

Elżbieta Więckowska

INSTYTUCJE ZDROWIA PUBLICZNEGO W II RZECZYPOSPOLITEJ – ORGANIZACJA, CELE, ZADANIA

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich
Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. *Edmund Waszyński*

W artykule omówiono organizację, cele i zadania wybranych instytucji zdrowia publicznego pracujących w II Rzeczypospolitej, realizujących określoną politykę zdrowotną państwa. Polityka ta obejmowała całokształt spraw związanych ze zdrowiem publicznym, a rozwiązywanych przez państwo poprzez wyznaczanie celów i zadań oraz zorganizowanie infrastruktury do ich realizacji. Wyrazem polityki zdrowotnej jest między innymi opieka zdrowotna adresowana do pojedynczego człowieka, grupy społecznej lub całego społeczeństwa.

Aby określić założenia zdrowia publicznego należy zapytać jak medycyna, jako nauka, wpływała na kształt polityki zdrowotnej oraz w jaki sposób medycyna weszła w dyskurs społeczno-polityczny i ekonomiczny i stała się jednym z wyznaczników kształtujących, a także w jaki sposób spłotła się z polityką społeczną państwa i wpływała na jej kształtowanie. Odpowiedzi na te pytania dostarcza prowadzona przez państwo polityka zdrowotna, wyrażona między innymi, jak już powiedziano, przez opiekę zdrowotną adresowaną do pojedynczego człowieka, grupy społecznej lub całego społeczeństwa. Zakres i zasięg opieki zdrowotnej są związane z wyznaczonym celem, do którego dążyło państwo poprzez plany i sposoby działania, zapewniające najlepsze (przynajmniej teoretycznie) rozwiązania. Z reguły są to dążenia do ochrony, przywrócenia, podtrzymania oraz umacniania zdrowia jednostki i całego społeczeństwa. Cele te można zgrupować w trzech sferach działania: w lecznictwie, zapobieganiu i rehabilitacji (1, 8).

Główne cele opieki zdrowotnej realizowane przez państwo związane były:

- ze stworzeniem ustawodawstwa sanitarnego i medycznego oraz socjalnego dotyczącego lecznictwa, profilaktyki i oświaty zdrowotnej,
- z wprowadzeniem ubezpieczeń społecznych wszystkich rodzajów – chorobowych, inwalidzkich, emerytalnych, na wypadek bezrobocia,
- z wprowadzeniem orzecznictwa lekarskiego i inspekcji pracy,
- ze zwalczaniem chorób zakaźnych i społecznych,
- ze zorganizowaniem opieki społecznej,
- ze stworzeniem nadzoru sanitarno-epidemiologicznego kraju,
- z zapewnieniem ochrony zdrowia wszystkim obywatelom łącznie z żołnierzami,

- ze zorganizowaniem infrastruktury medyczo-sanitarnej umożliwiającej szerzenie opieki zdrowotnej,
- z kształtowaniem polityki zdrowotnej państwa,
- z włączeniem Polski w prace międzynarodowych organizacji zajmujących się ochroną zdrowia,
- z podejmowaniem systematycznych badań naukowych dotyczących zdrowia społeczeństwa z szerokim uwzględnieniem badań z dziedziny historii społecznej i zdrowotności.

Pierwsze akty normatywne wydane w niepodległej Polsce przygotowały grunt pod stopniowe ujednoczenie struktury organizacji służby zdrowia na terenie całego kraju. Stopniowo w okresie międzywojennym państwo wprowadziło jednolite prawo sanitarne będące podstawą działania tej struktury (9). Organizacja administracji służby zdrowia i administracji państwowej stworzyły ramy dla działania instytucji zdrowia publicznego, powoływanych w celu realizowania konkretnych zadań z zakresu opieki zdrowotnej, np. zorganizowanie Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemiami w celu walki z chorobami zakaźnymi, zorganizowanie Państwowego Zakładu Higieny do prowadzenia między innymi nadzoru sanitarno-epidemiologicznego i rozpowszechniania oświaty zdrowotnej, tworzenie ośrodków zdrowia w celu zwalczania chorób społecznych.

