

ORDYNACJE I INSTRUKCJE JAKO ŹRÓDŁA DO DZIEJÓW PRAWA SZPITALNEGO GDAŃSKA W XVII I XVIII W.

ADAM SZARSZEWSKI

<https://orcid.org/0000-0002-8913-2784>Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych
Gdański Uniwersytet Medyczny

Streszczenie: Artykuł analizuje gdańskie zabytki prawa szpitalnego XVII–XVIII w. (ordynacje i instrukcje) jako system wewnętrznych aktów normatywnych regulujących funkcjonowanie fundacji opiekuńczych w mieście o świeckiej jurysdykcji, lecz głęboko zakorzenionym w tradycji chrześcijańskiej. Akty te obejmowały regulacje majątkowe, organizacyjne, moralne i penalne, stanowiąc zarazem narzędzie zarządcze i kodeks etyczny wspólnoty pensjonariuszy. Fundamentem relacji prawnej była umowa dożywocia (wkupne), która przenosiła majątek pensjonariusza pod pełny zarząd fundacji, zapewniając w zamian dożywotnie utrzymanie i opiekę. Prowizorzy – jako organ wykonawczy i quasi-sądowy – łączyli kompetencje legislacyjne, administracyjne i dyscyplinarne, realizując przepisy prawne bez możliwości apelacji do instancji zewnętrznej. System sankcji miał charakter symboliczno-materialny (pozbawienie świadczeń, relegacja), a jego celem była ochrona wspólnoty szpitala i wspólnoty gminy miejskiej. Ordynacje obejmowały w sposób rozbudowany sferę norm religijnych i obyczajowych – nakazy wspólnej modlitwy i pracy, obowiązek zachowania ładu oraz poszanowania imienia Bożego. W przepisach prawa stanowionego można odnaleźć ślady norm prawa zwyczajowego, w rezultacie gdańskie szpitale ujawniają więc model wieloelementowy – świecki w strukturze prawnej, lecz normatywnie zakorzeniony w etosie chrześcijańskim i tradycji prawa fundacyjnego Europy.

Słowa kluczowe: szpitalnictwo doby nowożytnej, opieka nad ubogimi w Gdańsku, prawo szpitalne.

Ordinances and instructions as sources for the history of hospital law in Gdańsk in the 17th and 18th centuries

Abstract: This article analyses Gdańsk's 17th- and 18th-century hospital law (ordinances and instructions) as a system of internal normative acts regulating the functioning of care-taking foundations in a city with secular jurisdiction yet deeply rooted in Christian tradition. These acts encompassed property, organizational, moral, and penal regulations, constituting

both a management tool and a code of ethics for the community of residents. The legal relationship was based on a life annuity agreement, which transferred the resident's assets fully to the management of the foundation, ensuring lifetime care in return. The provisional trustees, as an executive and quasi-judicial body, combined legislative, administrative, and disciplinary powers, implementing legal provisions without the possibility of appeal to an external authority. The system of sanctions was symbolic and material in nature (deprivation of benefits, relegation) and aimed to protect the hospital community and that of the municipal commune. The ordinances encompassed extensively the sphere of religious and moral norms: commands of communal prayer and work, the obligation to maintain order, and respect for God's name. Traces of customary law can be found in the statutory law provisions; therefore, Gdańsk hospitals reveal a multi-element model – secular in its legal structure, but normatively rooted in the Christian ethos and the tradition of European foundation law.

Keywords: early modern hospitals, care for the poor in Gdańsk, hospital law.

WSTĘP

Gdańsk, usytuowany nad brzegiem morza u ujścia Wisły, w okresie nowożytnym zyski czerpał z pośrednictwa handlowego pomiędzy Polską a rynkami zagranicznymi. Dzięki swemu położeniu geograficznemu, królewskim przywilejom i przedsiębiorczości mieszczan stał się w XVI w. największym i najbogatszym miastem Rzeczypospolitej. Prymat ten zachował do końca XVIII w. Wielokulturowość i wielowyznaniowość czyniły z niego miejsce niezwykle na tle całej ówczesnej Europy. Jednakże nawet tu, a może przede wszystkim tu, zaznaczał się bardzo wyraźnie rozdźwięk pomiędzy poszczególnymi warstwami społecznymi. Liczne fundacje szpitalne jeszcze w średniowieczu, wzbogacone po 1525 r. o nowe treści teologii protestanckiej, starały się choć po części rozwiązywać problemy tutejszych ludzi starych, ubogich i chorych. Najważniejsze z nich to:

1. szpital Ducha Świętego (istniejący co najmniej od 1333 r., w 1546 r. połączony ze szpitalem św. Elżbiety);
2. szpital Ducha Świętego (istniejący co najmniej od 1342 r.);
3. szpital św. Jerzego (istniejący co najmniej od 1355 r.);
4. szpital Wszystkich Aniołów Bożych (istniejący od ok. połowy XIV w.);
5. szpital Bożego Ciała (istniejący co najmniej od 1380 r.);
6. szpital św. Barbary (powstały pomiędzy 1385 r. a 1387 r.);
7. szpital św. Elżbiety (istniejący od 1394 r., w 1546 r. połączony ze szpitalem Ducha Świętego);
8. szpital św. Jakuba (istniejący od ok. 1414 r.);
9. szpital św. Rocha (istniejący co najmniej od 1435 r., przekształcony do 1500 r. w Lazaret);

10. tzw. Szpital na Zapleczu (*Hinterspital*), powstały prawdopodobnie w XVI w., w 1608 r. połączony z Lazaretem, a zlikwidowany w 1688 r.¹

Podobnie jak szpitale w większości krajów europejskich, wszystkie wymienione instytucje pełniły funkcje przytułków (marginalnie zakładów leczniczych). I podobnie jak większość analogicznych fundacji z biegiem czasu ograniczyły one swe zadania tylko do przyjmowania ludzi starych lub ubogich, którzy na koszt fundacji lub za tzw. wkupne (*Einkaufs Geld*) nabywali prawo do dożywocia (prebendariusze). Wyjątek stanowił Lazaret (*Pockenhaus*), który udzielał świadczeń w dużej mierze medycznych, ograniczając stopniowo liczbę pensjonariuszy na dożywociu.

Najwyższe miejsce w hierarchii wszystkich wymienionych szpitali zajmowali prowi-zorzy (*Vorsteher*), pełniący funkcję zarządzającą z ramienia Rady Miejskiej. Zazwyczaj było ich czterech, choć np. w Lazarecie w 1610 r. odnotowano aż ośmiu prowizorów. Z uwagi na podział funkcji wyróżniano m.in. prowizora pełniącego urząd aprowizacji (*Speiseamt*), prowizora pełniącego urząd nadzoru nad wsiami należącymi do szpitala (*Dorfamt*), prowizora pełniącego urząd budowlany (*Bauamt*), prowizora zawiadującego rozchodowaniem czynszów uzyskiwanych z nieruchomości szpitalnych (*Zinßamt*) czy prowizora pełniącego urząd zdrowia (*Heilamt*)².

Opiekę nad wszystkimi pensjonariuszami sprawowali zatrudniani przez poszczególne fundacje słudzy szpitalni (oficjanci). W Lazarecie, największym zakładzie Gdańska, dokumenty urzędowe z XVIII w. wymieniają: opiekunki chorych (*Kranken Mutter*), pachotkę urzędu aprowizacji (*Speise Knecht*), pachotków kosзовych (*Korb Knechten*), pachotków urzędu zdrowia (*Heil Knechten*), dzwonnika (*Glockner*), odźwiernego (*Thorschlüßer*), piekarza (*Bec-ker*), świniarków (*Schweinhirtschen*), stolarza (*Schnitzger ew. Sargmacher*), kucharkę z dużej kuchni (*Köchin in der großen Küche*), kucharkę z małej kuchni (*Köchin in der kleinen Küche*), szynkarkę (*Schenckerin*), krawca (*Haxel-Schneider*), nauczyciela (*Schulmeister*), opiekunkę szkolną (*Schul Mutter*), dziewczkę od krów (*Milch-Magd*). Ponadto w Lazarecie zatrudniony był lekarz (*Doctor*), cyrulik (*Barbier*, potem chirurg – *Chirurgus*), czeladnik cyrulika (*Barbier Geselle*), prowizor apteki (*Prouisor der Apotheque*). Nadzór nad wszystkimi służbami spra-wował zarządca (*Hofmeister*, ew. szafarz – *Speisevater*), mający do pomocy zarządczynię (*Hofmutter*, ew. szafarka – *Speisemutter*)³.

