

Agnieszka Daniluk

- ▶ Uniwersytet w Białymstoku
(University of Białystok, Poland)
- ▶ e-mail: adaniluk@uwb.edu.pl
- ▶ ORCID: 0000-0002-4342-6023

Magdalena Lewonowska

- ▶ Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu
(Non-Public Higher Medical School in Wrocław, Poland)
- ▶ e-mail: magdalenalewonowska@gmail.com
- ▶ ORCID: 0009-0001-7126-341X

DOI: 10.15290/mhi.2025.24.02.25

UWARUNKOWANIA PRAWNO-ORGANIZACYJNE OPIEKI ZDROWOTNEJ W II RZECZPOSPOLITEJ NA POZIOMIE CENTRALNYM

Abstrakt

Niniejszy tekst został poświęcony wybranym zagadnieniom funkcjonowania opieki zdrowotnej w II Rzeczypospolitej na poziomie krajowym. Celem artykułu jest charakterystyka organizacji ochrony zdrowia w okresie międzywojennym. Praca obejmuje okres od 1919 do 1939 roku, a zatem od momentu objęcia przez odrodzone państwo polskie zwierzchności, poprzez pokazanie dynamiki zmian w kolejnych latach funkcjonowania II Rzeczypospolitej, aż do września 1939 roku. Kształtowanie się centralnych organów państwowej ochrony zdrowia oraz sytuacja sanitarno-epidemiologiczna zostaną omówione w odniesieniu do polityczno-społeczno-ekonomicznej sytuacji ziem Polski.

Pytania badawcze, które postawiono w niniejszej publikacji, mają na celu odpowiedź na pytania o to, jak szybko po I wojnie udało się stworzyć podwaliny prawne dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce? Dlaczego zlikwidowano Ministerstwo Zdrowia Publicznego w obliczu tak trudnej sytuacji zdrowotnej i sanitarnej w okresie powojennym? Czy możliwym było objęcie jednym

wspólnym ustawodawstwem sanitarnym całego kraju, dotąd podzielonego różnymi ustawodawstwami zaborców? I wreszcie – czy stworzony system ochrony zdrowia spełniał postawione mu zadania?

W niniejszej pracy wykorzystano materiały wytworzone przez polską administrację ziem północno-wschodnich w okresie międzywojennym, przechowywane w Republice Białorusi: w Państwowym Archiwum Obwodu Grodzieńskiego w Grodnie (Dziaržauny Archiu Hrodzienskaj Wobłasci) i Państwowym Archiwum Obwodu Brzeskiego w Brześciu (Dziaržauny Archiu Breskaj Wobłasci). Kwerendą objęto również Litewskie Centralne Archiwum Państwowe w Wilnie (Lietuvos Centrinis Valstybės Archyvas). W przypadku wszystkich trzech archiwów najwięcej materiału pozyskano z zespołów odnoszących się do urzędów wojewódzkich. W pracy wykorzystano również literaturę o charakterze wspomnieniowym. Były to wspomnienia i pamiętniki lekarzy pracujących w Polsce w okresie międzywojennym. Fundamentem analizy są akty normatywne z okresu międzywojennego.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia w II RP, II RP, regulacje prawne opieki zdrowotnej

LEGAL AND ORGANIZATIONAL CONDITIONS OF HEALTH CARE IN THE SECOND POLISH REPUBLIC AT THE CENTRAL LEVEL

Abstract

This text is devoted to selected issues of the functioning of health care in the Second Polish Republic at the national level. The aim of the article is to characterize the organization of health care in the interwar period. The work covers the period from 1919 to 1939, i.e. from the moment the reborn Polish state took over, by showing the dynamics of changes in the subsequent years of the functioning of the Second Polish Republic, until September 1939. The formation of the central organs of state health care and the sanitary and epidemiological situation will be discussed in relation to the political, socio-economic situation of the Polish lands.

The research questions posed in this publication aim to answer the questions about how quickly after World War I it was possible to create legal foundations for the functioning of the health care system in Poland. Why was the Ministry of Public Health liquidated in the face of such a difficult health and sanitary situation in the post-war period? Was it possible to cover the entire country, previously divided by various laws of the occupying powers, with one common sanitary legislation? And finally, did the created health care system fulfill the tasks assigned to it?

This paper uses materials produced by the Polish administration of the north-eastern territories in the interwar period, stored in the Republic of Belarus: in the State Archive

of the Grodno Region in Grodno (Dzierżauny Archiu Hrodzienskaj Voblastsi) and the State Archive of the Brest Region in Brest (Dzierżauny Archiu Breskaj Voblastsi). The Lithuanian Central State Archive in Vilnius (Lietuvos Centrinis Valstybės Archyvas) was also included in the research. In the case of all three archives, the largest amount of material was obtained from the collections relating to the provincial offices. The paper also uses memoir-type literature. These were memoirs and diaries of doctors working in Poland in the interwar period. The foundation of the analysis is the normative acts from the interwar period.

Keywords: health care in the Second Polish Republic, Second Polish Republic, legal regulations of health care

1. Wstęp

Ochrona zdrowia jest definiowana przez przedstawicieli doktryny bardzo szeroko. Aby jednak opisać to pojęcie syntetycznie i zwięźle, należy rozpocząć od stwierdzenia, że składa się na nią ogół środków i przedsięwzięć, dążących do zapobiegania i leczenia wszelkich chorób. Tak pojmowany termin ochrony zdrowia należy uzupełnić pojęciem systemu opieki zdrowotnej, przez który rozumie się pewną całość, na którą składają się elementy powiązane ze sobą różnorodnymi więzami, które oddziałując na siebie wzajemnie, realizują cel związany z szeroko rozumianą zdrowotnością publiczną¹.

Najistotniejszym wyzwaniem systemu opieki zdrowotnej w Polsce międzywojennej było stworzenie prawa regulującego sprawy sanitarne i medyczne w zakresie leczenia, profilaktyki oraz propagandy zdrowotnej. Dodatkowo należało zadbać o odpowiednią opiekę medyczną pracowników, zbudować spójny system ubezpieczeń społecznych, zorganizować opiekę społeczną i zapewnić rzeszom obywateli dostęp do opieki zdrowotnej². Szybko trzeba było także zająć się zwalczaniem szerzących się na ogromną skalę chorób zakaźnych, które były poważnym zagrożeniem w powojennej rzeczywistości. Ważnym aspektem, na który zwrócono uwagę przy okazji budowania

¹ S. Poździuch, *Rozwój prawa zdrowia publicznego w Polsce z XX wieku*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004, nr 1, t. II, s. 42–43.

² K. Krajewski-Siuda, P. Kociel, *System zdrowotny II Rzeczypospolitej*, „Antidotum” 2006, nr 1, rok XIV, s. 15–16.

systemu opieki zdrowotnej w II Rzeczypospolitej, było włączenie się w prace organizacji międzynarodowych, które zajmowały się ochroną zdrowia³.

2. Początki kształtowania się polskiej administracji sanitarnej po I wojnie światowej

W okresie II Rzeczypospolitej w dziedzinie systemu opieki zdrowotnej kraj stanął wobec nowych wyzwań i należało jak najszybciej wprowadzić ład w zarządzaniu opieką medyczną i społeczną. Powojenna sytuacja okazała się trudna do opanowania z wielu przyczyn. Przede wszystkim Polska znajdowała się w stanie zniszczenia po działaniach wojennych, co szczególnie widoczne było w społeczeństwie, nękanym wieloma chorobami i trudną sytuacją bytową, która nie sprzyjała zdrowotności publicznej. W zaistniałej sytuacji przeszkodą był też katastrofalny stan polskiej gospodarki tuż po odzyskaniu niepodległości. Kolejną barierą, którą należało przezwyciężyć, była różnorodność wcześniejszego ustawodawstwa w różnych częściach kraju, w zależności od zaborcy.

