

Paweł Grata

Na drodze do publicznej służby zdrowia. Meandry polityki zdrowotnej Drugiej Rzeczypospolitej

Polityka i Społeczeństwo nr 3 (14), 129-143

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Paweł Grata*

**NA DRODZE DO PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA.
MEANDRY POLITYKI ZDROWOTNEJ
DRUGIEJ RZECZYPOSPOLITEJ**

**THE ROAD TO PUBLIC HEALTH:
HEALTH POLICY DIFFICULTIES IN THE SECOND
REPUBLIC OF POLAND**

Abstract

In the Second Republic of Poland health protection was insufficiently developed. There were very few doctors, nurses and hospitals. Only people who were insured or the wealthy had access to medical treatment. The majority of citizens, especially rural residents, could not use health care. The health policy of the state was passive for many years. Changes appeared only in the mid-thirties. The aim of health policy was a public health service for all citizens. The authorities declared their support for this idea on a number of occasions and the parliament accepted the law of public health in June 1939. It was the basis for the construction of common access to healthcare in Poland. To achieve this aim, health centres were built and the compulsory medical practice for the doctors was introduced in villages. The beginning of the Second World War prevented the enforcement of this Act. However, the attempt to create a public health service made in the Second Republic of Poland was a proof of progress which has been made in state health policy.

Key words: health care, health policy, public health service, social policy, the Second Republic of Poland

Polityka zdrowotna Drugiej Rzeczypospolitej to interesujący przykład kreowania jednej z ważnych części składowych polityki społecznej w warunkach dwudziestolecia międzywojennego. Realizowana na ściśle określonym etapie rozwojowym polityki społecznej, w konkretnych warunkach epoki nosła ze sobą wiele charakterystycznych cech i zjawisk wartych dostrzeżenia. Trudno rzecz jasna mówić w tym miejscu o traktowaniu ówczesnej polityki zdrowotnej jako w pełni uświadomionej

* Instytut Nauk o Polityce Uniwersytetu Rzeszowskiego, al. mjr. W. Kopisto 2a, 35-959 Rzeszów, e-mail: pgrata@wp.pl

polityki publicznej, jednak część jej elementów bezsprzecznie można temu pojęciu przyporządkować, zaś coraz wyraźniej stawiany z czasem postulat publicznej służby zdrowia już w sposób bezpośredni do idei polityk publicznych można odnosić.

Warto zatem przyrzeć się metodom kreowania i prowadzenia polityki ochrony zdrowia w odbudowywanym po ponadwiekowej niewoli państwie polskim, jej uwarunkowaniom, kierunkom, widocznej ewolucji oraz wymiernym efektom zawsze stanowiącym najbardziej obiektywną miarę skuteczności określonej polityki władz publicznych. Tak rozumiana analiza koncentrować się winna przede wszystkim na kwestiach normatywnych, dążeniach programowych, strukturach organizacyjnych, podstawach finansowych oraz praktycznym kształtowaniu systemu działań i instytucji, które stać się miały odpowiedzialną za realizację zadań zdrowotnych państwa publiczną służbą zdrowia.

Uwarunkowania organizacyjne i prawne polityki zdrowotnej w Polsce

Przejęcie przez powstające państwo polskie działań w zakresie polityki zdrowotnej poprzedzone zostało wysiłkiem organizacyjnym i koncepcyjnym włożonym w powstanie i działalność struktur zajmujących się problematyką ochrony zdrowia jeszcze w ramach rządów powoływanych przez Radę Regencyjną. Referat, później Dyrekcja Służby Zdrowia Publicznego w Tymczasowej Radzie Stanu, wreszcie wyodrębnione dekretem Rady Regencyjnej z końca października 1918 r. Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej stanowiły kolejne etapy na drodze do powstania samodzielnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego utworzonego na podstawie dekretu Tymczasowego Naczelnika Państwa z 13 grudnia 1918 r. Nie istniało ono jednak długo, gdyż już w 1924 r. stało się ofiarą oszczędnościowych działań premiera Władysława Grabskiego, a zakusy na likwidację resortu pojawiły się w Sejmie Ustawodawczym jeszcze w roku 1920 (DzP 1918: 14/41; Janiszewski 1918: 25–26; Polak 1926: 427).

Wraz ze zniesieniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego większość jego zadań przejęło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, w ramach którego problematyką lecznictwa i szeroko rozumianych spraw sanitarnych zajmował się przez kolejne lata Departament Służby Zdrowia. Ta widoczna degradacja spraw ochrony zdrowia w strukturze administracji państwa spotkała się nie tylko z negatywnym przyjęciem ze strony środowiska lekarskiego, ale przyniesić miała też „wrażenie, że czynniki miarodajne nie przywiązują wagi do spraw zdrowia publicznego, co

musiało się niekorzystnie odbić na pracy około podniesienia stanu sanitarnego kraju”. Podnoszony konsekwentnie w kolejnych latach postulat przywrócenia resortu zdrowia i związanej z tym gwarancji należytego uwzględnienia spraw zdrowia w pracy administracji państwowej częściowej realizacji doczekał się w roku 1932, gdy zagadnienia te zostały przeniesione do Ministerstwa Opieki Społecznej. Dzięki temu nastąpiło nie tylko od lat oczekiwane połączenie często przenikających się kwestii ochrony zdrowia i opieki społecznej, ale i wydatne zwiększenie znaczenia problematyki zdrowotnej w polityce społecznej państwa. Departament służby zdrowia stał się jednym z ważniejszych działów ministerstwa, na poziomie województw sprawami ochrony zdrowia zajmowały się wydziały wojewódzkie, zaś w powiatach lekarze powiatowi (DzU 1924: 9/86; 1932: 52/493; J-ki 1926: 14; *Koleje...* 1928: 200–201).