Zarządzanie tak skomplikowanymi strukturami administracyjnymi i ekonomicznymi, jakim były szpitale w XVII–XVIII w., wymagało precyzyjnych aktów prawnych, regulujących

1 A. Szarszewski, M. Zagierski, Powstanie szpitali gdańskich a szpitalnictwo europejskie w średniowieczu, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 4, 2010, nr 6, s. 438–447.

2 A. Szarszewski, A. Piwek, P. Samól, J. Dargacz, K. Darecka, *Ubodzy, chorzy, sieroty. Szpitale dawnego Gdańska w okresie średniowiecza i nowożytności*, Gdańsk 2019, s. 11–44.

3 *Ibidem*.

funkcjonowanie poszczególnych fundacji. Do chwili obecnej odnaleziono dwadzieścia cztery dokumenty nazywane ordynacjami lub instrukcjami, powstałe dla szpitali gdańskich od 1610 r. do 1782 r.⁴, a więc w okresie przynależności Gdańsk do Rzeczypospolitej – miasta, w którym dominował luteranizm (i mniej lub bardziej wyrazisty kalwinizm).

Używane w oryginałach słowo określające rodzaj aktu prawnego *Ordnung* (ew. *Verordnung*, *Ordinantz*, *Ordonance*) pochodzi od łacińskiego wyrazu: *ordo* – „porządek”. Stąd *ordinatus* – „należycie uporządkowany”, „w ładzie”. Rodowód gdańskich ordynacji, podobnie jak ordynacji szpitali innych miast, sięga głęboko w czasy średniowiecza. Pierwotnie nazywane statutami bądź regułami, wywodzą się ze statutów bądź reguł zakonnych, niemniej ordynacje gdańskie to dokumenty prawa świeckiego. I jest to nie tylko skutek czasu, jaki upłynął od powstania pierwszych reguł i ustaw, lecz także skutek faktu, że niemal wszystkie szpitale w Gdańsku od początku swego istnienia były szpitalami świeckimi. W przeciwieństwie do wielu fundacji w całej Europie, które przechodziły ewolucję od szpitala podporządkowanego Kościołowi do szpitala podlegającego władzom miejskim, szpitale gdańskie w kwestii *juris patronatus* podlegały w zasadzie od początku radzie miejskiej. Część aktów prawnych nosi nazwę instrukcji (*Instruktionen*), jednak ich funkcja prawna, jak i konstrukcja są tożsame z funkcją i konstrukcją ordynacji, stąd też wydaje się uprawnione równorzędne traktowanie obu rodzajów dokumentów.

Podmiotami prawnymi ordynacji i instrukcji (o różnym stopniu zaangażowania legislacyjnego, a co za tym idzie o różnym stopniu rozbudowania tekstów) byli prowizorzy, służba szpitalna, personel medyczny oraz pensjonariusze. Na przykład prowizorzy zjednoczonych szpitali Ducha Świętego i św. Elżbiety wydali dla siebie samych w roku 1628 dokument, który po uzupełnieniach w 1642 r. i w 1649 r. liczył trzydzieści cztery rozbudowane paragrafy⁵. Podobnie postąpili prowizorzy Lazaretu w 1610 r., a choć ich ordynacja liczy tylko szesnaście paragrafów, to tak jednak rozbudowanych, iż ich tekst przewyższa swą objętością tekst napisany przez prowizorów zjednoczonych szpitali niemal dwukrotnie⁶.

Poza ordynacjami i instrukcjami szpitalnymi zachował się bogaty zbiór rozporządzeń, zarządzeń, decyzji administracyjnych, objaśnień, czyli aktów stanowiących wykładnię prawa, a także obwieszczeń publicznych⁷. Nie są one jednak przedmiotem niniejszego doniesienia, natomiast znacząco wzbogacają naszą wiedzę o prawie szpitalnym dawnego Gdańsk.

4 Zaprezentowany w niniejszym artykule materiał źródłowy autor wydał w ramach edycji *Hospitalia Gedanensia*. Fontes: A. Szarszewski, *Ordynacje i statuty szpitali gdańskich XV–XIX w.*, Toruń 2004 (*Hospitalia Gedanensia*. Fontes, t. 1); *idem*, *Ordynacje i instrukcje szpitala św. Łazarza, Szpitala na Zapleczu oraz Domu dla Chorych Zakaźnie w Gdańsku XVII–XVIII wieku*, Toruń 2005 (*Hospitalia Gedanensia*. Fontes, t. 2).

5 PAN Biblioteka Gdańska (dalej: PAN BG), Ms. 724, k. 583r.–591v.

6 PAN BG, Ms. Ortm fol. 76, s. 41–57.

7 A. Szarszewski, *Sprawy szpitali i sierocińców w aktach prawnych Rady Miasta Gdańsk XVI–XVIII w.*, Toruń 2006 (*Hospitalia Gedanensia*. Fontes, t. 4), *passim*.

Poniższy artykuł stanowi studium wstępne do szerszych badań nad prawem szpitalnym Gdańska doby nowożytnej. Na ich progu można postawić tezę, że analizowane ordynacje i instrukcje szpitalne Gdańska z XVII–XVIII w. nie były wyłącznie technicznymi regulaminami fundacji opiekuńczych, lecz stanowiły narzędzie świadomej inżynierii normatywnej: transplantuując do miejskiego porządku świeckiego model prawa fundacyjnego ukształtowany w tradycji rzymsko-kanonicznej. Instytucje szpitalne tworzyły jednocześnie mechanizmy władzy dyscyplinarnej, podporządkowując jednostkę wspólnocie i jej etosowi, oraz kształtowały wczesnonowożytną formę zarządzania ubóstwem – strukturalnie poprzedzającą nowoczesne systemy polityki społecznej. Można też przyjąć, że źródła te, z racji swego normatywnego charakteru, nie odzwierciedlają faktycznego życia wspólnoty, lecz model życia postulowany, co czyni z nich świadectwo nie tyle rzeczywistości, ile projektu regulacyjnego, który miał tę rzeczywistość stwarzać.

SZPITALY JAKO FUNDACJE

Ordynacje i instrukcje szpitali gdańskich z XVII i XVIII w. stanowią zespół wewnętrznych aktów normatywnych fundacji, funkcjonujących w porządku prawnym miejskim, czerpiących inspirację z dawnych tradycji prawa rzymskiego (*lex foundationis*), prawa justyniańskiego oraz średniowiecznego prawa kanonicznego regulującego funkcjonowanie instytucji charytatywnych (*institutiones caritativae*). Struktura tych dokumentów, ich język oraz zakres regulacji wskazują na świadome odwoływanie się do wzorców wypracowanych przez wieki w praktyce prawa fundacyjnego, w którym kluczowym pojęciem była *pia causa* – cel dobroczynny – uzasadniający wyłączenie przekazanego majątku z normalnego obrotu prawnego i podporządkowanie go trwałemu zarządowi instytucjonalnemu. W prawie rzymskim oraz w późniejszej recepcji średniowiecznej fundacja była pojmowana jako jednostka prawna wprawdzie o ograniczonej zdolności działania, lecz o pełnej zdolności majątkowej, powołana do realizacji określonego celu społecznego lub religijnego⁸. Tak rozumiana koncepcja przeszła do prawa kanonicznego, w którym fundacja kościelna (np. szpital lub dom miłosierdzia) podlegała szczególnym formom kontroli, zarówno duchownej, jak i administracyjnej⁹.

