

Tiszchenko, Eugeniusz M.

Ochrona zdrowia w dzisiejszej zachodniej Białorusi w okresie międzywojennym (1921-1939)

Medycyna Nowożytna 8/2, 153-174

2001

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Eugeniusz M. Tiszczenko

Ochrona zdrowia w dzisiejszej Zachodniej Białorusi w okresie międzywojennym (1921–1939)*

Na początku XXI w. we wszystkich sferach życia społecznego widoczne są rezultaty poprzedniego stulecia. Historia medycyny XX w. wymaga szczegółowych i rzetelnych badań. W związku z tym niewątpliwie zasługuje na uwagę obiektywna ocena procesów wspólnych dla narodów polskiego i białoruskiego. Praca niniejsza, oparta przede wszystkim na analizie źródeł archiwalnych i wydawnictw źródłowych, ma na celu wypełnienie historyczno-teoretycznej luki, co niewątpliwie będzie sprzyjać wzrastaniu wzajemnej tolerancji i obustronnego poznania.

W artykule przyjąłem współczesne nazewnictwo geograficzne (Zachodnia Białoruś), obejmujące w okresie międzywojennym województwa nowogródzkie i poleskie oraz część województw wileńskiego i białostockiego. Współczesna Zachodnia Białoruś w myśl traktatu ryskiego między Rosją a Polską w 1921 r. weszła w skład II Rzeczypospolitej Polskiej. W następstwie tego faktu wprowadzono przyjęty w Polsce podział administracyjno-terytorialny: wojewódz-

* Tłum. Tadeusz Srogosz

twą, powiaty, gminy. Zachodnia Białoruś według danych z 1931 r. stanowiła 23,1% terytorium i 10,5% ludności (w 85% mieszkającej na wsi) całej Polski¹.

Wraz z podziałem terytorialnym po traktacie ryskim organizowano lokalną administrację ochrony zdrowia. Już w marcu 1921 r. przy nowo utworzonych urzędach wojewódzkich powołano wydziały zdrowia publicznego, a przy starostwach etaty lekarzy powiatowych. Na przykład w skład Wydziału Zdrowia Publicznego Urzędu Wojewódzkiego w Nowogródku wchodził: naczelnik (G. Chrzanowski 1921–1927, Z. Domański 1927–1930, E. Maciulewicz 1930–1933, L. Błachuszewski 1933–1936, A. Żurakowski 1937–1939), inspektor lekarski i inspektor farmaceutyczny oraz 4 pracowników biurowych².

Na lokalną administrację ochrony zdrowia nałożono obowiązki ogólnego zarządu i kontroli działalności państwowych i samorządowych instytucji odnośnie zdrowia publicznego, a także zagadnień terapeutycznych, sanitarnych i farmaceutycznych³. Później, w związku z reorganizacją organów centralnych, zaszyły zmiany w strukturze lokalnej administracji ochrony zdrowia. W 1924 r. zlikwidowano Ministerstwo Zdrowia Publicznego (utworzone 13 grudnia 1918 r.), zaś jego zadania rozdzielono między Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, a w 1932 r. z powodu kryzysu ekonomicznego kompetencje w zakresie ochrony zdrowia przekazano w całości Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej. W tym samym 1932 r. utworzono wydziały pracy, opieki społecznej i zdrowotnej w urzędach wojewódzkich, których naczelnikami mianowano lekarzy⁴.

W okresie międzywojennym na tych terenach organizatorsko-administracyjny charakter miały także zjazdy medyczne. Zjazdy zwoływali powiatowi i obwodowi lekarze, lekarze szpitali, ośrodków zdrowia, kas chorych, członkowie towarzystw i związków lekarskich⁵. Na przykład 7–9 września 1925 r. w Nowogródku

¹ M. P. Kastiuk i in., *Narisy istorii Bielarusi*, cz. 1, Mińsk 1994, s. 527; Mały rocznik statystyczny 1939, Warszawa 1939, s. 11–13, 254–255, 296, 298.

² Archiwum Państwowe Obwodu Grodzieńskiego (dalej jako APOG), F. 551, dz. 1, nr 1493, k. 97; ibidem, F. 551, dz. 1, nr 1559, k. 11, 23(38; ibidem, F. 551, dz. 2, nr 6, k. 11.

³ Archiwum Państwowe Obwodu Brzeskiego (dalej jako APOB), F. 1, dz. 5, nr 7, s. 3, 18; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 38, k. 362; ibidem, F. 551, dz. 1, nr 1482, k. 6–22; *Statut organizacyjny Urzędu Wojewódzkiego Nowogródzkiego*, „Nowogródzki Dziennik Wojewódzki”, 1931, nr 32, s. 260–262, 279–282.

⁴ *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej (1918–1938)*, Warszawa 1939, s. 151.

⁵ APOB, F. 1, dz. 5, nr 90, k. 119–121, 133; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1552, k. 17–21; Archiwum Akt Nowych w Warszawie (dalej jako AAN), Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 42, s. 2–33. Szerzej o tym: E. M. Tiszczenko, *Zjazdy*

zwołano I Powszechny Zjazd lekarzy województwa⁶. Osobno należy wydzielić zjazdy lekarzy powiatowych, które obradowały w różnych miejscach, przy różnej liczbie i składzie uczestników. Te zjazdy rozpatrywały aktualne zadania ochrony zdrowia, miały organizatorsko-praktyczne, naukowe i kulturalne znaczenie, okazały się swoistą szkołą wymiany doświadczeń, podwyższania kwalifikacji, rozwoju wewnątrzcorporacyjnych stosunków⁷. Pozytywnie trzeba ocenić zwyczaj zwoływania wspólnych zjazdów lekarzy kilku województw. Ważne miejsce w tym rzędzie zajmuje pierwszy zjazd lekarzy kresowych, którzy zebrali się 30–31 sierpnia 1928 r. w Łucku. Referat programowy wygłosił tam lekarz z Baranowicz D. Kiezewicz. Zjazd przyjął wiele rezolucji, aktualnych dla dalszego rozwoju ochrony zdrowia, poprawy warunków sanitarno-epidemiologicznych i organizacji statystyki medycznej⁸. Znaczenie zjazdów wzrastało wraz z udziałem w ich obradach przedstawicieli władz rządowych oraz wojewódzkich i powiatowych organów ochrony zdrowia. Sprawy medyczne omawiano także na naradach władz rządowych i samorządowych. Na przykład 3 grudnia 1930 r. na spotkaniu prezydentów i burmistrzów miast województwa poleskiego jeden z pięciu punktów posiedzenia dotyczył charakterystyki stanu zdrowia publicznego⁹.

Do ważnych cech ochrony zdrowia omawianego okresu należał samorząd lekarski. Zgodnie z ustawą z 2 grudnia 1921 r. tworzono izby lekarskie. Lekarze z północno-wschodnich województw zostawali członkami, a także wchodzili w skład organów statutowych Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej i Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej (Rada, Sąd Dyscyplinarny i komisje). O charakterze działalności Izb można częściowo sądzić po rodzaju komisji. Na przykład w 1929 r. Warszawsko-Białostocka Izba Lekarska miała następujące komisje: deontologiczną, prawną, pośrednictwa pracy, wynagrodzeń, społeczno-opiekuńczą, finansową i rewizyjną. Izby, realizując zadania samorządowe, dążyły do przestrzegania prawa i społeczno-zawodowej kontroli praktyki lekarskiej, natomiast zadania zabezpieczenia socjalnego wypeł-

medyczne w północno-wschodnich województwach II Rzeczypospolitej. „Medycyna Nowożytna. Studia nad historią medycyny”, 1998, t. 5, z. 2, s. 109–116.

⁶ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 491, s. 1•76, 87–107.

⁷ M. Zachart, *Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy powiatowych województwa Poleskiego*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, 1937, nr 46, s. 883; *Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Nowogródzkiego w Nieświeżu w dniach 9j10 września 1932 r.*, „Zdrowie”, 1933, nr 13–14, s. 706–707.

⁸ *Pierwszy zjazd lekarzy kresowych w Łucku*, Łuck 1930, s. 159.

⁹ APOB, F. 1, dz. 4, nr 1217, k. 461; *ibidem*, F. 1, dz. 5, nr 59, k. 1–2.

niały tworzone związki zawodowe, przede wszystkim pracowników aptecznych (Baranowicze, 1923)¹⁰.

