

Kwestia upowszechnienia opieki zdrowotnej na polskiej wsi w latach 1918 - 1945

1. Wprowadzenie

W Polsce, w pierwszych latach niepodległości, który określa się w dziejach polityki społecznej jako okres tzw. ratownictwa (1918-1920), nie tylko likwidowano skutki I wojny światowej, lecz również przygotowywano podstawy prawno-organizacyjne dla działalności opieki zdrowotnej na wsi. Dotyczyło to szczególnie ziem byłego zaboru rosyjskiego, gdzie praktycznie nie istniała wiejska służba zdrowia. Natomiast w Wielkopolsce i na Pomorzu reaktywowano dawne stacje sanitarne; w Małopolsce zaś instytucje gminnej służby zdrowia. Rozpoczęły one działalność w oparciu o ustawodawstwo pruskie i austriackie. W przypadku ziem byłej Kongresówki spotkać można było propozycje oparcia opieki zdrowotnej na wsi na modelu medycyny ziemskiej. Generalnie przeważał pogląd, że jej głównym organizatorem powinien być samorząd terytorialny. Natomiast nadzór nad nią sprawować miało państwo.

2. Podstawy prawno-organizacyjne opieki zdrowotnej na wsi po 1918 r.

Zadania i kompetencje tych podmiotów polityki zdrowotnej określone zostały w Zasadniczej Ustawie Sanitarnej z 1919 r. Jednak zbyt ogólnikowo określała ona zadania dla państwowej i samorządowej opieki zdrowotnej. Państwowa służba zdrowia, nie odgrywała w tym czasie większej roli w zabezpieczaniu potrzeb zdrowotnych (oprócz walki z epidemiami). Pion ten spełniał wyłącznie funkcje legislacyjne i kontrolne w stosunku do lecznictwa samorządowego zarówno miejskiego jak i wiejskiego, na którym spoczywało wykonawstwo w zakresie zdrowia publicznego. Jak zauważyła Lidia Krotkiewska: "...w okresie międzywojennym najszerzy zakres obowiązków w sprawach zdrowia całej ludności spoczywał na samorządzie terytorialnym, z tym że ze względu na trudności ekonomiczne mógł on być ograniczony a wykonanie niektórych obowiązków odraczane."¹

Poważnym utrudnieniem dla samorządów terytorialnych w latach 1919 - 1924, był brak uregulowania statutowego ich działalności, w tym również w zakresie zdrowia publicznego. Statutowe formy działalności samorządy uzyskiwały dopiero w latach 1925 - 1929. Natomiast w omawianym okresie, jak pi-

1 L. Krotkiewska, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 6.

sał prof. Tadeusz Hilarowicz: "... o ile organizacja państwowej służby zdrowia oparta jest na przepisach normujących organizację państwowych władz administracji ogólnej, to brak jest przepisów ogólnych, normujących organizację samorządowej służby zdrowia. Poszczególne samorządy urządzają służbę zdrowia opierając się na swobodzie poszczególnych samorządów normowania swoich spraw wewnętrznych. Miasta utrzymują lekarzy miejskich, wydziały powiatowe lekarzy sejmikowych, co zależy od woli danego związku samorządowego i jego budżetu"²

Kłopoty finansowe samorządów wiejskich miały negatywny wpływ na jakość i ilość świadczeń zdrowotnych. W okresie międzywojennym wydatki samorządów na ochronę zdrowia, na statystycznego mieszkańca wsi, były prawie 6 razy niższe aniżeli na mieszkańca miasta. Niewiele pomagały dotacje państwowe. Dotacje te w znacznym stopniu uzależniały słabsze finansowo samorządy od wojewódzkich i powiatowych organów państwowej służby zdrowia.³

Ta niedoskonałość systemu organizacyjnego wiejskiej służby zdrowia wzbudzała niepokój wśród polskich lekarzy-higienistów, którzy uważali za sprawę konieczną uregulowanie prawne w tym zakresie. Zwrócił na to uwagę zasłużony na polu higieny dr Józef Polak na VI Zjeździe Higienistów Polskich, który odbył się we Lwowie 7 - 8 lipca 1928 roku.⁴ Warunkiem rozwoju lecznictwa samorządowego było sprecyzowanie kompetencji państwa i samorządu.

3. Powstanie nowych form lecznictwa na polskiej wsi w latach 1925 - 1939

Do głównych zadań lecznictwa samorządowego, zdaniem wielu higienistów europejskich należała poprawa stanu opieki i warunków zdrowotnych wsi oraz wyrównanie dysproporcji w tym zakresie występujących pomiędzy miastem a wsią. Higieniści niemieccy zwracali uwagę, że nawet najlepsze instytucje medycyny zapobiegawczej w mieście nie spełnią swoich zadań, gdy okoliczna ludność wiejska przebywać będzie w anty-sanitarnych warunkach.⁵

Szereg projektów poprawy warunków bytowych ludności wiejskiej przygotowali higieniści francuscy i niemieccy. Cenne propozycje rozwiązań w tym zakresie wysuwali również teoretycy i praktycy jugosłowiańscy (dr A. Stampar) raz duńscy mający ogromne doświadczenia na polu rozwoju wsi. Coraz więcej zwolenników zaczęła zdobywać koncepcja oparcia opieki zdrowotnej ludności wiejskiej i małomiasteczkowej na ośrodkach zdrowia.

2 T. Hilarowicz, *Zarys polskiego prawa sanitarnego*, Warszawa 1926, s. 20.

3 *Polityka społeczna państwa polskiego 1918 - 1935*, Warszawa 1935, s. 343.

4 „Nowiny Społeczno - Lekarskie”, R. 2, 1928, nr 17, s. 495.

5 W. Chodźko, *Uzdrowotnienie wsi a organizacja publicznej służby zdrowia*, Warszawa 1928, s. 23

Powstała ona w Stanach Zjednoczonych i zaczęła się rozwijać od 1913 roku. Nawiązywała do rozwiązań brytyjskich, głównie "public health act" z 1843 r.⁶ Według definicji zaproponowanej przez czołowego propagatora idei ośrodków zdrowia dr. C. F. Wilińskiego z Bostonu: "Ośrodki zdrowia są instytucją mającą na celu zdrowie i należną profilaktykę wśród szerszych warstw ludności, urzeczywistniając to przez skoncentrowanie w łonie jednej organizacji działalność wszystkich urzędowych i prywatnych instytucji higienicznych i opiekuńczych działających na określonym terenie przy zasadzie wspólnej korelacji i koordynacji pracy."⁷

Działalność wszystkich typów ośrodków zdrowia w USA (centralistycznego, decentralistycznego, federacyjnego) oparta była na następujących zasadach: terytorialności działania, jednolitości administracji i koordynacji działalności poszczególnych organizacji zdrowotnych, szerokiej działalności profilaktycznej, połączenia spraw zdrowotnych z opieką społeczną.⁸

W Europie ideę ośrodków zdrowia propagowała Komisja Higieny Wsi Ligi Narodów. Ogromne też znaczenie dla jej propagandy miała tzw. Konferencja Budapeszteńska, która odbyła się 27 - 31 X 1930 r. Uczestniczyli w niej przedstawiciele Bawarii, Czechosłowacji, Danii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Jugosławii, Polski (M. Kacprzak i W. Chodźko) i Węgier. Uczestnicy konferencji ustalili, że: ośrodki zdrowia są najlepszym rozwiązaniem spraw zdrowotnych wsi. Powinny one zająć się zwalczaniem chorób zakaźnych i społecznych (zimnicy, gruźlicy, kiły), opieką medyczną nad matką i dzieckiem, udzielaniem pomocy w nagłych wypadkach, poprawą stanu sanitarnego na wsi oraz oświatą zdrowotną.⁹