W Gdańsku przejęto i przekształcono ten model w ramach miejskiego systemu normatywnego. Pensjonariusze – szczególnie ci, którzy wnosili wkupne – zawierali z fundacją umowy o dożywocie, w ramach których zobowiązywali się do przekazania części (lub całości)

8 M. Wójcik, *Pojęcie i typy fundacji w prawie rzymskim*, „Roczniki Nauk Prawnych”, t. 10, 2000, z. 1, s. 17–38. Odrębną kwestią jest problem szpitala jako osoby prawnej – istniejące co do tego rozbieżności nie doczekały się, jak na razie, rozstrzygnięcia. Zob. S. Begon, *De Iure Hospitalium. Das Recht des deutschen Spitals im 17. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Abhandlungen von Ahasver Fritsch und Wolfgang Adam Lauterbach*, Marburg 2002, s. 86–93.

9 J.A. Brundage, *Medieval Canon Law*, London 1995, s. 138–141; S. Begon, *op. cit.*, s. 189–191.

swojego majątku w zamian za prawo do dożywotniego pobytu, wyżywienia i opieki. Umowa ta, jak wynika z zachowanych źródeł¹⁰, miała charakter sformalizowany, a zawarcie jej skutkowało nie tylko ograniczeniem prawa własności *sensu stricto*, ale też realnym przeniesieniem uprawnień do rozporządzania majątkiem (jako *ius disponendi*) na fundację – beneficjent nie mógł już swobodnie rozporządzać swoim majątkiem bez zgody prowizorów ani zaciągać zobowiązań, które mogłyby ten majątek obciążyć. Co więcej, majątek ten był objęty zasadą sukcesji na rzecz fundacji – po śmierci pensjonariusza, bez względu na jego wolę, stawał się własnością szpitala, co podkreśla charakter majątkowego podporządkowania wspólnocie¹¹.

W tym sensie szpitale gdańskie posiadały cechy instytucji fundacyjnych: trwałość celu oraz ograniczoną alienację przekazanego majątku. Stanowiły one instytucjonalne zabezpieczenie przez społeczność ubogich oraz starców i wdowy, ale jednocześnie funkcjonowały w oparciu o rygorystyczne reguły majątkowe, których celem była ochrona interesu zbiorowego przed uszczupleniem środków materialnych. Odrębność majątkowa i prawna szpitali, ich zdolność do nabywania i zatrzymywania mienia, jak również formuła umów wiążących pensjonariuszy, sytuują gdańskie fundacje na tle europejskiej tradycji prawa fundacyjnego jako dojrzałe i autonomiczne jednostki prawne, operujące w obrębie miejskiej jurysdykcji, ale osadzone w uniwersalnym modelu instytucji dobroczynności.

W sensie funkcjonalnym ordynacje i instrukcje pełniły rolę zbliżoną do współczesnych statutów fundacji – były dokumentami regulującymi wewnętrzną strukturę organizacyjną, tryb działania organów, kompetencje personelu oraz prawa i obowiązki członków wspólnoty. W ordynacjach i instrukcjach gdańskich mechanizm ten był mocno zintegrowany z samą strukturą fundacyjną: nie istniał podział między funkcją legislacyjną, wykonawczą i sądową – wszystkie te role były skupione w ręku jednego organu (prowizorów), którego decyzje miały moc obowiązującą i były natychmiast wykonalne.

Oznaczało to, że pensjonariusze – osoby objęte opieką – byli w pełni podporządkowani normom wewnętrznym fundacji, bez możliwości odwołania się do instancji zewnętrznej. W efekcie ordynacje i instrukcje funkcjonowały nie tylko jako wewnętrzne regulaminy, ale także jako narzędzia bezpośredniego zarządzania życiem wspólnoty, które łączyły w sobie funkcje prawa materialnego, organizacyjnego i wykonawczego. Były wyrazem ukształtowanej już w okresie przednowoczesnym koncepcji „prawa korporacyjnego” wspólnot miejskich, w którym instytucja – niezależnie od swej świeckiej czy kościelnej natury – działała jako autonomiczna jednostka normatywna, zdolna do samoorganizacji, samoegzekucji i wewnętrznego rozstrzygania problemów naruszania porządku.

10 Np. umowa zawarta 8 grudnia 1687 r. między prowizorami szpitala Bożego Ciała a nieznanymi z imienia i nazwiska małżonkami, Archiwum Państwowe w Gdańsku (dalej: APG), 300,R/Rr,1, s. 73–74.

11 APG, 300,R/Q,7, s. 111–112; 300,R/Rr,1, s. 84; PAN BG, Ms 724, k. 585v.–586r.; Ms. 982, s. 234–235.

PROWIZORZY

Jak już zaznaczono, w strukturze szpitalnej najwyższe kompetencje przypisane były prowizorom (*Vorsteher*) – urzędnikom mianowanym przez Radę Miejską Gdańską, którzy pełnili funkcje jednocześnie wykonawcze, nadzorcze i quasi-sądownicze. Prowizorzy działali jako kolegialny organ zarządzający fundacją, sprawując pieczę nad całością jej spraw majątkowych, personalnych i regulacyjnych. Ich rola przypomina dzisiejszą funkcję rady fundacji, lecz rozszerzoną o bezpośrednie wykonywanie nadzoru bieżącego oraz orzekanie w sprawach wewnętrznych o charakterze spornym i dyscyplinarnym. Uprawnienia ich były szerokie: obejmowały m.in. zatwierdzanie umów z pensjonariuszami, kontrolę inwentarzy osobistych, autoryzację wydatków, aprowizację, zatwierdzanie zatrudnienia i zwolnienia pracowników oraz egzekwowanie norm obyczajowych i religijnych¹². To do nich trafiały skargi, to oni nakładali kary porządkowe, a także podejmowali decyzje penalizacyjne. Prowizorzy byli uprawnieni do rozpoznawania spraw spornych wewnątrz wspólnoty, zarówno pomiędzy pensjonariuszami, jak i między pensjonariuszami a służbą lub personelem. W ich kompetencji znajdowało się stosowanie środków dyscyplinarnych, takich jak pozbawienie posiłku, czasowe zawieszenie w prawach członka wspólnoty, a także – w przypadkach najcięższych – wydalenie z zakładu (*relegacja*)¹³. Decyzje prowizorów były natychmiast wykonalne i miały charakter ostateczny, co w praktyce oznaczało, że pełnili oni rolę jednoinstancyjnego organu orzeczniczego o szerokim zakresie uznania administracyjnego. Ich orzeczenia nie podlegały zaskarżeniu ani odwołaniu, co dodatkowo podkreślało ich znaczenie wewnątrz fundacji.

Tak więc pozycja prowizorów była wyjątkowa: łączyli oni funkcje organu zarządzającego majątkiem fundacji z zadaniami nadzorczymi i sądowymi w obrębie wspólnoty pensjonariuszy. Jako zarządcy, prowizorzy odpowiadali za całość spraw majątkowych szpitala – począwszy od administrowania nieruchomościami (w tym wsiami, młynami i gruntami), przez aprowizację, nadzór nad zakupami, budżetowanie wydatków, aż po kontrolę gospodarki surowcowej i zatrudnienie personelu pomocniczego. Każdy z prowizorów pełnił zazwyczaj ściśle określoną funkcję, np. w zakresie aprowizacji (*Speiseamt*), opieki zdrowotnej (*Heilamt*), nadzoru nad wsiami (*Dorfamt*) czy kontroli dochodów z nieruchomości (*Zinßamt*)¹⁴.

Funkcjonowanie prowizorów jako nadzorców fundacji znajdowało swoje umocowanie w przepisach Rady Miejskiej Gdańską, której byli bezpośrednimi wykonawcami. Rada, jako najwyższy organ ustawodawczy i nadzorczy miasta, sprawowała kontrolę zewnętrzną nad

12 APG, 300, R/Pp, 4, s. 162; 300, R/Q, 7, s. 115–116; 300, R/Rr, 1, s. 65, 68, 71, 79, 81–85, 442; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 45–46; Ms 724, k. 583r.–585r.; Ms 982, s. 193–199.

