



Bartosz Pasternski¹

Ośrodki zdrowia jako ogniwo publicznej służby zdrowia w Drugiej Rzeczypospolitej

Streszczenie

Artykuł przedstawia okoliczności powstania i główne pola działalności ośrodków zdrowia w okresie międzywojennym. Pierwsze w Polsce ośrodki zdrowia powstały w 1925 r. według koncepcji amerykańskiej Fundacji Rockefellera. Ich funkcjonowanie miało przyczynić się do rozwoju edukacji zdrowotnej, poprawy warunków sanitarnych, stanu higieny, popularyzacji wiedzy o żywności, a przede wszystkim umożliwić korzystanie z opieki medycznej i porad lekarskich wszystkim mieszkańcom kraju. Z czasem w wyniku rozwoju systemu i wzrostu liczby ośrodków nastąpiła ich specjalizacja, wzrosły też kompetencje zatrudnionego w nich personelu. Przed wybuchem II wojny światowej ośrodki zdrowia skupiły się na działalności profilaktycznej, leczniczej oraz zwalczaniu powszechnych chorób zakaźnych, do których zaliczano m.in. gruźlicę, jaglicę czy choroby weneryczne. Działalność ośrodków zdrowia przyczyniła się do poprawy wiedzy z zakresu higieny i profilaktyki chorób zakaźnych, dostępu do leczenia oraz upowszechnienia służby zdrowia w całym kraju.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, ośrodki zdrowia, służba zdrowia w latach 1918–1939, profilaktyka chorób zakaźnych, historia służby zdrowia

Wstęp

Dostęp do opieki zdrowotnej stał się jednym z podstawowych zadań odrodzonego w roku 1918 państwa polskiego. Organizacja systemu służby zdrowia obejmowała leczenie ubezpieczeniowe, realizowane przez zróżnicowane terytorialnie kasy chorych (od 1934 r. przez ubez-

¹ Mgr Bartosz Pasternski, doktorant w Instytucie Historii, Kolegium Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Rzeszowski, al. Rejtana 16c, 35-959 Rzeszów, e-mail: bapa@wp.pl, nr ORCID: 0000-0003-4727-890X.

pieczalnie społeczne), prywatną praktykę lekarską oraz ośrodki zdrowia, czyli przychodnie publiczne nastawione początkowo na działania profilaktyczne, uzupełnione z czasem o funkcje lecznicze. Celem artykułu jest zaprezentowanie rozwoju nowatorskiej idei ośrodków zdrowia w okresie międzywojennym oraz określenie głównych pól działalności placówek. Problematyka ta nie została dotychczas szerzej zbadana. Poruszał ją przede wszystkim Paweł Grata w monografii *Polityka społeczna Drugiej Rzeczypospolitej* oraz w artykule *Na drodze do publicznej służby zdrowia. Meandry polityki zdrowotnej Drugiej Rzeczypospolitej* (Grata 2013, 2016).

Utrzymywanie publicznej służby zdrowia było domeną instytucji samorządowych, które w pierwszych latach niepodległości reprezentowały wojewódzkie i powiatowe urzędy zdrowia. W powiatach nadzór nad lecznictwem sprawowali lekarze powiatowi, którzy w połowie lat 20. zostali również przedstawicielami administracji rządowej. W zakresie ochrony zdrowia współpracowali ściśle z organami samorządowymi. W pierwszym dziesięcioleciu istnienia II RP największy ciężar sprawowania opieki lekarskiej spoczywał na lecznictwie ubezpieczeniowym oraz praktyce prywatnej.

Lecznictwo ubezpieczeniowe działało według dwóch różnych schematów. W województwach zachodnich funkcjonował tzw. system wolnego wyboru lekarza, natomiast w pozostałych częściach kraju – system leczenia ambulatoryjnego oparty na świadczeniu usług przez lekarza rejonowego dla osób ubezpieczonych. W większych miastach zapewniało też stały dostęp do lekarzy specjalistów, a na prowincji organizowano objazdowe wizyty medyków. Ze względu na niski odsetek ubezpieczonych wśród ogółu społeczeństwa większość obywateli była jednak pozbawiona tej możliwości leczenia. Z kolei lecznictwo prywatne wiązało się z dużym obciążeniem finansowym.