Wraz z samorządem lekarskim organizowano towarzystwa medyczne. Analiza historyczna wskazuje na ich trzy rodzaje: powszechne, przedstawiciele poszczególnych dyscyplin medycznych i działające w zakresie konkretnych problemów. W miastach wojewódzkich i powiatowych działały terenowe oddziały Polskiego Towarzystwa Lekarskiego (Brześć, 1922; Słonim, 1925; Baranowicze i Pińsk, 1926) oraz Związek Lekarzy Państwowych (Nowogródek, 1925; Brześć i Baranowicze, 1926). Swoje towarzystwa zakładali farmaceuci (Brześć, 1923); dentyści (Brześć, 1937); lekarze kas chorych (Brześć, 1926). Ważnymi społecznie zagadnieniami zajmowały się terenowe oddziały Polskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego (Nowogródek, 1925; Pińsk, 1931); Polskiego Towarzystwa Higienicznego (Brześć, 1936); Czerwonego Krzyża (Brześć i Grodno, 1923; Pińsk, 1928; Baranowicze, 1930); Komitetu Kolonii Letnich (Brześć, 1928). W niektórych miastach (Pińsk, 1933; Grodno, 1936) zostały utworzone oddziały terenowe Polskiego Towarzystwa Białego Krzyża, którego zadaniem było prowadzenie oświaty zdrowotnej w wojsku¹¹.

Sposób wypełniania obowiązków zawodowych regulowały rozporządzenia o praktyce lekarskiej (1921), felczerskiej (1921), aku-szerskiej (1928), dentystrycznej (1927), farmaceutycznej (1920, 1938) i kontroli sanitarnej (1930). W rozpatrywanym okresie lekarze zatrudniani byli przez państwo, samorządy lokalne, kasy chorych, organizacje pozarządowe, a także zajmowali się praktyką prywatną. Na przykład w województwie nowogródzkim w 1926 r. pracowało 17,8% lekarzy opłacanych przez państwo, 24% samorządy lokalne i 9,3% kasy chorych; natomiast w 1936 r. odpowiednie dane wynosiły 20%, 25,7% i 13,2%. Na etatach państwowych zatrudniano zazwyczaj lekarzy ogólnych. Na przykład

¹⁰ *Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka*, „Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich”, 1935, nr 8, s. 310–315; *Sprawozdanie z działalności Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1937/38*, „Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich”, 1938, nr 7, s. 294–295; *Uwagi ogólne o samorządzie lekarskim*, „Dziennik Urzędowy Izb Lekarskich”, 1930, nr 1, s. 3–5.

¹¹ APOB, F. 1, dz. 5, nr 90, k. 119–121, 133; *ibidem*, F. 1, dz. 9, nr 4, k. 1, 12; *ibidem*, F. 1, dz. 9, nr 5, k. 20; *ibidem*, F. 1, dz. 9, nr 140, k. 2; *ibidem*, F. 1, dz. 9, nr 141, k. 1; *ibidem*, F. 1, dz. 9, nr 142, k. 1; *ibidem*, F. 2, dz. 2, nr 1570, k. 1; *ibidem*, F. 2, dz. 2, nr 2001, k. 3; *ibidem*, F. 2156, dz. 1, nr 192, k. 4; *ibidem*, F. 2156, dz. 1, nr 208, k. 2, 10; APOG, F. 111, dz. 1, nr 1, k. 3–187; *Budżet m. Grodno na rok 1938–39*, Grodno 1938, s. 167; Cz. Niemyńska-Raczaszkowa, *Poleski Wojewódzki Komitet Kolonij Letnich*, „Opieka nad Dzieckiem”, 1929, nr 6, s. 443–447; *Polski Czerwony Krzyż. Oddział w Baranowiczach. Sprawozdanie za rok 1931*, Warszawa 1932, s. 32; *Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1933/34 rok*, Warszawa 1933, s. 1425.

w 1931 r. w województwie poleskim wśród 65 wszystkich lekarzy tylko 15 miało specjalizację. Liczba lekarzy stopniowo wzrastała. W województwie nowogródzkim w 1926 r. było 129 lekarzy, a w 1936 r. 190. Mimo to liczba lekarzy na 10000 mieszkańców utrzymywała się na najniższym poziomie w Polsce (w 1938 r. w województwie nowogródzkim 1,8; a w poleskim 1,7)¹².

Na terenach obecnej Zachodniej Białorusi, w odróżnieniu od innych części Polski, dużą rolę w leczeniu odgrywali felczerzy, którym stawiano wymóg ukończenia kursu lub zdania egzaminu. w tym czasie nie funkcjonowały jednak szkoły felczerskie, co prowadziło do wykluczenia ich z wykazu zawodów medycznych. W 1925 r. w województwie nowogródzkim wśród praktykujących felczerów tylko 17,4% posiadało prawo wykonywania zawodu. Na omawianym terenie generalnie brakowało szkół medycznych. Tylko miejscowe oddziały Czerwonego Krzyża organizowały roczne kursy siostr miłosierdzia (w Grodnie od 1923 r.). W 1935 r. średnio jeden farmaceuta przypadał na jedną aptekę, co wiązało się z przepisami odnośnie koncesji. W aptekach zachowało się szkolenie uczniów¹³.

W okresie międzywojennym w całym kraju funkcjonowała wielosektorowość ochrony zdrowia. Na konkretne przedsięwzięcia zdrowotne przeznaczano środki z jednego lub częściej z wielu źródeł finansowania, co wynikało z systemu opieki medycznej. Przy tym należy podkreślić duży udział środków lokalnych w ogólnej sumie finansowania. Na przykład w 1931 r. w powiecie białostockim 52,2% wydzielonych na zdrowie środków pokrywały samorządy, 37,3% organizacje społeczne, a tylko 10,5% pochodziło z budżetu państwa. Rozmiar wydawanych na ochronę zdrowia środków znacząco wahał się w granicach województwa (na przykład w 1931 r. w województwie wileńskim od 8,7% do 14,2% budżetu). Średnio na zdrowie jednego mieszkańca wydawano w województwie nowogródzkim w 1925 r. 0,5 zł, zaś w 1936 r. 1,4 zł¹⁴.

Na początku lat 20 na omawianych terenach utrzymywało się zwiększone zagrożenie epidemiczne. W 1922 r. na 10000 mieszkańców na tyfus plamisty w województwie nowogródzkim choro-

¹² APOB, F. 1, dz. 5, nr 6, k. 44, 52, 79; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 816, s. 2-34; ibidem, nr 821, s. 2-34; *Dwadzieścia lat...*, s. 151; *Mały rocznik...*, s. 11-13, 254-255, 296, 298; *Pierwszy zjazd...*, s. 159.

¹³ APOG, F. 111, dz. 1, nr 1, k. 3-187; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1934-1935*, Warszawa 1935, tab. 15, 19; D. Kieżewicz, *Organizacja pomocy lekarskiej w województwie Nowogródzkim i działalność tej organizacji w 1925 roku*, „Lekarz Polski”, 1927, nr 9, s. 9-17.

¹⁴ Jw.; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 482, s. 1-13; ibidem, nr 505, s. 53-81; ibidem, nr 816, s. 2-34.

wało 52,9 osób, w poleskim 67,7; zaś na tyfus powrotny odpowiednio wskaźniki wynosiły 53,4 oraz 148,8. Epidemie zwalczano przede wszystkim za pomocą instytucji państwowych. Z inicjatywy Wyższego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami (działał w latach 1920–1923) na szlakach migracji uchodźców i repatriantów z terenów rosyjskich zakładano kordony sanitarne. Na przykład w województwie nowogródzkim otwarto na dworcu kolejowym w Stołbcach punkt etapowy, a na dworcu kolejowym w Baranowiczach punkt repatriacyjny, między innymi przy pomocy środków wyasygnowanych przez Ligę Narodów. Tam odbywały się oględziny ludzi i dezynfekcja przedmiotów, przeprowadzano szczepienia. W tym celu zakładano punkty szczepień i dezynfekcji (Grodno, Lida, Prużany) oraz ośrodek bakteriologiczny w Baranowiczach. Oprócz tego w wielu miastach (Grodno, Lida, Brześć, Łuniniec) zakładano wewnętrzne etapy z izolatkami, gdzie repatrianci mogli przebywać do pięciu dni. Na trasie samochodowej zorganizowano punkt repatriacyjny w Mołodecznie. Wyższy Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami odegrał dużą rolę w zakładaniu szpitali zakaźnych. W latach 1921–1922 tylko w województwie nowogródzkim udostępniono 1100 łóżek dla chorych zakaźnie, a w Baranowiczach taką samą liczbę łóżek dla repatriantów. W późniejszym okresie większość szpitali Wyższego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami przekształcono w szpitale państwowe. W połowie 1923 r. w województwie nowogródzkim na 20 szpitali 16 było państwowych (88,1% wszystkich łóżek), a w poleskim na 24 szpitale 21 to państwowe (85,4% wszystkich łóżek)¹⁵.