Co istotne, w ten sposób w jednym resorcie skupione zostały najważniejsze elementy systemu ochrony zdrowia funkcjonującego w państwie. Tradycyjnie bowiem ministerstwo odpowiadało również za działalność ubezpieczeń społecznych, których niezwykle ważnym elementem było leczenie prowadzone w ramach ubezpieczenia chorobowego. Warto w tym miejscu jednak zaznaczyć, w kontekście analizy polityki zdrowotnej państwa, że bardzo wyraźnie traktowano w prawie całym okresie dwudziestolecia międzywojennego rozgraniczenie między organizowaną bezpośrednio przez państwo i samorządy tak zwaną publiczną służbą zdrowia, a usługami zdrowotnymi świadczonymi z tytułu ubezpieczenia chorobowego. W związku z tym do kategorii publicznej służby zdrowia nie zaliczano z reguły nie tylko praktyki prywatnej, ale również leczenia organizowanego w ramach ubezpieczeń społecznych. Najlepszym tego potwierdzeniem był fakt, że w okolicznościowym i podsumowującym dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce wydawnictwie Ministerstwa Opieki Społecznej z 1939 r. problematyce leczenia ubezpieczeniowego poświęcono zaledwie kilka wzmianek. Można nawet stwierdzić bez zbytej przesady, że ten dział ochrony zdrowia „oficjalnie” do publicznej służby zdrowia włączono de facto dopiero tuż przed wybuchem wojny, gdy w ustawie o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r. do podmiotów zobowiązanych do wykonywania zadań z tego zakresu zaliczono również instytucje ubezpieczeń społecznych (*Dwadzieścia...* 1939: passim; DzU 1939: 54/342).

W związku z powyższym jakakolwiek próba analizy polityki zdrowotnej państwa polskiego zawsze będzie w pewien sposób ułomna. Uwzględnienie w niej leczenia ubezpieczeniowego byłoby wprawdzie w pełni uprawnione (kasy chorych, a później ubezpieczalnie społeczne gwarantowały dostęp do ochrony zdrowia kilku milionom obywateli), z drugiej jednak strony węższe przez wiele lat rozumienie pojęcia pu-

blicznej służby zdrowia nakazuje wyłączyć leczenie ubezpieczeniowe z zakresu pojęciowego problemu. Tym bardziej, że funkcjonowanie tego ostatniego było w praktyce niezależne od aktywności państwa odpowiedzialnego wprawdzie za tworzenie ram prawnych ubezpieczenia chorobowego, ale jedynie nadzorującego jego funkcjonowanie. Warto w tym miejscu zaznaczyć jednak, że w całym okresie międzywojennym oparte na ustawie z 19 maja 1920 r. ubezpieczenie chorobowe i związane z nim usługi zdrowotne (zapewniane przez kasy chorych, a następnie ubezpieczalnie społeczne) w sposób bezwzględny dominowały w systemie ochrony zdrowia i w zdecydowanie najszerszym stopniu zapewniały dostęp obywateli do świadczeń zdrowotnych. Stanowiły też równocześnie niezwykle istotny punkt odniesienia dla zwolenników budowy w Polsce publicznej służby zdrowia rozumianej jako dążenie władz państwowych i samorządowych do zapewnienia społeczeństwu powszechnej opieki zdrowotnej (DzU 1920: 44/272; Grata 2013: 159).

Miejsce publicznej służby zdrowia w strukturach administracji przez wiele lat było wyraźnie zmarginalizowane, pozornie nieco lepiej było w kontekście konstruowania organizujących politykę zdrowotną państwa regulacji prawnych. Trudna sytuacja sanitarna ziem polskich wymusiła szybkie działania w tym względzie, nie tylko wprowadzające własne regulacje, ale i unifikujące, przynajmniej w zamierzeniu, istniejący stan prawny. Już w pierwszych miesiącach niepodległości światło dzienne ujrzały dekrety Naczelnika Państwa w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz tzw. zasadnicza ustawa sanitarna (odpowiednio 7 i 8 lutego 1919 r.), a oba tymczasowe z założenia akty prawne potwierdzone zostały bardzo szybko, jak na ówczesne standardy, przyjęciem przez Sejm w lipcu tego roku odpowiednich rozwiązań ustawowych (DzP 1919: 44/272; DzU 1919: 63/371; 67/402).

Z punktu widzenia organizacji przyszłej publicznej służby zdrowia szczególnie istotna miała być regulująca obowiązki państwa i samorządów w tej mierze zasadnicza ustawa sanitarna z 19 lipca 1919 r. Nadzór zwierzchni nad wszystkimi sprawami zdrowotnymi w państwie oddawała ona w ręce Ministerstwa Zdrowia Publicznego, natomiast „piecza nad zdrowiem ludności i bezpośrednio wykonawstwo” stawały się obowiązkiem ciał samorządowych. Miały one utrzymywać niezbędne urządzenia sanitarno-techniczne, zakładać i utrzymywać szpitale, przychodnie, przytułki, domy izolacyjne, kąpieliska, utrzymywać lekarzy sanitarnych, akuszerki gminne, pielęgniarki i inny niezbędny personel. Jak się okazało, tak określony podział kompetencji miał bez zmian obowiązywać przez kolejne dwie dekady, jednak ramowy charakter ustawy oraz brak szczegółowych przepisów wykonawczych oznaczały nie tylko dużą swobodę interpretacyjną w realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia

przez samorządy, ale i nieobjęcie przepisami całego obszaru państwa (w b. zaborze pruskim wciąż obowiązywały regulacje niemieckie) (*Dwa-dzieścia...* 1939: 27; DzU 1919: 63/371; Hilarowicz 1926: *passim*).