Konferencja proponowała dwa ogniwa w organizacji ośrodków zdrowia. Jednym z nich miał być "ośrodek pierwszego rzędu", w którym nad zdrowiem ludności czuwać mieli: lekarz higienista, pielęgniarka społeczna, położna oraz kontroler sanitarny. Miały one funkcjonować w oparciu o "ośrodki zdrowia drugiego rzędu", czyli powiatowe ośrodki zdrowia. Zdaniem uczestników konferencji, placówka ta powinna być "czynnikiem kierowniczym i koordynującym dla wiejskich ośrodków zdrowia, łącznikiem pomiędzy wszystkimi ośrodkami zdrowia wiejskimi swego okręgu czy powiatu, a innymi urządzeniami w dziedzinie higieny publicznej, opieki społecznej, szpitalnictwa i.t.p."¹⁰

6 M. Kacprzak, *Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia*, [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, pod red. M. Kacprzaka, Warszawa 1928, s. 83.

7 W. Chodźko, op. cit., s. 36.

8 J. Danielski, *Charakter i zadania ośrodków zdrowia*, Tarnopol 1931, s. 5 - 6.

9 W. Chodźko, *Uzdrowotnienie wsi na terenie Ligi Narodów*, „Lekarz Polski”, R. 7, 1931, nr 1, s. 3.

10 Ibidem, s. 4.

Nawiązując do uchwał Konferencji Budapeszteńskiej Komisja Ekspertów w sprawie organizacji pomocy lekarskiej na wsi Ligi Narodów, w skład której weszli przedstawiciele: Niemiec, Francji, Hiszpanii, USA i Włoch, podczas obrad w 1931 r. w Genewie, zaproponowała, aby jeden wiejski ośrodek zdrowia obsługiwał maksymalnie 2 tysiące mieszkańców.¹¹ W miarę rozwoju sieci ośrodków zdrowia proporcje te powinny ulec zmniejszeniu do 1:1000 mieszkańców.

W europejskiej polityce społecznej zaczynają się pojawiać w latach 30. koncepcje rozszerzenia funkcji profilaktyczno-leczniczej ośrodków zdrowia. Podczas II Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej, który odbył się we Frankfurcie nad Menem w 1932 r., prof. Tandler z Wiednia, zwracał uwagę na konieczność powiązania ośrodków zdrowia z innymi zakładami leczniczymi oraz ośrodków pomocy społecznej. Postulował również zorganizowanie ośrodków zdrowia poradni dla kobiet w ciąży i kobiet-matek, stacji opieki dla chorych na gruźlicę, choroby weneryczne, umysłowe, opieki higienicznej nad młodzieżą szkolną oraz poradnictwa zawodowego.¹²

Należy zwrócić uwagę, iż na omawianej konferencji przedstawiciel Polski dr Czesław Wroczyński poinformował, że również w Polsce dąży się do scentralizowania wszystkich agend zdrowotnych i społecznych. Natomiast prof. Helena Radlińska wysoko oceniła koncepcję dr. Tandlera, wiążącą m.in. opiekę zdrowotną z opieką społeczną, ponieważ: "Skuteczność pomocy zależy od łącznego zaspokajania potrzeb materialnych i duchowych."¹³

Konkludując, pod wpływem doświadczeń amerykańskich ukształtowała się europejska koncepcja ośrodków zdrowia jako podstawowych placówek leczniczych medycyny zapobiegawczej, organizowanych i finansowanych przez samorządy. Jednak w odróżnieniu od koncepcji amerykańskich, zakładano znacznie większy udział państwa w nadzorze i kontroli, koordynacji oraz finansowaniu tych zamierzeń. Koncepcja ta miała więcej zwolenników, aniżeli propozycje francuskie (m.in. Calmetta) zakładające przejęcie głównego ciężaru w zakresie zwalczania chorób zakaźnych i społecznych oraz profilaktyki przez system poradni. Doczekała się ona realizacji w większości państw europejskich.

Koncepcją tą była żywo zainteresowana Polska, która była jednym z ośmiu państw, w których Fundacja Rockefellerowska założyła pierwsze okręgi sanitarne z ośrodkami zdrowia. Pierwsze 2 ośrodki i okręgi sanitarne powstały w 1925 r.: wielkomiejski w Warszawie na Mokotowie i małomiasteczkowo-

11 „Nowiny Społeczno - Lekarskie”, R. 5, 1931, nr 13, s. 217.

12 Sprawozdanie z Drugiej Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej w Frankfurcie nad Menem 1932 r., Warszawa 1933, s. 11.

13 Ibidem; H. Radlińska, *Oświata i kultura wsi polskiej. Wybór pism*, Warszawa 1979, s. 306

wiejski w powiecie skierniewickim.¹⁴ W latach następnych powstawały nowe. W 1934 r. pod ich opieką było pół miliona osób, a ilość ich w połowie 1936r. wzrosła do 350. Ówczesne władze początkowo traktowały tę instytucję jako eksperyment łączący różne działy służby zdrowia w jedną całość.¹⁵

Analiza działalności pierwszych ośrodków zdrowia, pozwoliła wypracować koncepcję placówki o szerszym profilu od proponowanego przez europejską myśl społeczno-medyczną. Rozszerzono zakres działania w zakresie profilaktyki i leczenia chorób społecznych, m.in. o walkę z jaglicą. Zdaniem dr. M. Kacprzaka ośrodki zdrowia utworzone "....do walki z chorobami społecznymi, odgrywają one w tej dziedzinie rolę największą i to głównie jako tereny eksperymentalne, unaoczniające najracjonalniejsze metody walki z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, pokazujące jak prowadzić akcję zapobiegawczą w opiece nad matką i dzieckiem."¹⁶ Według dr. S. Tubiasza instytucje te powinny skoncentrować się na akcji społeczno-zapobiegawczej i sanitarnopolicyjnej." W ośrodku zdrowia powinna być prowadzona walka z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, opieką nad matką i dzieckiem, walka z alkoholizmem i chorobami umysłowymi, może on zawierać laboratorium podręczne, poradnię sportową i inne pokrewne działy, ale tam również winien być sprawowany nadzór nad zaopatrywaniem ludności w wodę, nadzór nad ogólną czystością, nad środkami spożywczymi, walka z chorobami zakaźnymi itd."¹⁷

Podobne stanowisko prezentował również dr W. Chodźko, który uważał, że akcja poprawy warunków zdrowotnych wsi powinna iść jednocześnie w dwóch kierunkach: asanacji technicznej oraz tworzenia instytucji medycyny społecznej i zapobiegawczej. Dr Chodźko proponował bowiem utworzenie biur sanitarnych lekarzy rejonowych przy ośrodkach zdrowia. Postulował on również większy udział finansowy państwa w organizowaniu działalności tych ośrodków.¹⁸ O udział finansowy państwa w organizowaniu wiejskich placówek służby zdrowia dopominali się również m.in. lekarze: F.K. Cieszyński, T. Janiszewski, J. Jaworski, M. Kacprzak.¹⁹

Jak zwrócił uwagę dr J. Danielski, przedstawione wyżej koncepcje proponowały model ośrodka zdrowia w Polsce, na nieco odmiennych od modelu

14 S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa - Łódź 1987, s. 19 - 20; S. Tubiasz, *Zarys ogólny ośrodków zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] Ośrodki zdrowia w Polsce, pod red. M. Kacprzaka, Warszawa 1928, s. 83.