W skład systemu służby zdrowia wchodziły również lecznictwo szpitalne, sanatoria prowadzone przez państwo oraz ubezpieczalnie społeczne, a także Państwowy Zakład Higieny, założony w 1921 r. Niektóre z zadań w tym zakresie łączyły się też z obszarem działalności opieki społecznej (Grata 2013: 258–263).

W tak zarysowanym systemie kluczowym warunkiem zaspokojenia zdrowotnych potrzeb społeczeństwa stało się utworzenie publicznych placówek profilaktyczno-leczniczych dostępnych bezpłatnie dla każdego obywatela. Taką rolę zaczęły spełniać tworzone od połowy lat 20. ośrodki zdrowia. Pierwsze na świecie tego typu placówki pod nazwą „Health Centre” powstały w Stanach Zjednoczonych (Danielski 1931: 4–6). Natomiast w Polsce pierwszy ośrodek zdrowia utworzony został

w 1925 r. według koncepcji amerykańskiej Fundacji Rockefellera, udzielającej w latach międzywojennych wsparcia w zakresie organizacji zdrowia publicznego, rozwoju medycyny i opieki socjalnej krajom środkowej i wschodniej Europy.

W pierwotnym założeniu ośrodki zdrowia miały pełnić zadania profilaktyczne, tworzyć miejsca opieki nad matką i dzieckiem w odpowiednio przygotowanych obiektach oraz spełniać funkcję ochronną w razie wystąpienia chorób zakaźnych. Miały też stanowić element terenowej organizacji służby zdrowia jako podstawowa jednostka przyszłej sieci publicznej. Zakładano, że ich działalność przyczyni się do poszerzenia edukacji w zakresie warunków sanitarnych, korzystania z opieki medycznej i wiedzy o żywności. W wyniku korekty wstępnych ustaleń ośrodki zdrowia zaczęły pełnić rolę miejsc leczniczych, w których praktykowano zabiegi higieniczne i zapobiegawcze oraz udzielano porad lekarskich. Tuż przed wybuchem II wojny światowej ośrodki zdrowia skupiały się na działalności profilaktycznej, leczniczej, opiece nad matką i dzieckiem oraz zwalczaniu społecznych chorób zakaźnych, do których zaliczano m.in. gruźlicę, jaglicę czy choroby weneryczne. Były finansowane przez państwo oraz samorządy, a osoby korzystające z ich usług płaciły za nie symboliczną kwotę (Kacprzak 1928: 83; Grata 2013: 261, 273–275; Grata 2016: 35; *Dwadzieścia lat...* 1939: 25; Więckowska 2000: 420; Fijałek 1995: 407).

W wyniku wzrostu liczby ośrodków z czasem nastąpiła ich specjalizacja obejmująca także zatrudniony w nim personel. Najwięcej tworzone placówek o charakterze przeciwgruźliczym i przeciwjagliczym. Mniej liczne były natomiast jednostki zapewniające opiekę nad matką i dzieckiem oraz osobami z chorobami wenerycznymi. Pod koniec lat 30. z poradni korzystało łącznie ok. 2,7 mln osób. Podobnie wzrosła liczba udzielanych porad oraz wizyt domowych (Grata 2013: 275).