13 APG, 300, R/Q, 7, s. 107–111, 115; 300, R/Q, 17, k. 73v.–74r.; 300, R/Rr, 1, s. 65–71, 83–86, 439–441; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 53; Ms 982, s. 154–155, 247, 256–257, 259–260.

14 APG, 300, 87/6, s. 1–19; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 41–57; Ms 724, k. 583r.–591v.; Ms 982, s. 5–22.

wszystkimi fundacjami szpitalnymi, a prowizorzy – jako jej pełnomocnicy – składali przed nią regularne sprawozdania z działalności gospodarczej i administracyjnej. Obowiązek przedstawiania rachunków fundacyjnych występował z dużą regularnością – źródła wymieniają lata: 1620, 1631, 1640, 1659, 1678, 1679, 1713, 1721, 1730, 1752 i 1769 jako momenty, w których rada ponawiała żądanie rozliczeń lub ich kontrolę¹⁵.

Ponadto prowizorzy (zazwyczaj kupcy, zamożni rzemieślnicy, kapitanowie statków etc., także często członkowie rady miejskiej), wnosili do zarządzania szpitalami doświadczenie i kompetencje wynikające z ich wcześniejszej działalności gospodarczej i samorządowej. Pozycja społeczna i zaufanie, jakim darzyła ich rada miejska, czyniły z nich nie tylko administratorów, ale też swoistych kuratorów interesu publicznego w zakresie dobroczynności. Ostatecznie to właśnie oni stanowili ogniwo pośrednie między wspólnotą ubogich pensjonariuszy a miejskim systemem władzy – zarządzając mieniem, stosując prawo i realizując lokalną politykę opieki społecznej.

WSPÓLNOTA SZPITALNA

Ordynacje i instrukcje szpitali gdańskich zawierały także szczegółowe regulacje odnoszące się do codziennego funkcjonowania wspólnoty szpitalnej, z uwzględnieniem zadań służby pomocniczej, zakresu odpowiedzialności personelu porządkowego i zarządzającego, sposobu prowadzenia nadzoru wewnętrznego oraz procedur decyzyjnych. Ich konstrukcja przypominała nowożytną kodyfikację organizacyjno-ustrojową, obejmującą zarówno przepisy materialne (określające prawa i obowiązki), jak i proceduralne (definiujące tryb ich wykonywania i sankcje). Określały w sposób precyzyjny zarówno relacje majątkowe, jak i osobiste między fundacją a pensjonariuszem, konstruując całą strukturę prawną wokół zasady równoważności świadczeń, przy równoczesnym podporządkowaniu osoby korzystającej z opieki rygorom życia wspólnotowego. Podstawą stosunku prawnego była umowa wкупna – akt cywilnoprawny, w którym jedna ze stron (pensjonariusz) przekazywała część swojego majątku (lub deklarowała jego sukcesję pośmiertną) w zamian za dożywotne świadczenia materialne, opiekę oraz zamieszkanie w obrębie fundacji. Tego rodzaju umowa, choć osadzona historycznie, odpowiada konstrukcji znanej współczesnemu prawu cywilnemu jako umowa o dożywocie, z tą jednak różnicą, że zakres zobowiązań fundacji był znacznie bardziej sformalizowany i obwarowany rozbudowanym systemem sankcji o charakterze dyscyplinarnym oraz majątkowym¹⁶.

15 APG, 300,R/Mm,1, s.71–73, 75–78; 300,R/Mm,3, s. 375–378; 300,R/Mm,5, s. 289; 300,R/O,7, s. 219, 524–525; 300,R/Rr,9, s. 28; PAN BG, Ms 724, k. 586v., k.587v., k. 588v., k. 589v., k. 590r., k. 591r.

16 APG, 300,R/Rr,1, s. 73–74; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 42–43; Ms 724, k. 587v.; Ms 982, s. 160, 234–235.

Świadczenia oferowane przez szpital – obejmujące zakwaterowanie, żywność i opiekę – były dokładnie opisane w kontraktach oraz w ordynacjach i instrukcjach, a ich realizacja zależna była od prawidłowego funkcjonowania pensjonariusza w ramach wspólnoty. W przeciwieństwie do współczesnych rozwiązań, gdzie naruszenie umowy wymaga zazwyczaj drogi sądowej, gdańskie ordynacje i instrukcje przewidywały system natychmiastowych sankcji, stosowanych administracyjnie przez prowizorów. Katalog środków reakcji był zróżnicowany i obejmował m.in. czasowe pozbawienie wyżywienia, obniżenie świadczeń rzeczowych, a w skrajnych przypadkach całkowite wydalenie z zakładu. Relegacja taka nie tylko kończyła stosunek umowny, ale wiązała się również z utratą prawa do dalszego korzystania z dóbr fundacji oraz – co istotne – z zatrzymaniem całości majątku przez szpital, o ile został on wcześniej zinwentaryzowany¹⁷.

Z perspektywy współczesnego prawa działania takie można interpretować jako formy sankcji administracyjno-dyscyplinarnych, stosowanych wewnętrznie przez instytucję w odniesieniu do członka wspólnoty fundacyjnej, który naruszał obowiązki statutowe. Stanowiły one odpowiednik jednostronnego rozwiązania umowy z winy świadczeniobiorcy, bez konieczności angażowania zewnętrznych organów sądowych. Co więcej, relegacja była aktem nieodwoalnym i najczęściej pozbawionym możliwości restytucji czy odszkodowania – fundacja mogła zatrzymać majątek pensjonariusza nawet w przypadku jego wcześniejszego wkładu w rozwój zakładu, co wzmacniało asymetryczność tej relacji.

Warto również zaznaczyć, że sankcje te nie miały jedynie charakteru ekonomicznego, lecz także symboliczny i społeczny – pozbawienie posiłku czy wspólnego udziału w modlitwie było formą czasowego wykluczenia ze wspólnoty, a ostateczne wydalenie ze szpitala oznaczało trwałe zerwanie więzi z instytucją, która dla wielu była jedyną formą opieki i zabezpieczenia na starość. Tego rodzaju mechanizmy karne – choć dziś mogłyby zostać zakwestionowane jako nadmiernie surowe – były spójne z ówczesnym rozumieniem wspólnoty jako struktury opartej na dyscyplinie, kontroli i podporządkowaniu dobra jednostki interesowi zbiorowemu.

Ordynacje i instrukcje szpitalne Gdańska zawierały nie tylko przepisy o charakterze cywilnoprawnym, regulujące stosunki majątkowe i zasady wspólnotowego życia, ale także postanowienia penalne – stanowiące wewnętrzny system sankcji o charakterze prewencyjnym i represyjnym. Ukształtowany w ten sposób porządek normatywny miał na celu nie tylko ochronę interesów fundacji, ale również zabezpieczenie integralności moralnej i materialnej wspólnoty pensjonariuszy. Katalog czynów uznanych za naruszenia był szeroki i obejmował zarówno przewinienia majątkowe, jak i naruszenia porządku moralnego oraz zasad współżycia wewnątrz instytucji. Przykładowo, zatajanie majątku przy przyjęciu

17 APG, 300/R/Q,7, s. 107–111, 115; 300/R/Q,17, k. 73v.–74r.; 300/R/Rr,1, s. 65–71, 83–86, 439–441; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 53; Ms 982, s. 154–155, 247, 256–257, 259–260.

do szpitala – rozumiane jako świadome nieujawnienie posiadanych rzeczy ruchomych lub nieruchomości – traktowane było jako ciężkie przewinienie, skutkujące konfiskatą połowy majątku oraz automatycznym usunięciem ze wspólnoty¹⁸. W świetle współczesnego prawa można to uznać za odpowiednik rażącego naruszenia obowiązku lojalności względem kontrahenta, skutkującego sankcją umowną o charakterze majątkowym.