15 Archiwum Akt Nowych w Warszawie (AAN), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (MSW), sygn. 748, s. 2.

16 M. Kacprzak, *Stan opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej*, [w:] *Warunki pracy i życia w Polsce międzywojennej w świetle badań społecznych*, oprac. D. Poliński, Warszawa 1980, s. 394 - 395.

17 S. Tubiasz, op. cit., s. 6.

18 W. Chodźko, *Uzdrowotnienie wsi a organizacja publicznej służby zdrowia* ..., s. 28.

19 H. Rafalski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, Warszawa 1972, s. 129.

amerykańskiego. Zasadnicze różnice, były następujące: dążenie do ujęcia całości kształtu spraw publicznej służby zdrowia na danym terenie (w tym spraw sanitarno-epidemiologicznych, jak: asenizacja, zaopatrywanie wsi w wodę, nadzór nad artykułami spożywczymi, zwalczanie chorób zakaźnych, szczepienia ochronne), większe oparcie na samorządach, większy nadzór państwowy, wyraźne tendencje stosowania poza medycyną zapobiegawczą również leczenia. Zdaniem dr J. Danielskiego, system ośrodków zdrowia powinien stanowić główne ogniwo publicznej służby zdrowia pod nadzorem instytucji centralnych. Działać miał na następujących podstawach: terytorialności działania, jednolitości administracji, koordynacji pracy, szerokiej działalności profilaktycznej - zwłaszcza w dziedzinie walki z chorobami społecznymi i opieki nad matką i dzieckiem, bezpłatności porad (przy utrzymaniu niskich opłat za świadczenia, np. za leki), propagandy sanitarnej, prowadzenia poradni w ośrodkach zdrowia (miejskich i powiatowych) przez specjalistów oraz diagnostyki, szkolenia personelu medycznego, finansowania przez samorządy, nadzoru państwowego.²⁰

Struktura proponowanego systemu miała być następująca: punkty opieki zdrowotnej w większych wsiach, rejonowy (okręgowy) ośrodek zdrowia, centralny powiatowy ośrodek zdrowia. Dr J. Danielski proponował również opracowanie planu współpracy ośrodków zdrowia z lecznictwem ubezpieczeniowym, medycyną szkolną, oraz instytucjami społecznymi. Postulat ten znalazł się również, na wniosek dr. Danielskiego, w uchwałach IX Zjazdu Higienistów Polskich oraz XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich /11-15 IX 1933 roku.²¹ Natomiast dr W. Chodźko proponował w tym zakresie przekazanie ośrodkom zdrowia całej działalności profilaktycznej Kas Chorych, na określonych warunkach finansowych.²²

Proces powstawania nowych ośrodków stał się już nieodwracalnym. Podczas posiedzenia Naczelnej Rady Zdrowia 25 czerwca 1936r. stwierdzono, że: "Uznanie dla tej akcji znaleźliśmy nie tylko u swoich, ale także u obcych. Goście, częstokroć wybitni przedstawiciele służb zdrowia różnych krajów, wyrażają się zwykle bardzo pochlebnie o zasadach wprowadzanych przez nas w życie".²³ W drugiej połowie lat 30. zakres ich zadań został rozszerzony. Zaczęły być one łączone ze stacjami lub tzw. ośrodkami opieki społecznej. Nowopowstałe placówki stawały się ośrodkami opieki społecznej i zdrowia. Ścisłe współpracowały one z różnymi organizacjami i instytucjami społecznymi, ko-

20 J. Danielski, op. cit., s. 6 - 11.

21 J. Danielewski [J. Danielski], *Koordinacja akcji higienicznej i opieki społecznej na terenie wsi*, „Pamiętnik XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu 11 - 15 IX 1933", t. 2, pod red. A. Jakóbskiego i K. Jonschera, Poznań 1933, s. 166.

22 W. Chodźko, *Uzdrowotnienie wsi na terenie Ligi Narodów ...*, s. 5.

23 AAN, MSW, sygn. 748, s. 2.

misjami opieki społecznej i opiekunami społecznymi w sprawach dotyczących określonych rejonów opiekuńczych.

Konkludując, w Polsce został przyjęty model ośrodka zdrowia typu amerykańskiego, w wydaniu europejskim, z uwzględnieniem sytuacji zdrowotnej ludności wiejskiej i małomiasteczkowej II Rzeczypospolitej. Zrezygnowano z wzorów jugosłowiańskich oraz rosyjskiej medycyny ziemskiej.

Drugim modelem proponowanym dla wsi w zakresie opieki zdrowotnej były spółdzielnie zdrowia. Rzecznikiem tej idei był wybitny teoretyk i działacz ruchu ludowego Stanisław Thugutt. Placówki takie, jak apteka spółdzielcza, szpital spółdzielczy byłyby spółdzielniami spożywców /użytkowników/ zabezpieczającymi potrzeby zdrowotne członków.²⁴ W środowisku lekarskim prekursorem tej formy pomocy lekarskiej był wymieniany wcześniej dr F. Cieszyński, który zaproponował przyjęcie modelu jugosłowiańskiego, sprawdzonego w praktyce i popieranego przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Lekarzy (APIM). Jedna spółdzielnia miała obejmować opieką 4-5 tysięcy osób (800-1000 rodzin).²⁵ Świadczenia spółdzielni zdrowia obejmować miały bezpłatną profilaktykę oraz płatne leczenie (członkowie spółdzielni opłacaliby pełną takse). F. Cieszyński nie przewidywał również negatywnych postaw lekarzy wobec tej instytucji.²⁶

Na początku lat 30. koncepcje poprawy opieki zdrowotnej na wsi proponowane przez polską myśl społeczno-lekarską zostały również uwzględnione w programach partii ludowych. W 1930 r. Stronnictwo Chłopskie po raz pierwszy w dziejach ruchu ludowego wystąpiło z konkretnym programem rozwiązania zagrożeń zdrowotnych wsi. Domagając się zapewnienia bezpłatnej pomocy leczniczej dla najbardziej potrzebującej ludności wiejskiej, proponowało wprowadzenie podziału powiatów na rejony sanitarne dla 20-25 tysięcy mieszkańców, w których zostałyby zorganizowane wiejskie ośrodki zdrowia i opieki społecznej oraz zakłady położnicze.²⁷ Środki finansowe na ten cel powinny być zagwarantowane przez budżet państwa. Przedstawione w 1930 r. przez Stronnictwo rozwiązania stały się wzorem dla przyszłych programów ruchu ludowego.

Stanowisko to podzielało również ZMW RP "Wici". W deklaracji społeczno-gospodarczej uchwalonej na Walnym Zjeździe w 1935 roku, czytamy: że „wszyscy obywatele kraju powinni korzystać z bezpłatnej opieki lekarskiej. Biorąc pod uwagę, że niemożliwością jest w dzisiejszych warunkach zaprowadzić od razu powszechną służbę zdrowia w całym kraju - należy stworzyć do-

24 S. Thugutt, *Autobiografia*, Warszawa 1984, s. 43.

25 F.K. Cieszyński, *Opieka nad zdrowiem wsi a spółdzielczość*, „Nowiny Społeczno-Lekarskie”, R. 7, 1933, nr 21, s. 3 - 10.