Podobnie stało się w przypadku równie fundamentalnego z punktu widzenia budowy publicznej służby zdrowia rozporządzenia Prezydenta z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych. Część jego przepisów do końca okresu międzywojennego nie weszła w życie na obszarze byłej Galicji, z drugiej zaś strony mimo nałożenia na poszczególne szczeble samorządu konkretnych zobowiązań w zakresie zakładania i prowadzenia szpitali i oddziałów szpitalnych brak było w dokumencie, podobnie jak wcześniej w zasadniczej ustawie sanitarnej, środków gwarantujących skuteczną realizację tych przepisów. W przypadku obowiązku zakładania przychodni sposób jego wykonania określić miały natomiast dopiero zapowiadane ustawy szczegółowe. Nie znalazła w ten sposób realizacji rezolucja Senatu z 12 marca 1927 r. wzywająca rząd do ustawowego ustanowienia pewnego minimum obowiązku samorządów w zakresie utrzymania szpitali. Na widoczny brak możliwości wyegzekwowania istniejących przepisów w zakresie praktycznej organizacji systemu publicznej służby zdrowia jeszcze w końcu lat trzydziestych uwagę zwracali również autorzy uzasadnienia do przygotowanego jesienią 1938 r. projektu ustawy o publicznej służbie zdrowia (DzU 1928: 29/195; Sejm V, druk 25: 3; Senat I, druk 28, Załącznik 3: 2; Sprawozd. stenogr. ..., 12 III 1927, łam 19).

Ewolucja polityki zdrowotnej państwa

Od pierwszych miesięcy niepodległości kierunki polityki zdrowotnej państwa wyznaczały zarówno najważniejsze stojące przed nią wyzwania, jak i obowiązujący stan prawny. Początkowo szczególnie istotne były te pierwsze, gdyż zagrożenia epidemiologiczne i konieczność ich zwalczania długo determinowały poczynania Ministerstwa Zdrowia Publicznego, a sam resort w powszechnej opinii nazywany był „urzędem do walki z epidemiami” (dopiero w II połowie 1920 r. zagadnieniem tym zajął się powołany wtedy do życia urząd Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do Walki z Epidemiami). Z drugiej strony jeszcze w marcu 1919 r. w swym pierwszym wystąpieniu w Sejmie Ustawodawczym minister zdrowia Tomasz Janiszewski przypominał wynikające z zasadniczej ustawy sanitarnej zadania resortu polegające przede wszystkim na nadzorze i ewentualnym tylko wsparciu dla nieradzących sobie z zadaniami w tym względzie związków samorządowych. Jak mówił, „celem tej ustawy jest popieranie rozwoju życia samorządowego, z drugiej strony

umożliwienie czynnego włączania rządu tam, gdzie ciała samorządowe obowiązków swoich nie spełniają”. I wydaje się, że mimo zachodzących w kolejnych latach zmian organizacyjnych, tak sformułowane „cele” polityki zdrowotnej państwa były konsekwentnie realizowane (Gładysz 2001: 19–20; Sprawozd. stenogr. ... 14 III 1919, łam 727–728).

Ministerstwo Zdrowia, a później Ministerstwo Spraw Wewnętrznych bezpośrednio angażowały się zatem przede wszystkim w przeciwdziałanie chorobom epidemicznym, czego potwierdzeniem było utrzymywanie przez państwo na najbardziej zagrożonych terenach do końca okresu międzywojennego szpitali zakaźnych. W oparciu o środki budżetowe funkcjonowało również kilka szpitali psychiatrycznych, które zagwarantowały namiastkę chociaż opieki nad umysłowo chorymi w tych częściach państwa, gdzie ewidentnie brakowało tego typu miejsc w szpitalach. Łącznie z budżetu w II połowie lat trzydziestych utrzymywanych było 15 szpitali (Grata 2013: 261–262).

Związki samorządowe swoje zadania wynikające z zasadniczej ustawy sanitarnej realizowały w sposób niezadowalający. O ile bowiem prowadziły nieco ponad 300 szpitali (około połowy ogółu tego typu placówek w kraju), to abstrahując już nawet w tym miejscu od faktu, że liczba szpitali i oferowanych przez nie miejsc była rażąco niska, znacznie gorzej przedstawiały się odpowiednie wielkości obrazujące ofertę tzw. publicznej służby zdrowia w lecznictwie otwartym. W połowie lat dwudziestych liczba przychodni nastawionych na walkę z chorobami społecznymi była śladowa i mieściła się z reguły w skali kraju w granicach maksymalnie kilkudziesięciu placówek (w 1925 r. było w Polsce 65 przychodni przeciwgruźliczych, 11 przeciwjagliczych oraz 16 przeciwwenerycznych), co z góry przekreślało możliwość skutecznej walki z tymi schorzeniami (z danych ubezpieczalni społecznych wynikało, że chorobami wenerycznymi mogło być dotkniętych w tym czasie nawet blisko 4% populacji). Nieco tylko lepiej przedstawiały się perspektywy rozwoju przychodni dla matek i dzieci, chociaż liczba 105 placówek również była bardzo niska w stosunku do potrzeb (*Dwadzieścia...* 1939: 57–69; *Rocznik...* 1927: 477).