Regulacje prawne dotyczące zwalczania chorób zakaźnych – w szczególności ostrych – i wprowadzenie obowiązku szczepień ochronnych przeciw ospie, wydane w formie dekrétów, Sejm Ustawodawczy zatwierdził następnie jako ustawy wprowadzając niewielkie zmiany. Zatwierdził także zasadniczą ustawę sanitarną, która stworzyła ramy prawne dla zorganizowania administracji służby zdrowia (9). W przypadku wystąpienia zagrożenia bytu biologicznego społeczeństwa np. przez gwałtownie rozprzestrzeniające się choroby zakaźne, państwo podejmowało działania ochronne zmierzające do jego likwidacji, przeznaczając finanse i organizując potrzebną infrastrukturę sanitarno-medyczną. Publiczna służba zdrowia była również odpowiedzialna za zwalczanie chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych oraz tzw. chorób społecznych.

Instytucją państwową zajmującą się zorganizowaniem administracji publicznej służby zdrowia oraz wyznaczaniem, nadzorowaniem i koordynowaniem działań z zakresu zdrowia publicznego było Ministerstwo Zdrowia Publicznego (MZP). Minister zdrowia publicznego reprezentował interesy Polski w sprawach zdrowia publicznego na forum krajowym i międzynarodowym. Po likwidacji MZP w 1924 r. jego kompetencje rozdzielono pomiędzy Ministerstwo Spraw Wewnętrznych – tworząc w nim Departament Służby Zdrowia – Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Ministerstwo Komunikacji i inne. Po 1930 r. zaczęto skupiać agendy zdrowia publicznego w Ministerstwie Opieki Społecznej, które w końcu lat trzydziestych zaczęło faktycznie pełnić rolę ministerstwa zdrowia, nie nosząc jednak tej nazwy (2, 5).

Wyłączenie z organizacji publicznej służby zdrowia szpitali (poza nielicznymi wyjątkami) i innych zakładów medycznych, zajmujących się lecznictwem, np. ambulatoriów kas chorych, poradni i przychodni ośrodków zdrowia, czyli wyłączenie lecznictwa i profilaktyki spowodowało, że w gestii MZP pozostały sprawy związane ze stroną sanitarną działalności państwa czyli sprawy, którymi dzisiaj zajmują się

szługi sanitarno-epidemiologiczne. Lecznictwo i profilaktykę pozostawiono w gestii samorządowej szługi zdrowia i kas chorych podporządkowanych Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej (7, 10).

Powołana przy MZP Państwowa Rada Zdrowia miała za zadanie dyskusowanie i rozpatrywanie wszelkich projektów aktów normatywnych, przedkładanych jej przez ministra zdrowia, potem ministra spraw wewnętrznych, a następnie ministra opieki społecznej. W końcu lat trzydziestych Rada pełniła w zasadzie funkcje centralnego urzędu publicznej szługi zdrowia (1). W zakres jej kompetencji wchodziły sprawy związane:

- z administracją szługi zdrowia,
- ze zwalczaniem tzw. chorób społecznych, w tym gruźlicy,
- ze zwalczaniem chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych oraz zawodowych,
- z opieką nad matką i dzieckiem, higieną szkolną i psychiczną,
- z międzynarodowymi sprawami sanitarnymi,
- z nadzorem nad kadrą lekarską, pielęgniarzką i pomocniczą szługi zdrowia,
- z nadzorem merytorycznym nad szpitalnictwem i leczeniem ubezpieczeniowym.

Lecznictwo w II Rzeczypospolitej związane zostało w ubezpieczeniami społecznymi, wprowadzonymi w 1920 r. W razie zachorowania obejmowały one opieką medyczną ubezpieczonego i członków jego rodziny. Inne rodzaje ubezpieczeń, zebrane w tzw. ustawie scaleniowej (1933-1934), dostarczały ubezpieczonym środków utrzymania np. emerytury, świadczenia na wypadek inwalidztwa, bezrobocia, śmierci jedynek żywicieli, zasiłki chorobowe, macierzyńskie, pogrzebowe i inne (4, 10).