Po 146 latach podjęto próbę ponownego scalenia ziem polskich i zastosowania w nich jednego, wspólnego i spójnego systemu opieki medycznej. Koniecznością było przyjęcie ujednoliconych rozwiązań w całym państwie, które odpowiadały ówczesnym potrzebom ludności. Zastosowany system medyczny nie był całkowitym zanegowaniem dotychczasowych metod zaborców. Przyjęto w nim pewne rozwiązania wcześniej stosowane w poszczególnych częściach kraju⁴. Głównie jednak zastosowano rozwiązania charakterystyczne dla systemu Bismarcka⁵. Ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie w 1920 roku, wzorowana na niemieckim systemie kas chorych, swoim zasięgiem objęła jedynie pracowników najemnych, stanowiących wówczas zaledwie 7% społeczeństwa⁶.

³ E. Więckowska, *Instytucje zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej – organizacja, cele, zadania*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2000, nr 54, s. 417–418.

⁴ K. Krajewski-Siuda, P. Kociel, op. cit., s. 15.

⁵ U. Drozdowska, A. Zemke-Górecka, *System opieki zdrowotnej obowiązujący w okresie II Rzeczypospolitej*, [w:] *Uwarunkowania opieki medycznej w Polsce*, red. T. Mróz, Białystok 2012, s. 35.

⁶ *Zarys systemu ochrony zdrowia*, NFZ, Warszawa 2012, s. 46.

Prace nad stworzeniem systemu ochrony zdrowia w Polsce zaczęły się jeszcze przed odzyskaniem niepodległości. Pierwszym krokiem było utworzenie 15 lutego 1917 roku w Departamencie Spraw Wewnętrznych Tymczasowej Rady Stanu Królestwa Polskiego namiastki przyszłej polskiej służby zdrowia. Był to referat zdrowia publicznego, którego zarządzanie powierzone zostało dr. Witoldowi Chodźce, późniejszemu ministrowi zdrowia. Był to ważny krok w tworzeniu się polskiego systemu ochrony zdrowia. W kolejnych miesiącach referat ewoluował, na początku w wydział, następnie zdecydowano o przekształceniu go w sekcję. Ostatecznie powstała Dyrekcja Służby Zdrowia Publicznego⁷.

Dnia 3 stycznia 1918 roku dekret Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji Władz Naczelnych w Królestwie Polskiem określił zakres działalności Ministerstwa Opieki Społecznej i Ochrony Pracy⁸. W artykule 29 zapisano: „Do Ministra Opieki Społecznej i Ochrony Pracy należą sprawy dobroczynności publicznej, opieki państwowej nad ofiarami wojny, sprawy stosunków robotniczych, opieki nad emigracją robotniczą sprawy inspekcji fabrycznej oraz przygotowanie prawodawstwa ochrony pracy i ubezpieczeń społecznych”. Należy zaznaczyć, że kwestie służby zdrowia zostały wówczas przydzielone do kompetencji ministra spraw wewnętrznych (art. 24).

Dnia 4 kwietnia 1918 roku Rada Regencyjna wydała kolejny dekret regulujący sprawy ochrony zdrowia. Powołano do życia Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy⁹. Do dotychczasowych kompetencji Ministerstwa Opieki Społecznej i Opieki Pracy dołączono też sprawy publicznej służby zdrowia, które wcześniej leżały w gestii Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. W dekreście zaznaczono jednak, że przy wykonywaniu wymienionych zadań ministerstwo miało się porozumiewać z ministrem spraw wewnętrznych.

Taki stan organizacyjny nie utrzymał się jednak długo. 30 października 1918 roku zdecydowano się na podział resortu. Wyodrębniono wówczas: Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej oraz niezależne Ministerstwo Ochrony Pracy¹⁰.

⁷ *Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918–1939*, Warszawa 1939, s. 15.

⁸ Dekret Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji Władz Naczelnych w Królestwie Polskiem z dnia 3 stycznia 1918 r. (Dz.P.K.P. 1918 nr 1, poz. 1).

⁹ Dekret Rady Regencyjnej Królestwa Polskiego o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy z dnia 4 kwietnia 1918 r. (Dz.Pr.K.P. 1918 nr 5, poz. 8).

¹⁰ Dekret Rady Regencyjnej o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej i Ministerstwa Ochrony Pracy z dnia 30 października 1918 r. (Dz.Pr.K.P. nr 13, poz. 31).

Resort odpowiedzialny za sprawy zdrowotności powierzono wspomnianemu już dr. W. Chodźce. Ministerstwo swoim zakresem objęło wszystkie sprawy dotyczące zdrowia w kraju. Wyodrębniono następujące wydziały: higieny publicznej, walki z chorobami zakaźnymi, nadzoru nad produktami spożywczymi, zakładów leczniczych, zdrojowisk i uzdrowisk, opieki państwowej nad matką i dzieckiem, opieki państwowej nad umysłowo chorymi, higieny rzemiosł, przemysłu i komunikacji, higieny i inspekcji mieszkań, opieki nad inwalidami i kalekami, eugeniki, spraw farmaceutycznych, kontroli sanitarno-weterynaryjnej, spraw dentystycznych oraz statystyki¹¹.

Kolejna zmiana administracyjna na polu ochrony zdrowia wiązała się z odzyskaniem przez Polskę niepodległości. Jeden z pierwszych dekretów wydanych przez naczelnika państwa z 13 grudnia 1918 roku ustanowił odrębne Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Ministerstwo Ochrony Pracy. Wraz z opuszczeniem ziem polskim przez byłych okupantów z końcem 1918 roku nowo tworząca się administracja państwowa stanęła przed wieloma problemami wymagającymi rychłego rozwiązania. Należało jak najszybciej przeorganizować system zarządzania państwem oraz zająć się zdrowiem ludności, nadszarpniętym przez lata wojenne, a także nie dopuścić do rozprzestrzeniania się epidemii chorób zakaźnych.

Istotnym krokiem prowadzącym do stabilizacji na arenie państwowej było uchwalenie zasadniczej ustawy sanitarnej w 1919 roku. Określała ona kompetencje Ministerstwa Zdrowia Publicznego i powierzała mu „Zarząd państwowej Służby Zdrowia, nadzór zwierzchni nad wszystkimi sprawami zdrowotnymi, sprawy higieny społecznej i najwyższe kierownictwo spraw lekarskich”¹². Szczegółowo natomiast opisano zadania komunalnych zarządów w zakresie podległego im terytorium.

Prezentowana ustawa sanitarna, tworzona pod presją czasu, wymagała jednak doprecyzowania, stąd też w lipcu pojawiła się ostateczna wersja tej ustawy¹³. Dokument zawierał opis dokładnej działalności Ministerstwa Zdrowia Publicznego i wymieniał poszczególne kompetencje, zebrane w 24 punktach. Były to przede wszystkim: szeroko rozumiane zwalczanie chorób, sprawy szpitalnictwa, opieka nad matką

¹¹ J. Górny, *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej 1919–1923*, „Zdrowie Publiczne” 1976, nr 6, t. 87, s. 486–487.

¹² Państwowa zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 8 lutego 1919 r. (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 15, poz. 207), art. 1.

¹³ Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 93, poz. 371), art. 2.

i dzieckiem, współdziałanie w zapewnieniu opieki inwalidom i psychicznie chorym, prowadzenie zdrojowisk i uzdrowisk, walka z nierządem, sprawy zaopatrywania w wodę, nadzór sanitarny nad żywnością, sprawy higieny domów, więzień i zakładów pracy, nadzór nad środkami leczniczymi, nadzór nad sprawami lekarskimi i personelem pomocniczym, sprawy weterynaryjne, sprawy stowarzyszeń medycznych, statystyka lekarska, wszelkie sprawy z działu policji sanitarnej i inne.