Uwarunkowania prawno-administracyjne funkcjonowania ośrodków zdrowia

Pierwszy w kraju ośrodek zdrowia powstał w 1925 r. w warszawskiej dzielnicy Mokotów. Łączył działalność miejskich instytucji sanitarnych i prowadził szeroką edukację w zakresie wymogów higienicznych oraz profilaktyki zdrowotnej. Ponadto odbywały się w nim szkolenia personelu pielęgniarского oraz sanitarnego. Wyposażenie ośrodka w niezbędne urządzenia kosztowało ok. 200 tys. zł. Jego sprawna organizacja sprawiła, że stał się „wzorem dla kolejnych ośrodków

zakładanych w poszczególnych dzielnicach Warszawy”² (Starczewski 1938, 5–6; Stypułkowski 1933: 258). Finansowany początkowo przez Fundację Rockefellera, został następnie przejęty przez samorząd Warszawy i zyskał nową nazwę: Pierwsza Miejska Stacja Higieny Zapobiegawczej. Ośrodek prowadził specjalistyczne poradnie: przeciwgruźliczą, przeciwjagliczą, przeciwmalaryczną, laryngologiczną, dla matek, kobiet ciężarnych i dzieci do lat siedmiu. Miał też gabinet dentystyczny i całoroczne sanatorium dziecięce.

Dzięki pomocy finansowej Fundacji Rockefellera utworzono tzw. ośrodki wzorcowe – wspomnianą już jednostkę na warszawskim Mokotowie oraz w powiatach: warszawskim, skierniewickim i będzińskim. Placówki te były traktowane jako zespoły doświadczalne dla przyszłego zastosowania w całym kraju. Działalność wszystkich czterech ośrodków była finansowana przez fundację w niewielkiej sumie przez okres 5 lat. Następnie koszt utrzymania ponosiły samorządy. Ich działalność miała przyczynić się do wyselekcjonowania odpowiednich zadań edukacyjnych i profilaktycznych wśród społeczeństwa oraz wypracowania optymalnego modelu funkcjonowania takich placówek w całym kraju. Nadzór nad pracą ośrodków zdrowia sprawował Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, współpracujący z miejscowym samorządem oraz instytucjami społecznymi. Ośrodek miał być zlokalizowany w miejscu dogodnym, z którego ludność, a w szczególności matki z dziećmi, mogła swobodnie korzystać. W zaleceniu wskazano, żeby powiaty zostały podzielone na okręgi, w których miały znajdować się placówki medyczne. W przypadku miast zaznaczono, że jeden ośrodek miał przypadać na 50 000 mieszkańców. Kiedy mieszkańców było więcej, należało utworzyć odpowiednią do tego liczbę ośrodków zdrowia (Tubiasz 1928: 5, 6, 7; Kacprzak 1928: 87, 88).

W zakresie działania rejonów sanitarnych ośrodki zdrowia były miejscem, gdzie skupiała się działalność medyczna na danym terenie. Funkcję kierownika pełnił lekarz rejonowy. W składzie stałego personelu terenowa organizacja administracji sanitarnej przewidywała również stanowisko pielęgniarki społecznej. Do zakresu jej obowiązków należała pomoc w przyjmowaniu i rejestracji osób oraz przeprowadzanie wywiadów społecznych. Kolejne etaty należały do położnej społecznej i kontrolera sanitarnego. Pomocniczy personel sanitarny w terenie składał się z lekarzy gminnych, położnych oraz osób wykonujących sekcję zwłok. Organem doradczym była rejonowa komisja sanitarna, a jej przewodni-

² Szerzej na temat ośrodka: *I ośrodek zdrowia i opieki Puławska 91 róg Dolna*, <http://www.warszawa1939.pl/obiekt/pulawska-91> (dostęp: 2.07.2021).

czącym lekarz rejonowy. W skład komisji wchodził przedstawiciel samorządu, szkół, organizacji społecznych i ubezpieczeniowych. Kompetencje komisji były określone odpowiednim regulaminem (Danielski 1936, 5–6; Załączny 2011: 388).