26 S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej ...*, s. 21.

27 J. Borkowski, J. Kowal, S. Lato, W. Stankiewicz, W. Więzikowa, *Zarys historii polskiego ruchu ludowego*, t. 2, 1918 - 1939, Warszawa 1970, s. 302.

browolne zrzeszenie na wzór jugosłowiański spółdzielni z własnymi aptekami. Organizacjom tym państwo i samorządy winny przyjąć z jak najdalej idącym poparciem i pomocą finansową."²⁸

Opieka zdrowotna jaką mieli zapewnić robotnikom rolnym w ramach tzw. świadczeń zastępczych właściciele gospodarstw była niedostateczna. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Spraw Społecznych w latach 1935-1936 wynikało, że zorganizowaną pomoc medyczną zapewniło zaledwie 30% pracodawców rolnych. "Wydatki na opiekę lekarską nad zdrowiem robotników, nawet tych pracodawców rolnych którzy dają opiekę wystarczającą, nie przewyższają 20% dawnych składek na Kasę Chorych. Pomimo to większość pracodawców chce oszczędzić jeszcze więcej."²⁹ Dodać należy, iż czasowo zatrudnieni pracownicy rolni byli z reguły pozbawieni wszelkiej pomocy medycznej.

Koncepcja lecznictwa samorządowego w oparciu o ośrodki zdrowia została rozwinięta podczas obrad Konferencji w sprawie zdrowia wsi zorganizowanej w Warszawie w 1937 r. przez Instytut Spraw Społecznych. Brali w niej udział lekarze, politycy społeczni oraz działacze ruchu ludowego. Na konferencji sformułowany został program działania na rzecz wprowadzenia w życie koncepcji powszechnej służby zdrowia, obejmujący swym zasięgiem ludność miast i wsi, uwzględniając takie zagadnienia jak: powszechność, dostępność, planowość oraz w ograniczonym na razie zakresie bezpłatność. Wysunięto konkretne propozycje likwidacji wielosektorowości w służbie zdrowia. Postulaty te realizować miała państwowo-samorządowa służba zdrowia.

Na konferencji uchwalono następujące wnioski ogólne:

1. Opieka lekarska na wsi jest w chwili obecnej niezorganizowana i niewystarczająca.
2. Zorganizowanie odpowiednich podstaw opieki lekarskiej na wsi, jak również podniesienie ogólnych warunków zdrowotnych ludności wiejskiej należy uważać za konieczność państwową.
3. Stan opieki nad zdrowiem robotników rolnych i ich rodzin w dzisiejszej organizacji jest z punktu widzenia zdrowia publicznego niedopuszczalny, a w niektórych działach np. chorób zakaźnych ostrych i chronicznych, groźny dla całego społeczeństwa. Szerokie uprawnienia ustawowe władz powiatowych, rozporządzających środkami by zmusić pracodawców do dostarczenia robotnikom należytej pomocy nie są wyzyskiwane.

28 *Związek Młodzieży Wiejskiej RP „Wici”. W walce o postęp i sprawiedliwość społeczną. Wybór dokumentów 1928 - 1939*, oprac. E. Gołębiowski i S. Jarecka - Kimłowska, Warszawa 1978, s. 113.

29 M. Radajewski, *Opieka nad zdrowiem robotników rolnych*, [w:] *W walce o zdrowie wsi polskiej. Referaty wygłoszone na konferencji poświęconej opiece lekarskiej na wsi zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w Warszawie w dniach 3 I I - 1,2 II 1937*, pod red. M. Kacprzaka, Warszawa 1937, s. 31 - 39, 47.

W zakresie modelu organizacyjnego i form akcji zdrowotnej postulowano:

1. Dla zlikwidowania wielotorowości i wynikającego stąd marnotrawstwa, konieczne jest opracowanie jednolitego planu organizacji pomocy lekarskiej na wsi, który będzie stopniowo, lecz możliwie najszybciej realizowany. Stanowić on miał podstawę dla działań państwa, samorządów oraz społeczeństwa na rzecz realizacji idei powszechnej opieki zdrowotnej.
2. Organizację i prowadzenie opieki lekarskiej na wsi należy powierzyć samorządom, które w tym celu powinny mieć zapewnione specjalne źródło dochodu.
3. W wykonywaniu przez samorządy zadań ochrony zdrowia ludności wiejskiej konieczne jest współdziałanie rządu, Ubezpieczalni Społecznych i organizacji społecznych, zwłaszcza spółdzielczych.
4. Najracjonalniejszą formą organizacji powszechnej ochrony zdrowia ludności wiejskiej stanowią terytorialne ośrodki zdrowia, mające za zadanie wszechstronną opiekę lekarską i higieniczną nad ludnością danego terenu w zakresie zarówno lecznictwa jak i profilaktyki. W razie niemożności zorganizowania odpowiedniej sieci stałych ośrodków zdrowia, a także w razie konieczności spełnienia specjalnych zadań (np. masowe badania w wypadku podejrzenia epidemii) należy tworzyć ruchome kolumny zdrowia.
5. Wszelkie próby zmierzające do samodzielnego zorganizowania przez ludność opieki lekarskiej na wsi, np. "Spółdzielnie Zdrowia", działalność higienistek wiejskich i położnych, powinny znaleźć życzliwy stosunek i czynne poparcie ze strony czynników państwowych i samorządowych. Należy także "...popierać działalność higienistek wiejskich i położnych, czy to przez angażowanie ich do pracy w ośrodkach zdrowia lub przy lekarzach rejonowych, czy to przez subwencjonowanie, udzielanie pożyczek zwrotnych, premiowanie przyjętych porodów itp.³⁰

Można w tym miejscu przypomnieć, że w 1939 r. działało 5 spółdzielni zdrowia: w Markowej koło Przeworska, Remenowie koło Lwowa, Turli Kościelnej koło Białegostoku, Dmitrowicach koło Brześcia oraz w Odrowążu koło Konina. Działała również spółdzielnia zdrowia w Sochaczewie posiadająca status spółdzielni powiatowej.³¹

Zdaniem S.Kosińskiego, w omawianym okresie proponowane były dla wsi 4 typy modeli opieki zdrowotnej:

1. samorządowo-państwowy
2. spółdzielczy
3. tradycyjny oparty na instytucji lekarza wolnopracującego

³⁰ W walce o zdrowie wsi polskiej ..., s. 303 - 304.

³¹ S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej* ..., s. 22 - 23.

4. model mieszany, czyli hybrydowy, zakładający koegzystencję trzech poprzednich systemów.³²

Do zwolenników tego ostatniego modelu zaliczyć można tych polityków społecznych, którzy proponowali wprowadzenie ubezpieczeń chorobowych dla proletariatu rolnego. Przedstawiona wyżej konferencja zaakceptowała model państwowo-samorządowy działający w oparciu o ośrodki zdrowia, wspomaganym przez spółdzielczość zdrowia. Rozwój tych form działalności profilaktyczno-lecznicze pozwoliłyby na stworzenie podstaw powszechnej służby zdrowia.

Postulaty środowiska lekarskiego, polityków społecznych, działaczy ruchu ludowego w sprawie państwowo - samorządowej opieki zdrowotnej, formułowane m.in. podczas omawianej konferencji w sprawie zdrowia wsi spowodowały przyspieszenie prac nad projektem ustawy o publicznej służbie zdrowia. Projekt ustawy został przygotowany w 1938 roku.