Podobnie surowo traktowano samowolne opuszczanie szpitala, zwłaszcza w godzinach nocnych lub bez wiedzy i zgody prowizorów czy szafarzy¹⁹. Był to czyn postrzegany nie tylko jako naruszenie regulaminu wewnętrznego, ale także jako akt potencjalnie zagrażający bezpieczeństwu wspólnoty – np. poprzez możliwość przyniesienia choroby, wprowadzenia osób nieuprawnionych czy naruszenia porządku nocnego. W tym sensie postanowienia te nadawały zarządowi kompetencje penalizacji, których charakter – mimo braku przymusu fizycznego – był odczuwalny i skuteczny.

Szczególnie restrykcyjnie odnoszono się do wykroczeń moralnych i obyczajowych, takich jak pijaństwo, przemoc fizyczna lub słowna, przeklinanie, bójki czy znieważanie współpensjonariuszy. Zachowania te nie tylko podważały porządek wewnętrzny fundacji, ale – co wyraźnie zaznaczano – „hańbiły imię Boże” i „czyniły dom nieczystym”²⁰. Ich penalizacja miała więc podwójny wymiar: z jednej strony ochrona porządku instytucjonalnego, z drugiej – ochrona wspólnoty moralnej ukształtowanej na gruncie etyki protestanckiej. Z tego powodu zachowania takie były karane nie tylko pozbawieniem pożywienia, ale także przy kolejnym, najczęściej trzecim przewinieniu – wydaleniem ze szpitala, niezależnie od uprzednich zasług czy stanu zdrowia.

Na szczególną uwagę zasługuje penalizacja działań mogących prowadzić do uszczuplenia majątku wspólnoty. Sprzedaż posiłków lub przekazywanie ich osobom trzecim, handel produktami szpitalnymi (np. mięsem, chlebem, piwem), nieuprawnione użytkowanie wspólnego mienia, jak również przyjmowanie noclegujących gości bez zgody władz – wszystko to stanowiło naruszenia, które traktowano nie tylko jako nielojalność wobec wspólnoty, ale jako realne zagrożenie trwałości fundacji. W tych przypadkach reakcja była surowa – obejmowała długotrwałe pozbawienie świadczeń lub całkowite wydalenie, połączone z utratą dotychczasowych praw i przywilejów²¹.

Część z tych zachowań – takich jak defraudacja mienia przez zarządców czy zaproszenie ognia – mogła zostać przekazana organom sądowym miasta, co wskazuje na zewnętrzną walidację przepisów szpitalnych przez miejskie prawo karne²². Większość deliktów była jednak

18 APG, 300,R/Q,7, s. 111–112.

19 APG, 300,R/Rr,1, s. 65, 71, 85, 441; PAN BG, Ms 982, s. 227–228.

20 APG, 300,R/Rr,1, s. 69–70, 83, 439; 300,R/Q,7, s. 107; PAN BG, Ms 982, s. 166, 257–258.

21 APG, 300,R/Rr,1, s. 70–71, 84–85, 441; PAN BG, Ms 716, k.133r.; Ms 982, s. 169, 260.

22 APG, 300,R/Q,7, s. 115.

rozpoznawana i karana w ramach wewnętrznego wymiaru sprawiedliwości fundacji. Wspomniana relegacja – czyli pozbawienie statusu członka wspólnoty – miała charakter sankcji ostatecznej, a jej skutki były równoznaczne z prawnym i społecznym wykluczeniem z jedynej instytucji gwarantującej byt, opiekę i podstawowe prawa osobiste. Dla ubogich, chorych i starszych oznaczało to często trwałą marginalizację społeczną i egzystencjalną katastrofę.

ETOS SZPITALA

Jak wspomniano, pod względem instytucjonalnym i aksjologicznym szpitale gdańskie XVII i XVIII w. były formalnie fundacjami świeckimi, podporządkowanymi władzom miejskim, jednak ich organizacja, język normatywny oraz funkcje społeczne w znacznym stopniu kontynuowały model średniowiecznego chrześcijańskiego przytułku – *domus caritatis*, znanego z tradycji prawa kanonicznego. W ujęciu prawnokanonicznym szpital, jako instytucja miłosierdzia (*hospitalitas*), był nie tylko miejscem opieki nad ciałem, ale także – i przede wszystkim – przestrzenią troski o duszę, a tym samym miejscem formacji duchowej i wspólnotowej. Pod tym względem gdańskie szpitale wykazywały istotne podobieństwo do wcześniejszych instytucji zakonnych i parafialnych, mimo iż formalnie w okresie nowożytnym nie podlegały Kościołowi. Źródła nie pozostawiają wątpliwości: przepisy regulaminowe ordynacji akcentowały potrzebę pobożnego, skromnego i uporządkowanego życia, opartego na modlitwie, pracy oraz poszanowaniu współbraci i współsióstr – a więc dokładnie tych wartościach, które w tradycji kościelnej stanowiły filary życia wspólnotowego.

Dlatego też ordynacje i instrukcje zawierały liczne przepisy o jednoznacznie religijnym charakterze, co wskazuje na silną obecność etosu chrześcijańskiego, szczególnie protestanckiego, w życiu instytucjonalnym. Pensjonariusze byli zobowiązani do uczestnictwa w modlitwach wspólnotowych, organizowanych regularnie, zwykle na dźwięk szpitalnego dzwonu – nieobecność bez usprawiedliwienia skutkowałą sankcją w postaci odebrania posiłku. Tego rodzaju nakaz nie był tylko elementem organizacji czasu, lecz stanowił wyraz duchowego wymiaru życia wspólnoty. Podobnie kantor szpitalny, który codziennie nauczał Słowa Bożego i śpiewał z ubogimi pieśni religijne, przedłużał funkcję kaznodziei, przekazując nie tylko treści doktrynalne, ale także podtrzymując wspólnotową tożsamość religijną i etyczną.

Reguły moralne i religijne obecne w ordynacjach i instrukcjach miały charakter systemowy i obejmowały nie tylko sferę duchową, ale przenikały wszystkie aspekty życia codziennego – sposób mówienia (zakaz przeklinania, obelg, składania fałszywych przysięg), sposób jedzenia (nakaz szacunku dla darów Bożych, zakaz marnotrawstwa), sposób spędzania czasu (nakaz pracy stosownie do wieku i możliwości) oraz sposób umierania (nakaz zawiadamiania duchownego, troska o godny pochówek). Wszystkie te normy budowały spójny kodeks życia wspólnotowego, który można określić jako „prawo etyczne” – system

regulacji prawnych silnie zakorzeniony w aksjologii protestanckiej, integrujący normatywność świecką z religijną.

Takie współistnienie prawa świeckiego z normami moralno-religijnymi nie było przypadkowe. Reformacja gdańska – mimo że nie musiała zsekularyzować szpitali, które niemal w całości od swoich początków miały charakter miejski – wywarła silny wpływ na ich funkcjonowanie, nadając im rys surowej etyki protestanckiej, łączącej w sobie obowiązek pracy, pobożność i społeczną użyteczność. Szpital był więc instytucją przejściową między dawnym modelem *caritas* a nowoczesnym systemem opieki społecznej: świeckim w strukturze, ale duchowym w treści. Owo „prawo etyczne” było efektem tej hybrydowej natury – jednocześnie zarządzeniem administracyjnym i aktem normatywnym, ale także nośnikiem ideału życia moralnego²³.

Pod tym względem ordynacje i instrukcje szpitalne należy postrzegać nie tylko jako zbiory przepisów o funkcji organizacyjnej, ale jako nośnik światopoglądu, w którym dyscyplina, wspólnota i duchowość tworzyły nierozzerwalną triadę. Życie w szpitalu nie polegało jedynie na korzystaniu z dóbr materialnych fundacji – było wejściem we wspólnotę, która miała swoje rytuały, normy i cel wykraczający poza doczesność. Pensjonariusz stawał się członkiem mikrospołeczeństwa, w którym prawo i moralność były nierozdzielne, a sprawiedliwość wewnętrzna – egzekwowana nie przez sądy państwowe, lecz przez sumienie, wspólnotę i jej duchowych przewodników.