Działania przeciwepidemiczne o charakterze medycznym (badania lekarskie, rejestracja, izolacja, hospitalizacja, dezynfekcja, szczepienia ochronne) stabilizowały, ale nie likwidowały potencjalnego zagrożenia rozprzestrzeniania się tyfusu. W województwie poleskim wskaźnik zapadalności na tyfus plamisty na 10000 mieszkańców w 1928 r. wynosił 1,0; na dur brzuszny 1,8; zaś w 1938 r. na tyfus plamisty 4,0; a na dur brzuszny 1,5. Należy podkreślić, że zapadalność na tyfus w 1938 r. w województwach nowogródzkim, poleskim i wileńskim była

¹⁵ S. Adamowiczowa, *Dur plamisty i dur powrotny w latach 1919–1924*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, 1925, nr 7, s. 325–326; G. Chrzanowski, *Historja organizacji polskich władz sanitarnych na kresach*, „Lekarz Polski”, 1926, nr 5, s. 6–9; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1923*, Warszawa 1925, s. 40–49, 112.

najwyższa w Polsce. Regularny charakter miało powstawanie ognisk epidemicznych tych chorób na wsi¹⁶.

Służb sanitarnych praktycznie nie sformowano. Miało to miejsce jedynie w niektórych miastach i to w ograniczonej formie. W latach 20-tych w Magistracie Grodna działał Wydział Sanitarny. Na początku lat 30-tych w strukturze niektórych nowo otwartych ośrodków zdrowia pojawiły się biura sanitarne (Baranowicze, Brześć, Pińsk). Praktycznie nie zmieniała się liczba personelu sanitarnego. W województwie nowogrodzkim w 1925 r. zatrudniano 2 lekarzy sanitarnych i 4 pracowników dezynfekcji, a w 1936 r. taką samą liczbę lekarzy i 11 kontrolerów sanitarnych. W 1930 r. tylko w niektórych miastach (Brześć, Grodno) funkcjonowały laboratoria badań produktów spożywczych. W celu likwidacji ognisk epidemicznych organizowano i wysyłało w teren zespoły przeciwepidemiczne (pracownik dezynfekcji i higienistka wraz z aparaturą). W województwie wileńskim było ich 2, a w 1938 r. 7¹⁷.

Funkcje sanitarne należały do obowiązków lekarzy powiatowych i obwodowych, realizujących wiele innych zadań. W związku z tym lekarz D. Kieziewicz stwierdził: „Walka z chorobami zakaźnymi, produkcja i handel, szkoła, osadnictwo i mieszkanie, woda pitna, oczyszczanie ścieków, statystyka i oświata zdrowotna, to wszystko pozostaje bez odpowiedzialnego pracownika, bez należytej sanitarnej troski”¹⁸.

Środki na działanie sanitarne i przeciwepidemiczne asygnowano głównie z budżetu państwa lub budżetów lokalnych, co wspomagano też z innych źródeł¹⁹. Oświatą sanitarną, tworzeniem i utrzymaniem zespołów sanitarnych zajmował się Czerwo-

¹⁶ S. Adamowiczowa, loc. cit.; M. Poznański, *Dur brzuszny na Wileńszczyźnie*, „Zdrowie Publiczne”, 1939, nr 3, s. 115–124; W. Prażmowski, *Zwalczanie duru plamistego na terenie województwa Wileńskiego*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie”, 1939, nr 10, s. 198–199; nr 12, s. 236–239; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1928–1929*, Warszawa 1931, s. 25, 32–33; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 816, s. 2–34.

¹⁷ D. Kieziewicz, loc. cit., W. Prażmowski, op. cit., nr 12, s. 236–239; *Przegląd Statystyczny m. Grodna za lata 1922 i 1923*, Grodno 1925, s. 116–119, 121–126, 137; *Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej za 1936 rok*, Warszawa 1936, s. 1425; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1934–1935...*, tab. 15, 19; APOB, F. 1, dz. 5, nr 8, k. 2; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 14, k. 1–2; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 504, s. 70–79; ibidem, nr 816, s. 2–34.

¹⁸ D. Kieziewicz, *Zagadnienia sanitarne na kresach*, „Lekarz Polski”, 10927, nr 8, s. 9–12.

¹⁹ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 491, s. 1–107; ibidem, nr 504, s. 70–79; APOB, F. 1, dz. 5, nr 151, k. 1–4, 40–46.

ny Krzyż²⁰. W latach 1936–1939 w Brześciu działał Oddział Poleski Polskiego Towarzystwa Higienicznego, popularyzujący zachowania zdrowotne (wystawy, odczyty, kursy, wydawnictwa broszur)²¹. Oprócz tego Polskie Towarzystwo Higieniczne utrzymywało obwodowe laboratoria bakteriologiczne. Na przykład w 1936 r. w województwie nowogródzkim było ich 7²².

Złe warunki sanitarno-bytowe były główną przyczyną rozprzestrzeniania się tyfusu. W 1928 r. z 9 miast województwa nowogródzkiego tylko 2 miały łaźnie, jedno wodociąg, a 2 oczyszczalnie ścieków. W 1934 r. 80% ulic Baranowicz nie było wybrukowanych. Na zły stan warunków sanitarno-bytowych wskazują częściowo dane przedstawione w tabeli 1. Do tego stanu należy dodać złe warunki sanitarne szkół. W 1928 r. w województwie nowogródzkim 57% szkół nie posiadało umywalni, 38% toalet, 36% studni, a 2,4% podłóg²³.

Tabela 1. Warunki mieszkaniowe niektórych miast województwa nowogródzkiego w 1928 r.

| Domy | Baranowicze | Nowogródek | Lida |
|---|-------------|------------|-------|
| Drewniane | 94% | 90% | 86% |
| Jednoizbowe | 36% | 42% | 35% |
| Zelektryfikowane | 47% | 40% | 44% |
| Posiadające śmietnik | 61% | 63% | 80% |
| Nie mające toalet | 5,2% | 21,7% | 11,2% |
| Kryte strzechą | 6,1% | 1,9% | 14% |
| Przeciętna liczba mieszkańców na 1 izbę | 3,3 | 2,9 | 2,7 |

Źródło: AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 509, s. 1–23; *ibidem*, nr 787, s. 3–40; *ibidem*, nr 816, s. 2–34; Z. Domański, Higiena miast Nowogródzkiej, „Zdrowie”, 1930, nr 1, s. 15–33; *idem*, Jak wyglądają lokale w miastach województwa Nowogródzkiego, „Lekarz Polski”, 1928, nr 9, s. 201–203; D. Kieżewicz, Uzdrawotnienie miasta Baranowicz, „Zdrowie Publiczne”, 1934, nr 12, s. 1075–1077; W. Prażmowski, *op.cit.*, nr 12, s. 236–239.

²⁰ Polski Czerwony Krzyż..., s. 32; APOB, F. 2156, dz. 1, nr 195, k. 48; APOG, F. 111, dz. 1, nr 1, k. 3–187.

²¹ Sprawozdanie z działalności Oddziału Poleskiego Polskiego Towarzystwa Higienicznego za rok 1937, „Zdrowie Publiczne”, 1938, nr 3, s. 302–303; Sprawozdanie z działalności Oddziału Poleskiego Polskiego Towarzystwa Higienicznego za rok 1938, „Zdrowie Publiczne”, 1939, nr 3, s. 237–239; APOB, F. 2, dz. 2, nr 1570, k. 1.

²² AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 816, s. 2–34.

²³ Z. Domański, *Smutne cyfry*, „Lekarz Polski”, 1928, nr 3, s. 58–59.

W tym kontekście pierwszorzędного znaczenia nabierały działania na rzecz poprawy warunków sanitarno-higienicznych, a mianowicie brukowanie i konserwacja ulic, porządkowanie rynków i jatek, budowa łaźni publicznych, zaopatrzenie w wodę i kanalizacja. Dla realizacji tych zadań przyjęto wiele rozporządzeń sanitarnych: o utrzymaniu czystości w domach i na ulicach (1922, 1932); magazynach i miejscach publicznych (1923); zakładach fryzjerskich (1922, 1935); szkołach (1930); dworcach kolejowych i autobusowych (1932); porządku na budowach i utrzymaniu ogrodzeń (1920); użytkowaniu wodociągów i kanalizacji (1922); kontroli produkcji i sprzedaży produktów spożywczych (1928). Średnio do 85% środków finansowych na ochronę zdrowia przeznaczano na profilaktykę chorób, a zwłaszcza na realizację wyżej wymienionych działań zapobiegawczych²⁴.