W 1935 r. pojawił się postulat utworzenia różnych poradni specjalistycznych w jednym ośrodku zdrowia. Dokonywano też połączenia ośrodków z urzędami sanitarnymi. Te zmiany powodowały w rezultacie modyfikację organizacji pracy pielęgniarek, którym przydzielano zadania nie ze względu na rodzaj świadczonych usług, ale biorąc pod uwagę teren, jaki miały obsługiwać. Dzięki takiemu podziałowi miasta na obwody wraz z przydzieleniem pielęgniarki do danego obszaru poprawiła się opieka nad rodzinami, które korzystały z usług placówki medycznej. W 1935 r. w stolicy powstały pierwsze w kraju ośrodki zdrowia i opieki, których zadaniem było łączenie opieki zdrowotnej z opieką społeczną (materialną, wychowawczą, mieszkaniową i prawną) (Manteuffel 1936: 23, 25).

Problemy funkcjonowania ośrodków

Podstawowym problemem systemu publicznej ochrony zdrowia w okresie międzywojennym pozostawała niewielka liczba ośrodków zdrowia. Stworzenie sieci placówek zapewniającej właściwy poziom opieki ludności wymagało powołania 4 lub 5 ośrodków w każdym powiecie, czyli łącznie ok. 1,5 tys. jednostek. Tymczasem realia były zupełnie inne. W 1930 r. funkcjonowało 180 takich ośrodków, w 1934 r. – 259, w 1935 r. – 310, w 1936 r. – 397, a w 1938 r. – 648. Wprawdzie liczba ta systematycznie rosła, ale do wybuchu II wojny światowej nie osiągnęła nawet połowy zakładanego celu. Stosunkowo korzystne było natomiast terytorialne rozmieszczenie ośrodków zdrowia, ponieważ zdecydowana większość z nich (tj. ok. 500) prowadziła działalność w miejscowościach poniżej 10 tys. mieszkańców, z czego 40% placówek działało na terenach wiejskich. Ponadto tam, gdzie nie było samodzielnego ośrodka, tworzono jego filię ze stałym etatem pielęgniarskim i dyżurami lekarzy dojeżdżających. Bez ośrodków zdrowia pozostawało jednak 9 powiatów, z czego 3 położone w województwie lwowskim (Grata 2013: 274). Najwięcej placówek było w powiatach warszawskim, olkuskim, łukowskim i skierniewickim. Mimo stosunkowo dużej liczby ośrodków nawet tam jednak nie były one w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb medycznych mieszkańców.

Zapotrzebowanie na usługi medyczne spowodowało, że z czasem poszerzono profil działalności profilaktycznej ośrodków o lecznictwo

ambulatoryjne. Ze względu jednak na małą liczbę placówek w całym kraju nie mogły one skutecznie walczyć z chorobami zakaźnymi czy wenerycznymi. W późniejszym okresie skupiono się więc na leczeniu również innych chorób. Największy problem z dostępnością do placówek mieli mieszkańcy wsi. We wschodnich województwach – ze względu na brak dostatecznej liczby ośrodków – utworzono stanowisko lekarza rejonowego. Osoby potrzebujące pomocy na tamtych obszarach za poradę płaciły kwotę 1 zł lub 0,50 zł (Kacprzak 1937: 26–27, 28, 31, 32). Na wielu terenach wiejskich działalność ośrodków była wręcz nowatorska, jeśli chodzi o poprawę higieny i podstawową opiekę medyczną.

Innym ważnym problemem funkcjonowania ośrodków zdrowia był brak odpowiedniej liczby personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Było to pochodną ogólnego deficytu kadry lekarskiej wynikającego z niewystarczającej liczby wydziałów medycznych polskich uczelni. Jak podawał Mały Rocznik Statystyczny z roku 1938, w 1935 r. było w Polsce 12 427 lekarzy, co dawało niski na tle innych państw europejskich wskaźnik 3,7 na 10 000 mieszkańców. Oznaczał on zarazem, że jeden lekarz przypadał średnio na 2700 mieszkańców (przy zaleceniach międzynarodowych na poziomie 1 na 2000). Co gorsza, wskaźnik ten był o wiele niższy na terenach wiejskich, co odzwierciedlało z kolei problem niewłaściwej struktury rozmieszczenia medyków na terenie kraju. W miejscowościach poniżej 10 000 mieszkańców było bowiem zaledwie 2758 lekarzy, co oznaczało, że na jednego przypadało aż 9624 mieszkańców. Jeszcze mniej korzystne dane pojawiły się w ankiecie z urzędów wojewódzkich, z której wynikało, że według stanu z 1 stycznia 1938 r. w osadach i gminach wiejskich było tylko 1629 lekarzy, a na jednego z nich przypadało 14 556 mieszkańców (w województwie poleskim ten wskaźnik był nawet na poziomie 1 medyk na 26 685 osób). Równie niewystarczający stan zatrudnienia dotyczył lekarzy dentystów (3604, z czego zaledwie 335 na obszarach wiejskich).