Co więcej, ustawa określiła też wszystkie kompetencje w zakresie zdrowia publicznego, jakie spoczywały na samorządach. W rezultacie większość wydatków ponoszonych na zdrowie publiczne pochodzić miała z kas samorządowych. Natomiast z budżetu centralnego pokrywane były koszty związane ze zwalczaniem chorób zakaźnych, społecznych i wenerycznych oraz ewentualne subwencjonowanie budżetów samorządowych w sytuacjach braku środków w budżetach gminnych na sprawy związane ze zdrowotnością. Opisywana ustawa była niewątpliwym sukcesem ówczesnych władz, nowoczesna i dostosowana do aktualnych potrzeb, ponadto poruszała sprawy wcześniej nienormowane ustawodawstwem, a wymagające takich regulacji wobec zmieniającej się rzeczywistości powojennej.

Dnia 24 lutego 1920 roku sprawy funkcjonowania państwowych kolumn epidemiologicznych oraz łaźni i kąpielisk zostały wyłączone z kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Ich realizację powierzono Nadzwyczajnemu Komitetowi do Spraw Walki z Epidemiami. Kolejna reforma systemu opieki zdrowotnej w Polsce międzywojennej wiązała się z utworzeniem urzędu nadzwyczajnego komisarza do walki z epidemiami¹⁴. Z założenia był to organ powoływany doraźnie, w razie zaistnienia potrzeby – „Gdy szerzące się choroby zakaźne, obejmując wielkie obszary, grożą klęską powszechną, szczególnie te, które zewnątrz zagrażają Państwu”. W ustawie dokładnie wymieniono, że powołanie nadzwyczajnego komisarza może nastąpić przy zagrożeniu dżumą, cholerą i tyfusem plamistym. Wówczas minister zdrowia publicznego miał przekazywać część swoich kompetencji w zakresie walki z epidemiami Naczelnemu Nadzwyczajnemu Komisarzowi. Organ ten mógł być powołany na okres maksymalnie jednego roku¹⁵.

¹⁴ Ustawa z dnia 14 lipca 1920 r. o utworzeniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami, grożącymi Państwu klęską powszechną (Dz.U. 1920 nr 61, poz. 388).

¹⁵ Jako przykład można podać powołanie urzędu nadzwyczajnego komisarza do walki epidemiami w dniu 16 czerwca 1924 roku. Powołany został do 31 grudnia 1924 roku (Dz.U. 1924 nr 52, poz. 528).

Istotnym krokiem było wprowadzenie w życie 18 marca 1921 roku statutów organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Ministerstwa Ochrony Pracy. Dotyczyło to przeorganizowania administracyjnego jednostek ministerialnych – z dotychczasowych sekcji utworzono departamenty i wydziały, a także szczegółowo opracowano zakres ich kompetencji. W tym samym czasie Ministerstwo Ochrony Pracy zmieniło nazwę na Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej¹⁶. Zwiększenie zakresu obowiązków Ministerstwa Zdrowia Publicznego wiązało się z przekazaniem kompetencji w zakresie zdrowotności na obszarze byłej dzielnicy pruskiej¹⁷. Analogicznie poszerzono zadania ministra pracy i opieki społecznej¹⁸.

Największy przełom w systemie ochrony zdrowia w Polsce międzywojennej nastąpił pod koniec 1923 roku, kiedy ostatecznie podjęto decyzję o likwidacji Ministerstwa Zdrowia Publicznego i rozdzieleniu jego kompetencji pomiędzy inne ministerstwa¹⁹. Rząd Wincentego Witosa zatwierdził projekt ustawy wniesionej przez ówczesnego ministra skarbu Władysława Kucharskiego. 18 stycznia 1924 roku odrębnym rozporządzeniem rozdzielono uprawnienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego²⁰. Najwięcej zadań przejęło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Natomiast do kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej włączono następujące kompetencje: opiekę lekarską nad dzieckiem i macierzyństwem (bez eugeniki i szpitalnictwa), opiekę lekarską nad kalekami i inwalidami, sprawy osiedleńcze, sprawy higieny pracy w przemyśle oraz sprawy opiekuńcze instytucji i towarzystw leczniczych i higienicznych. Część zadań Ministerstwa Zdrowia Publicznego przejęły też Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Ministerstwo Komunikacji²¹.

¹⁶ Inwentarz AAN do MOS, s. 3.

¹⁷ Rozporządzenie rady Ministrów z dnia 6 marca 1922 r. w przedmiocie przekazania Ministrowi Zdrowia Publicznego zarządu spraw w dziedzinie zdrowia publicznego na obszarze byłej dzielnicy pruskiej (Dz.U. 1922 nr 21, poz. 169).

¹⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 marca 1922 r. o przekazaniu Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej zarządu spraw pracy i opieki społecznej na obszarze b. dzielnicy pruskiej (Dz.U. 1922 nr 21, poz. 168).

¹⁹ Ustawa z dnia 28 listopada 1923 r. w przedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Dz.U. 1923 nr 131, poz. 1060).

²⁰ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (Dz.U. 1924 nr 9, poz. 86).

²¹ K. Krajewski-Siuda, P. Kociel, op. cit., s. 16.

W 1924 roku powołano nowy organ służby zdrowia – Inspektor Państwowej Służby Zdrowia. Działał on na zasadzie instrukcji, wydanej jeszcze przez ministra zdrowia publicznego (Nr Z.O. 4954/24)²².

W 1926 roku w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych powołano Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia, która szybko przekształciła się w Departament Służby Zdrowia. Istotna zmiana w systemie ochrony zdrowia nastąpiła w 1932 roku, kiedy to zasadnicza część zadań ministra spraw wewnętrznych związanych ze zdrowotnością publiczną i kosztami leczenia przekazana została w kompetencje ministra pracy i opieki społecznej²³. W gestii MSW pozostawiono jedynie sprawy sanitarno-techniczne²⁴. Kwestia higieny szkolnej przekazana została Ministerstwu Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, higiena więzień – Ministerstwu Sprawiedliwości, higiena środków komunikacji – Ministerstwu Komunikacji.

Inne rozporządzenie z czerwca 1932 roku dotyczyło z kolei zawężenia kompetencji Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Zdecydowano, że sprawy emigracyjne poza granicami kraju, którymi dotychczas zajmował się ten właśnie resort, wypełniać będzie Ministerstwo Spraw Zagranicznych. W kompetencji ministra pracy i opieki społecznej pozostawiono sprawy emigracyjne w kraju oraz kwestie transportu emigrantów. Zarówno w sprawach ogólnej polityki emigracyjnej, jak i przemieszczania emigrantów Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej oraz Polityki Zagranicznej zobowiązane były ściśle ze sobą współpracować²⁵. W lipcu 1932 roku rozporządzeniem Prezydenta RP wprowadzono nazwę Ministerstwo Opieki Społecznej i Minister Opieki Społecznej, a tym samym pozbyto się wcześniej funkcjonującej nazwy ze słowem „praca”.

²² *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1923*, Warszawa 1925, s. 3.

²³ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (Dz.U. 1932 nr 52, poz. 493).

²⁴ W szczególności dotyczyło to planowania osiedli, budownictwa, zaopatrywania w wodę, usuwania nieczystości, ochrony środowiska, sprawowania nadzoru nad instytucjami działającymi w zakresie techniki sanitarnej, prowadzenia szkoleń z tematyki sanitarnej oraz regulowania spraw cmentarzy.

²⁵ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania w sprawach emigracyjnych Ministrowi Spraw Zagranicznych i o zniesieniu Urzędu Emigracyjnego (Dz.U. 1932 nr 52, poz. 492), art. 1.