Od 1929 r. w miastach i na wsi prowadzono energiczne akcje naprawcze w ochronie zdrowia. W ramach tych akcji miasto Brześć zostało podzielone na obwody (1935), a przy starostwie ustanowiono społecznych opiekunów sanitarnych, którzy sprawowali kontrolę czystości ulic i podwórek (1933). W 1930 r. w Brześciu rozpoczęto budowę sieci wodociągowej i kanalizacyjnej oraz oczyszczalni ścieków²⁵. Ogólnie jednak stosunki sanitarne nie zmieniły się w sposób znaczący. Tak w województwie poleskim w 1938 r. nie odpowiadało wymogom sanitarnym: 62% magazynów spożywczych, 40% piekarni, 34% łaźni, 30% zakładów fryzjerskich, 23% hoteli, 40% pobranych próbek mięsa, 30% próbek wody i 8% próbek mleka. Ciągłe aktualne okazywały się problemy podwyższenia poziomu zachowań zdrowotnych ludności²⁶.

W omawianym okresie choroby społeczne (jaglica, gruźlica, choroby weneryczne) były zwalczane przez państwo i instytucje publiczne²⁷. Badania chorych prowadziły samodzielne ambulatoria profilaktyczne. Pierwsze z nich powstały w Nowogródku i województwie nowogródzkim: przeciwweneryczne w 1923 r., przeciwgruźlicze w 1925 r. i przeciwjaglicze w 1926 r. W 1933 r. w województwie poleskim działało 12 ambulatoriów przeciwjaglic-

²⁴ Idem, *Higiena miast Nowogródzczyzny*, „Zdrowie”, 1930, nr 1, s. 15–33; *Dwadzieścia lat...*, s. 151, AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 815, s. 30–32.

²⁵ APOB, F. 1, dz. 5, nr 33, k. 205; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 60, k. 2–5v; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 504, s. 70–79; ibidem, nr 509, s. 1–23.

²⁶ Jw.; M. Poznański, loc. cit.

²⁷ APOB, F. 1, dz. 5, nr 215, k. 1–3; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 1447, k. 1–5, 65; ibidem, nr 1530, k. 2.

czych, 8 przeciwgruźliczych i 3 przeciwweneryczne. W większości finansowane były one z państwowego i lokalnego budżetu²⁸.

W drugiej połowie lat 20-tych otwierano nowe placówki typu ambulatoryjnego, a mianowicie ośrodki zdrowia (w Słonimiu w 1926 r., a w Wilejce i Głębokiem w 1929 r.). Zgodnie z ustawą do ich zadań należała organizacja, koordynacja i prowadzenie działań w kierunku utrzymania i poprawy zdrowia publicznego, w tym profilaktyka i rozpoznanie chorób społecznych, opieka nad niektórymi grupami ludności z elementami dyspanseryzacji (kobiety ciężarne, matki, dzieci) oraz pomoc medyczna. Ośrodki zdrowia zasadniczo podlegały lokalnym i państwowym organom władzy. Na przykład w 1930 r. w województwie nowogródzkim na ich utrzymanie przeznaczano 73,5% środków z budżetu lokalnego, a 22,7% państwowego. Nierzadko ośrodek zdrowia był finansowany z wielu źródeł. W 1930 r. Państwowy Ośrodek Zdrowia w Lidzie otrzymał 25,6% środków z kas chorych, 22,6% – gmin, 20,8% – Magistratu, 16,1% – budżetu państwa, 14,9% – sejmiku²⁹.

W latach 30-tych liczba ośrodków zdrowia znacznie wzrosła. Na przykład w województwie poleskim w 1933 r. było ich 4, a w 1938 r. – 27. Ośrodki zdrowia pracowały zgodnie z zasadą terytorialną, to jest na 8000–15000 ludności w promieniu 10–15 km. Placówką tą kierował lekarz obwodowy. Liczba lekarzy i pielęgniarek odpowiadała liczbie oddziałów. W związku z tym w 1938 r. w województwie poleskim połowa ośrodków zdrowia i obwodów lekarskich nie była obsadzona lekarzami. Większość ośrodków zdrowia składała się z trzech oddziałów, a mianowicie ambulatoriów przeciwjagliczego, przeciwgruźliczego i przeciwwenerycznego. W 1933 r. w województwie wileńskim 85,5% wszystkich porad i konsultacji dokonanych w ośrodkach zdrowia dotyczyło jaglicy, 5,5% gruźlicy, a 3,1% chorób wenerycznych³⁰. Zazwyczaj do am-

²⁸ APOB, F. 1, dz. 5, nr 8, k. 2; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 21, k. 92–93; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1484, k. 6; ibidem, F. 551, dz. 1, nr 1514, k. 4; D. Kieżewicz, *Organizacja...*, s. 9–17.

²⁹ APOB, F. 1, dz. 5, nr 125, k. 1–1v; APOG, F. 544, dz. 1, nr 15, k. 1–14; ibidem, F. 551, dz. 1, nr 1546, k. 1, 4, 6, 9, 12, 15; *Mały rocznik...*, s. 11–13, 254–255, 296, 298; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1928–1929...*, s. 25, 32–33; A. Wierciński, *Ośrodki Zdrowia na Wileńszczyźnie*, „Zdrowie”, 1933, nr 5–6, s. 227–236.

³⁰ Idem, *Akcja zapobiegawcza w zwalczaniu chorób społecznych na terenie wojew. Wileńskiego*, „Zdrowie Publiczne”, 1935, nr 3, s. 283–289; APOB, F. 1, dz. 5, nr 21, k. 92–93; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 126, k. 3–4; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 127, k. 104–105; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 151, k. 1–4, 40–46; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1546, k. 1, 4, 6, 9, 12, 15; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 509, k. 1–23.

bulatorium przydzielano jeden wydzierżawiony gabinet. Ośrodki zdrowia miały skąpe wyposażenie (mikroskop, wagi, lampy kwarcowe). Dlatego też, również we wzorcowych ośrodkach zdrowia (na przykład w Miejskim Ośrodku Zdrowia w Brześciu w 1936 r.) ambulatoria przyjmowały pacjentów tylko kilka godzin dziennie lub nawet tygodniowo. Tak więc praktycznie praca ośrodków zdrowia była poważnie ograniczona.

W 1928 r. w zapadalności na jaglicę województwa wileńskie i nowogródzkie zajmowały niechlubne 3 i 4 miejsce w Polsce, a wzrost tej choroby w województwie wileńskim miał groźny charakter: w 1926 r. – 51 zachorowań na 100000 mieszkańców, a w 1928 r. – 156. W celu ograniczenia rozprzestrzeniania się jaglicy wprowadzono obowiązkową rejestrację chorych, prowadzenie przez lekarzy powiatowych osobnej kartoteki, obowiązkową obserwację epidemiologiczną przy współpracy władz lokalnych, coroczne badania uczniów w szkołach, podopiecznych zakładów opiekuńczych i poborowych oraz organizowanie kolonii zdrowotnych³¹.

Do groźnych chorób społecznych należała też gruźlica. Na przykład w 1930 r. pod względem zapadalności na gruźlicę powiat piński zajmował pierwsze miejsce w Polsce. Zgodnie z ustawą towarzystwa przeciwgruźlicze organizowały ambulatoria profilaktyczne (Grodno, 1926), prowadziły oświatę zdrowotną (na przykład w Brześciu w grudniu 1934 r. dni przeciwgruźlicze, czy w województwie poleskim od 2 grudnia 1934 r. do 1 kwietnia 1935 r. ruchomą wystawę³²). Na omawianym terenie utworzono dwa sanatoria przeciwgruźlicze: w Małorycie w 1924 r. i Nowej Jelni w 1928 r. Jednak w latach 30-tych tylko nieliczne ośrodki zdrowia wykonywały szczepienia BCG, próby Pirqueta i Biernackiego, rentgenoskopię, naświetlanie lampami. Dopiero w 1938 r. przygotowano projekt ustawy o walce z gruźlicą.

W 1922 r. ustanowiono nadzór policyjny nad prostytutką, włączając w te czynności czynnik społeczny (rejestracja i komisje powiatowe). Chorym na syfilis w ośrodkach zdrowia bezpłatnie

³¹ APOB, F. 1, dz. 5, nr 230, k. 330–331; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1554, k. 2–4; L. Rostkowski, *Zwalczanie jaglicy w woj. Nowogródzkim*, „Klinika Oczna”, 1935, z. 1, s. 188–190; M. Zachart, *Nasilenie jaglicy w Polsce w 1927 roku*, „Lekarz Polski”, 1929, nr 3, s. 50–52.