Zatrudnienie personelu medycznego w ośrodkach zdrowia pozostawało w ścisłej relacji z niedoborami osobowymi w całej służbie zdrowia. Ogólna liczba zatrudnionych w tych placówkach wzrosła z 1828 osób w 1936 r. do 2008 w 1937 r., co jednak w dalszym ciągu nie zaspokajało ówczesnych potrzeb. Również proporcje w strukturze tej kadry były niewłaściwe, ponieważ największą grupę stanowili lekarze – 996, natomiast liczba pielęgniarek wyniosła tylko 692 osoby. Brakowało też kontrolerów sanitarnych. Co prawda, ich liczba wzrosła z 75 do 89, ale w dalszym ciągu były w tym zakresie istotne niedobory kadrowe. W 1938 r. zatrudnienie personelu medycznego także wzrosło i wyniosło

ogółem 2370 osób. Wciąż było to jednak zbyt mało w stosunku do zapotrzebowania (*Sprawozdanie...* 1937: 527, Danielski 1938: 435).

Innym problemem w skutecznym funkcjonowaniu placówek medycznych był niski poziom zaufania do nowoczesnej medycyny oraz niechętnie nastawienie ludności (głównie wiejskiej) do propagowanych idei zdrowotnych. Mieszkańcy z niedowierzaniem i niechęcią zgłaszali się po pomoc do lekarzy. Często trzeba było przekonywać rodzinę chorego lub jego samego do zastosowania odpowiednich metod leczenia. Osoby chorujące bały się skierowania na leczenie do szpitala. Niejednokrotnie krytykowano niezrozumiałe dla pacjentów postępowanie personelu szpitalnego. Do tego korzystano z pomocy medycznej tylko wtedy, kiedy dotychczasowe metody walki z bólem nie przynosiły rezultatu oraz kiedy widmo śmierci było bliskie, co właściwie wykluczało skuteczną pomoc profesjonalistów. Wobec takiej postawy miejscowej ludności trudno było osiągnąć wysoką skuteczność działań edukacyjnych i profilaktycznych prowadzonych przez placówki medyczne. W niektórych miejscach ważną rolę w przełamaniu stereotypów i uprzedzeń odgrywali duchowni, ale nie było to regułą. Generalnie większa akceptacja działalności ośrodków zdrowia towarzyszyła osobom lepiej wykształconym w ośrodkach miejskich, gorzej było pod tym względem na wsi. W konsekwencji niskiego stanu świadomości społecznej na terenach wiejskich dążono do utworzenia takiego typu instytucji, która odpowiadałaby ówczesnym potrzebom mieszkańców wsi. Dużą wagę w przełamywaniu tego rodzaju obaw i zabobonów przykładano do akcji odczytowych i projekcji filmowych, obchodów różnych świąt czy zabaw. W rozważaniach teoretycznych wskazywano też na potrzebę utworzenia na terenach wiejskich instytucji gospodarczych, które – niejako przy okazji – przekazywałyby wiedzę z zakresu higieny oraz kultury. Utrudnieniem był bowiem nieprzychylny stosunek do zawodu lekarza oraz kłopot ze zdobyciem przez niego zaufania i autorytetu mieszkańców. Brak możliwości porozumienia się z medykiem wynikał w dużym stopniu z ludowej tradycji, która traktowała tę profesję na równi z rolą urzędnika administracyjnego („więcej wroga niż przyjaciela”), który poprzez różnego rodzaju zarządzenie miał utrudniać życie mieszkańców. W przypadku przygotowania do zawodu pielęgniarki odczuwalny był również brak odpowiedniego szkolenia w zakresie higieny i pracy społecznej (Mężyński 1928: 403; Kacprzak 1928: 93, 96, 97).