Zadania państwowej szługi zdrowia w zakresie lecnicztwa polegały na tym aby w razie potrzeby dostarczyć choremu opiekę lekarską. Państwo wzięło na swe barki walkę z chorobami zakaźnymi zagrażającymi bytowi biologicznemu społeczeństwa, co miało miejsce np. podczas epidemii w latach 1919-1922. W warunkach pokojowych ograniczało swe czynności w zakresie lecnicztwa do nadzorowania i koordynowania, przekazując samorządowej szługi zdrowia sprawy związane z opieką lekarską. Podstawą prawną w dziedzinie lecnicztwa było rozporządzenie prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 1928 r. o zakładach lecniczych. Dotyczyło ono szpitali i lecnic - zakładów lecniczych dla osób wymagających stałego leczenia oraz przychodni i poradni. Rozporządzenie wykonawcze wydano w 1931 r. Normy międzynarodowe przewidywały 4 łóżka szpitalne na tysiąc mieszkańców. Według tych standardów Polska powinna posiadać około 132 000 łózek, a w 1933 r. posiadała ich tylko około 70 000 (1, 9).

Stosunki między pracownikiem i pracodawcą regulowała inspekcja pracy, zorganizowana już w 1919 r. W 1922 r. scalono urzędy inspektorów przemysłowych i inspektorów pracy w jeden organ inspekcji pracy, podległy Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej. Do 1930 r. inspekcja pracy, oparta na polskich regulacjach prawnych, objęła zasięgiem swego działania cały kraj (14). Do jej podstawowych zadań należało nadzorowanie przestrzegania i wykonywania wszystkich przepisów o:

- ochronie pracy, w szczególności o ochronie życia, zdrowia i sił pracowników,
- przestrzeganiu dobrych obyczajów w stosunku pracy,
- umowie o pracę, zbiorowych umowach o pracę, regulaminie pracy, czasie pracy, dniach świątecznych, urlopach,
- pracy młodocianych i umożliwieniu im doksztalcenia się ogólnego i zawodowego,

- pracy kobiet i pracy chałupników,
- przedstawicielstwie pracowników i jego uprawnieniach itp.

Ramy ustawowe dla bezpieczeństwa i higieny pracy ustaliły zasady, że przy wszelkich robotach prowadzonych w zakładach pracy lub poza nimi przez przedsiębiorstwa prywatne, państwowe, samorządowe i instytucje społeczne na przedsiębiorcy prowadzącym roboty spoczywał obowiązek stosowania środków zapewniających ochronę życia i zdrowia pracowników. W szczególności dotyczył przestrzegania zasad bezpiecznego korzystania z parku maszynowego i zapewnienia pomieszczeń odpowiednich do różnych rodzajów produkcji oraz liczby pracowników. Pomieszczenia powinny być obszerne, dobrze oświetlone, czyste, ogrzane i przewietrzane, z urządzeniami wentylacyjnymi i do usuwania odpadów. Zakłady powinny zapewnić pracownikom zdrowe warunki pracy, posiadać szatnie, jadalnie, ubikacje, umywalnie itp., a znajdujące się przy zakładach pracy mieszkania pracownicze winny odpowiadać wymaganiom higieny. W zakresie higieny pracy weszły również przepisy o chorobach zawodowych i ich zwalczaniu.

Celem szerzenia i pogłębiania wiedzy o polityce społecznej państwa, a zwłaszcza w celu poparcia wysiłków inspekcji pracy i przemysłu w zakresie ochrony życia i zdrowia robotników w 1931 r. instytucje ubezpieczeń społecznych powołały jako fundację Instytut Spraw Społecznych, nadzorowany przez Ministerstwo Opieki Społecznej (8). Był on placówką naukową uzupełniającą prace Ministerstwa przez teoretyczne badania zagadnień społecznych. Instytut powołany został do prowadzenia działalności naukowej, instruktażowej i propagandowej w zakresie zagadnień społecznych, a zwłaszcza w zakresie: ochrony pracy ze szczególnym uwzględnieniem higieny i bezpieczeństwa pracy, ubezpieczeń społecznych, rynku pracy, bezrobocia, poradnictwa zawodowego, higieny społecznej i organizacji opieki nad zdrowiem ludności, opieki społecznej, szerzeniem oświaty dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy oraz współpracy z analogicznymi instytucjami zagranicznymi.