³² APOB, F. 1, dz. 5, nr 101, k. 193; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 154, k. 327; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 212, k. 154; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 218, k. 1; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1559, k. 11, 23–38; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 1447, k. 1–5, 65; *Dwadzieścia lat...*, s. 151; *Rocznik lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1936 rok*, Warszawa 1936, s. 2160; A. Wierciński, *Akcja...*, s. 283–289.

³³ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 509, k. 1–23; ibidem, nr 787, k. 3–40; ibidem, nr 816, k. 2–34.

rozdawano salwarsan, którego jednak brakowało³³. W latach 1920–1931 w Polsce obowiązywało ograniczenie sprzedaży mocnych alkoholi. Walka z alkoholizmem miała obywatelski charakter (komisje przy organach władzy). Komisje prowadziły nieliczne akcje uświadamiające (na przykład w grudniu 1928 r. w województwie poleskim), otwierano poradnie przeciwalkoholowe (pierwsza w 1936 r. w Białymstoku)³⁴.

W strukturze organizacyjnej ośrodków zdrowia przewidziano punkty opieki nad matką i dzieckiem. W województwie poleskim w 1928 r. był jeden taki punkt, natomiast w 1938 r. w 27 ośrodkach zdrowia funkcjonowały 22 punkty opieki nad matką i dzieckiem. Placówki te otwierano za środki wyasygnowane przez organizacje społeczne. W 1929 r. w województwie wileńskim trzy z sześciu punktów opieki nad matką i dzieckiem zorganizował Związek Kobiet Pracujących. W związku z tym punkty te obejmowały nadzorem medycznym niewielką liczbę kobiet i dzieci. Na przykład w 1933 r. w województwie białostockim ich opieką objęto niespełna 13% noworodków, a w szpitalach województwa wileńskiego na skierowanie z punktów opieki nad matką i dzieckiem odebrano 2,4% porodów. Przy niektórych ośrodkach zdrowia otwierano kuchnie mleczne (na przykład w 1933 r. w województwie wileńskim było ich 4, a w białostockim 10)³⁵.

Szkoły podlegały nadzorowi higienicznemu ze strony lekarzy powiatowych i obwodowych oraz pielęgniarek – higienistek, ale trzeba dodać, że w niewielkim rozmiarze. Na przykład w 1930 r. w województwach poleskim i nowogródzkim było 12 szkół pod opieką zatrudnionego tam personelu medycznego (po 6 w każdym województwie). W 1933 r. w województwie białostockim tylko 33,6% szkół i 35,4% dzieci objęto badaniami lekarskimi, przy czym 8,3% zbadanych dzieci było brudnych, a 5,4% zawyszonych. W ciągu lat 30-tych zachowała się tendencja zwykła zachorowań na dyfteryt, szkarlatynę, odrę, gruźlicę i jaglicę³⁶.

Letnie kolonie zdrowotne dla dzieci organizowały głównie organizacje społeczne. Na przykład w 1928 r. w województwie po-

³⁴ APOB, F. 1, dz. 5, nr 140, k. 25–28; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 194, k. 37; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 480, k. 5–20; ibidem, nr 492, k. 2–33.

³⁵ Ibidem, nr 504, k. 70–79; ibidem, nr 509, k. 1–23; ibidem, nr 786, k. 2–12; A. Wierciński, *Akcja...*, s. 283–289; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1928–1929...*, s. 25, 32–33.

³⁶ Jw.: AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 509, k. 1–23; ibidem, nr 726, k. 2–17; ibidem, nr 816, k. 2–34.

leskim na ten cel niektóre organizacje przeznaczaly do 70% wszystkich swoich srodkow. Od pierwszej tego typu akcji w 1925 r. liczba kolonii wzrastala. W wojewodztwie poleskim w 1932 r. zorganizowano 10 kolonii zdrowotnych i jedna polkolonie, zas w 1938 r. odpowiednio 11 i 47. Akcja ta objeto jednak niewielka liczbe dzieci. Na przyklad w wojewodztwie poleskim w 1938 r. z kolonii i polkolonii zdrowotnych skorzystalo 6,5% dzieci w wieku szkolnym. Na calym terenie utrzymywal sie nadal wysoki przyrost naturalny. W 1936 r. w wojewodztwie poleskim liczba urodzen wynosila 32,8%, smiertelnosc 15%, a w wojewodztwie nowogrodzkim odpowiednio 29,1% i 13,7%³⁷.

Pierwszej pomocy udzielano w ambulatoriach przyszpitalnych, poradniach, ośrodkach zdrowia. W latach 1923–1926 w ambulatorium przy Szpitalu Miejskim w Grodnie pomoc medyczną uzyskali dorośli i dzieci w ramach 9 grup schorzeń, a liczba zgłaszających się wzrosła 6,5 razy³⁸. W końcu lat 20-tych 87% ambulatoriów i poradni należała do sektora publicznego, finansowana była głównie z lokalnego lub państwowego budżetu (w 57%), 71% pracowało w wynajętych lokalach, a 86% nie miało wodociągu i kanalizacji. Tylko przy 11,4% ambulatoriach i poradniach funkcjonowały apteki, przy 1,9% laboratoria, w 5,7% znajdowały się lampy kwarcowe. W 1934 r. w wojewodztwie białostockim działało 28 samodzielnych poradni, a w tym 5 nie realizowało wizyt domowych. W tym samym czasie obserwujemy niewielką liczbę poliklinik stomatologicznych (na przykład w 1936 r. w wojewodztwie białostockim dwie). Lokalne oddziały Czerwonego Krzyża organizowały pierwsze stacje pogotowia ratunkowego i stacje krwiodawstwa (w Grodnie w 1937 r.).

Na omawianym terenie, w odróżnieniu od innych województw Rzeczypospolitej, ochrona zdrowia na wsi zachowała cechy medycyny ziemskiej (zasada terytorialna, lekarz obwodowy, wiejski obwód lekarski). W końcu lat 20-tych obwód lekarski odpowiadał w wojewodztwie poleskim 46000 mieszkańców i 1675 km² powierzchni, nowogrodzkim odpowiednio 47000 i 1235 km², wileńskim 48000 i 1330 km² oraz białostockim 60000 i 1260 km². Na wsi znaczącą rolę w opiece medycznej odgrywali felczerzy i

³⁷ *Iw.*, *ibidem*, nr 471, k. 4; *ibidem*, nr 509, k. 1–23; *ibidem*, nr 815, k. 30–32; *APOB*, F. 1, dz. 5, nr 17, k. 1–23; Cz. Niemyska-Raczaszkowa, *op.cit.*, s. 443–447.

³⁸ *AAN*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 480, k. 5–20; *ibidem*, nr 726, k. 2–17; *APOB*, F. 111, dz. 1, nr 1, k. 3–187; *Pierwszy zjazd...*, s. 159; *Przegląd statystyczny m. Grodna za lata 1922 i 1923*, Grodno 1925, s. 116–119, 121–126, 137; *Przegląd statystyczny m. Grodna za lata 1924, 1925 i 1926*, Grodno 1928, s. 43–46.

akuszerki. W 1926 r. pracowało tutaj 71,4% wszystkich felczerów w Polsce i 45,2% akuszerok³⁹.

Wraz z upływem czasu w działalności wiejskich obwodów lekarskich zaszły zmiany ilościowe i jakościowe. Na przykład w województwie białostockim w 1928 r. było ich 12, natomiast w 1932 r. już 48. W tym okresie pojawiły się na wsi ośrodki zdrowia. W latach 1930–1931 powiat białostocki podzielony był na 5 obwodów lekarskich, z których dwa miały szpitale na 25–35 łóżek, a jeden – ośrodek zdrowia. W 1937 r. przedłożono projekt ustawy o etatach lekarzy gminnych, wchodzących w skład wiejskiego obwodu lekarskiego. Mimo to pozostały aktualne problemy zabezpieczenia terenów wiejskich w placówki ochrony zdrowia i personel medyczny (na przykład w 1936 r. w województwie poleskim 80% lekarzy pracowało w miastach)⁴⁰.