W pierwszych latach działalności ośrodki zdrowia nie miały jednolitego charakteru i wiele z nich różniło się strukturą i sposobem działania. Wynikało to ze społecznego zróżnicowania podległego im obszaru funkcjonowania (miasto lub wieś) oraz zakresu wykonywanych zadań (higie-

na i opieka społeczna, lecznictwo, działalność administracyjno-sanitarna). Niemal każdy inaczej też rozumiał samo pojęcie „ośrodek zdrowia” („każdy bierze co innego z tej idei za najważniejsze”). Nie było to jednak odosobnione zjawisko, bo podobne problemy nękały także w pierwszych latach działalności takie instytucje w Stanach Zjednoczonych oraz w Europie Zachodniej. Główną przyczyną tej sytuacji w kraju były różnice uwarunkowań lokalnych, w jakich ośrodki były zakładane. Uwzględniano w nich przede wszystkim potrzeby miejscowej ludności, stan świadomości społecznej i kultury zdrowotnej, a także poziom zamożności. O niekorzystnej sytuacji decydował jednak w głównej mierze brak lekarzy specjalistów w wielu placówkach (Kacprzak 1928: 89, 91, 94).

Ośrodki zdrowia miały ogólne wsparcie rządu, jednak sama idea tych placówek była niedostatecznie znana w samorządzie terytorialnym, środowiskach lekarskich, a przede wszystkim w społeczeństwie. Władze państwowe sprzyjały generalnie samorządom lokalnym oraz zaangażowanym instytucjom społecznym w zakresie wcielania w życie idei ośrodków zdrowia (Tubiasz 1928: 3). Problemem był jednak brak jednolitych podstaw organizacyjnych oraz standardowego podziału pracy. Nie zostały bowiem określone przez urzędy państwowe jasne ramy prawno-administracyjne funkcjonowania tych placówek. Powstające w różnych miastach (niezależnie od wielkości) instytucje nie miały więc ustalonych form działalności. Przyczyną zaistniałych różnic był m.in. brak odpowiedniej nieruchomości, wyszkolonego personelu czy porozumienia z samorządem i instytucjami społecznymi. Roczny koszt funkcjonowania tego rodzaju placówki wynosił ok. 11–12 tys. zł, natomiast koszt miesięczny kształtował się na poziomie 950 zł bądź 1 tys. zł. W przypadku filii ośrodków koszt roczny zamykał się w kwocie ok. 7–7,5 tys. zł (Danielski 1931: 3–4, 7; Danielski 1936: s. 6–7). Wobec stałych problemów finansowych samorządów działalność i rozbudowa ośrodków była jednak mocno ograniczona. Od 1933 r. ich funkcjonowanie było zapewniane częściowo przez Skarb Państwa, a częściowo przez samorządy i ubezpieczalnie społeczne, a także z opłat pobieranych za oferowane świadczenia (*Sprawozdanie...* 1935: 276). W 1934 r. koszt działalności ośrodków zdrowia wyniósł łącznie 3 349 305 zł, natomiast przeciętna wartość utrzymania jednego ośrodka wyniosła 12 932 zł. W 1936 r. do współudziału w finansowaniu placówek włączył się Polski Czerwony Krzyż. W 1937 r. koszty utrzymania systemu wzrosły do poziomu 5 898 972 zł. Z kolei koszt utrzymania jednej placówki zmniejszył się w stosunku do poprzednich lat i wyniósł 12 238 zł (*Sprawozdanie...* 1936, nr 1: 73; *Sprawozdanie...* 1936, nr 4: 421; Danielski 1938: 435).