Prawo wewnętrzne gdańskich szpitali, ukształtowane w ordynacjach i instrukcjach XVII i XVIII w., stanowiło także konsekwentną realizację zasady dobra wspólnego (*bonum commune*), która znajdowała swoje źródła zarówno w myśli klasyczno-rzymskiej, jak i w średnio-wiecznej teologii chrześcijańskiej²⁴. W tym porządku prawnym naczelną wartością nie była jednostka i jej niezbywalne prawa, lecz wspólnota – rozumiana jako struktura materialna i duchowa, organizm, którego trwałość i wewnętrzna harmonia stanowiły warunek przetrwania jej członków. Pensjonariusze, korzystający ze wsparcia fundacji, byli równocześnie jej częścią i współtwórcami, zobowiązani nie tylko do biernego podporządkowania się przepisom, lecz także do aktywnego udziału w życiu wspólnoty, którego normatywnym wyrazem były zasady współżycia i współodpowiedzialności. Stąd tak istotne były normy dotyczące życia codziennego: wspólne spożywanie posiłków w wyznaczonych godzinach, wspólny sen pod jednym dachem (często w salach wieloosobowych) oraz uczestnictwo w modlitwach i nabożeństwach wspólnotowych. Te rytuały miały nie tylko wymiar praktyczny, ale również silnie symboliczny i normotwórczy – codzienna powtarzalność tych aktów wzmacniała

23 Szerzej w sprawie ww. problematyki: A. Szarszewski, *Szpitalne gdańskie XVI–XVIII w. a duchowość protestancka*, „Studia Historica Gedanensia”, t. 11, 2020, s. 162–188; *idem*, *Obowiązek modlitwy w szpitalach i sierocińcach gdańskich doby nowożytnej*, „Gdański Rocznik Ewangelicki”, t. 14, 2020, s. 59–82.

24 L. Dubel, M. Łuszczczyńska, *Średniowieczne źródła współczesnych koncepcji dobra wspólnego*, [w:] *Pro publico bono – idee i działalność*, red. M. Marszał, J. Przygodzki, G. Ławnikowicz, Wrocław 2013, s. 61–74.

poczucie przynależności, tworzyła wspólną tożsamość i budowała wewnętrzną hierarchię opartą na moralności, posłuszeństwie i pokorze.

Zasada *bonum commune* przejawiała się również w fakcie, że cały system praw i sankcji był zorientowany nie na indywidualne uprawnienia, lecz na ochronę integralności i równowagi wspólnoty. Każde działanie jednostki oceniane było nie w kategoriach prywatnego interesu, ale w odniesieniu do jego wpływu na całość – czy to poprzez wprowadzenie nieładu, naruszenie reguł moralnych, zagrożenie materialnej stabilności fundacji czy też zaburzenie harmonii rytualnej i duchowej. W tym sensie ordynacje i instrukcje funkcjonowały jako kodeks życia zbiorowego, w którym „dyscyplina” i „wspólnota” stanowiły podstawowe ramy prawne, etyczne i społeczne.

Szpital jako instytucja nie był więc po prostu organizacją charytatywną świadczącą pomoc osobom ubogim, lecz był zarazem mikrokosmosem społecznego porządku – miejscem, gdzie prawo, religia i obyczaj łączyły się w jeden, spójny system regulujący całe życie człowieka: od momentu przyjęcia, przez codzienność wspólnoty, aż po śmierć i pogrzeb. Kara za przewinienie była w tej perspektywie formą korekty wspólnotowej tożsamości, a jej celem nie była zemsta ani odwet, lecz przywrócenie równowagi – zarówno społecznej, jak i duchowej.

Istotnym elementem systemu prawnego funkcjonującego w gdańskich szpitalach XVII i XVIII w. było także uznanie zwyczaju (*consuetudo*, *mos*) jako źródła prawa, którego normatywna moc uzupełniała, a niekiedy nawet korygowała postanowienia zawarte w spisanych ordynacjach i instrukcjach. W wielu fragmentach analizowanych dokumentów można znaleźć odniesienia do dawnych praktyk, tradycyjnych zwyczajów lub ustanowionego od wieków sposobu postępowania, co sugeruje, że obok pisemnych norm istniał równoległy porządek zwyczajowy, ugruntowany w długoletniej praktyce instytucjonalnej. W ujęciu klasycznego prawa rzymskiego *consuetudo* stawał się źródłem prawa pod warunkiem spełnienia dwóch zasadniczych przesłanek: *diuturnitas* – długotrwałego, nieprzerwanego stosowania w praktyce, oraz *opinio iuris* – przekonania, że dane działanie ma charakter prawnie wiążący. Dopiero współistnienie tych dwóch elementów sprawiało, że niepisana praktyka mogła być traktowana na równi z ustawą (*lex*)²⁵. Takie właśnie mechanizmy obserwujemy w szpitalach gdańskich, gdzie szereg przepisów – mimo że nie zawsze spisanych – uznawano za obowiązujące właśnie z racji ich utrwalenia w wieloletniej praktyce. Przykładem może być obowiązek wspólnej modlitwy, który pojawia się nie tylko jako norma formalna, lecz również jako utrwalony rytuał wspólnotowy, powtarzany codziennie i przekazywany kolejnym pokoleniom pensjonariuszy. Podobnie funkcjonował nakaz pracy kobiet w szpitalu – obejmujący

25 M. Bedrii, *Cechy prawa zwyczajowego w jurysprudencjach rzymskiej i współczesnej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego”, Seria Prawnicza, nr 107: Prawo, t. 26, 2019, s. 11–23; *The Oxford Handbook on the Sources of International Law*, red. S. Besson, J. d’Aspremont, S. Knuchel, New York 2017, s. 291–292.

m.in. pranie, szycie, sprzątanie i pomoc w kuchni – który nie zawsze był wyraźnie spisany w ordynacji, lecz opierał się na „dawnym zwyczaju” domowym i był traktowany jako oczywista część obowiązków każdej zdolnej do tego pensjonariuszki. Reguły aprowizacji – w tym sposób wydawania posiłków, zakaz ich marnowania, kolejność serwowania, a nawet forma dziękczynienia po jedzeniu – również stanowiły przykład zwyczajów przekształconych w normy prawne przez długotrwałą praktykę.

W praktyce gdańskich fundacji prawo zwyczajowe nie tylko uzupełniało przepisy spisane, lecz także pełniło funkcję interpretacyjną i stabilizującą. Pozwalało zachować ciągłość działania instytucji nawet wówczas, gdy konkretne sytuacje nie były przewidziane przez formalne regulacje. Prowizorzy, opierając się na wcześniejszych precedensach i utartych praktykach, rozstrzygali nowe przypadki z odwołaniem do tego, co zawsze było przyjęte. Zwyczaj miał również walor społeczno-kulturowy. Jego istnienie wskazywało na długotrwałe współistnienie ludzi w jednej przestrzeni prawno-rytualnej, w której normy wyłaniały się z codzienności, a nie tylko z autorytetu władzy. Funkcjonowanie zwyczaju wzmacniało poczucie ciągłości i legitymizacji istniejącego porządku, który był postrzegany nie jako narzucony z zewnątrz, lecz jako „nasz własny” – wypracowany przez pokolenia mieszkańców szpitala. W tym sensie zwyczaj pełnił rolę nie tylko normatywną, lecz również integracyjną, tworząc przestrzeń wspólnego doświadczenia prawnego.

Wnioski płynące z analizy praktyk zwyczajowych w szpitalach gdańskich pozwalają stwierdzić, że ówczesny porządek prawny był systemem mieszanym – opartym zarówno na prawie pisanym, jak i niepisanym, z silnym komponentem moralno-religijnym i kulturowym. Taki model instytucjonalny, choć formalnie świecki, wykazywał głębokie osadzenie w tradycjach rzymsko-kanonicznych, które kształtowały europejskie prawo publiczne i prywatne od średniowiecza aż po wiek XVIII.