Aż do wybuchu wojny w 1939 roku najwięcej zadań związanych ze zdrowotnością publiczną wypełniał Departament Służby Zdrowia funkcjonujący przy Ministerstwie Opieki Społecznej. Departament podzielony był na pięć wydziałów. Wydział normatywny odpowiadał za wszelkie sprawy związane z przepisami prawnymi – opracowywał je i opiniował. Ponadto pracownicy tego wydziału odpowiadali za sprawy organizacyjne departamentu oraz kwestie międzynarodowe w ramach zdrowia publicznego. Kolejny wydział – farmaceutyczny – sprawował nadzór nad produkcją oraz obrotem środkami leczniczymi. Wydział nadzoru nad akcją zapobiegawczą odpowiadał za sprawy sanitarno-higieniczne, sprawował nadzór nad stanem higienicznym państwa. Co więcej, jemu też podlegały sprawy walki z ostrymi chorobami zakaźnymi, zwalczanie chorób społecznych i opieka nad matką i dzieckiem. Wydział nadzoru nad lecznictwem odpowiadał za nadzorowanie uzdrowisk i wszelkich zakładów leczniczych. Ostatni z wymienianych, wydział orzecznictwa, zajmował się opracowywaniem i wydawaniem orzeczeń oraz interpretacją prawną. Pracę pięciu wydziałów departamentu wspomagał dodatkowo Inspektorat Służby Zdrowia, który miał za zadanie kontrolę i koordynowanie prac podległych władz.

Warto przy tym zaznaczyć, że dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, naczelnicy wspomnianych wydziałów (za wyjątkiem Wydziału Farmaceutycznego i Orzecznictwa) i inspektorzy służby zdrowia byli z zawodu lekarzami. Generalnie spośród 53 osób zatrudnionych w 1939 roku w Departamencie Służby Zdrowia 18 było lekarzami. Ponadto pracowało tam sześciu prawników, pięciu farmaceutów, dwie pielęgniarki, chemik, inżynier i agronom oraz 19 innych osób²⁶.

Dużą rolę w organizacji publicznej służby zdrowia w okresie międzywojennym odegrała Państwowa Rada Zdrowia. Została ona powołana przez Radę Ministrów rozporządzeniem z dnia 7 stycznia 1926 roku²⁷. Była ona ciałem doradczym z zakresu tematyki zdrowia publicznego dla Ministerstwa Opieki Społecznej. Jej zadaniem było przede wszystkim omawianie i rozpatrywanie wszystkich projektów aktów prawnych proponowanych przez ministra opieki społecznej oraz ministra spraw wewnętrznych, ale też przedkładanie własnych projektów ustaw. Do jej kompetencji należały: administrowanie służby zdrowia, praca nad zwalczaniem

²⁶ *Dwadzieścia lat Publicznej...*, s. 17.

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 1926 roku w sprawie powołania Państwowej Rady Zdrowia (M.P. 1926 nr 18, poz. 52).

chorób społecznych, zakaźnych i zawodowych, opieka nad matką i dzieckiem, higiena szkolna, międzynarodowe sprawy sanitarne, nadzór nad kadrą medyczną (lekarską i pomocniczą) oraz merytoryczny nadzór nad lecnictwem ubezpieczeniowym i szpitalnictwem²⁸.

Jak widać, szeroki wachlarz kompetencji przypisanych Państwowej Radzie Zdrowia w dużej mierze pokrywał się z założeniami systemu opieki zdrowotnej państwa w okresie międzywojennym. Ostatecznie jej rola była tak znacząca, że w końcu lat 30. utożsamiano ją z centralnym urzędem publicznej służby zdrowia. O jej roli w systemie zdrowotnym świadczyć też może skład osobowy, w którym znaleźli się reprezentanci najważniejszych instytucji odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. W skład członków Państwowej Rady Zdrowia wchodziło trzech przedstawicieli Ministerstwa Opieki Społecznej, przedstawiciele ministerstw mających wpływ na kształtowanie się spraw zdrowotności, przedstawiciele Państwowego Zakładu Higieny, przedstawiciele uniwersytetów posiadających wydziały medyczne, przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej, samorządu terytorialnego, zakładu ubezpieczeń społecznych oraz siedem osób wskazanych przez ministra opieki społecznej. Na czele rady stał sam minister zdrowia publicznego, zaś jego zastępcą był dyrektor wspomnianego wyżej Departamentu Służby Zdrowia.

Członkowie Rady obradowali w 21 sekcjach, w skład których wchodziły też osoby kooptowane, będące fachowcami w danej dziedzinie. W centralnej służbie zdrowia funkcjonowały jeszcze dwie rady, ukierunkowane na konkretne zagadnienia z dziedziny ochrony zdrowia. Były to Rada do spraw dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku oraz Państwowa Rada do spraw uzdrowisk. Poczet ich członków był podobny do składu Państwowej Rady Zdrowia. Ich rolą było doradzanie ministrowi opieki społecznej, a także opiniowanie projektów ustaw²⁹.

Pomocniczym organem państwowej służby zdrowia był też Państwowy Zakład Higieny, zorganizowany na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 roku³⁰. Na jego kompetencje złożyły się uprawnienia

²⁸ K. Krajewski-Siuda, P. Kociel, op. cit., s. 17.

²⁹ *Dwadzieścia lat Publicznej...*, s. 17–18.

³⁰ Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny (Dz.U. 1927 nr 54, poz. 477).

wcześniej funkcjonujących organów, a mianowicie: Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie³¹, Państwowego Zakładu Badania Surowic³² i Państwowego Instytutu Farmaceutycznego³³. Tak powstała instytucja zyskała miano zakładu naukowo-badawczego. Podział kompetencji zlikwidowanego ministerstwa zdrowia publicznego pomiędzy różne resorty spowodował, że organem zwierzchnim Państwowego Zakładu Higieny nie było Ministerstwo Opieki Społecznej, w głównej mierze odpowiedzialne za sprawy zdrowia publicznego w państwie, ale Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Dopiero od 1936 roku Zakład Higieny podlegał Ministrowi Opieki Społecznej, wtedy też poszerzono zakres jego kompetencji.

Wśród zadań Zakładu wymieniano się prowadzenie badań naukowych w zakresie higieny publicznej w taki sposób, ażeby wiedza teoretyczna była przystosowywana do realnych potrzeb zdrowia publicznego w Polsce, a w szczególności do potrzeb administracji sanitarnej. Co więcej, Zakład prowadził badania bakteriologiczno-serologiczne, chemiczne, farmakognostyczne, epidemiologiczne na użytek władz administracyjnych, w związku z działalnością tych władz na polu administracji sanitarnej, oraz wytwarzał surowice, szczepionki i produkty biologiczne stosowane w medycynie i weterynarii w celach zapobiegawczych i leczniczych, a także wykonywał czynności zlecone przez ministra opieki społecznej (wcześniej, do 1936 roku, przez ministra spraw wewnętrznych) w zakresie administracji sanitarnej, ze szczególnym uwzględnieniem akcji zwalczania chorób zakaźnych oraz propagowania higieny.

Zakład zajmował się też szkoleniem fachowego personelu zatrudnianego w centralnej i samorządowej administracji sanitarnej³⁴. Ostatnia funkcja, to jest dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, nie była wymieniana wśród kompetencji przypisanych Zakładowi w 1927 roku, a zatem była wykonywana przez placówkę dopiero od 1936 roku³⁵.

³¹ Utworzonego na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 października 1921 r. (M.P. 1921 nr 258).

³² Utworzonego na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 grudnia 1921 r. (M.P. 1922 nr 1).

³³ Utworzonego na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 kwietnia 1921 r. (M.P. 1921 nr 101).

³⁴ Funkcję tę wypełniała Państwowa Szkoła Higieny, będąca częścią Państwowego Zakładu Higieny.

³⁵ Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej z 9 maja 1936 r. w sprawie ogłoszeń jednolitego tekstu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r.

Szeroki zakres kompetencji Zakładu wpłynął na jego podział na siedem działów. Były to Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej, Dział Surowic i Szczepionek, Dział Chemii, Dział Wodny, Dział Badania Żywności, Państwowa Szkoła Higieny i Instytut Higieny Psychiczej³⁶. Główna placówka Zakładu mieściła się w Warszawie, ale filie znajdowały się też w innych miastach kraju. Na Kresach Wschodnich były to filia Państwowego Zakładu Higieny w Wilnie oraz Miejska Pracownia w Brześciu. Planowano też utworzenie takich oddziałów w każdym województwie, jednak plan nie został do 1939 roku zrealizowany³⁷. Tak zorganizowane organy zbiorowe współpracujące z Ministerstwem Opieki Społecznej dawały ministrowi możliwość zasięgnięcia fachowej porady, ale pojawiał się też kłopot polegający na konieczności konsultacji wszelkich ustaleń, co w efekcie znacznie wydłużało proces decyzyjny i legislacyjny.