Zakładano w nim, że państwo będzie sprawować nadzór nad organizacją opieki zdrowotnej oraz koordynować wszelką działalność w tym zakresie. Natomiast główny ciężar utrzymania placówek służby zdrowia spoczywać miał na samorządzie terytorialnym i zawodowym oraz na Ubezpieczalniach Społecznych. W projekcie nałożono na gminę obowiązek zaangażowania lekarza gminnego (miejskiego), który miał głos decydujący w sprawie zdrowia publicznego. W wyjątkowych wypadkach z powodu trudności finansowych, wydziały powiatowe mogły zwolnić gminy z tego obowiązku. Istniała możliwość powołania zamiast lekarza gminnego, lekarza okręgowego odpowiedzialnego za ochronę zdrowia na terenie 2-3 gmin. Do zadań samorządu terytorialnego należała organizacja gminnych /miejskich/ lub okręgowych ośrodków zdrowia oraz niezbędnych urządzeń sanitarnych zapewniających podstawową opiekę medyczną na danym terenie. Dotyczyło to takich zagadnień, jak: zapobieganie chorobom społecznym, nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym otoczenia. Mógł również udzielać pomocy lekarsko-położniczej ludności ubogiej.

Instytucje ubezpieczeń społecznych zostały zobowiązane do pokrycia części kosztów organizacji i działalności ośrodków zdrowia. Natomiast państwo ponosić miało jedynie ciężar prowadzenia zakładów naukowo-badawczych /np. PZH/ i klinik, zarządzania uzdrowiskami państwowymi oraz zapewnienia opieki lekarskiej funkcjonariuszom państwowym i cywilnym.³³

Środowisko lekarskie krytycznie ustosunkowało się do projektu ustawy. Poznańska Izba Lekarska zwróciła uwagę na fakt, że samorządy miejskie i gminne nie mogły przejąć głównego ciężaru troski o zdrowie mieszkańców.

32 S. Kosiński, *Spoleczno - kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864 - 1980)*, Lublin 1983, s. 112.

33 L. Krotkiewska, op. cit., s. 27 - 30.

Z powodu trudności finansowych, nie były one w stanie wybudować i utrzymać około 1000 ośrodków zdrowia.³⁴

Ustawa o publicznej służbie zdrowia została uchwalona przez Sejm 15 czerwca 1939 r. Zastępowała ona następujące akty prawne: zasadniczą ustawę sanitarną z 19 VII 1919 r., austriacką ustawę z 30 IV 1870 r. o organizacji publicznej służby sanitarnej, galicyjską ustawę krajową z 2 II 1891 r. o urządzeniu służby w gminach o obszarach dworskich, pruską ustawę z 16 VI 1899 r. o stanowisku lekarza powiatowego.³⁵

4. Koncepcje opieki zdrowotnej podczas II wojny światowej

Ruch ludowy wysuwając postulaty zreformowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce nawiązał do żądań z okresu międzywojennego, m.in. do uchwał Kongresu SL z 7 - 8 XII 1933 r., Walnego Zjazdu ZMW RP "Wici" z 27-28 X 1935 r. oraz Konferencji dotyczącej ochrony zdrowia na wsi zorganizowanej przez Instytut Spraw Społecznych w 1937 r. Działacze ludowi zapowiadali, że po wyzwoleniu nastąpi upowszechnienie świadczeń zdrowotnych, zarówno poprzez rozwój Ubezpieczalni Społecznych jak i leczenia państwowo - samorządowego (ośrodki zdrowia, szpitalnictwo) oraz spółdzielni zdrowia (opartych na samorządzie).³⁶ Natomiast nie wypowydano się konkretnie w sprawie odpłatności za świadczenia zdrowotne.³⁷

W uchwalonej przez CKRL w grudniu 1943 r. "Deklaracji ideowo-programowej ruchu ludowego" zwracano uwagę, iż głównym zadaniem państwa i związków samorządowych winna być "pieczołowita opieka nad ochroną zdrowia." Natomiast ruch ludowy winien dążyć do szerokiej rozbudowy szpitalnictwa w oparciu o samorząd oraz do zorganizowania dostatecznej liczby ośrodków zdrowia lub spółdzielni zdrowia.³⁸

Komisja programowa CKRL wysunęła postulat ujednolicenia i upowszechnienia ubezpieczeń społecznych, które miały obejmować wszystkie ryzyka losowe. Działacze CKRL uważali, że najlepszym rozwiązaniem byłoby: "... objęcie powszechnym ubezpieczeniem chorobowym i wypadkowym wsi. Wy-

34 „*Nowiny Społeczno - Lekarskie*”, R. 12, 1938, nr 11, s. 167 - 168; „*Wiadomości Lekarskie*”, R. 9, 1937, nr 3, s. 17.

35 Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, dnia 23 czerwca 1939 r., nr 54, poz. 342), wyd.: LINW, Warszawa 1945.

36 *Materiały źródłowe do historii polskiego ruchu ludowego*, t. 4; 1939 - 1945. Oprac.

Z. Mańkowski, J. Nowak, Warszawa 1966, s. 257; H. Winnicka, *Tradycja a wizja Polski w publicystyce konspiracyjnej*, Warszawa 1980, s. 252.

37 S. Dąbrowski, *Koncepcje przebudowy Polski w programach i publicystyce ruchu ludowego 1939 - 1945*, Warszawa 1981, s. 227.

38 *Materiały źródłowe do historii polskiego ruchu ludowego*..., s. 257; *Program podziemnego ruchu ludowego*, Londyn 1943, s. 4; J. Hirs, *Terenowa prasa konspiracyjna ruchu ludowego 1939 - 1945*, Warszawa 1977, s. 208.

gładałoby to w ten sposób, że chłop płaciłby podatek gruntowy o parę procent więcej, który to procent szedłby na opłatę składek do kas Ubezpieczalni Społecznej. Ubezpieczeniem byłby objęty każdy mieszkaniec wsi, płacący ten podatek wraz z rodziną i korzystałby bezpłatnie lub według minimalnych stawek z opieki lekarskiej i szpitalnej."³⁹ Sądzić należy, iż powyższy wariant rozwiązania zagadnienia opieki zdrowotnej na wsi preferował zamożniejsze grupy społeczne na wsi posiadające duże gospodarstwa rolne. W gorszej sytuacji znalazłaby się ludność bezrolna. Opiekę nad ludnością bezrolną, rodzinami pomordowanych i wywiezionych sprawować miał samorząd terytorialny. Miał on zagwarantować zatrudnienie przy robotach publicznych oraz zorganizowanie nowych miejsc pracy, przeznaczając na ten cel środki finansowe uzyskane ze zbiorów i składek społeczeństwa.⁴⁰

W programie SL "Roch" ważne miejsce zajmowały problemy polityki demograficznej. Zwracano szczególną uwagę na opiekę nad rodziną, matką i dzieckiem.⁴¹ Zadaniom tym przyświecać miał cel utylitarny - zwiększenie liczby ludności, co z uwagi na straty biologiczne narodu powstałe w wyniku wojny, a także zwiększone zapotrzebowanie na rynku pracy - służyć miało realizacji głównego celu ekonomicznego polityki gospodarczej przyszłego państwa, jakim było możliwie szybkie odbudowanie kraju ze zniszczeń wojennych. W omawianej deklaracji CKRL wysunął postulat "... roztoczenia opieki akuseryjnej nad dzieckiem i matką w czasie porodu; w oparciu o ośrodki zdrowia opieka ta musi być zorganizowana we wszystkich gminach."⁴² Zapowiadano objęcie szczególną opieką matkę i dziecko w rodzinach wielodzietnych oraz wprowadzenie podatków progresywnych nakładane na osoby samotne, małżeństwa bezdzietne itp.⁴³ W realizacji omawianych zadań CKRL przywiązywał dużą wagę do inicjatywy społecznej w takich dziedzinach jak: higiena społeczna, oświata i kultura.⁴⁴

Ważną rolę w realizacji programu poprawy opieki zdrowotnej odegrać miał powołany przez CKRL w 1942 r. Ludowy Związek Kobiet. W opracowanym w następnym roku regulaminie LZK określono charakter organizacji. LZK miała być masową organizacją zawodową i społeczno - wychowawczą działającą wśród kobiet w środowisku wiejskim. Jednym z głównych zadań LZK była organizacja służby sanitarnej w Batalionach Chłopskich w postaci "Zielonego Krzyża". Ponadto LZK pomagać miał społeczności wiejskiej w

39 „Wiadomości Kobiectw” listopad 1944, nr 11, s. 3.