W kontekście zaznaczonej wyżej odrębności lecznictwa ubezpieczeniowego, do połowy lat dwudziestych trudno było w takiej sytuacji mówić o początku nawet publicznej służby zdrowia w Polsce, a dostęp do ochrony zdrowotnej dla większości nieubezpieczonych obywateli państwa możliwy był jedynie w ramach praktyki prywatnej. Zapowiedź swego rodzaju przełomu przyszła właśnie w połowie dekady, gdy z inicjatywy Fundacji Rockefellera powstały pierwsze w Polsce ośrodki zdrowia, które w zamierzeniu stać się miały placówkami zapewniającymi w swych przychodniach opiekę nad matką i dzieckiem oraz profilak-

tykę chorób zakaźnych i społecznych. Do końca lat dwudziestych liczba ośrodków i działających w nich przychodni (powstawały zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich) systematycznie się zwiększała, dochodząc do poziomu 180 placówek w roku 1930. Na przełomie dekad niewielkiego wsparcia na tworzenie ośrodków udzielać zaczęły władze centralne, a proces tworzenia sieci ośrodków nie został zahamowany nawet w okresie wielkiego kryzysu. W roku 1935 było ich w skali kraju 350, liczba czynnych w nich przychodni przeciwgruźliczych czy przeciwjagliczych zbliżała się już wtedy do 300 (MRS 1936: 211; Rocznik... 1930: 474; Tubiasz 1928: 5–6).

Połowa lat trzydziestych przyniosła jednak przede wszystkim ożywienie debaty na temat upowszechnienia opieki zdrowotnej w kraju. Coraz bardziej dostrzegalna dyskryminacja dominujących skądinąd w strukturze ludności mieszkańców wsi oraz wciąż nikły w skali całej populacji dostęp do ochrony zdrowia wreszcie znalazły przełożenie na dążność do próby systemowego rozwiązania problemu. Szczególnie istotne z tego punktu widzenia stało się „dostrzeżenie” faktu, że ubezpieczenia społeczne oraz praktyka prywatna zapewniały ochronę zdrowotną jedynie niewielkiej części obywateli, a „ludność gmin wiejskich i małych miasteczek, nie zatrudniona w urzędach, przemyśle, handlu, komunikacji i przedsiębiorstwach państwowych, pomocy tej nie posiada lub posiada w stopniu niedostatecznym”. O skali problemu najlepiej świadczył fakt, że w połowie lat trzydziestych stosunkowo bezwarunkowy dostęp do opieki zdrowotnej miało zdaniem ówczesnego dyrektora Zakładu Ubezpieczeń Społecznych około 7,5 mln mieszkańców kraju, podczas gdy pozostałe 26 mln obywateli, czyli ponad 3/4 ogółu, z tego dobrodziejstwa korzystać nie mogło (Bujalski 1935: 7; Jastrzębowski 1994: 158–166; Lgocki 1937: 22–24).

Zdecydowanie najgorzej było pod tym względem na terenach wiejskich, gdzie liczba lekarzy była wręcz symboliczna, a na jednego medyka przypadało ponad piętnastokrotnie więcej osób niż w miastach. W związku z tym za podstawowe wyzwanie uznano upowszechnienie ochrony zdrowia na wsi. Zagadnienie to stało się nie tylko przedmiotem kolejnych publikacji, ale i zorganizowanej w 1937 r. przez Instytut Spraw Społecznych specjalnej konferencji. Problem podjęły również władze Ministerstwa Opieki Społecznej, które coraz bardziej propagowały rozwój ośrodków zdrowia stanowiących potencjalne remedium na głęboki deficyt w tym względzie na terenach wiejskich. Minister Marian Zyndram-Kościałkowski, przypominając w lutym 1937 r. w Sejmie, że polityka społeczna Polski, podobnie jak innych państw, zapomniała wcześniej o masach wiejskich, deklarował, że „za jedno z naczelnym zadań postawiłem sobie nieustawanie w rozbudowie ośrodków zdrowia,

przychodni lekarskich walczących z chorobami społecznymi, ruchomych kolumn zdrowia, stacji opieki nad matką i dzieckiem”. Również w sprawozdaniu z działalności Departamentu Służby Zdrowia za rok 1938/39 pisano, że wzrost liczby ośrodków zdrowia w mniejszych miejscowościach był „wynikiem celowej polityki Ministerstwa, zmierzającego do udostępnienia pomocy lekarskiej przede wszystkim ludności wiejskiej”. Wreszcie Rada Naczelna pilsudczykowskiego Obozu Zjednoczenia Narodowego w swoich tezach dotyczących zdrowia publicznego wyraźnie zaakcentowała, że „w organizacji służby zdrowia należy uwzględnić przede wszystkim: planową, szybką i systematyczną rozbudowę sieci zakładów leczniczych i ośrodków zdrowia” (Grata 2013: 268–269; MOS 12: 29–30; Sprawozd. stenogr. ..., 13 II 1937, łam 22; Sprawozd. stenogr. ..., 22 III 1939, łam 11).