3. Kontrowersje wokół likwidacji Ministerstwa Zdrowia Publicznego

Najważniejszymi instytucjami zajmującymi się kwestiami zdrowia publicznego w Polsce w latach międzywojennych były instytucje w randze ministerstwa. Odpowiadały one głównie za koordynację polityki zdrowotnej w kraju, ale też za bezpośrednie wdrażanie rozwiązań legislacyjnych i systemowych w kwestii zdrowia publicznego.

Spór wokół idei utworzenia samodzielnego organu zajmującego się sprawami zdrowia publicznego na szczeblu ministerialnym sięga schyłkowego okresu I wojny światowej. Już same plany stworzenia takiego resortu spotykały się z falą krytyki w niektórych środowiskach. Jednak sytuacja w kraju ostatecznie wpłynęła na decyzję o powołaniu takiego resortu. Złożyło się na to kilka czynników, wśród których jako najważniejszy należałoby wymienić krytyczny stan zdrowia społeczeństwa polskiego powodowany długoletnią wojną. Byt społeczeństwa i armii, nękanych ostrymi chorobami zakaźnymi, wydawał się realnie zagrożony i potrzeba było podjąć kroki zmierzające ku stabilizacji. Co więcej, w warunkach administracyjnego chaosu i ustępowania zaborców utworzenie odrębnego resortu zajmującego się sprawami zdrowotności było rozsądnym

o Państwowym Zakładzie Higieny (Dz.U. 1936 nr 45, poz. 336).

³⁶ E. Więckowska, *Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w latach 1918–1943; organizacja, cele zadania*, „Medycyna Nowożytna” 2001, t. 8, z. 2, s. 133.

³⁷ *Dwadzieścia lat Publicznej...*, s. 18.

posunięciem, biorąc pod uwagę gromadzenie i wydatkowanie środków pieniężnych oraz uchwalanie aktów legislacyjnych zmierzających do walki o zdrowie obywateli³⁸.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego miało być z założenia instytucją państwową, organizującą administrację publiczną służby zdrowia. Resort miał też wyznaczać, koordynować i nadzorować wszelkie działania z zakresu zdrowia publicznego. Natomiast minister zdrowia publicznego miał reprezentować kraj w sprawach związanych ze zdrowotnością na forum krajowym i zagranicznym³⁹. Jednak trudna sytuacja ekonomiczna i nieporozumienia związane z funkcjonowaniem resortu, wyrażane przez niektóre środowiska już w momencie jego tworzenia, skutecznie utrudniały pracę ministerstwa, a w konsekwencji doprowadziły do jego szybkiej likwidacji, co było powodem niezadowolenia środowisk lekarskich.

Jako jeden z pierwszych przeciwników utworzenia niezależnego resortu zajmującego się sprawami zdrowia publicznego dał się zapamiętać dr Józef Polak. Jego przewodni postulat dotyczył planu zorganizowania polskiej służby zdrowia opartej na podległości Ministerstwu Spraw Wewnętrznych. Podkreślał, że to samorządy są głównym wykonawcą spraw zdrowotnych, i dodawał, że działalność samorządów obejmowała całokształt spraw, nie zaś tylko kwestie zdrowotności. Samorządy dysponowały przy tym jednym budżetem, w ramach którego realizowały też sprawy zdrowotności i z którego to rozliczały się przed Ministerstwem Spraw Wewnętrznych.

W związku z tym wyodrębnianie kolejnego ministerstwa zajmującego się tylko sprawami zdrowia publicznego byłoby jego zdaniem zbędnym wydatkiem. Warto jednak zasygnalizować, że prezentowane poglądy dr. Polaka zostały ukształtowane jeszcze przed 1914 rokiem. Były wynikiem doświadczeń nieudolnego zarządzania państwową, carską służbą zdrowia. Co więcej, dr Polak przekonany był, że ewentualnie powstały odrębny organ poświęcony tylko sprawom zdrowotności publicznej będzie mało efektywny, a nawet nieudolny. Natomiast oderwanie od samorządów uniemożliwi mu poznanie lokalnych potrzeb i możliwości ich realizacji w dziedzinie zdrowia publicznego⁴⁰.

³⁸ J. Górny, op. cit., s. 487.

³⁹ E. Więckowska, *Instytucje zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej...*, s. 418.

⁴⁰ J. Górny, op. cit., s. 485–486.

Decyzja o likwidacji resortu zajmującego się sprawami zdrowotności publicznej, która zapadła w 1923 roku, wywołała zamieszanie zarówno wśród polityków, jak i osób związanych ze światem medycznym. Kwestia ta była regularnie omawiana na łamach prasy aż do 1939 roku. W artykułach prezentowano argumenty zwolenników tej decyzji oraz przeciwników domagających się reaktywacji Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

Oficjalne stanowisko władz w sprawie likwidacji ministerstwa zdrowia powoływało się na kwestie finansowe – decyzję motywowano kryzysem gospodarczym i koniecznością cięcia kosztów administracyjnych. Przeciwnego zdania byli entuzjaści ministerstwa zdrowia, kontrargumentujący, że decyzja z 1923 roku przyniosła większe wydatki na zdrowotność nie zaś jakąkolwiek oszczędność. Powtarzano przy tym argumenty, że przywrócenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego przyniesie oszczędność długofalową, ponieważ im bardziej zaniedbywane są sprawy zdrowotności (a tak było ich zdaniem po likwidacji ministerstwa zdrowia), tym więcej potrzeba potem środków na naprawienie tego, co zostało zaniedbane⁴¹. Przekonywano, że rozproszenie agend zdrowotnych w różnych ministerstwach generowało więcej wydatków aniżeli utrzymanie odrębnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Ostatecznie podnoszono argument, że zdrowotność jest w państwie najważniejsza, od niej bowiem zależą inne podstawy bytu państwa, dlatego też nie powinno się na niej oszczędzać⁴².

Krytyka takiego stanu rzeczy dotyczyła – oprócz względów finansowych – kwestii organizacyjnych. Zwolennicy przywrócenia ministerstwa zdrowia jako odrębnego organu skupiającego w sobie wszystkie sprawy zdrowotności państwa wyrażali przekonanie, że nie można odpowiednio zarządzać i kierować sprawami zdrowia i higieny w sytuacji, gdy zbyt wiele ministerstw ma na nie wpływ. „Jak można wyobrazić sobie energiczną i szybką działalność na polu zdrowia, będąc zmuszonym porozumiewać się aż z 7 ministerstwami?” – takie pytania stawiano w prasie medycznej. Były minister zdrowia publicznego Tomasz Janiszewski wymieniał aż siedem ministerstw, które miały realny wpływ na sprawy zdrowotności w Polsce międzywojennej. Powoływał się na źle zorganizowany podział kompetencji poszczególnych resortów. Jako przykład anomalii podawał fakt, że sprawy dostarczania

⁴¹ T. Janiszewski, *O potrzebie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia Publicznego ze względu na konieczną oszczędność i na obronę państwa*, „Lekarz Polski” 1936, nr 5, s. 83.