W omawianym okresie w szpitalnictwie kresowym panowała wielosektorowość. Funkcjonowały tam szpitale: państwowe (między innymi szpital kolejowy w Brześciu, 1921); samorządowe (miejskie, powiatowe, sejmikowe); organizacji społecznych (Żydowskiego Towarzystwa Dobroczyńności, Czerwonego Krzyża) i prywatne. Działały również nieliczne szpitale o charakterze mieszanym. Na przykład powstały w 1932 r. Szpital Międzykomunalny w Baranowiczach podlegał władzom państwowym i gminie miejskiej⁴¹. Od drugiej połowy lat 20-tych wzrastała liczba łóżek finansowanych przez samorządy. O tym częściowo pozwalają sądzić dane przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Szpitalnictwo województwa nowogródzkiego

| Lata | Liczba szpitali ogółem | Liczba szpitali państwowych | Liczba szpitali samorządowych | Liczba szpitali żydowskich | Liczba szpitali prywatnych | Liczba łóżek szpitalnych ogółem |
|------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1925 | 17 | 6 | 8 | 3 | - | 704 |
| 1928 | 20 | 4 | 11 | 3 | 2 | 620 |
| 1935 | 17 | 4 | 8 | 3 | 2 | 621 |

Źródło: D. Kieżewicz, *Organizacja...* s. 9–17; Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1928–1929.... s. 25, 32–33; Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1934–1935...., tab. 15, 19.

³⁹ D. Kieżewicz, *Organizacja...*, s. 9–17.

⁴⁰ APOG, F. 551, dz. 1, nr 1924, k. 13–14; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 480, k. 5–20; ibidem, nr 482, k. 1–13; nr 509, k. 1–23; nr 787, k. 3–40; nr 816, k. 2–34; nr 821, k. 1–37.

⁴¹ D. Kieżewicz, *Organizacja...*, s. 9–17; H. Rudziński, *Zdrowotność publiczna na Wileńszczyźnie*, „Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego”, 1932, nr 6, s. 400–415; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1556, k. 18.

Z biegiem czasu ogólna liczba łóżek szpitalnych ulegała stabilizacji lub nawet obniżeniu. Na przykład w 1928 r. w województwie poleskim było ich 1032, a w 1938 r. 892. W 1938 r. wskaźnik zabezpieczenia ludności w łóżka szpitalne w województwie poleskim (6,8 na 10000 mieszkańców) i nowogródzkim (5,4 na 10000 mieszkańców) utrzymywał się na najniższym poziomie w Polsce. Ustabilizował się również profil łóżek szpitalnych. W województwie nowogródzkim w 1938 r. było 28,5% łóżek medycyny zachowawczej, 27,6% chirurgicznych, 16,8% ginekologiczno-położniczych, 11,6% zakaźnych, 6,7% gruźliczych, 4,3% wenerycznych i 4,5% pozostałych⁴².

Na omawianym terenie funkcjonowały głównie niewielkie szpitale. Na przykład w 1934 r. w województwie nowogródzkim tylko 7 z 17 szpitali posiadało 50 i więcej łóżek. W tym samym województwie w 1937 r. tylko dwa szpitale zlokalizowane były w budynkach murowanych, jeden posiadał centralne ogrzewanie, 5 aparat rentgenowski, a w jednym przeprowadzano sekcje zwłok⁴³. Dla poprawy stanu szpitali, przekształcenia ich w centra kultury i medyczne powołano w 1929 r. Polskie Towarzystwo Szpitalne. W jego skład w 1937 r. w województwie nowogródzkim wchodziło 6 szpitali, a w 3 założono biblioteki. Większość szpitali posiadała statut lub regulamin. W 1938 r. rozpoczęto budowę szpitala chirurgicznego w Baranowiczach oraz szpitali zakaźnych w Lidzie i Stołpcach. W latach 30-tych w szpitalach śmiertelność zmniejszyła się 1,3 razy, zaś liczbę laparatomii zwiększono 1,5 razy⁴⁴.

Zgodnie z rozporządzeniem z 28 marca 1928 r. w szpitalach publicznych wprowadzono zasadę samofinansowania. Wliczono w to dochody uzyskane z opłat od pacjentów (opłaty za pracowników państwowych pokrywał budżet państwa). Od 1 stycznia 1929 r. w Szpitalu Miejskim w Brześciu ustanowiono opłatę za pobyt pacjenta przez jedną dobę na 7 zł dla mieszkańców miasta i 8,5 zł dla pacjentów z innych miejscowości. Jednak w 1934 r. obniżono opłaty do 4–5 zł. Wysokość tariff za leczenie stacjonarne ustanawiano w granicach możliwości materialnych pacjentów.

⁴² Ibidem, nr 509, k. 1–23; ibidem, nr 821, k. 1–37; Mały rocznik..., s. 11–13, 254–255, 296, 298.

⁴³ L. Błachuszewski, *Ze stanu szpitalnictwa na terenie woj. Nowogródzkiego za rok 1933/34*, „Zdrowie Publiczne”, 1935, nr 4, s. 364–367; D. Kieżewicz, *Organizacja...*, s. 9–17; *Pamiętnik zjazdu lekarzy szpitalnych województw Wileńskiego i Nowogródzkiego odbytego w dniu 13-go lutego 1938 r. w Lidzie*, Lida 1938, s. 66.

⁴⁴ Jw.; H. Rudziński, *Stan szpitalnictwa na Wileńszczyźnie*, „Przegląd Szpitalnictwa”, 1935, nr 2, s. 5–29; APOB, F. 2061, dz. 1, nr 5, k. 1–3.

Taryfy opłat zatwierdzały lokalne organy władzy, które też zabezpieczały rytmiczność wpływów do kasy szpitali. Opłaty były różnorodne i zależały od rodzaju pomocy medycznej. W latach 30-tych pobyt pacjenta przez jedną dobę na oddziałach chirurgicznym i ginekologiczno-położniczym wynosił w województwie poleskim 5–10 zł, a w białostockim 4,5–6,5 zł; w oddziale chorób wewnętrznych odpowiednio 4–8 zł i 3,5–5,5 zł; oddziały chorób zakaźnych 2–5 zł i 2,5–4,5 zł. Dla porównania płaca lekarzy szpitali państwowych w województwie nowogródzkim w 1931 r. wynosiła 370–440 zł, zaś ceny na niektóre produkty spożywcze w 1939 r.: 1 kg chleba – 0,29 zł, 1 kg cukru – 1 zł, 1 kg wołowiny – 1,05 zł, 1 l oleju spożywczego – 3,8 zł. Opłaty za leczenie pochodziły z wielu źródeł. W 1938 r. w 6 szpitalach województwa białostockiego pacjenci opłacali do 40% kosztów leczenia. W tym samym roku w Szpitalu Miejskim w Grodnie 40,8% kosztów leczenia pokrywała Ubezpieczalnia Społeczna, 34,2% opłaty pacjentów, a 25% samorządy lokalne. Średni okres pobytu w szpitalu pacjentów, którzy sami opłacali leczenie, był najniższy. Z reguły wstrzymywali się oni przed pójściem do szpitala lub dążyli do jak najkrótszego okresu hospitalizacji⁴⁵.

Na omawianym terenie w okresie międzywojennym miało miejsce stopniowe zwiększanie liczby aptek. W województwie nowogródzkim w 1922 r. było ich 47, w 1925 r. 53, a w 1936 r. już 62. Mimo to sieć aptek była najmniej rozwinięta w całej II Rzeczypospolitej⁴⁶. Zdecydowaną przewagę miały apteki prywatne, ale zauważamy też, chociaż w niewielkiej liczbie apteki innych form własności. Na przykład w 1936 r. apteki spółek akcyjnych (dwóch i więcej akcjonariuszy) były zlokalizowane w Brasławiu, Brześciu, Kobryniu i Słonimie; miejskie w Baranowiczach, Brasławiu i Pińsku; sejmikowa w Lidzie; gminy żydowskiej w Słonimiu; Ubezpieczalni Społecznej w Brześciu, Grodnie i Pińsku oraz kolejowa w Brześciu. W aptekach realizowano prawo do ulgowego zakupu leków przez odpowiednie grupy ludności. Na przykład w aptekach kas chorych bezpłatnie lub ze zniżką leki otrzymywali ich człon-

⁴⁵ L. Błachuszewski, *Ze stanu...*, s. 364; *Dwadzieścia lat...*, s. 151; *Mały rocznik...*, s. 11–13, 254–255, 296, 298; *Ogłoszenie przewodniczącego Wydziału Powiatowego w Stołpcach*, „Nowogródzki Dziennik Wojewódzki”, 1938, nr 20, s. 275; APOB, F. 1, dz. 5, nr 22, k. 2–5; *ibidem*, F. 1, dz. 5, nr 111, k. 8–31; *ibidem*, F. 1, dz. 5, nr 116, k. 3; *ibidem*, F. 1, dz. 5, nr 141, k. 12; *ibidem*, F. 1, dz. 5, nr 174, k. 4; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1509, k. 1; *ibidem*, F. 551, dz. 1, nr 1535, k. 5.

⁴⁶ *ibidem*, F. 551, dz. 1, nr 1478, k. 10v; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 816, k. 2–34; D. Kieziewicz, *Organizacja...*, s. 9–17; *Mały rocznik...*, s. 11–13, 254–255, 296, 298.

kowie, miejskich – uboga ludność, kolejowych – pracownicy kolei, gminy żydowskiej – jej członkowie⁴⁷.