Ubezpieczalnie społeczne współpracujące z ośrodkami zdrowia zapewniały im przede wszystkim subwencje w gotówce, ale także udostępniały własne nieruchomości, urządzenia medyczne i narzędzia lekarskie oraz opłacały (w pełni lub częściowo) zatrudnionych lekarzy i higienistki (Słonecki, Piotrowski 1938: 90).

Zakres działania

Głównym zadaniem ośrodków zdrowia były działania higieniczne i zapobiegawcze, obejmujące troskę o całokształt ochrony zdrowia na danym terenie. Miały zajmować się m.in. edukacją zdrowotną i sanitarną, popularyzowaniem higieny, przeciwdziałaniem chorobom społecznym, upowszechnianiem opieki nad matką i dzieckiem, współdziałaniem w zakresie opieki społecznej. W tym celu w pierwszych latach działalności szczególnie często organizowane były na przykład odczyty na temat higieny zdrowotnej, a w zakładach przemysłowych – na temat higieny pracy. Niekiedy odtwarzano przy tej okazji filmy, chcąc unaocznić omawiane problemy. Na takie spotkania w miastach były rozsyłane imienne zaproszenia. Na wsiach prelekcje były organizowane w dni świąteczne, aby zachęcić ludzi do liczego w nich udziału. Prelekcje zdrowotne, akcje profilaktyczne czy rozdawanie ulotek edukacyjnych przyczyniły się między innymi do wzrostu zainteresowania szczepionkami przeciwko szkarlatynie i ospie. W miejscach, gdzie odbywały się szczepienia, rozmawiano z pacjentami, którzy mieli obawy i wątpliwości. W przypadku stwierdzenia choroby zakaźnej ośrodki zdrowia stosowały jednolitą procedurę obejmującą izolację chorego, dezynfekcję mieszkania, monitorowanie otoczenia chorego wraz z nawiązaniem kontaktu z jego rodziną. Placówki prowadziły także działalność skierowaną do kobiet ciężarnych, jednak nie cieszyła się ona dużym zainteresowaniem i z ich oferty stosunkowo niechętnie korzystały panie spodziewające się dziecka. Podobnie jak w przypadku profilaktyki wobec chorób zakaźnych polegano tu głównie na rozmowie edukacyjnej z przyszłą matką i ojcem. Ośrodki oferowały też pomoc w przygotowaniu wyprawki dla dziecka: „ułatwienie tej pracy przez pozwienie korzystania z maszyny do szycia, rozdawania walizek z materiałami niezbędnymi przy pielęgowaniu odbywającej poród i połów w domu, umieszczenie w zakładzie położniczym” (Mężyński 1928: 403, 404, 405).

Wraz z rozwojem instytucji ośrodków zdrowia zadania profilaktyczne zostały uzupełnione o działalność leczniczą. Wynikało to z bezpośrednich potrzeb zapewnienia opieki lekarskiej większej części społec-

czeństwa, która nie posiadała ubezpieczeń zdrowotnych i nie korzystała z lecznictwa prywatnego. Obok poradni profilaktycznych pojawiły się poradnie lecznicze, umożliwiające dostęp do specjalistów. Usługi lecznicze oferowane w placówkach były uzależnione od kwalifikacji (specjalizacji) miejscowych lekarzy. Leczenie było stosowane na przykład w zakresie przeciwdziałania chorobom społecznym: wenerycznych, jaglicy czy korekty wad rozwojowych u dzieci i niemowląt. Skierowane było zwłaszcza do osób ubogich zamieszkających w miejscowościach, które były pozbawione opieki medycznej. Działalność lecznicza była finansowana przez samorządy oraz na podstawie umów zawartych z instytucjami ubezpieczeniowymi (kasy chorych) i zakładami opiekuńczymi (Danielski 1931: 11).