Ośrodki zdrowia powstające w Polsce od 1925 r., stały się instytucją medyczną nastawioną przede wszystkim na zapobieganie. Finansowało je państwo bądź samorządy, korzystający z ich usług czasami płacili za nie symbolicznie. Charakterystyczne dla nich było łączenie ich działalności z działalnością sanitarno-policyjną. Pojawił się w nich nowy typ lekarza, opłacanego przez państwo lub pracującego społecznie i mającego świadomość ogromnego znaczenia profilaktyki dla zdrowia społeczeństwa i jednostki. Poprzez pracę tzw. higienistki-wywiadowczyni (odpowiednik dzisiejszej pielęgniarki środowiskowej) przeprowadzającej wywiady środowiskowe, ośrodki zdrowia miały rozeznanie w potrzebach zdrowotnych mieszkańców swojego okręgu. Ośrodki propagowały również oświatę zdrowotną, uczyły nawyku korzystania ze świadczeń zdrowotnych na początku choroby, a nawet przed jej wystąpieniem. Lecznictwem zajmowały się niejako przy okazji, w koniecznych przypadkach. Nastawione były głównie na wykrywanie i leczenie tzw. chorób społecznych. Funkcjonują one z różnymi modyfikacjami do dnia dzisiejszego (4, 6).

Pierwsza wojna światowa zmusiła państwo polskie do podjęcia rozwiązania ogromu zagadnień w dziedzinie niesienia pomocy poszkodowanym w jej wyniku. Tysiące rozbitych rodzin, uciekinierów bez dachu nad głową, osieroconych i zagubionych w panice wojennej dzieci przybyły do centrum kraju, na tereny byłej Kongresówki. Spontanicznie przystąpiono do akcji ratowniczej. Ludzi tych – w tym dzieci – zaczęto

ratować mimo braku odpowiednich organizacji i instytucji ratowniczych i mimo wojennego czasu. Z konieczności była to akcja tymczasowa, pośpieszna i niezorganizowana. Skutki tej tymczasowości odbiły się w następstwie na organizacji opieki, przerwanej wskutek wojny polsko-bolszewickiej i ponownie podjętej po jej zakończeniu. Po 1920 r. akcja ratownicza społeczeństwa zaczęła się stopniowo przekształcać w opiekę społeczną. Polska mogła przystąpić do wydawania regulacji prawnych, scalania i ustalania zakresu i zasięgu opieki społecznej. Jako skutek spontanicznej działalności prowadzonej podczas wojny pozostał szeroki zakres opieki sprawowanej przez państwo. Wypracowano dwie formy opieki społecznej – zamkniętą i otwartą (3, 8). Opieka zamknięta polegała na przeniesieniu potrzebującego w nowe warunki życia. Wyrażała się w opiece zakładowej nad dziećmi, dorosłymi i starcami przez organizację np. zakładów opiekuńczych dla dzieci i młodzieży, przytułków dla starych i niedołączonych, domów pracy itp. Opieka otwarta polegała na niesieniu pomocy w formie świadczeń materialnych i poradnictwa, bez zmiany środowiska, w którym przebywał potrzebujący pomocy. Opieka ta ograniczała się do dostarczenia najkonieczniejszych środków potrzebnych do życia. W jej zakres wchodziło także organizowanie kolonii i półkolonii dla dzieci, w celu czasowego przeniesienia ich w lepsze warunki klimatyczne i bytowe oraz żłobków dziennych, świetlic – w celu zapewnienia opieki dzieciom, których oboje rodzice pracowali zarobkowo. Te formy pomocy nazywano półotwartymi. W latach 1916–1920 jedynym organem opieki społecznej pracującym na ziemiach polskich była Rada Główna Opiekuńcza. Po jej likwidacji w 1920 r. jej działalność przejęły władze rządowe, samorządy i poszczególne organizacje społeczne. Do skutecznego rozwoju opieki społecznej przyczynił się swym działaniem Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom. W 1920 r. powołano pogotowia opiekuńcze dla dzieci pozostające w gestii Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. W 1922 r. uregulowano prawnie działalność kolonii letnich dla dzieci. W 1923 r. ogłoszono zasadniczą ustawę o opiece społecznej, która określiła zakres merytoryczny i formalny opieki społecznej oraz jej wykonawców. Opieka społeczna była rozumiana jako zaspakajanie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo nie mogły zapewnić sobie utrzymania własnymi środkami materialnymi lub własną pracą. W zakresie zaspakajania niezbędnych potrzeb do życia opieka społeczna powinna polegać na dostarczeniu:

- koniecznych środków żywnościowych, bielizny, odzieży i obuwia,
- odpowiedniego pomieszczenia z opałem i światłem,
- pomocy w nabyciu niezbędnych narzędzi pracy,
- pomocy i przywróceniu lub podniesieniu zmniejszonej zdolności do pracy.