⁴² T. Janiszewski, *Nowa konstytucja polska...*, s. 279.

wody, usuwania nieczystości nie są załatwiane przez Departament Służby Zdrowia przy Ministerstwie Opieki Społecznej, co jego zdaniem byłoby logicznym rozwiązaniem, ale przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Ten i inne przykłady pokazywały jego zdaniem, że brak było jakiegokolwiek jednolitego i spójnego programu zdrowotnego państwa. Wobec tego ciężko było sprostać celom, jakie stawiano w zakresie zdrowotności publicznej, tj. poprawiać i utrzymywać w jak najlepszym stanie życie i zdrowie ludności. W swoich artykułach używał mocnych argumentów i porównań. „Jakże może być dobrze, gdy o sposobach decydują często różne czynniki, w pewnych wypadkach nawet laicy? Jeżeli każde ministerstwo dąży do często rozbieżnych celów, lub odmiennymi sposobami, zależnie od przypadkowego zespołu i widzimisie ludzi pracujących w tych różnych działach administracji”. Janiszewski wspominał też o zaburzonej komunikacji pomiędzy osobami mającymi wpływ na kształtowanie polityki sanitarnej w państwie, podkreślając, że jest to wyjątkowo niekorzystne przy podejmowaniu wszelkich decyzji. Korespondencja między resortami zajmowała wiele czasu, który jego zdaniem można było zaoszczędzić, gdyby skupić się w jednym ministerstwie. Naturalną konsekwencją podziału kompetencji w zakresie zdrowotności publicznej pośród kilku ministerstw było też rozproszenie odpowiedzialności za poszczególne decyzje oraz kontrolę ich wykonania⁴³.

Co więcej, przeciwnicy przekonywali, że likwidacja Ministerstwa Zdrowia Publicznego, będącego według nich najważniejszym ministerstwem, było wyrazem niskiej kultury zdrowotnej w państwie. Podkreślano, że był to czyn antypropagandy utwierdzający ludzi w przekonaniu, że zdrowie i higiena nie są na tyle istotne, żeby przywiązywać do nich większą rolę zarówno w stosunku do jednostek, jak i na arenie całego społeczeństwa. Likwidacja ministerstwa oznaczała zatem, że sytuacja zdrowotna i higieniczna kraju jest satysfakcjonująca i nie wymaga tworzenia oddzielnych urzędów zajmujących się tymi zagadnieniami. „Zniesienie Ministerstwa Zdrowia było najczystsza demagogią, schlebaniem zapatrywaniom i przyzwyczajeniom nieoświeconego ogółu, utwierdzaniem go w mniemaniu, że tak jak jest, jest dobrze, pisał były Minister Zdrowia”⁴⁴. Uznawano ponadto, że w państwie o wyjątkowo niskim stanie kultury zdrowotnej zepchnięto sprawy zdrowotności na ostatni plan i reaktywacja Ministerstwa

⁴³ T. Janiszewski, *O potrzebie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia...*, s. 65.

⁴⁴ T. Janiszewski, *Nowa konstytucja polska...*, s. 279.

Zdrowia Publicznego jest konieczna nie tylko ze względu na chaos organizacyjny, ale też po to, aby przywrócić dawną powagę i znaczenie stanu lekarskiego oraz podnieść zrozumienie znaczenia ochrony zdrowia wśród obywateli⁴⁵.

Zarzucono także, że dyskusja nad likwidacją Ministerstwa Zdrowia Publicznego w ogóle nie powinna mieć miejsca, gdyż wniosek o kasację tego resortu został złożony nieformalnie. Poseł Karol Popiel, członek Komisji Administracyjnej, Oświatowej, Regulaminowej i Nietykalności Poselskiej, członek Narodowej Partii Robotniczej, powoływał się na fakt, że projekt zgłosił niewłaściwy minister (skarbu). Argumenty posła Popiela zostały jednak przegłosowane⁴⁶.

Decyzja o likwidacji ministerstwa zdrowia nie była także wolna od politycznych insynuacji i personalnych rozliczeń. Poseł Medard Kozłowski, który dał się poznać jako entuzjasta likwidacji ministerstwa zdrowia, należał do najliczniejszej frakcji w parlamencie. Jego klub poselski, Związek Ludowo-Narodowy, zrzeszał 98 posłów⁴⁷. Dzięki przewadze udało mu się przeforsować pomysł likwidacji MZP.

Antoni Lewicki, przewodniczący Komisji Konsultantów Prawnych, mający ogromny wpływ na decyzje podejmowane w dziedzinie państwowej administracji sanitarnej, utrzymywał, że przyczyn likwidacji ministerstwa zdrowia należy szukać przede wszystkim w błędach popełnianych przez pracowników tej rządowej agendy. Warto podkreślić, że argumenty Lewickiego, który po reformie zdrowia z 1923 roku znalazł zatrudnienie w takim samym charakterze, jaki pełnił, gdy ministerstwo zdrowia jeszcze funkcjonowało, nie były podnoszone nawet przez największych przeciwników samodzielnego ministerstwa zdrowia, takich jak poseł Medard Kozłowski i prof. Emil Godlewski. Pozwala to sądzić, że Antoni Lewicki już podczas współpracy z ministrem zdrowia miał z nim napięte stosunki, czego wyrazem była właśnie personalna krytyka po 1923 roku⁴⁸.

Inne przesłanki za zlikwidowaniem MZP przedstawiał Emil Godlewski, lekarz, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, zastępca przewodniczącego Komisji Oświaty i Kultury,

⁴⁵ T. Janiszewski, *O potrzebie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia...*, s. 82.

⁴⁶ J. Górny, op. cit., s. 490.

⁴⁷ Dla porównania: PSL: 70 posłów, PSL Wyzwolenie: 48 posłów, Klub Chrześcijańskiej Demokracji: 43 posłów.

⁴⁸ J. Górny, op. cit., s. 489.

członek Związku Ludowo-Narodowego. W swoich wystąpieniach nie powoływał się na sprawy personalne i krytykę ministerialnych urzędników. Jego argumenty dotyczyły nadmiernej jego zdaniem centralizacji agend ministerstwa zdrowia. Godlewski opowiadał się za większym związaniem spraw szpitalnictwa z samorządami, nie bacząc przy tym na niedostateczne wsparcie finansowe samorządów. Godlewski zastąpił jednak brakiem stałości w swoich przekonaniach odnośnie do MZP. Jeszcze w 1920 roku przekonywał, że likwidacja tego ministerstwa nie przyniesie wcale oszczędności, zaś sam pomysł jest już wyrazem braku odpowiedniego zrozumienia dla problemów zdrowotności obywateli przez władze i świadczy jedynie o wielu nieporozumieniach w sferach rządzących.

Powołanie odrębnego resortu zajmującego się sprawami zdrowia obywateli było w Europie nowością. Warto wspomnieć, że ministerstwo takie w danym czasie istniało tylko w Austrii⁴⁹. Zwolennicy przywrócenia MZP powoływali się w swoich wystąpieniach także na ten argument. Tomasz Janiszewski, były minister zdrowia, pisał w 1936 roku: „[...] Myśl stworzenia w odrodzonej Polsce Ministerstwa Zdrowia Publicznego była oryginalnym pomysłem polskim nie zapożyczonym z zagranicy, powstałym nie przy zielonym stoliku, nie nagle, jak obecnie większość projektów powstaje, aby również prędko zniknąć z widowni, ale był długo i dokładnie przemyślany; pomysł ten powstał nie z fantazji, ale stworzyło go życie, jego potrzeba wynikała z obserwacji stanu zdrowotnego, powstał z usilnej i ciężkiej walki z niskim poziomem kultury zdrowotnej i ze złym stanem zdrowotnym kraju”⁵⁰.

Co ciekawe, ten sam argument przytaczali też przeciwnicy ministerstwa, podając przykłady państw wysoko rozwiniętych, w których nie było wyodrębnionego ministerstwa zdrowia, takich jak Szwajcaria, Norwegia, Dania czy Holandia. Natomiast poseł dr Salomon Weinzieher, będący przewodniczącym Komisji Zdrowia Publicznego oraz członkiem Koła Żydowskiego, podkreślał, że wnioskowanie takie jest nielogiczne, gdyż wymieniane państwa nie posiadały nawet połowy ludności ówczesnej Polski⁵¹.

Dyskusja o konieczności przywrócenia odrębnego ministerstwa zajmującego się sprawami zdrowia prowadzona była aż do 1939 roku. W kolejnych latach

⁴⁹ Ibidem s. 488.

