miejskich. W zakres ich obowiązków wchodziły: sprawy gospodarcze, administrowanie majątkiem szpitalnym, prowadzenie dokumentacji, składanie sprawozdań prepozytowi, wizytatorowi biskupiemu, władzom miejskim. Prowizorowie często wywiązywali się niewłaściwie ze swoich obowiązków i byli odwoływani przez wizytatorów biskupich [1].

Tak też było w przedstawionym przypadku wizytacji. Mimo że prowizorzy wydali własne fundusze na utrzymanie kościoła i szpitala, zostali odwołani za zaniechanie odebrania należnych szpitalowi sum od mieszczan dzierżawiących pola i łąki. Zostali powołani dwaj nowi prowizorowie, z których jeden był pisarzem miejskim. Równocześnie unieważniono wszelkie dotychczasowe dzierżawy. Grunty,

krowy i odsetki od sum kapitałowych szpitala oddano w użytkowanie na okres 6 lat księdzu koadjutorowi proboszcza. Ten zaś corocznie miał przekazywać 150 złp prowizorom. Ci z kolei winni corocznie przedstawić rozliczenie wydatków [3].

Z powyższego opisu wynurza się smutny obraz stanu uposażenia szpitala małogoskiego pod koniec XVIII wieku. Nic więc dziwnego, że po zniszczeniach w trakcie insurekcji kościuszkowskiej w 1794 roku, szpital i kościół szpitalny popadły w ruinę i zostały rozebrane [4].

PIŚMIENNICTWO

- [1] Surdacki M. Ustrój polskich szpitali potrydencich. Roczniki Humanistyczne 2000; 48: 543–560.
- [2] Surdacki M. Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1992.
- [3] Akta parafialne II Małogoszcz. Różne akta 1601–1888. ADK II PM-I/1.
- [4] Wiśniewski J. Historyczny opis kościołów, miast, zabytków i pamiątek w Jędrzejowskim (reprint). Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000.
- [5] Kowalski W. Uposażenie parafii archidiakonatu sandomierskiego w XV–XVII wieku. Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Jana Kochanowskiego, Kielce 1998.
- [6] Partyka W. Opieka społeczna w Ordynacji Zamojskiej w XVII–XVIII wieku. Towarzystwo Naukowe KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin 2008.
- [7] Góralski Z. Szpitale na Lubelszczyźnie w okresie przedrozbiorowym. PWN, Warszawa, Łódź 1982.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Jacek Starzyk
Dział Nefrologii ŚCO w Kielcach
25-736 Kielce, ul. Artwińskiego 3
e-mail: jacek.starzyk@onkol.kielce.pl
tel. 41 36 74 751