Potwierdzeniem zwrotu, jaki się dokonał w polityce zdrowotnej państwa, stały się również przepisy przyjętej 30 lipca 1938 r. ustawy o zmianie rozporządzenia Prezydenta o wykonywaniu praktyki lekarskiej. U podłoża nowelizacji leżało właśnie dążenie do zapewnienia dopływu personelu lekarskiego na wieś oraz do mniejszych ośrodków miejskich. Zgodnie z ustawą prawo stałego wykonywania praktyki lekarskiej przysługiwać miało jedynie tym posiadaczom dyplomu, którzy przez dwa lata zamieszkiwali i wykonywali praktykę lekarską w gminach wiejskich lub miastach liczących poniżej 5 tys. mieszkańców (przepis nie dotyczył lekarzy zapisanych na listę członków izby lekarskiej przed 1 kwietnia 1939 r.). Co znamienne, z punktu widzenia analizy ówczesnych priorytetów polskiej polityki społecznej, uchwalona przez parlament wersja ustawy była znacznie bardziej liberalna od przyjętego wcześniej i skierowanego przez rząd projektu zakładającego zamknięcie możliwości podejmowania praktyki lekarskiej w miejscowościach, w których pomoc lekarska była już wystarczająco zapewniona. Zamknięcie listy miało nie obowiązywać lekarzy, którzy po 1 lipca 1938 r. odbyliby trzyletnią praktykę w gminach wiejskich bądź w miejscowościach określonych w spisie ustalonym przez ministra opieki społecznej. Przeciw tak radykalnym regulacjom wypowiedziała się sejmowa Komisja Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej, która uwzględniając postulaty środowiska lekarskiego, skróciła czas obowiązkowej praktyki na wsi do lat dwóch i usunęła z projektu prawo do zamykania przez ministra listy członków izby lekarskiej w określonych okręgach czy miejscowościach (DzU 1938: 57/449; Sejm IV, druk 838: 1–2; druk 864: 1).

Wraz z projektem ustawy Sejm przyjął również zaproponowane przez komisję rezolucje, które także rzucają pewne światło na ówczesne stanowisko władz w przedmiocie rozbudowy publicznej służby zdrowia. Jak deklarował referent projektu poseł ks. Józef Lubelski, miały one na

celu „powiększenie liczby lekarzy, zwłaszcza pochodzących ze stanu włościańskiego, przez stypendia, lepsze przygotowanie do wykonywania zawodu lekarskiego i lepsze warunki leczenia dla biednej ludności, zwłaszcza po wsiach i miasteczkach”. Same rezolucje wzywały rząd do ufundowania 200 stypendiów dla studentów medycyny pochodzących ze wsi, powiększenia o 20% liczby miejsc na wydziałach medycznych i utworzenia nowego wydziału medycznego, zreformowania studiów lekarskich w kierunku bardziej uwzględniającym potrzeby wsi, powiększenia liczby szpitali i udostępnienia ich ubogiej ludności wiejskiej przez obniżenie opłat szpitalnych oraz jak najliczniejszego tworzenia ośrodków zdrowia (Sejm IV, druk 864: 4; Sprawozd. stenogr. ..., 6 VII 1938, łam 109, 119).

Ustawa o publicznej służbie zdrowia

Regulacja z 30 lipca 1938 roku oraz przyjęte wraz z nią rezolucje uznać można za potwierdzenie trwałości dokonującego się w tym czasie zwrotu w polityce zdrowotnej państwa. Jego szczytowym osiągnięciem stała się bezsprzecznie zaakceptowana przez parlament 15 czerwca 1939 r. ustawa o publicznej służbie zdrowia. Była ona, zdaniem wiceministra opieki społecznej Eugeniusza Piestrzyńskiego, „jednym z zasadniczych ogniwi wykonywanego przez publiczną służbę zdrowia od wielu lat planu podniesienia zdrowotności w Polsce”. Plan ten polegał m.in. na „częściowym przesunięciu ciężaru z lecznictwa na zapobieganie chorobom, dalej na udzielaniu bezpłatnej porady, a nawet i leków wszystkim chorym na choroby społeczne jak: gruźlica, jaglica, choroby weneryczne, alkoholizm, itd., a wreszcie myślą przewodnią i zasadniczą jest takie rozmieszczenie lekarzy w terenie i danie im warsztatów pracy, aby w najdalszych zakątkach Polski ludność miasteczek i wsi miała możliwość dotarcia do lekarza. Wymienione zagadnienia mogą być zrealizowane wyłącznie przy pomocy ośrodków zdrowia”. Tak sformułowane credo ówczesnej polityki zdrowotnej oznaczało również, że wbrew postulatowi części środowiska lekarskiego władze resortu wyraźnie stawiały na rozwój ośrodków zdrowia nawet kosztem utrzymania istniejącego deficytu szpitali i łóżek szpitalnych w kraju (Sprawozd. stenogr. ..., 22 III 1939, łam 10–11).

Ustawa z 15 czerwca 1939 r. miała być środkiem bezpośrednio prowadzącym do stworzenia systemu publicznej służby zdrowia, jednak jej zasadniczą wadą stało się to, że została przyjęta dopiero po ponad dwudziestu latach niepodległości i, jak się miało okazać, wskutek agresji niemieckiej nie weszła nigdy w życie. Warto jednak przyjrzeć się tej regulacji, gdyż mimo pewnego oporu ze strony środowiska lekarskiego, stanowiła ona ważne potwierdzenie szeroko artykułowanego w II poło-

wie lat trzydziestych dążenia do budowy obejmującej ogół obywateli państwa publicznej służby zdrowia. Szczególnie zwracał uwagę zapisany w ustawie szeroki zakres jej oddziaływania. Miała ona bowiem obejmować sprawy „zwalczania chorób i zapobiegania im, zakładów leczniczych i leczniczo-zapobiegawczych, uzdrowisk, cmentarzy, opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i dzieckiem, zwłaszcza w szkołach powszechnych i kształcących, higieny szkolnej, wychowania fizycznego, opieki nad koloniami i półkoloniami, zaopatrywania ludności w wodę i usuwania nieczystości, dozoru sanitarnego nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, higieny bytowania i pracy, kąpielisk, higieny środków lokomocji, nadzoru sanitarnego nad wyrobem i obrotem środków leczniczych i zapobiegawczych, aptek i drogerii, nadzoru nad zawodami czynnymi w zakresie służby zdrowia” (DzU 1939: 54/342).