W polskiej koncepcji opieki społecznej uwzględniono również czynnik pedagogiczny. Za potrzeby życiowe u dzieci uważano także staranie o ich wychowanie religijne, moralne, umysłowe i fizyczne, u młodocianych – pomoc w przygotowaniu do pracy zawodowej.

Prawo do opieki społecznej posiadał każdy, kto własnymi środkami materialnymi nie mógł zaspokoić swoich potrzeb życiowych. W szczególności opieka ta obejmowała:

- opiekę nad niemowlętami, dziećmi i młodzieżą, zwłaszcza nad sierotami, półsierotami, dziećmi zaniedbanymi, opuszczonymi, nieletnimi przestępcami,
- ochronę macierzyństwa,
- opiekę nad bezdomnymi, ofiarami wojny, opiekę nad wychodzącymi z więzień po odbyciu kary,

- walkę z żebractwem, włóczęgostwem, alkoholizmem i nierządem,
- opiekę nad starcami, inwalidami, kalekami, nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo, niezdolnymi do pracy z różnych przyczyn,
- pomoc i współdziałanie z instytucjami opiekuńczymi.

Ogromowi zadań opieki społecznej nie mógł podołać wysiłek państwa i samorządów, odwołano się przeto do współpracy całego społeczeństwa, aby zachęcać do niesienia sobie nawzajem koniecznej pomocy. Podkreślano potrzebę współpracy społeczeństwa z rządem i w tym celu powołano przy ministrze pracy i opieki społecznej organ doradczy i opiniodawczy w postaci Rady Opieki Społecznej. W skład Rady wchodziłi reprezentanci ciał samorządowych, instytucji opieki społecznej i zainteresowanych ministerstw oraz przedstawiciele opiekunów społecznych i komisji opieki społecznej jako czynnik pośredniczący i łączący społeczeństwo z organami opieki społecznej. Z tak szeroko zakrojonej pomocy społecznej społeczeństwo polskie dopiero musiało się nauczyć korzystać.

Podjęcie opieki nad inwalidami wojennymi tuż po odzyskaniu niepodległości wpływało między innymi z obowiązku zapewnienia niezbędnych warunków życia obrońcom państwa oraz z konieczności dostarczenia opieki poszkodowanym Polakom, żołnierzom armii byłych państw zaborczych. Zapewnienie opieki nad inwalidami wojennymi wpływało także na morale żołnierzy polskich walczących aż do 1920 r., przez zapewnienie im, że państwo w razie inwalidztwa udzieli im pomocy. W 1918 r. powstała przy Ministerstwie Spraw Wojskowych (MSWoj.) sekcja opieki nad inwalidami wraz z jej ekspozyturami w miastach. W 1919 r. rozkazem Naczelnego Wodza powołano komitety opieki nad inwalidami. Do nich należała opieka społeczna nad inwalidami wojennymi realizowana przez organizację schronisk, warsztatów pracy, szkolenie i pośrednictwo pracy, organizację kooperatyw inwalidzkich, zapewnienie lecznictwa, protezowania (8).

W 1921 r. wydano ustawę o zaopatrzeniu inwalidów (9). Na jej podstawie zlikwidowano sekcję opieki nad inwalidami i jej ekspozytury w miastach. Ogół spraw związanych z inwalidami przekazano Ministerstwu Spraw Wojskowych, natomiast opiekę społeczną nad nimi oddano w gestię Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej (MPiOS). W 1923 r. sprawami rejestracji, leczenia i protezowania zajęło się MSWoj., natomiast przyznawanie i wypłata rent, przyznawanie koncesji monopolowych i kapitalizacja rent znalazły się w gestii Ministerstwa Skarbu, działające w tym zakresie na wniosek MPiOS. W zakres i zasięg opieki społecznej sprawowanej nad inwalidami wojennymi wchodziły:

- opieka nad całkowicie niezdolnymi do pracy i nad ociemniałymi,
- domy i schroniska inwalidów,
- opieka nad sierotami po inwalidach oraz po poległych i zmarłych, których śmierć miała związek ze służbą wojskową,
- szkolenie i rejestracja,
- pośrednictwo pracy, normowanie pracy inwalidów w zakładach i przedsiębiorstwach, przestrzeganie aby zakłady pracy zatrudniały określony procent inwalidów,
- zgłaszanie wniosków o kapitalizację rent,
- współdziałanie z Głównym Urzędem Ziemijskim w sprawie osadnictwa inwalidów wojennych na roli,
- koordynowanie działalności towarzystw i komitetów opieki nad inwalidami,
- dysponowanie specjalnymi funduszami przeznaczonymi na tę opiekę.