40 Archiwum Zakładu Historii Ruchu Ludowego (AZHRL), Centralne Kierownictwo Ruchu Ludowego „Roch” (CKRL), sygn. CKRL / 12, s. 16.

41 S. Dąbrowski, op. cit., s. 227.

42 *Materiały źródłowe do historii polskiego ruchu ludowego* ..., s. 257.

43 S. Dąbrowski, op. cit., s. 228.

44 AZHRL, CKRL, sygn. CKRL / 9, s. 3, sygn. CKRL / 12, s. 28.

rozwiązywaniu problemów gospodarczych, zdrowotnych, wypoczynkowych, prawnych.⁴⁵

W realizacji programu podniesienia poziomu świadomości zdrowotnej kobiet wiejskich ogromną rolę odgrywała publicystyka SL, w szczególności czasopisma: "Żyvia" oraz redagowane przez Barbarę Matus "Wiadomości Kobiece". Do tematów w nich poruszanych wymienić należy: świadome macierzyństwo i ojcostwo, opieka nad samotnymi, zagadnienia higieny, pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, zdrowie dziecka itp. W 1942 r. publicystyka SL zwróciła uwagę na ogromny wzrost zachorowań na gruźlicę w miastach, wskazując jako główną przyczynę tego stanu ogólne niedożywienie ludności miejskiej. Dlatego też, apelowano do rolników o pomoc.⁴⁶

W Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej LZK (przemianowany w 1944 r. na Wydział "Zielonego Krzyża") opracowane zostały "Wytyczne programowe LZK w dziale zdrowia wsi" w których przedstawiono zasady organizacyjne Powszechnej Służby Zdrowia. Organem wykonawczym PSZ miało być Ministerstwo Zdrowia oraz podległe mu jednostki. Natomiast funkcję kontrolną sprawować miał "czynnik społeczny" reprezentowany przez samorząd terytorialny, którego kompetencje nie zostały jednak sprecyzowane. PSZ powinna przyjąć całość zagadnień związanych z lecznictwem i profilaktyką, kadrami medycznymi, szerzeniem oświaty sanitarnej. Działalność PSZ oparta miała być o gęstą sieć bardzo dobrze zaopatrzonych w nowoczesny sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny placówek leczniczych głównie w gminnych ośrodkach zdrowia. Podporządkowane jej miały być również spółdzielnie zdrowia. Nie przewidywano działalności sektora prywatnego. Natomiast Ubezpieczalnie Społeczne zajmować się miały jedynie sprawami ubezpieczeń, emeryturami itp.⁴⁷

W publicystyce ruchu ludowego pozytywnie oceniano brytyjski plan Beveridge, a z 1942 roku wprowadzający m.in. powszechną opiekę zdrowotną finansowaną przez budżet państwa. Jego propagatorem był czołowy działacz SL, minister i premier rządu emigracyjnego Stanisław Mikołajczyk, znający osobiście Beveridge, a. Uznał on plan za wydarzenie historyczne. Jego zdaniem zawarte w nim zagadnienia "... swoim zasięgiem daleko wybiegają poza granice Wielkiej Brytanii i są wspólne wszystkim walczącym narodom sprzymierzonym."⁴⁸

W miarę konsolidacji podziemnego ruchu ludowego, w skład SL "Roch" weszły ZMW RP "Wici" oraz demokratyczna część prostanacyjnej organizacji

45 *Materiały źródłowe do historii polskiego ruchu ludowego* ..., s. 293.

46 „Żyvia”, sierpień 1942, s. 11.

47 S. Dąbrowski, op. cit., s. 230 - 231; Wytyczne programowe LZK w dziale zdrowia wsi i opieki nad matką i dzieckiem, „Roczniki Dziejów Ruchu Ludowego”, 1973, nr 15, s. 375 - 386.

48 „Zielony Sztandar”, R. 2, 8 II 1943, nr 3 (7), s. 1; „Żyvia” styczeń 1943, s. 6 - 7; „Żyvia i Bronia” I 1943.

"Siew". ścisłą współpracę z SL "Roch" nawiązał Związek Pracy Ludowej "Orka", kontynuujący tradycje dawnego Zrzeszenia Inteligencji Ludowej.⁴⁹ W publicystyce ZPL "Orka" przedstawiono konkretny program rozwoju opieki zdrowotnej na wsi. Zwracano uwagę, że: "Jednym z zadań państwa jest ochrona zdrowia swych obywateli bez względu na ich stanowisko społeczne ..."⁵⁰ Zadanie to mogło być spełnione, dzięki wprowadzeniu Społecznej Służby Zdrowia - nowego modelu opieki zdrowotnej - której działalność miała być oparta na sieci ośrodków zdrowia prowadzących działalność profilaktyczną i leczniczą.

Jeden ośrodek zdrowia powinien obsługiwać około 3 tys. mieszkańców. Ponadto powinien posiadać kilkulóżkową izbę chorych. Twórca projektu prof. dr Henryk Miodoński pisał: "Kierownikiem wiejskiego ośrodka zdrowia powinien być lekarz okręgowy, a do szczególnych zadań ośrodków należałoby zapobieganie chorobom zakaźnym przez wprowadzenie w życie zarządzeń sanitarno-lekarskich wraz z ich kontrolą, a więc szczepienia zapobiegawcze, zapobieganie chorobom o charakterze społecznym i walka z nimi, opieka nad kobietą ciężarną, matką, dzieckiem i młodzieżą, nadzór nad ogólną czystością, nad odżywianiem się, nad środkami spożywczymi, zaopatrywanie wsi w wodę do picia, sprawa dożywiania dzieci w wieku szkolnym, nadzór nad ich uzębieniem i jeszcze wiele innych"⁵¹ Ośrodek zdrowia winien być zaopatrzony także w podręczną apteczkę. Lekarz okręgowy podlegać miał lekarzowi powiatowemu, który byłby zarazem dyrektorem szpitala powiatowego oraz ordynatorem jednego z oddziałów.

Na uwagę również zasługują programy opracowane w obozach jenieckich. Na przykład w Oflagu VII.A w Murnau zorganizowane zostało wiosną 1943 r. "Koło Socjologii Wsi", które zajmowało się m.in. sprawami szkolnictwa i ochrony zdrowia. Opracowany program nie różnił się zasadniczo od postulatów ruchu ludowego i nawiązywał do koncepcji z okresu międzywojennego. Zakładał on, że ludność wiejska powinna korzystać z tych samych urządzeń zdrowotnych co mieszkańcy miast. Natomiast system organizacyjny służby zdrowia powinien być oparty na następujących elementach:⁵²

1. ośrodki - spółdzielnie zdrowia
2. szpitale i sanatoria dla ludności wiejskiej
3. służba weterynaryjna dla wsi.