⁵⁰ T. Janiszewski, *O potrzebie reaktywowania Ministerstwa...*, s. 66.

⁵¹ J. Górny, op. cit., s. 490.

od likwidacji MZP w 1923 roku podejmowano się różnych reform mających usprawnić funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce międzywojennej. Największymi zwolennikami takiego rozwiązania byli lekarze i inne osoby reprezentujące zawody medyczne. Wiele wskazuje na to, że Ministerstwo Zdrowia Publicznego byłoby reaktywowane, gdyby nie wojna. W pracy wydanej w 1939 roku przez Ministerstwo Opieki Społecznej napisano: „Następne lata wykazały, że podział zastosowany w administracji sanitarnej, zarówno w urzędach centralnych, jak i na terenie, stwarza wiele trudności i tarć z powodu niemożności ścisłego zastosowania go w praktyce. Coraz bardziej jasne się stawało, że wszystkie agendy Zdrowia Publicznego tworzą jedną nierozzerwalną całość i że tylko przez scalenie ich można skoordynować i ułatwić pracę w tym zakresie”⁵².

Trzeba jednak powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia Publicznego w odrodzonej Polsce od samego powstania obarczone było wyjątkowo trudnymi zadaniami. Resort ten, początkowo kierowany przez Tomasza Janiszewskiego, a następnie przez Witolda Chodźkę, od początku istnienia narażony był na falę krytyki. Ministerstwo musiało sobie radzić ze skutkami przedłużającej się w Polsce wojny, epidemiami chorób zakaźnych, wzmożonym ruchem migracyjnym ludności, a przede wszystkim fatalną kondycją zdrowotną obywateli. Sytuacji nie poprawiała też fatalna sytuacja w budżecie państwa.

Wobec ministerstwa zdrowia stawiano wymagania trudne i ciężkie do spełnienia w powojennej rzeczywistości. Nawet po jego likwidacji nie milkły głosy wskazujące na zadania, jakie ministerstwo takie winno wypełniać. Z drugiej strony artykuły szczegółowo formułujące katalog zadań ministerstwa zdrowia były formą apelu środowisk medycznych o jego przywrócenie. W tego typu artykułach nie zawsze wprost domagano się wznowienia prac resortu, sugerowano jednak, że takie rozwiązanie byłoby najrozsądniejszym krokiem w usprawnieniu funkcjonowania systemu opieki medycznej w Polsce⁵³.

⁵² *Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918–1939*, Warszawa 1939, s. 16.

⁵³ S. Karpiński, *Zadania Ministerstwa Zdrowia*, „Nowiny Społeczno-Lekarskie” 1938, nr 20, s. 309.

4. Wnioski

Dwudziestolecie międzywojenne to czas odbudowy kraju po latach zaborów, a następnie po działaniach pierwszej wojny światowej. W obliczu powojennej rzeczywistości polska administracja stanęła przed ogromnym wyzwaniem. W jedną całość należało zespoić całą administrację państwową, podzieloną dotychczas na poszczególne zabory. Szczególnie istotne wydawało się stworzenie podwalin dla administracji zdrowotnej wobec fatalnej kondycji zdrowia społeczeństwa nękanego latami wojny, a wcześniej też zaborców.

Najistotniejszymi instytucjami zajmującymi się kwestiami zdrowia publicznego w Polsce w latach międzywojennych były instytucje w randze ministerstwa. Od samego początku plany stworzenia takiego resortu spotykały się z falą krytyki w niektórych środowiskach, co było często wynikiem niechęci personalnych i waśni politycznych pomiędzy politykami różnych opcji. Jednak trudna sytuacja w kraju ostatecznie wpłynęła na decyzję o powołaniu takiego resortu. Złożyło się na to kilka czynników, wśród których jako najważniejsze należałoby wymienić krytyczny stan zdrowia społeczeństwa powodowany długoletnią wojną oraz szerzące się choroby zakaźne.

Jeden z pierwszych dekretów wydanych przez naczelnika państwa w grudniu 1918 roku ustanowił odrębne Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Ministerstwo Ochrony Pracy. Istotnym krokiem prowadzącym do stabilizacji na arenie państwowej było uchwalenie zasadniczej ustawy sanitarnej w 1919 roku, która między innymi określała kompetencje Ministerstwa Zdrowia Publicznego i dała początek dla wszystkich aktów prawnych odnoszących się do kwestii sanitarnych i zdrowotnych. Pod koniec 1923 roku podjęto decyzję o likwidacji Ministerstwa Zdrowia Publicznego i rozdzieleniu jego kompetencji pomiędzy inne resorty. Taki stan utrzymywał się przez cały okres międzywojenny.

Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy stworzony system opieki zdrowotnej był właściwy i dobrze sprawdził się w powojennej rzeczywistości, trzeba od razu zaznaczyć, że nie znajdziemy tu jednoznacznej odpowiedzi. Decyzja o powołaniu odrębnego resortu opowiadającego za sprawy zdrowia publicznego wydaje się dobra. Późniejsze okoliczności doprowadziły jednak ostatecznie do rozdzielenia kompetencji na inne ministerstwa. Należy jednakże pamiętać o ograniczonych możliwościach finansowych II Rzeczypospolitej. Kraj w obliczu powojennym nie był w stanie sprostać wszystkim potrzebom mieszkańców, tym bardziej biorąc pod uwagę kondycję społeczeństwa i szerzące się epidemie.

Zakończenie I wojny nie dało poczucia bezpieczeństwa, bowiem wyczuwany był niepokój nadchodzącego nowego konfliktu. Wobec tego wszystkiego wyjątkowo trudno jest jednoznacznie ocenić z dzisiejszej perspektywy efektywność nowego systemu opieki zdrowotnej. Rok 1939 znów przyniósł kolejne rozczarowanie zarówno dla władz, jak i całego społeczeństwa, które nie zdążyło jeszcze zapomnieć I wojny światowej.

Bibliografia

Akty prawne

- Dekret Rady Regencyjnej o tymczasowej organizacji Władz Naczelnych w Królestwie Polskim z dnia 3 stycznia 1918 r. (Dz.P.K.P. 1918 nr 1, poz. 1).
- Dekret Rady Regencyjnej Królestwa Polskiego o utworzeniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy z dnia 4 kwietnia 1918 r. (Dz.P.K.P. 1918 nr 5, poz. 8).
- Państwowa zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 8 lutego 1919 r. (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 15, poz. 207).
- Zasadnicza ustawa sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz.Pr.P.P. 1919 nr 63, poz. 371).
- Ustawa z dnia 14 lipca 1920 r. o utworzeniu urzędu Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza do walki z epidemiami, grożącymi Państwu klęską powszechną (Dz.U. 1920 nr 61, poz. 388).
- Ustawa z dnia 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej (Dz.U. 1922 nr 21, poz. 164).
- Ustawa z dnia 28 listopada 1923 r. w przedmiocie zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Dz.U. 1923 nr 131, poz. 1060).
- Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny (Dz.U. 1927 nr 54, poz. 477).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych w sprawach zdrowia publicznego Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej (Dz.U. 1932 nr 52, poz. 493).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 21 czerwca 1932 r. o przekazaniu zakresu działania w sprawach emigracyjnych Ministrowi Spraw Zagranicznych i o zniesieniu Urzędu Emigracyjnego (Dz.U. 1932 nr 52, poz. 492).
- Rozporządzenie wykonawcze Rady Ministrów do rozporządzenia z dn. 28 sierpnia 1919 r. (Dz.Pr.P.P. Nr 72, poz. 426) określające zasady zespolenia urzędów organów powiatowej administracji państwowej (Dz.U. 1919 nr 90, poz. 488).
- Rozporządzenie wykonawcze Rady Ministrów do rozporządzenia z dn. 28 sierpnia 1919 r. (Dz.Pr.P.P. Nr 72, poz. 426) o tymczasowej organizacji powiatowych władz administracyjnych pierwszej instancji na obszarze b. zaboru rosyjskiego (Dz.U. 1919 nr 90, poz. 489).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 października 1921 r. o utworzeniu Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie (M.P. 1921 nr 258).