PENALIZACJA

W dokumentach gdańskich nie występują wzmianki o karach cielesnych, natomiast dominowały kary o charakterze symboliczno-materialnym – takie jak czasowe pozbawienie pożywienia, lub w ostateczności relegacja, czyli usunięcie z zakładu wraz z utratą przysługujących praw. Taka konstrukcja sankcji wpisywała się w nurt prawa opartego na zasadzie proporcjonalności i subsydiarności kary – charakterystycznej zarówno dla późnorzymskiej refleksji nad funkcją prawa (*summum ius summa iniuria*)²⁶, jak i dla średniowiecznego prawa kanonicznego, które szczególny nacisk kładło na poprawę moralną sprawcy, a nie na jego fizyczne ukaranie. W kanonicznej wizji kary sankcja miała charakter korekcyjny, duszpasterski,

26 T. Nótári, *Summum Ius Summa Iniuria – Comments on the Historical Background of a Legal Maxim of Interpretation*, „Acta Juridica Hungarica”, t. 45, 2004, nr 3–4, s. 301–322.

a nie represyjny, co przekładało się na akceptację kar duchowych, czasowego wyłączenia ze wspólnoty liturgicznej, pokuty i upomnienia. W tym duchu również kara relegacji z gdańskiego szpitala, choć dotkliwa społecznie, nie miała charakteru odwetowego, lecz była pojmowana jako środek ostateczny, służący zachowaniu integralności wspólnoty i ochronie jej moralnego porządku. Ordynacje i instrukcje gdańskie jawią się więc jako relatywnie humanitarne, utrzymujące raczej model sankcji wynikającej z wewnętrznego podporządkowania i odpowiedzialności moralnej niż z przymusu fizycznego²⁷.

Ponadto ich konstrukcja zakładała ścisły związek między przewinieniem a karą – np. nieobecność na modlitwie skutkowałą czasowym pozbawieniem posiłku, nielegalna sprzedaż posiłku prowadziła do czasowego zawieszenia świadczeń, a uporczywe łamanie reguł wspólnotowych kończyło się relegacją. Ta logika powiązania – *culpa et poena* – była głęboko zakorzeniona zarówno w rzymskim systemie penalnym, jak i w średniowiecznym prawie kościelnym (*poena medicinalis*), gdzie kara miała przywracać równowagę naruszoną przez przewinienie²⁸.

Co więcej, relatywna łagodność systemu sankcyjnego w gdańskich ordynacjach i instrukcjach była ściśle powiązana z ich funkcją wychowawczo-etyczną. Kara nie miała tylko odstraszać – miała uczyć, poprawiać i reintegrować jednostkę we wspólnocie. Nawet tak dotkliwa sankcja jak czasowe pozbawienie pożywienia nie prowadziła do trwałego wykluczenia, lecz była często poprzedzona upomnieniem. Podsumowując, system sankcyjny ujęty w gdańskich ordynacjach i instrukcjach stanowi przykład świadomej rezygnacji z przemocy fizycznej na rzecz symbolicznego i moralnego oddziaływania, czerpiąc równocześnie z idei prawa rzymskiego, kanonicznego oraz humanistycznych nurtów protestanckiej etyki wspólnoty. Kara nie służyła tu zemście, lecz zachowaniu *ordo* – porządku wspólnego życia – opartego na pracy, modlitwie i poszanowaniu wspólnego dobra.

PODSUMOWANIE

Analiza gdańskich ordynacji i instrukcji szpitalnych XVII–XVIII w. ukazuje dojrzały, uporządkowany i stabilny model prawa instytucjonalnego, w którym fundacja szpitalna funkcjonowała jako autonomiczna wspólnota normatywna, zdolna do stanowienia, egzekwowania

27 Podobne spostrzeżenia nasuwają się po analizie ordynacji szpitali elbląskich: D. Kaczor, *Dyscyplinowanie społeczne w szpitalach elbląskich w XVII w.*, „Studia Historica Gedanensia”, t. 11, 2020, s. 189–214. Panuje dość powszechne przekonanie o opresyjności prawa szpitalnego doby nowożytnej, jednak według niektórych autorów, choć w przepisach nowożytnego prawa szpitalnego Europy Centralnej spotykane są wzmianki o karach cielesnych, to brak jest świadectw na ich egzekwowanie. M. Scheutz, A.S. Weiss, *Das Spital in der Frühen Neuzeit. Eine Spitallandschaft in Zentraleuropa*, Wien – Köln – Weimar 2020 (Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergbd. 64), s. 391–393.

28 S. Kuttner, *Studies in the History of Medieval Canon Law*, London 2024, s. 93–94.

i interpretowania własnych regulacji. Mimo świeckiej jurysdykcji i podporządkowania radzie miejskiej szpitale zachowały strukturalne i aksjologiczne dziedzictwo europejskiej tradycji *caritas* – łącząc prawo majątkowe, dyscyplinarne i organizacyjne z etyką protestancką oraz ze zrytualizowanym porządkiem życia codziennego. Centralną osią całego systemu była figura prowizorów, których kompetencje łączyły w jednym ręku władzę ustawodawczą, wykonawczą i sądowniczą, co gwarantowało nieprzerwane funkcjonowanie instytucji bez potrzeby odwołania do zewnętrznych instancji. Relacja pensjonariuszy z fundacją miała charakter dwustronny, kontraktowy, lecz była zarządzana według logiki wspólnotowej, nadrzędnej wobec jednostkowych roszczeń – stąd dominacja interesu *bonum commune* nad podmiotowością indywidualną. System sankcji, mimo swej surowości ekonomicznej i egzystencjalnej, pozostawał wolny od przemocy cielesnej, realizując model kary korekcyjnej, a nie odwetowej. Wreszcie, współistnienie prawa pisanego i ustalonego zwyczaju dowodzi, że normatywność szpitala była nie tylko efektem postanowień urzędowych, lecz również trwałej praktyki życia zbiorowego. W ten sposób prawo szpitalne Gdańska wykształciło model wieloelementowy: świecki w strukturze patronatu, fundacyjny w konstrukcji prawnej, teologiczny w uzasadnieniu dyscypliny i wspólnotowy w funkcji społecznej. Można więc stwierdzić, że szpital był w epoce nowożytnej zamkniętym modelem praktyki prawa wspólnotowego – miejscem, w którym praktykowano rzymską zasadę *ordo*, chrześcijańską ideę *caritas* oraz miejski ideał autonomii samorządowej.

ANEKS

WYKAZ ORDYNACJI I INSTRUKCJI SZPITALNYCH GDAŃSKA 1610-1782

A. ORDYNACJE I INSTRUKCJE DATOWANE

1. Ordynacja Lazaretu, Szpitala na Zapleczu i Domu dla Chorych Zakaźnie z 1610 r. (*Ordnung, derer sich die Vorsteher der Haußarmen, Hinter-Spitals, Pocken- und Pestilantz-Haußes hinfort nebenst der Ordnung so Anno 1551. gedruckt werden zu gebrauchen haben*).
Źródła: PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 41–59; APG, 300,R/Q,7, s. 57–102; APG, 300,R/Q,17, k. 31r–58v.
2. Ordynacja Przędzalni w Lazarecie z 1629 r.
Źródło: APG, 300,R/Pp,4, s. 161–164.
3. Ordynacja szpitala św. Jakuba z 1637 r. (*Ordnung Eines Erb. Rahts Nach welcher sich die Armen des Hospitals zu Sanct Jacob zurichten und zuverhalten haben d[en] 15 Junii Anno 1637*).
Źródła: APG, 300,R/Rr,1 s. 69–72, APG, 300,R/Q,7, s. 423–429; APG, 300,R/Q,17, k. 59r–63r.
4. Ordynacja szpitali Ducha Świętego i św. Elżbiety z 1628 r. wraz z uzupełnieniami z 1642 i z 1649 r. (*Ordnung, so vnten geschriebene Herren Vorsteher dieser Hospitalien zum H. Geist und S. Elisabeth unter sich getroffen*).
Źródło: PAN BG, Ms 724, k. 583r–591v.
5. Ordynacja szpitali Ducha Świętego i św. Elżbiety z 1643 r. (*Ordnung Hospitals St. Elisabeth v[nd] H. Geist Renoviret bey Zeiten der Herren Vorsteher Edvardt Rüdigers Gottfried Zierenberg Johann Restner George Gehr v[nd] Johann Schwartzwald Anno 1643*).
Źródła: APG, 300,R/Rr,1, s. 65–68.; APG, 300,R/Q,17, k. 183v–184v; APG, 300,R/Q,1, k. 300r–303r.
6. Niedatowana ordynacja szpitala św. Gertrudy (ok. 1660 r.) (*Ordnung Der Hospitals St. Gertrudt Wie siech ein jeder darinnen Verhalten soll*).
Źródła: APG, 300,R/Rr, 1, s. 435–448.; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 193–194.
7. Ordynacja szpitala św. Barbary z 1684 r. (*Ordnung Des Hospitals zu S. Barbara Nach welcher sich alle und jede Hospitals genossen guter maßen zu rahten, und nachfolgende Puncten gebührlich zu verhalten haben werden Anno 1682 verfertiget und Anno 1684 renoviret auch Jährlich den 4 Octobris öffentlich zu verlesen verordnet*).
Źródła: APG, 300,R/Rr,1, s. 79–88; APG, 300,R/Q,1, k. 310r–317r.
8. Ordynacja zarządcy i szafarki Lazaretu z 1701 r. (*Ordnung des Hoffmeisters und Speisemutter im Lazareth*).
Źródła: APG, 300,R/Q,17, k. 68r–81v; APG, 300,R/Q,7, s. 117–136.
9. Ordynacja Medyczna z 1768 r. (*Medicinal Ordnung des Dantziger Lazareths*).
Źródło: APG, 300,87/2, bp.