49 T. Tarnogrodzki, *Bataliony Chłopskie - organizacja i działalność 1940 - 1945*, [w:] Wojna i okupacja na ziemiach polskich 1939 - 1945, pod red. W. Góry, Warszawa 1984, s. 41 - 61; ZPL „Orka” współpracując z SL „Roch” zachowała zarówno odrębność organizacyjną jak i ideologiczną - B. Golka, op. cit., s. 112 - 114.

50 „Zapługiem”, R. 1, 15 XI 1944, s. 8.

51 Ibidem, s. 9.

52 W. Rawski, *Zdrowotność na wsi*, Warszawa 1946, s. 118.

Konkludując, na kształtowanie się programu polityki społecznej rządu emigracyjnego oraz jego Delegatury miały decydujący wpływ postulaty socjalne socjalistów i ludowców, akceptowane przez Komendę Główną A. K. Uwzględniały one bowiem najnowsze propozycje rozwiązań europejskiej myśli politycznej i naukowo-medycznej. Według Andrzeja Friszke programy społeczne ludowców "... były najbardziej rozwinięte, przemysłane, dojrzałe, szczerze demokratyczne, a przy tym realistyczne."⁵³

Ludowcy z kolei, wysoko oceniali koncepcje socjalistów, szczególnie "Program Polski Ludowej".⁵⁴ Na postulaty zawarte w tym programie powoływali się działacze ludowi i socjalistyczni składając 18 listopada 1942 r. wniosek w Radzie Narodowej w sprawie przedstawienia społeczeństwu założeń społeczno-politycznych przyszłego ustroju Polski.⁵⁵ W enuncjacjach programowych obu ugrupowań politycznych do głównych spraw należało przygotowanie podstaw prawnych powszechnej służby zdrowia.

Prace nad głównymi założeniami polityki społecznej w wyzwolonej Polsce prowadzone były w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej Rządu Emigracyjnego RP w Londynie (MPiOŚ) przy współpracy komisji specjalistycznych. W r. 1941 z inicjatywy prof. dr Antoniego Jurasza rozpoczęła działanie Komisja Zdrowia przy MPiOŚ. W jej skład wchodził m.in.: prof. B. Nowakowski, doc. W. Tomaszewski, dr J. Babecki, dr B. Kożusznik. Głównym zadaniem komisji było: "... służyć fachową radą ministrowi w aktualnych problemach zdrowia w czasie wojny dla poszczególnych skupisk ludności polskiej za granicą, na przyszłość zaś dla zbadania potrzeb lecznictwa w Polsce po wojnie i sformułowania głównych zasad polityki zdrowia dla ludności w kraju. Komisja miała mieć inny charakter od dawnej Rady Zdrowia, która przed wojną istniała w Polsce. Ta była zwoływana stosunkowo rzadko, a kompetencje jej były małe, tak że nie mogły mieć zasadniczego wpływu na tok bieżących spraw zdrowotnych".⁵⁶

W 1942 r. powstał przy MPiOŚ Dział Rekonstrukcji Socjalnej, który miał za zadanie przygotowanie rozwiązań prawno-organizacyjnych realizowanych w Polsce powojennej w zakresie: ruchów migracyjnych ludności, opieki społecznej nad inwalidami wojennymi, cywilnymi oraz nad młodzieżą, odżywiania, zabezpieczenia ludności przed bezdomnością, przywrócenia ubezpieczeń społecznych, zorganizowania aparatu administracyjnego ochrony pracy.⁵⁷

MPiOŚ wiele uwagi poświęcało studiom nad ochroną pracy oraz ustawodawstwu społecznemu Wielkiej Brytanii. Rozważano również kwestię ada-

53 A. Friszke, *O kształt niepodległej*, Warszawa 1989, s. 462.

54 „Zielony Sztandar”, R. 2, 8 II 1943, nr 3(7), s. 1.

55 M. Śliwa, *Polska myśl socjalistyczna (1918 - 1948)*, Wrocław 1988, s. 247 - 248.

56 A. Jurasz, *Działalność Komisji Zdrowia w Wielkiej Brytanii*, „Lekarz Wojskowy”, t. 37, 1946, nr 2/3, s. 184.

57 A. Rytel, *Pomoc powojenna dla Polski*, Detroit - Michigan 1943, s. 79.

ptacji w warunkach polskich planu Beveridge'a.

Przygotowując nowe zasady polityki społecznej zdawano sobie sprawę z konieczności zmodyfikowania sanacyjnego ustawodawstwa socjalnego tak, by było możliwe zaspokajanie podstawowych potrzeb socjalnych ludności wy-czerpanej skutkami wojny. Były to potrzeby związane z opieką zdrowotną i społeczną, mieszkaniem oraz pracą.⁵⁸

W przygotowanych przez MPiOS projektach starano się uwzględnić zasa-dę planowej rozbudowy systemu zabezpieczeń społecznych, zgodnej z plana-mi odbudowy gospodarczej kraju, pierwszym - dotyczącym pierwszych 6 mie-sięcy po wyzwoleniu, drugim - wieloletnim, mającym na ostateczną celu likwidację skutków wojny. Cel ten miał być osiągnięty - zdaniem prof. S. Gra-bskiego - dzięki rozwojowi sił wytwórczych w oparciu o planowanie gospo-darcze.⁵⁹ Według zapewnień min. pracy i op.spół. Jana Stańczyka, w pierw-szym okresie miała być natychmiast uruchomiona akcja sanitarno-lekarska. Dla zaopatrzenia w niezbędne urządzenia i środki lecznicze nawiązano współ-pracę z międzyaliancekim Komitetem Pomocy Lekarskiej. Zwrócono się z proś-bą o pomoc do rządów Stanów Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Pokładano również również ogromne nadzieje w akcji UNRRA.⁶¹

MPiOS w r. 1944 zintensyfikowało prace nad ustawodawstwem socjalnym dla wyzwolonej Polski, opierając się na projektach przygotowanych wcześniej przez Departament Pracy i Opieki Społecznej Delegatury Rządu.⁶¹ Uwzględ-nione zostały również postulaty Biura Studiów Gospodarczo-Przemysłowych II Oddziału KG AK oraz socjalistów i ludowców. I tak, w przygotowanych przez MPiOS w 1944 r. wytycznych projektu powszechnych ubezpieczeń społecznych zakładano m.in.:⁶²

1. Stworzenie podstawowego systemu powszechnego scalonego ubezpiecze-nia społecznego, zapewniającego zespoleenie najważniejszych potrzeb. Miał on etapami objąć wszystkie warstwy społeczne.
2. W pierwszym etapie, który powinien być niezwłocznie realizowany - sys-tem ten miał objąć ogół pracowników najemnych, zarówno publicznych (państwowych, samorządowych itp.), jak i prywatnych (umysłowych i fizycznych - przemysłowych i rolnych).
3. W drugim etapie byliby objęci tym systemem samodzielnie zarabiający po-

58 „Biuletyn Społeczno - Gospodarczy”, R. 2, 10 V 1943, nr 6 / 7, s. 4.

59 Instytut Polski im. Gen. W. Sikorskiego w Londynie, sygn. A/5/4/13.

60 „Biuletyn Społeczno - Gospodarczy”, R. 2 10 V 1943, nr 6 / 7, s. 5; Z. Wojciechowska, *Public Health and welfare personnel for Postwar Poland*, [w:] *Proceeding of the Second Conference on the Nutritional Reconstruction of Poland*, New York 1944, s. 52.

61 Archiwum Akt Nowych (AAN), Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej Rządu RP (emigracyjnego) w Londynie (MPiOS), sygn. 179, k. 1.