Apteki zawierały kontrakty ze szpitalami na dostarczanie leków. Na przykład w pierwszej połowie 1937 r. na średniomiesięczny obrót apteki miejskiej w Pińsku składały się należności: 208,1 zł – szpitali, 102,9 zł – sprzedaży detalicznej, 60,7 zł – ubogiej ludności (refundacja władz samorządowych), 59,5 zł – na recepty lekarskie. Wydatki szpitali na leki ulegały wahaniom, jednak z reguły nie przekraczały kilkunastu procent. Na przykład w 1930 r. w województwie poleskim wynosiły one 14,7%, a w 1938 r. w województwie białostockim 13,8% rocznego budżetu szpitali. Oprócz tego niektóre szpitale posiadały własne apteki. W 1935 r. w województwach białostockim, wileńskim i poleskim takich aptek odnotowano 16⁴⁸.

Za specyfikę sieci aptek w województwach białostockim, wileńskim, nowogródzkim i poleskim można uznać istnienie aptek wiejskich (w 7 z 16 województw II Rzeczypospolitej takie apteki nie działały). Dla poprawy zaopatrzenia w leki w województwach nowogródzkim i poleskim otwierano punkty apteczne. Ich sieć była bardziej rozbudowana niż sieć aptek, ponieważ w 1925 r. w województwie nowogródzkim punktów odnotowano 99, a w 1937 r. w województwie poleskim 95⁴⁹. W okresie międzywojennym zachowała się tradycja wykonywania w aptekach analiz lekarskich. W 1937 r. w województwie nowogródzkim na 4 laboratoria analityczne jedno zlokalizowane było w aptece (w Słonimiu). Za specyfikę województw białostockiego i nowogródzkiego można uznać również zlokalizowanie tam dużej liczby wytwórni gazowanych wód mineralnych. W 1935 r. w województwie białostockim funkcjonowało 79 takich wytwórni, a w nowogródzkim 78⁵⁰.

Literatura przedmiotu (ostatnio publikacje ośrodka łódzkiego, zwłaszcza Z. Jastrzębowskiego i J. Sadowskiej⁵¹) wydziela dwa okresy w dziejach lecznictwa ubezpieczeniowego II Rzeczypospolitej: pierwszy (1920–1933) – kas chorych, drugi (1934–1939) – Ubezpieczalni Społecznej. Analiza materiałów źródłowych ze wschodnich województw potwierdza praktyczną realizację tego

⁴⁷ APOB, F. 1, dz. 5, nr 90, k. 119–121, 133; ibidem, F. 2309, dz. 1, nr 8, k. 2.

⁴⁸ Ibidem, F. 1, dz. 5, nr 6, k. 44, 52, 79; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 111, k. 8–31; ibidem, F. 2309, dz. 1, nr 8, k. 2; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1934–1935...*, tab. 15, 19.

⁴⁹ D. Kieżewicz, *Organizacja...*, s. 9–17; APOG, F. 551, dz. 1, nr 1547, k. 1; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 509, k. 1–23.

⁵⁰ Ibidem, nr 787, k. 3–40; ibidem, nr 816, k. 2–34.

schematu. Zgodnie z rozporządzeniem z 19 maja 1920 r. (z uzupełnieniem z 6 października 1922 r.) organizowano kasy chorych: w Grodnie w 1924 r., Pińsku w 1925 r., Baranowiczach w 1926 r. Statuty kas chorych określały ich strukturę organizacyjną, porządek formowania i zakres działalności. Kasy chorych zakładały ambulatoria, punkty medyczne, gabinety lekarskie, apteki i punkty apteczne, zatrudniały personel medyczny. Grodzieńska Kasa Chorych w 1925 r. otworzyła aptekę, ambulatorium, 9 gabinetów lekarskich; zaś Pińska Kasa Chorych w 1930 r. zorganizowała 3 ambulatoria lekarskie i jedno felczerskie oraz aptekę⁵². W 1927 r. w województwie poleskim 9,1% lekarzy pracowało na rzecz kas chorych. Kasy chorych na omawianym terenie, w odróżnieniu od innych regionów Polski, nie miały własnych szpitali, ośrodków zdrowia, kolonii zdrowotnych, a tylko przyznawały środki finansowe za otrzymaną w nich pomoc dla swoich członków⁵³.

Zgodnie z rozporządzeniem z 1 stycznia 1934 r. nastąpiła reorganizacja i wzmocnienie kas chorych, które przekształciły się w społeczne instytucje ubezpieczeniowe, rozszerzyły swoje struktury i funkcje. W latach 1934–1936 w Pińskiej Ubezpieczalni Społecznej składka wynosiła 4,6–5% pensji, przy czym 21,4% środków przeznaczono na pomoc lekarską, 15,4% – leczenie szpitalne, 10,1% – środki medyczne, 7,6% – wypłaty zasiłków, 4,5% – profilaktykę sanitarno-epidemiczną. Podobny podział środków (do 60% na główne dziedziny działalności) funkcjonował również w innych ubezpieczalniach społecznych. Cechą charakterystyczną drugiego etapu było tworzenie od 1936 r. instytucji lekarza rodzinnego jako koordynatora niesienia ogólnej, specjalistycznej i szpitalnej opieki medycznej. W 1936 r. zorganizowano obwody lekarzy rodzinnych: w Grodnie – 5, Baranowiczach – 3, Pińsku – 3, Lidzie – 2. Oprócz tego ubezpieczalnie społeczne otwierały na poszczególnych terytoriach punkty medyczne: w grodzieńskim – 28, baranowickim – 27, lidzkim – 23, pińskim – 18, brzeskim

⁵¹ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej. w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994; J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej*, Łódź 1990.

⁵² APOB, F. 1, dz. 5, nr 108, k. 30–30v, 34–34v; ibidem, F. 2172, dz. 1, nr 14, k. 1–1v; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 491, k. 1–76, 87–107; Przegląd statystyczny m. Grodna za lata 1924..., s. 43–46; Rocznik lekarski..., s. 1425; *Ubezpieczalnia społeczna w Grodnie. Sprawozdanie z działalności za rok 1936*, Grodno 1937, s. 60; *Ubezpieczalnia społeczna w Pińsku. Sprawozdanie z działalności za 1937 rok*, Pińsk 1938, s. 38.

⁵³ A. Cieszyński, *Stan lekarski w czasach obecnych pod względem liczbowym i ekonomicznym*, Lwów 1928, s. 59–60, 63; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1928–1929...*, s. 25, 32–33.

– 16; a także gabinety fizykoterapeutyczne (3 w okręgu grodzieńskim i 5 w okręgu pińskim). Stopniowo zwiększała się liczba lekarzy przemysłowych (na przykład w Grodzieńskiej Ubezpieczalni Społecznej w 1925 r. było ich 14, a w 1936 r. już 31), lekarzy specjalistów i dentystów (na przykład w Pińskiej Ubezpieczalni Społecznej w 1930 r. odpowiednio 6 i 3, a w 1936 r. – 8 i 6), jak również zaczęto zatrudniać pierwszych kontrolerów sanitarnych środków spożywczych (w 1936 r. w Baranowickiej Ubezpieczalni Społecznej było ich 5, a w Pińskiej 2)⁵⁴. W lecznictwie ubezpieczeniowym dały się również odczuć niedostatki: brak własnych szpitali i ośrodków zdrowia, zbyt małe nakłady na działalność profilaktyczno-sanitarną, objęcie ubezpieczeniem małej liczby ludności, krótki czasokres przyjęć lekarskich.

Duża liczba ludności żydowskiej w miastach (na przykład w 1937 r. 41,6% mieszkańców Brześcia) i wśród przedstawicieli służby zdrowia (w 1936 r. w województwie nowogrodzkim do 70% pracowników aptek⁵⁵) determinowało tworzenie sektora wyznaniowego w opiece medycznej. Na rozpatrywanym terenie w okresie międzywojennym kontynuowały działalność oddziały terenowe Żydowskiego Towarzystwa Dobroczynności, które otwierały i utrzymywały placówki ochrony zdrowia: szpitale (w Brześciu na 100 łózek, Pińsku na 60, Grodnie na 60, Lidzie na 18); ośrodki zdrowia (w 1938 r. w województwie poleskim 2); ambulatoria (w 1932 r. w województwie poleskim odnotowano 1 przeciwgruźlicze i przeciwyjaglicze i 2 punkty opieki nad matką i dzieckiem); kolonie zdrowotne (na przykład w 1928 r. w województwie poleskim przebywało na nich 700 dzieci)⁵⁶.