W 1932 r. scalono wszystkie przepisy dotyczące opieki nad inwalidami wojennymi, uproszczono procedurę zgłaszania roszczeń inwalidzkich, określono warunki orzekania stopnia utraty zdrowia (8).

W Polsce wprowadzono zaopatrzenie dla osób, które brały udział w walkach orężnych i były weteranami powstań narodowych z 1831 r., 1848 i 1863 r. oraz wdów po nich. Już w 1919 r. przyznano stałe zaopatrzenie weteranom i wdowom po nich. Ustawa z 1922 r. przyznała im prawo do pomocy lekarskiej w ambulatoriach, szpitalach i zakładach leczniczych na koszt państwa, niedoależnym zaś i pozbawionym opieki zapewniono stały pobyt w zakładach opiekuńczych (Dom Weteranów w Krakowie, zlikwidowany w 1934 r. i Schronisko dla Weteranów w Warszawie). Prawo do zaopatrzenia weteranów powstań narodowych przyznawała specjalna komisja kwalifikacyjna pracująca przy MSWoj., złożona z 6 weteranów i 3 przedstawicieli rządu (8, 9).

Po odzyskaniu niepodległości rząd polski przystąpił do organizacji zakładów badawczych, uwzględniających najnowsze osiągnięcia medycyny, celem wsparcia naukowego i praktycznego ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego. W końcu 1918 r. przy Zakładzie Higieny Uniwersytetu Warszawskiego założono w Warszawie Państwowy Centralny Zakład Higieny, który następnie rozbudowano. W 1923 r. zmieniono mu nazwę na Państwowy Zakład Higieny (PZH) (11). Jego zadania były następujące:

- prowadzenie badań naukowych w zakresie higieny publicznej w celu wykorzystania wiedzy naukowej dla potrzeb sanitarnych kraju, zdrowia publicznego, administracji sanitarnej,
- prowadzenie badań bakteriologicznych, serologicznych, chemicznych, farmakologicznych, epidemiologicznych i innych dla użytku władz administracyjnych w związku z ich działalnością w zakresie administracji sanitarnej,
- wytwarzanie surowic, szczepionek i produktów biologicznych stosowanych w medycynie i w weterynarii w celach zapobiegawczych i leczniczych,
- produkowanie w miarę potrzeb innych środków leczniczych,
- szkolenie fachowego personelu dla publicznej służby zdrowia,
- kształcenie pomocniczego personelu medycznego,
- wykonywanie czynności zleconych w zakresie administracji sanitarnej, a w szczególności w akcji zwalczania chorób zakaźnych oraz w akcji szerzenia oświaty zdrowotnej, według zasad ustalanych przez ministra spraw wewnętrznych (po likwidacji Ministerstwa Zdrowia Publicznego), a następnie po zmianach organizacyjnych służby zdrowia ministra opieki społecznej,
- prowadzenie działalności z zakresu nadzoru sanitarno-epidemiologicznego.

PZH był instytucją państwową, która swoją działalnością naukową i usługową, uwzględniającą najnowsze osiągnięcia w medycynie wspierała prace sanitariatu wojaskowego i sanitariatu cywilnego. Z różnymi modyfikacjami organizacyjnymi Zakład pracuje do dnia dzisiejszego.

Polityka zdrowotna państwa przyczyniła się do stopniowego przesuwania zdrowia na czoło hierarchii wartości ważnych dla każdego, przyczyniła się także do uświadamiania, zgłaszania i nauczenia się zaspakajania przez społeczeństwo swoich potrzeb zdrowotnych (12, 13). Kształtowanie i rozwój polityki zdrowotnej państwa wyrażały się między innymi przez powoływanie instytucji zdrowia publicznego i prowadzoną przez nie opiekę zdrowotną nad społeczeństwem. Zakres i zasięg tej opieki uzależniony był od funduszy przeznaczanych na ten cel.