Ten rozbudowany katalog zadań spocząć miał przede wszystkim na samorządach, w tym gminnych, które zostały zobowiązane do utrzymywania odpowiedniej liczby lekarzy i innego niezbędnego personelu medycznego, z lekarzem gminnym włącznie (w przypadku niedostatku środków finansowych władze powiatowe miały mieć prawo powoływania tzw. lekarzy okręgowych dla 2–3 gmin). Podstawową jednostką zapewniającą ludności opiekę zdrowotną oraz sprawującą pieczę nad warunkami higienicznymi jej bytowania stać się miały ośrodki zdrowia, które tworzyć i utrzymywać miały również związki samorządu terytorialnego (powiatowe, miasta i gminy wiejskie). Ośrodki miały zagwarantować dostęp do opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i niemowlętami, dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym, zwalczanie chorób zakaźnych i społecznych, pieczę nad higieną otoczenia, udzielanie pomocy leczniczej w nagłych wypadkach oraz udzielanie pomocy leczniczej i położniczej ubogim (w razie braku możliwości finansowych zorganizowania ośrodka zdrowia przez gminę związek powiatowy mógł powołać ośrodek okręgowy obejmujący 2–3 gminy). Co istotne, do ponoszenia kosztów utrzymywania i prowadzenia ośrodków zdrowia przyczyniać się miały również instytucje ubezpieczeń społecznych, wciągnięte w ten sposób do systemu publicznej służby zdrowia (osoby ubezpieczone uzyskały prawo korzystania ze świadczeń ośrodków zdrowia na mocy specjalnych umów). Ustawa wchodziła w życie z dniem 1 lipca 1939 r., jednak niosące za sobą konieczność ponoszenia przez samorządy poważnych nieraz nakładów finansowych przepisy dotyczące powoływania lekarzy gminnych (okręgowych) oraz obowiązkowego zakładania ośrodków zdrowia wejść w życie miały 1 kwietnia 1940 r., czyli wraz z początkiem kolejnego roku budżetowego (DzU 1939: 54/342; Sejm V, druk 25: 3–4).

W ten sposób u schyłku Drugiej Rzeczypospolitej udało się przyjąć fundamentalny akt prawny, który dawał nadzieję na stworzenie systemu publicznej służby zdrowia. Ustawa była także wyrazem nowego pojmowania problemów ochrony zdrowia, które jak pisał wiceminister Piestrzyński w kwietniu 1939 r., „przystało być wartością pojedynczego człowieka, czy jego najbliższych, a stało się dobrem całego społeczeństwa”. Co więcej, „realizacja postulatu powszechności leczenia jest konieczną, skuteczną bowiem, bez wątpienia, działalność ubezpieczeń społecznych, nie może już wystarczyć” (Piestrzyński 1939: 5–6).

Realia publicznej służby zdrowia w Drugiej Rzeczypospolitej

Mimo tak wyraźnego zwrotu w kierunku budowy systemu publicznej służby zdrowia dokonującego się w II połowie lat trzydziestych ocena realnych efektów prowadzonej w okresie dwudziestolecia międzywojennego polityki zdrowotnej nie może być pozytywna. Przez większość omawianego okresu była to bowiem polityka pasywna, nienastawiona na znaczące poszerzenie dostępności świadczeń zdrowotnych dla ogółu obywateli, czego skutkiem pozostawał wyraźnie stagnacyjny obraz przemian dokonujących się w ramach podstawowych wskaźników obrazujących sytuację w tej dziedzinie życia publicznego. Począwszy od zjawisk wynikających z uwarunkowań strukturalnych po te w większym stopniu zależne od aktywności władz, trudno było dostrzegać widoczny postęp w budowie tego, co tak chętnie w końcu lat trzydziestych nazywano publiczną służbą zdrowia.

Wspomniany wyżej i wynikający ze struktury społeczno-zawodowej ludności niewielki zasięg ubezpieczeń zdrowotnych z założenia wykluczał, jak już zaznaczono, zdecydowaną większość obywateli z możliwości korzystania z tej najbardziej upowszechnionej formy leczenia. Drugim zasadniczym ograniczeniem strukturalnym był nieprzystający do potrzeb i jeden z niższych w ówczesnej Europie stan posiadania pod względem zarówno personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki, położne), jak i infrastruktury ochrony zdrowia (szpitale, łóżka szpitalne, przychodnie), pogłębiający jeszcze istniejący niedostatek w zakresie dostępu do ochrony zdrowia. Dość stwierdzić w tym miejscu, że według danych Departamentu Zdrowia MOS w roku 1938 było do obsadzenia ponad 250 placówek, w których lekarze mieli zapewnione warunki utrzymania i pracy (MRS 1939: 295–296; Sprawozd. stenogr. ..., 6 VII 1938, łam 109).