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 marca 1922 r. w przedmiocie przekazania Ministrowi Zdrowia Publicznego zarządu spraw w dziedzinie zdrowia publicznego na obszarze byłej dzielnicy pruskiej (Dz.U. 1922 nr 21, poz. 169).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 18 stycznia 1924 r. w przedmiocie rozdziału kompetencji Ministra Zdrowia Publicznego (Dz.U. 1924 nr 9, poz. 86).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 stycznia 1925 r. o służbie przygotowawczej i o egzaminie sanitarnym dla kandydatów na stanowiska administracyjnych urzędników lekarskich i farmaceutycznych i kategorii w państwowej służbie zdrowia (Dz.U. 1925 nr 19, poz. 139).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 stycznia 1926 roku w sprawie powołania Państwowej Rady Zdrowia (M.P. 1926 nr 18, poz. 52).
- Obwieszczenie Ministra Opieki Społecznej z 9 maja 1936 r. w sprawie ogłoszeń jednolitego tekstu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o Państwowym Zakładzie Higieny (Dz.U. 1936 nr 45, poz. 336).
- Regulamin Organizacyjny Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego na podstawie Okólnika nr 31 Wojewody Poleskiego z dnia 25 kwietnia 1927, Nr i insp. 8484/27 do P.P. Naczelników Wydziałów Poleskiego Urzędu Wojewódzkiego w sprawie regulaminu organizacyjnego Urzędu Wojewódzkiego (Dz.Urz. Woj. Poleskiego 1927 nr 4–5).
- Regulamin organizacyjny starostw województwa poleskiego (Dz.Urz. Woj. Poleskiego nr 4–5).

Archiwalia

Archiwum Akt Nowych w Warszawie: Państwowe Archiwum Obwodu Grodzieńskiego w Grodnie (Dziarżauny Archiu Hrodzienskaj Wobłasci); Państwowe Archiwum Obwodu Brzeskiego w Brześciu (Dziarżauny Archiu Breskaj Wobłasci); Litewskie Centralne Archiwum Państwowe w Wilnie (Lietuvos Centrinis Valsybės Archyvas).

Artykuły w czasopismach wydane przed 1939 rokiem

- Anzelm O., *O istocie zadań lekarza powiatowego*, „Zdrowie” 1929, nr 11, s. 730–737.
- Bek Józef, Zawadzki Józef, Polak Józef, *O organach lekarskich zdrowia publicznego w samorządach powiatowych i miejskich*, „Zdrowie” 1927, nr 7, s. 343–349.
- Janiszewski Tomasz, *Nowa konstytucja polska z 26 stycznia 1934 r. a sprawy zdrowia publicznego*, „Lekarz Polski” 1934, nr 12, s. 278–290.
- Janiszewski Tomasz, *O potrzebie reaktywowania Ministerstwa Zdrowia Publicznego ze względu na konieczną oszczędność i na obronę państwa*, „Lekarz Polski” 1936, nr 5, s. 81–87.
- Nowak F., *Stan służby zdrowia w Polsce w dobie obecnej*, „Lekarz Polski” 1932, nr 11.
- Pętczyński J., *Parjasy medycyny społecznej*, „Lekarz Polski” 1926, nr 5.

Piotrowski L., *W sprawie lekarzy powiatowych*, „Nowiny Społeczno-Lekarskie” 1938, nr 10, s. 150–158.

Polak J., *O środkach poprawy stanu sanitarno-kulturalnego samorządów*, „Zdrowie” 1927, nr 6.

Regulamin dla samorządowych lekarzy sanitarnych na terenie powiatów województwa wileńskiego, „Zdrowie” 1930, nr 5, s. 245–275.

Rudziński Henryk, *Próby realizacji zagadnień zdrowotnych na wsi wileńskiej*, „Zdrowie Publiczne” 1936, nr 5, s. 46–57.

Wolne posady lekarskie, „Polska Gazeta Lekarska” 1928, nr 23–24.

Artykuły w czasopismach wydane po 1939 roku

Górny Janusz, *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej 1919–1923*, „Zdrowie Publiczne” 1976, t. 87, nr 6, s. 485–494.

Krajewski-Siuda Krzysztof, Kociel Paweł, *System zdrowotny II Rzeczypospolitej*, „Antidotum” 2006, nr 1, s. 15–22.

Poździej Stefan, *Rozwój prawa zdrowia publicznego w Polsce z XX wieku*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004, t., nr 1, s. 48–63.

Więckowska Elżbieta, *Instytucje zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej – organizacja, cele, zadania*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2000, nr 54, s. 417–430.

Więckowska Elżbieta, *Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w latach 1918–1943; organizacja, cele zadania*, „Medycyna Nowożytna” 2001, t. 8, z. 2, s. 131–152.

Artykuły w opracowaniach zbiorowych

Drozdowska Urszula, Zemke-Górecka Agnieszka, *System opieki zdrowotnej obowiązujący w okresie II Rzeczypospolitej*, [w:] *Uwarunkowania opieki medycznej w Polsce*, red. Teresa Mróz, Białystok 2012, s. 35–39.

Opracowania zwarte

Dwadzieścia lat Publicznej Służby Zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918–1939, Warszawa 1939.
Zarys systemu ochrony zdrowia, NFZ, Warszawa 2012.

Wydawnictwa źródłowe i informacyjne

Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w roku 1923, Warszawa 1925.

► STRESZCZENIE

Uwarunkowania prawno-organizacyjne opieki zdrowotnej w II Rzeczypospolitej na poziomie centralnym

Artykuł koncentruje się na analizie organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w II Rzeczypospolitej w latach 1919–1939. Autorki przedstawiają zagadnienia związane z tworzeniem centralnych organów państwowej ochrony zdrowia oraz stanem sanitarnym i epidemiologicznym Polski międzywojennej w kontekście ówczesnej sytuacji politycznej, społecznej i gospodarczej. W pracy przyjęto szerokie rozumienie ochrony zdrowia jako ogółu działań mających na celu zapobieganie i leczenie chorób, a także przedstawiono system opieki zdrowotnej jako złożoną strukturę instytucjonalną i prawną, służącą realizacji celów zdrowotnych państwa.

Najważniejszym wyzwaniem dla odradzającej się Polski było stworzenie jednolitego systemu regulacji sanitarnych i medycznych, obejmującego profilaktykę, leczenie, ubezpieczenia społeczne, propagandę zdrowotną oraz opiekę nad pracownikami i grupami szczególnie narażonymi. Szczególną uwagę zwrócono na konieczność walki z epidemiami chorób zakaźnych, które były realnym zagrożeniem dla społeczeństwa po I wojnie światowej. Ważnym aspektem rozwoju systemu ochrony zdrowia była także współpraca międzynarodowa i uczestnictwo Polski w działaniach organizacji zajmujących się zdrowiem publicznym na arenie międzynarodowej.

► SUMMARY

Legal and Organizational Conditions of Health Care in the Second Polish Republic at the Central Level

The article focuses on the analysis of the organization and functioning of the health care system in the Second Polish Republic in the years 1919–1939. The authors present issues related to the creation of central state health care bodies and the sanitary and epidemiological status of interwar Poland in the context of the political, social and economic situation at that time. The work adopts a broad understanding of health care as a set of activities aimed at preventing and treating diseases, and presents the health care system as a complex institutional and legal structure serving to achieve the health goals of the state.

The most important challenge for the reborn Poland was to create a uniform system of sanitary and medical regulations, including prevention, treatment, social insurance, health propaganda and care for employees and particularly vulnerable groups. Particular

attention was paid to the need to combat epidemics of infectious diseases, which were a real threat to society after World War I. An important aspect of the development of the health care system was also international cooperation and Poland's participation in the activities of organizations dealing with public health in the international arena.