Po I wojnie światowej zauważa się zmianę pojmowania medycyny jako nauki. Medycyna zajęła miejsce w dyskursie społeczno-politycznym i ekonomicznym, zaczęła wpływać na ujawnianie i zaspakajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, na coraz bardziej uświadamianie przez nie prawo do zdrowia, do opieki zdrowotnej, do zaspakajania potrzeb zdrowotnych jednostki i całego społeczeństwa. Zdrowie przedstawiało być wyłącznie sprawą prywatną obywatela, gdyż nieodzownym warunkiem rozwoju, postępu, dobrobytu i bogactwa państwa było zdrowe społeczeństwo (12, 13). Międzynarodowe konwencje sanitarne i organizacje związane z ochroną zdrowia, do których Polska przystąpiła na mocy traktatu wersalskiego, niejako zobowiązały i potwierdziły rolę i znaczenie państwa w utrzymaniu zdrowia swoich obywateli.

E. Więckowska

THE INSTITUTIONS OF PUBLIC HEALTH IN THE SECOND REPUBLIC OF POLAND ORGANIZATION, AIMS AND TASKS

SUMMARY

The author discusses the organizations, the aims and the tasks of the selected public health care institutions in the Second Republic of Poland which realized particular health policy of the state. The policy included all matters concerning the public health care solved by the state through the assignment of the aims and tasks as well as the organization of the infrastructure for its realization.

In order to determine the tasks of public health care one should ask how the medicine, as a branch of science, influenced off the health policy, what way it was connected with policy and economy as well as how it determined the creation of such a policy? The answers to these questions were provided by the health policy of the state expressed, among others, by health care addressed to an individual, a social group and the whole society. The range of health care corresponds to the assumed objectives aimed at by the state through plans and actions ensuring (at least theoretically) the best solutions. Generally its attempt to provide care and to maintain the health of an individual and the whole society. The tasks of public health care can be grouped in three domains: therapy, prophylaxis and rehabilitation.

PIŚMIENNICTWO

1. Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918–1938, Warszawa: Ministerstwo Opieki Społecznej; 1939.
2. Górny J. Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego Rzeczypospolitej Polskiej 1918–1923, *Zdrowie Publiczne* 1976; 87: 488–93.
3. Kasprzak M red. Higiena ogólna. Warszawa: PZWL 1961; 4–6.
4. Kacprzak M. Lekarze w Polsce, *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1929; 8–9–10, nadbitka
5. Nasierowski T. Świat lekarski w Polsce (II połowa XIX w. – I połowa XX w.) Idee – postawy – konflikty. Warszawa: Okręgowa Izba Lekarska 1992.
6. Kasprzak M red. Ośrodki zdrowia w Polsce. Warszawa: Instytut Społeczny 1928.
7. Podgórska-Kławe Z. Od hospicjum do współczesnego szpitala. Wrocław: Ossolineum 1981.
8. Polityka społeczna państwa polskiego 1918–1935. Warszawa: Ministerstwo Opieki Społecznej 1935.
9. Proecl K, Kowalczewski J. Polskie Prawo Sanitarne. Zbiór ustaw, rozporządzeń, instrukcji, okólników i pism okólnych z lat 1918–1935, wyd. 2. Warszawa: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy 1949.

10. Sadowska J. Lecznictwo ubezpieczeniowe w II Rzeczypospolitej. Łódź: Akademia Medyczna 1990.
11. Sprawozdanie z działalności za lata 1919-1923. Warszawa: Państwowy Zakład Higieny 1924.
12. Vigarello G. Historia zdrowia i choroby. Od średniowiecza do współczesności. Warszawa: Volumen 1997.
13. Więckowska E. Idea medycyny społecznej i jej praktyczne zastosowanie. Magazyn Historii Farmacji i Medycyny 1995; 2: 85-8.
14. Zajusz K. Wybrane zagadnienia z historii medycyny. Katowice: Akademia Medyczna 1982.

Adres autorki:

Elżbieta Więckowska

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich AM

ul. J. Mikulicza-Radeckiego 7, 50-368 Wrocław