Do tych, można by stwierdzić, zmiennych niezależnych, dochodziły czynniki bezpośrednio już związane z prowadzoną przez państwo polityką zdrowotną. Jej de facto zawężenie do spraw związanych z zagrożen-

niami epidemicznymi i leczeniem chorych psychicznie oraz scedowanie na samorządy większości zadań w tej materii skutkowało bowiem niezmiennie niskim poziomem nakładów budżetowych na ochronę zdrowia. W okresie istnienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego, a później w ramach Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na zdrowie kierowano z budżetu państwa zaledwie około 0,5% wszystkich wydatków. Niewiele się zmieniło pod tym względem po przejściu spraw zdrowia przez Ministerstwo Opieki Społecznej, które na zadania związane ze zdrowiem wydawało wprawdzie kilkanaście milionów złotych rocznie, jednak na dział „służba zdrowia” przeznaczano zaledwie 4–5 mln zł, podczas gdy na samą pomoc leczniczą dla funkcjonariuszy państwowych szło corocznie średnio 7–8 mln zł. Co istotne, poziom wydatków budżetowych na publiczną służbę zdrowia nie zmienił się nawet w II połowie lat trzydziestych, mimo wyraźnie deklarowanego poparcia dla jej rozwoju – na tak preferowane ośrodki zdrowia resort opieki społecznej wydawał w tym okresie zaledwie 200 tys. zł rocznie (Grata 2013: 77–89).

Znacznie więcej na ochronę zdrowia przeznaczały samorządy, ale i w tym przypadku trudno było mówić o kształtowaniu się korzystnych tendencji. O ile bowiem jeszcze w latach dwudziestych władze lokalne przeznaczały na ten cel średnio 13–14% środków budżetowych, to w dekadzie kolejnej nastąpił widoczny regres i wydatki na zdrowie obejmowały już tylko 9–10% budżetów samorządów. W obliczu tak kształtujących się nakładów na zdrowie publiczne nie mógł dziwić wciąż niezadowalający stan posiadania w tym względzie. Widoczny rozwój sieci ośrodków zdrowia mógł wprawdzie budzić zadowolenie, gdyż w końcu roku 1938 placówek takich było w kraju już blisko 650, jednak warto w tym miejscu zaznaczyć, że celem strategicznym było powstanie 1,5 tys. takich placówek (jeden ośrodek na 2–3 gminy). Wskutek tego i zasięg opieki sprawowanej przez ośrodki zdrowia był wciąż ograniczony i mimo szybkiego postępu w tym względzie z ich porad korzystało w 1937 r. wciąż tylko niespełna 1,5 mln osób (Grata 2013: 96–98, 275–277)¹.

W tak kształtujących się warunkach wymierne efekty realizacji polityki zdrowotnej również nie mogły być satysfakcjonujące. W ciągu dwudziestu lat niepodległości nie udało się bowiem zredukować niezmiennie wysokiego wskaźnika umieralności niemowląt (szacowanego przez specjalistów nawet na poziomie przekraczającym 20%), na wysokim poziomie utrzymywała się również zapadalność na choroby zakaźne oraz społeczne, a na samą tylko gruźlicę rocznie umierało w kraju około 60 tys. osób. Co więcej, wraz z postęпами w tworzeniu ośrodków zdro-

¹ W latach dwudziestych samorządy wydawały na zdrowie nawet dziesięciokrotnie więcej niż budżet państwa, w dekadzie następną było to już tylko pięciokrotnie więcej.

wia i działających w ich ramach przychodni ujawniano coraz więcej przypadków niediagnozowanych wcześniej z reguły zachorowań. Najlepszym tego potwierdzeniem była liczba chorych wenerycznie. W latach dwudziestych przy niewielkiej liczbie przychodni przypadków takich odnotowywano zaledwie kilka tysięcy rocznie, w II połowie dekady następczej, wraz z rozwojem sieci poradni, rejestrowano już natomiast około 90 tys. chorych w ciągu roku (Grata 2013: 287–291).

Za potwierdzenie swego rodzaju bezsilności w tym względzie uznać należy słowa wicemarszałka Senatu i sprawozdawcy Komisji Budżetowej Izby Mikołaja Kwaśniewskiego, który charakteryzując w 1937 r. sytuację sanitarną kraju, wskazywał, że „chwalebne wysiłki Departamentu Służby Zdrowia nie dały pożądanego wyniku, bo dać nie mogły, nie można bowiem żądać od Departamentu Służby Zdrowia cudu, przy tak niskim budżecie. Można jednak żądać, by Departament Służby Zdrowia, jako jedynie kompetentny przedstawił Rządowi bez obłonek nad wyraz groźny stan rzeczy”. Sama zaś Komisja wyrażała przekonanie, że Departament Służby Zdrowia będzie się kierował zasadą wypowiedzianą w trakcie jej obrad przez ministra opieki społecznej, że „tylko na zdrowym obywatelu można budować zdrowy ustrój społeczny i siłę obronną Państwa” (Senat IV, druk 155/14: 3–4).

Wnioski

Zderzenie sformułowanych ostatecznie w końcu lat trzydziestych celów i zamierzeń polityki zdrowotnej z bardzo ogólnym nawet obrazem realiów ochrony zdrowia w dwudziestoleciu międzywojennym wskazuje na przepaść niemal między wyobrażeniami na temat tej polityki a rzeczywistością. W kontekście jej oceny formułowanej jedynie przez pryzmat twardych wskaźników obrazujących funkcjonowanie i zasięg ochrony zdrowia w Drugiej Rzeczypospolitej można by konkludować porażkę, a nawet klęskę prowadzonej przez państwo polityki zdrowotnej. Również fakt tak późnego zainteresowania czynników rządowych podniesieniem poziomu ochrony zdrowotnej obywateli stanowił dobitne świadectwo marginalnego przez wiele lat jej miejsca w polityce państwa.