62 Ibidem, sygn. 12, k. 47, 49 - 50.

za rolnictwem, przede wszystkim wolne zawody, rzemieślnicy, kupcy (ewentualnie tylko drobni).

4. Przed dokonaniem przebudowy ustroju rolnego objęcie tym systemem samodzielných rolników nie mogło dawać żadnych podstaw dyskusji na ten temat.
5. System obejmowałby ryzyko niezdolności do pracy niezależnie od przyczyny, śmierć, chorobę i połóg; świadczenia zaś byłyby następujące: renty, odprawy, zapomogi pośmiertne, pomoc lecznicza, zasiłki w okresie choroby i macierzyństwa. Sprawą otwartą były zasiłki małżeńskie oraz z okazji urodzenia dziecka. Zagadnienia te były przedmiotem osobnych, szczegółowych badań.
6. Zagadnienia leczenia ubezpieczeniowego miało być rozwiązane pod kątem współdziałania z powszechną służbą zdrowia, z chwilą opracowania jej podstaw organizacyjnych.

W przygotowanych w MPiOS opracowaniach zwracano uwagę, iż "... w odniesieniu do walki z chorobami musi być przyjęte założenie publicznej służby zdrowia do granic możliwych technicznie przy sterowaniu działania tej służby na zadania najnowsze ...".⁶³ Organizacja publicznej opieki zdrowotnej powinna być finansowana przez samorząd terytorialny przy współudziale państwa.⁶⁴ Jego głównym ogniwem miały być ośrodki zdrowia. Z informacji min. Stańczyka wynikało, że koncepcje opieki zdrowotnej MPiOS oparte były "... na jedynie słusznej zasadzie organizowania ośrodków zdrowia w każdym chociażby najpodlejszym zakątku kraju. W Polsce wyzwolonej musimy zapewnić każdemu obywatelowi opiekę lekarską, leczenie szpitalne i sanatoryjne bez względu na to, czy posiada środki własne na leczenie siebie i rodziny. Będzie to zadaniem państwa ...".⁶⁵

Prof. dr Brunon Nowakowski, konsultant MPiOS do spraw planowania zagadnień służby zdrowia w okresie powojennym, był autorem też pt. "Zagadnienia służby zdrowia w Polsce powojennej", które miały być rozpatrywane na posiedzeniu międzyresortowej komisji koordynacyjnej opracowującej plan odbudowy kraju ze zniszczeń wojennych.

Do głównych zadań, jak wynikało z tez, należała rozbudowa świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców miast oraz rozwój profilaktyki i leczenia w wsi. Rozwiązanie tych kwestii miało być uzależnione od sytuacji ekonomicznej kraju oraz stanu infrastruktury służby zdrowia. Dlatego w tezach proponowano położenie szczególnego nacisku na następujące zagadnienia: a) racjonalizowanie opieki lekarskiej, b) ustalenie hierarchii potrzeb, c) rozszerzenie zasięgu medycyny społecznej w związku z ograniczeniem tzw. medycyny indy-

63 Ibidem, sygn. 180, k. 187.

64 Ibidem, k. 197.

65 „Biuletyn Społeczno - Gospodarczy”, R. 2, 10 V 1943, nr 6 / 7, s. 5.

widualnej, wynikającym ze złej sytuacji materialnej społeczeństwa.⁶⁶

W pierwszym okresie zakładano skupienie głównego wysiłku na walce z chorobami zakaźnymi w oparciu o ustawodawstwo i instytucje z okresu międzywojennego. Przewidywano m.in. bezpłatną masową akcję szczepień i higieniczną oraz hospitalizację. Również bezpłatne miało być leczenie chorób w rozbudowanej sieci poradni przeciwgruźliczych, przeciwjagliczych, przeciwenerycznych.⁶⁷

Drugie miejsce w hierarchii zadań zajmowała opieka nad dzieckiem. W planach przewidywano zapewnienie każdej kobiecie prawa do czterech bezpłatnych wizyt lekarskich - przy utrzymaniu zasady wolnego wyboru lekarza, bezpłatnych wypraw oraz wyprawek dla niemowląt, uprzywilejowanie w przypadku racjonowania żywności. Miał także nastąpić rozwój sieci domów porodowych, poradni dla matki i dziecka, ruchomych ambulatoriów położniczo-pediatrycznych, domów dla matki i dziecka, stacji pogotowia opiekuńczego dla dzieci w wieku od 2 do 16 lat.⁶⁸

W przygotowanych przez MPiOS podstawowych założeniach polityki zdrowotnej państwa po wyzwoleniu zasadnicze znaczenie miały materiały przygotowane przez Departament Pracy i Opieki Społecznej Delegatury Rządu RP. Według W. Szuberta: "Zakres prac Departamentu obejmował szeroki krąg spraw należących do tego resortu: politykę zatrudnienia i płac, ustrój pracy i prawo pracy, ubezpieczenia społeczne, opiekę społeczną i zdrowie publiczne. Charakter jego działalności zaś wyrażał się, poza pracami organizacyjnymi i akcją tzw. opieki czynnej, prowadzeniem prac studialnych i koncepcyjnych nad kształtowaniem się różnych działów polityki społecznej i ustawodawstwa pracy w przyszłej Polsce."⁶⁹

Z przygotowanych opracowań - polityki zdrowotnej dotyczyły dwa: tezy o publicznej służbie zdrowia oraz projekt dekretu o uporządkowaniu stanu prawnego w ubezpieczeniu społecznym. W tezach określono zadania publicznej służby zdrowia w okresie przejściowym, w pierwszych miesiącach po wyzwoleniu oraz zadania w dalszej przyszłości. Za ochronę zdrowia społeczeństwa miało być odpowiedzialne państwo, które część obowiązków mogło przekazać samorządom, instytucjom publicznoprawnym oraz organizacjom społecznym. Wszelka działalność na polu opieki zdrowotnej mogła być prowadzona wyłącznie pod nadzorem państwowym.⁷⁰

Podobne stanowisko zajmowali również działacze ludowi reprezentujący komunistyczne podziemie. Uważali oni jednak, że w pierwszych latach po za-

66 AAN, MPiOS, sygn. 182, k. 5 - 6.

67 Ibidem, sygn. 180, k. 10.

68 Ibidem, k. 1 - 6, 10.

69 W. Szubert, *Ubezpieczenia społeczne w pracach programowych lat wojny (1941 - 1944)*, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych”, nr 8, Warszawa 1991, s. 73.

70 AAN, Komitet Centralny PZPR, sygn. 203/VII - 35, k. 219.

kończeniu działań wojennych poprawa opieki zdrowotnej na wsi mogła nastąpić głównie poprzez rozwój spółdzielni zdrowia. Była to koncepcja czołowego działacza SL „Wola Ludu” dr Franciszka Litwina.⁷¹

5. Podsumowanie

W omawianym okresie wypracowano dwa założenia modelowe opieki zdrowotnej na wsi. Były to: ośrodki zdrowia oraz spółdzielnie zdrowia. Przy ich opracowaniu korzystano z wzorów zagranicznych, uwzględniając przy tym polskie realia. Koncepcje te wykorzystano w okresie powojennym przy organizowaniu infrastruktury ochrony zdrowia na wsi. Wraca się do nich również w chwili obecnej proponując zastąpienie relacji ośrodek zdrowia - Kasa Chorych, relacją ośrodek zdrowia - samorząd terytorialny - Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

71 F. Litwin, *Slużba zdrowia staje na posterunku*, [w:] *Takie były początki*, Warszawa 1965, s. 296.