10. Instrukcja dla pachołka urzędu aprowizacji (*Instruction für den Speise Knecht Nowsky den 24 July 1776*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s.184–189.
11. Ordynacja Lazaretu z 1779 r. (*Verordnung nach welcher die Vorsteher des Lazareths vermöge Schlußes sämtl. Ordnungen in Verwaltung ihres Amtes sich genau werden zu richten haben*).
Źródła: PAN BG, Ms 982, s. 5–22; APG, 300,87/6, bp.
12. Instrukcja dla zarządczyni Lazaretu (*Instruction für die Hof-Mutter C.C. Petersen. geb. Medau d[en] 20 Mertz 1782*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 171–180.

B. ORDYNACJE I INSTRUKCJE NIEDATOWANE

XVII w.

- 13 Niedatowana ordynacja ubogich Lazaretu z drugiej poł. XVII w. (*Ordnung wornach sie die lieben Armen im Pockenhauße zu verrichten haben*).
Źródła: APG, 300,R/Q,7, s.105–116; PAN BG, Ms Ortm. fol. 76, s. 189–192.

XVIII w.

- 14 Ordynacja piekarza Lazaretu (*Verordnung des Becker*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 190–193.
- 15 Ordynacja lekarza Lazaretu (*Verordnung für den Herrn Doctor des Lazareths*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 202–204.
- 16 Ordynacja dzwonnika Lazaretu (*Verordnung des Klöckners und Cassieres*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 181–184.
- 17 Ordynacja zarządcy Lazaretu (*Verordnung des Hoffmeisters ins Lazareth*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 153–171.
- 18 Ordynacja pachołków kosзовych Lazaretu (*Verordnung für die Korb Knechts*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 193–199.
- 19 Ordynacja odźwiernego Lazaretu (*Verordnung der Thorschlüscher*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 200–202.
- 20 Ordynacja opiekunek chorych Lazaretu (*Verordnung an die Kranken Müttern im Lazareth*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 232–254.
- 21 Instrukcja dla chorych Lazaretu (*Vorschrift nach welcher sich die im die Cur eingenom[m]ene Personen zu verhalten haben*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 264–265.
- 22 Ordynacja ubogich Lazaretu (*Ordnung nach welcher sich die Armen im Lazareth und desselben Hospital verhalten sollen*).
Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 256–264.

23 Instrukcja dla cyrulika Lazaretu (*Instruction für den Barbier im Lazareth*).

Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 208–214.

24 Instrukcja dla prowizora apteki i czeladnika cyrulika Lazaretu (*Instruktion [für den Provisor und] für den Barbier Gesellen im Hause selbst*).

Źródło: PAN BG, Ms 982, s. 215–232.

BIBLIOGRAFIA

- Bedrii M., *Cechy prawa zwyczajowego w jurysprudencjach rzymskiej i współczesnej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego”, Seria Prawnicza, nr 107: Prawo, t. 26, 2019, s. 11–23.
- Begon S., *De lure Hospitalium. Das Recht des deutschen Spitals im 17. Jahrhundert unter Berücksichtigung der Abhandlungen von Ahasver Fritsch und Wolfgang Adam Lauterbach*, Marburg 2002.
- Brundage J.A., *Medieval Canon Law*, London 1995.
- Dubel L., Łuszczyńska M., *Średniowieczne źródła współczesnych koncepcji dobra wspólnego*, [w:] *Pro publico bono – idee i działalność*, red. M. Marszał, J. Przygodzki, G. Ławnikowicz, Wrocław 2013, s. 61–74.
- Kaczor D., *Dyscyplinowanie społeczne w szpitalach elbląskich w XVII w.*, „Studia Historica Gedanensia”, t. 11, 2020, s. 189–214.
- Kuttner S., *Studies in the History of Medieval Canon Law*, London 2024.
- Nótári T., *Summum Ius Summa Iniuria – Comments on the Historical Background of a Legal Maxim of Interpretation*, „Acta Juridica Hungarica”, t. 45, 2004, nr 3–4, s. 301–322.
- The Oxford Handbook on the Sources of International Law*, red. S. Besson, J. d’Aspremont, S. Knuchel, New York 2017.
- Scheutz M., Weiss A. S., *Das Spital in der Frühen Neuzeit. Eine Spitallandschaft in Zentraleuropa*, Wien – Köln – Weimar 2020 (Mitteilungen des Instituts für Österreichische Geschichtsforschung, Ergbd. 64).
- Szarszewski A., *Obowiązek modlitwy w szpitalach i sierocińcach gdańskich doby nowożytnej*, „Gdański Rocznik Ewangelicki”, t. 14, 2020, s. 59–82.
- Szarszewski A., *Ordynacje i instrukcje szpitala św. Łazarza, Szpitala na Zapleczu oraz Domu dla Chorych Zakaźnie w Gdańsku XVII–XVIII wieku*, Toruń 2005 (Hospitalia Gedanensia. Fontes, t. 2).
- Szarszewski A., *Ordynacje i statuty szpitali gdańskich XV–XIX w.*, Toruń 2004 (Hospitalia Gedanensia. Fontes, t. 1).
- Szarszewski A., *Sprawy szpitali i sierocińców w aktach prawnych Rady Miasta Gdańska XVI–XVIII w.*, Toruń 2006 (Hospitalia Gedanensia. Fontes, t. 4).
- Szarszewski A., *Szpital gdański XVI–XVIII w. a duchowość protestancka*, „Studia Historica Gedanensia”, t. 11, 2020, s. 162–188.
- Szarszewski A., Piwek A., Samól P., Dargacz J., Darecka K., *Ubodzy, chorzy, sieroty. Szpitale dawnego Gdańska w okresie średniowiecza i nowożytności*, Gdańsk 2019.
- Szarszewski A., Zagierski M., *Powstanie szpitali gdańskich a szpitalnictwo europejskie w średniowieczu*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 4, 2010, nr 6, s. 438–447.
- Wójcik M., *Pojęcie i typy fundacji w prawie rzymskim*, „Roczniki Nauk Prawnych”, t. 10, 2000, z. 1, s. 17–38.

O AUTORZE

Adam Szarszewski – doktor habilitowany, lekarz i historyk medycyny, kierownik Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W kręgu jego zainteresowań historycznych znajdują się m.in. dzieje szpitalnictwa gdańskiego od średniowiecza do czasów współczesnych, biografistyka lekarzy Pomorza Gdańskiego doby nowożytnej oraz historia etyki w medycynie od średniowiecza do XIX w.

e-mail: aszar@gumed.edu.pl