Z drugiej strony warto jednak zauważyć widoczny postęp, jaki dokonał się w ciągu dwudziestu lat niepodległości zarówno w warstwie koncepcyjnej i prawnej, jak i praktycznej. Pozytywne tendencje były jednak zbyt słabe i skrajnie niedofinansowane, by skutecznie wpłynąć na obraz całości ochrony zdrowia w państwie. Tak popierana w II połowie lat trzydziestych idea publicznej służby zdrowia wciąż była, mimo postępów w zakładaniu ośrodków zdrowia i ważnych zmian ustawodaw-

czych, jedynie wielkim zamierzeniem, którego realizacja miała zająć wiele kolejnych lat, a choćby próbę jej zainicjowania przerwał wybuch II wojny światowej.

Warto jednak pamiętać, że próba taka została przez polską politykę zdrowotną podjęta, a o skali trudności w budowie publicznej i powszechnej służby zdrowia najlepiej świadczyć może fakt, że jeszcze przez wiele lat po zakończeniu wojny ochrona zdrowotna nadal bezwarunkowo dostępna była tylko zatrudnionym na etatach, podczas gdy rolnicy indywidualni musieli czekać na podobny dostęp do tej sfery zabezpieczenia społecznego aż do roku 1972. Nie wolno zapominać rzecz jasna w tym miejscu o politycznych uwarunkowaniach takiej sytuacji, ale nawet tak krytykujący w pierwszych latach po wojnie swych „sanacyjnych” poprzedników kreatorzy „nowej” polityki zdrowotnej państwa mieli pełną świadomość trudności, jakie budowa rzeczywiście publicznej służby zdrowia nieść ze sobą miała (DzU 1971: 37/345; MZ 6: 4–5).

Nieprzystawanie zaś zamierzeń i oczekiwań do rzeczywistości do dzisiaj stanowi immanentną cechę polskiej polityki zdrowotnej i chociażby z tego powodu nie należy stawiać zbyt poważnych zarzutów jej twórcom działającym w znacznie trudniejszych z wielu względów niż współcześnie społeczno-gospodarczych i politycznych uwarunkowaniach dwudziestolecia międzywojennego.

Bibliografia

- Archiwum Akt Nowych, *Ministerstwo Opieki Społecznej 1918–1939* (MOS), sygn. 12.
Archiwum Akt Nowych, *Ministerstwo Zdrowia w Warszawie 1944–1960* (MZ), sygn. 6.
Bujalski J. 1935, *Powszechna służba zdrowia*, Warszawa.
Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia 1918–1938, 1939, Warszawa.
Dziennik Praw Państwa Polskiego (DzP) 1918, 1919.
Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej (DzU) 1919, 1920, 1923, 1924, 1928, 1932, 1938, 1939, 1971.
Gładysz A., Kos J. 2001, *Założenia organizacyjne zapobiegania, zwalczania i leczenia ostrych chorób zakaźnych na ziemiach polskich w XX wieku [w:] Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, red. J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk, Warszawa.
Grata P. 2013, *Polityka społeczna Drugiej Rzeczypospolitej. Uwarunkowania – instytucje – działania*, Rzeszów.
Hilarowicz Z. 1926, *Zarys polskiego prawa sanitarnego*, Warszawa.
J-ki M. 1926, *Państwowa służba sanitarna*, „Lekarz Polski”, nr 8.
Janiszewski T. 1918, *Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego*, „Biuletyn Ministerstwa Zdrowia Publicznego”, nr 5.
Jastrzębowski Z. 1994, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź.
Koleje Państwowej Służby Zdrowia, 1928, „Lekarz Polski”, nr 9.

- Lgocki J. 1937, *Podstawy prawne i organizacyjne ubezpieczeń społecznych w Polsce*, Warszawa.
- Mały Rocznik Statystyczny (MRS) 1936, 1939.
- Piestrzyński E. 1939, *Przedmowa* [w:] *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia 1918–1938*, Warszawa.
- Polak J. 1926, *Od Redaktora*, „Zdrowie”, nr 8.
- Rocznik Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej 1927, 1930.
- Sejm Okres IV, druk nr 838.
- Sejm Okres IV, druk nr 864.
- Sejm Okres V, druk nr 25.
- Senat Okres I, druk nr 28.
- Senat Okres IV, druk nr 155.
- Sprawozd. stenogr. z 14 pos. Sejmu Ustawodawczego, 14 III 1919, łam 727–728.
- Sprawozd. stenogr. z 123 pos. Sejmu Ustawodawczego, 24 II 1920, łam 29.
- Sprawozd. stenogr. z 39 pos. Sejmu IV, 13 II 1937, łam 22.
- Sprawozd. stenogr. z 85 pos. Sejmu IV, 6 VII 1938, łam 109, 119.
- Sprawozd. stenogr. z 22 pos. Sejmu V, 22 III 1939, łam 10–11.
- Sprawozd. stenogr. z 154 pos. Senatu I, 12 III 1927, łam 19.
- Tubiasz S. 1928, *Zarys ogólny organizacji ośrodków zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej* [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, red. M. Kacprzak, Warszawa.