We wschodnich województwach II Rzeczypospolitej rozlokowano również instytucje wojskowo-medyczne. Największymi z nich były szpitale okręgowe w Grodnie i Brześciu. Wraz z nimi pojawiły się na omawianym terenie pierwsze stacjonarne oddziały specjalistyczne (na przykład w Grodnie oftalmiczny, otolaryngologiczny i neurologiczny). W wojskowych placówkach ochrony zdrowia

⁵⁴ APOB, F. 1, dz. 5, nr 108, k. 30–30v, 34–34v; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 145, k. 5; Rocznik lekarski..., s. 2160; *Ubezpieczalnia społeczna w Grodnie...*, s. 60; *Ubezpieczalnia społeczna w Pińsku...*, s. 38; *Sprawozdanie z działalności ubezpieczalni społecznej w Baranowiczach za rok 1936*, Baranowicze 1937, s. 48; *Sprawozdanie z działalności ubezpieczalni społecznej w Lidzie za rok 1937*, Lida 1938, s. 25.

⁵⁵ APOG, F. 551, dz. 1, nr 1915, k. 1–6; E. S. Rozenblatt, *Žižń i sudba Brieŭstkoj jeuriejskoj obszcziny XIV–XX vv.*, Brieŭst 1993, s. 84.

⁵⁶ APOB, F. 1, dz. 5, nr 8, k. 2; ibidem, F. 1, dz. 5, nr 17, k. 1–23; AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 509, k. 1–23; *Rocznik lekarski...*, s. 2160; *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1928–1929...*, s. 25, 32–33.

mogli leczyć się również cywilni mieszkańcy miasta. Na przykład w 1929 r. w wojskowo-medycznych instytucjach Grodna udział pacjentów – cywilów wynosił 6,5%, a Brześcia 4,9%⁵⁷.

W wielu miastach otwierano lecznice prywatne. W 1938 r. w Grodnie działały 4 takie lecznice po 5–10 łóżek o profilu ginekologiczno-położniczym i chirurgicznym. W 1936 r. w województwie poleskim 40,3% lekarzy prowadziło wolną praktykę. Taryfy za usługi lekarskie ustanawiano drogą porozumień lub urzędowych taks wydawanych przez organy władzy⁵⁸. Tendencję do zmniejszania wysokości opłat za usługi medyczne przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wybrane taryfy na prywatne usługi medyczne w województwie nowogródzkim w latach 1932–1938 (w złotych)

| Rodzaj usługi | 1932 | 1938 |
|---|------|------|
| Konsultacja lekarska | 4 | 3 |
| Przyjęcie porodu | 48 | 30 |
| Mała operacja | 15 | 8 |
| Średnia operacja | 50 | 50 |
| Duża operacja | 200 | 100 |
| Kwarcówka | 3 | 2 |
| Diatermia | 3 | 4 |
| Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej | 8 | 6 |
| Zdjęcie rentgenowskie żołądka | 16 | 12 |
| Analiza ogólna moczu 15 | 12 | |
| Biochemiczna analiza krwi | 15 | 15 |

Źródło: Obwieszczenie wojewody Nowogródzkiego w sprawie taksy lekarskiej, „Nowogródzki Dziennik Wojewódzki”, 1938, nr 33, s. 538–540; Wykaz opłat za czynności lekarskie na terenie Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, „Nowogródzki Dziennik Wojewódzki”, 1932, nr 23, s. 203–205.

W okresie międzywojennym, w wchodzącej w skład II Rzeczypospolitej Polskiej Zachodniej Białorusi, miała miejsce, podobnie jak w innych regionach państwa, wielosektorowość lecznictwa: państwowe (w tym wojskowe), samorządowe, ubezpieczeniowe, prywatne. W dziedzinie ochrony zdrowia dzisiejszej Zachodniej Białorusi w tym okresie można zaobserwować specyficzne cechy,

⁵⁷ Jw.

⁵⁸ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, nr 821, k. 1–37.

które odróżniały ją zarówno od Wschodniej Białorusi, wchodzącej w skład Związku Radzieckiego, jak również centralnych i zachodnich województw Polski. W porównaniu ze Wschodnią Białorusią brakowało tutaj (lub dopiero były w trakcie tworzenia) służb sanitarnych, dyspanserii przeciwgruźliczej, przeciwwenerycznej i pediatrycznej; ale funkcjonowały: samorząd lekarski, pomoc ambulatoryjna z elementami dyspanseryzacji i opieki opierającej się na ośrodkach zdrowia, etaty lekarzy rodzinnych w lecznictwie ubezpieczeniowym, czego brakowało we Wschodniej Białorusi. Z drugiej strony w dzisiejszej Zachodniej Białorusi zachowały się tradycje medycyny ziemskiej, pomoc medyczną ludności wiejskiej nieśli dalej felczerzy, co nie było charakterystyczne dla centralnych i zachodnich województw Polski. Liczbę lekarzy, liczbę nowych łóżek szpitalnych i aptek notowano tutaj jako najniższe w Polsce. Zmiany i wydarzenia polityczno-wojenne po 1939 r. uwarunkowały formowanie się innego systemu sanitarno-medycznego.

Eugeniusz M. Tiszczenko

Health care in today's Western Belarus in the inter-war period (1921-1939)

Summary

During the inter-war period, today's Western Belarus, which under the Treaty of Riga constituted part of the Second Polish Republic, stood out for its higher morbidity in various disease categories than other regions of the country. Heightened threats of epidemics prevailed in that area, and typhoid fever, trachoma, tuberculosis and venereal disease were serious health problems. Specific features of the health care of today's Western Belarus could be observed that set it apart from both that of Eastern Belarus forming a part of the Soviet Union as well as from the central and western provinces of Poland. Compared with Eastern Belarus, there was a lack of health services, including anti-tuberculosis, anti-venereal and paediatric dispensaries, or they were in the process of being created. But physicians' self-government bodies functioned, as did out-patient care with dispensary-like elements and health care provided by local health centres. There also existed the institution of full-time family doctors within the insured health-care system – something lacking in Eastern Belarus. As in other voivodships (provinces) of the Second Republic, there existed multi-sector health care: state, local, insurance-based and private. The Western Belarus

had Poland's smallest number of physicians, new hospital beds and pharmacies. On the other hand, today's Western Belarus stands out by virtue of maintaining field-medicine traditions. To this day, assistant medical officers provide health care to the rural population – an arrangement not typical of the central and western provinces of pre-war Poland.

Eugeniusz M. Tiszczenko

Gesundheitsvorsorge auf dem Gebiet heutigen westlichen Weißrusslands in den Jahren 1921–1939

Zusammenfassung

In den Jahren 1921 -1939 gab es auf dem Gebiet des heutigen westlichen Weißrusslands, das damals kraft des Riga – Traktats zu der Zweiten Republik Polen gehört hatte, eine sehr hohe Infektionsanfälligkeit und, demzufolge, eine genauso hohe Infektionsgefahr, insbesondere durch Typhus, Trachom, Tuberkulose und venerische Krankheiten. Bei der Gesundheitsvorsorge auf dem Gebiet des heutigen westlichen Weißrusslands gab es spezifische Eigenschaften, durch die sich diese Region von den anderen Woiwodschaften des Mittel- und Westpolens, sowie von dem östlichen Teil des Weißrusslands (das der Sowjetunion angehörte) unterscheidet hatte.

Im Vergleich mit dem östlichen Weißrussland fehlten hier (bzw. wurden gerade geschaffen) sanitäts-epidemiologische Einrichtungen, Institutionen zur Erfassung und medizinischer Betreuung der tuberkulosen- und geschlechtskranken, sowie zur Betreuung von kranken Kindern. Es gab aber schon die ärztliche Selbstverwaltung, ambulatorische Hilfe mit Dispensairelementen, sowie medizinische Betreuung sowohl durch Hausärzte, als auch in Gesundheitszentren. Dies alles fehlte im östlichen Weißrussland.

Genauso wie in allen anderen Woiwodschaften damaligen Polens gab es schon verschiedene Formen des Gesundheitswesens: staatliches, privates, Selbstverwaltungs-, sowie Versicherungsgesundheitswesen. Es waren hier jedoch gleichzeitig niedrigste Kennzahlen in Polen zu verzeichnen, was Ärzteanzahl, Anzahl der Klinikbetten und Apotheken betraf. Andererseits wurden auf dem Gebiet des heutigen westlichen Weißrusslands Traditionen der Volksmedizin (Naturheilkunde und Feldscherhilfe – besonders auf dem Lande) beibehalten, was für die Woiwodschaften des Mittel- und Westpolens eher untypisch war.