W rezultacie wykonywanych działań poszczególne ośrodki zdrowia prowadziły różne typy poradni specjalistycznych. W 1936 r. w ośrodkach zdrowia funkcjonowało łącznie 457 poradni przeciwgruźliczych, 590 przeciwjagliczych, 252 przeciwwenerycznych, 488 stacji opieki nad matką i dzieckiem i 156 poradni ruchomych. W 1934 r. w miastach powyżej 100 000 mieszkańców pacjenci placówek chorzy na gruźlicę stanowili 34,2%. Prawdopodobnie zaledwie ok. 8,8% osób zmarłych na gruźlicę leczyło się w ośrodkach przeciwgruźliczych i ośrodkach zdrowia. W przypadku mieszkańców wsi ten odsetek był mniejszy niż 1%. W zakresie leczenia jaglicy sytuacja była nieco lepsza. Większa liczba osób cierpiących na tę chorobę zgłaszała się do poradni, które ze względu na gęstszą sieć tego typu placówek były bardziej dostępne dla mieszkańców wsi. Poradnie przeciwweneryczne na wsi pełniły ważną rolę tylko w przypadku ognisk endemicznych (np. na Huculszczyźnie). W pozostałych wsiach w kraju w zasadzie nie istniały. W 1935 r. wszystkie poradnie opiekowały się ok. 1,2 mln osób. (Kacprzak 1937: 29, 30, 31). Pod koniec lat 30. XX w. ośrodki zdrowia na terenie wsi zajmowały się przede wszystkim ogólną medycyną. Zapewniano stałą opiekę higieniczno-lekarską dzieci w szkołach powszechnych wraz z wychowaniem fizycznym. Ponadto świadczone ratownictwo w nagłych przypadkach oraz pomoc położniczą (Danielski 1938: 438, 439).

O ogromnej potrzebie działalności leczniczej w tych placówkach świadczą również stale rosnące medyczne dane statystyczne. W 1931 r. z ośrodków zdrowia skorzystało łącznie 435 tys. osób, zaś porad lekarskich udzielono 981 tys. W 1935 r. nastąpił wzrost liczby osób korzystających do 705 tys., a liczba porad wyniosła 1 462 000. W 1936 r. z ośrodków zdrowia skorzystało 1 085 329 osób, udzielono 2 233 014 porad. Rok później liczba ta wzrosła do 1 407 272 osób, natomiast porad medycznych udzielono łącz-

nie 2 663 880 (*Sprawozdanie...* 1937: 527; *Sprawozdanie...* 1938: 535; *Mały...* 1939: 298).

Zakończenie

Tworzone od połowy lat 20. XX w. ośrodki zdrowia miały pełnić niezwykle ważną rolę w kształtującym się wówczas systemie nowoczesnej opieki medycznej. Ich zadaniem była w pierwszym rzędzie edukacja w zakresie upowszechniania zasad higieny, poprawa ogólnego stanu sanitarnego, przeciwdziałanie chorobom zakaźnym, opieka nad matką i dzieckiem, a także przełamywania obaw związanych z brakiem zaufania do szybko rozwijającej się medycyny. Poszerzenie ich działalności o lecznictwo ambulatoryjne otworzyło dodatkowo możliwość realnego dostępu do lekarza dla szerokich kręgów społeczeństwa II RP pozostających poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych i zbyt ubogich na korzystanie z lecznictwa prywatnego.

Słuszność tych założeń organizacyjnych nie szła jednak w parze z rzeczywistymi możliwościami nie w pełni uporządkowanego i w istocie dość ograniczonego systemu opieki zdrowotnej w Polsce międzywojennej. Ośrodków zdrowia było zbyt mało w stosunku do istniejących potrzeb, a na ich barkach złożone zostało zadanie zaspokojenia wymogów zdrowotnych większości mieszkańców kraju. Mimo stale powiększającej się liczby tych placówek był to cel nie do zrealizowania ze względu na braki infrastrukturalne i finansowe, a przede wszystkim z powodu niedoboru lekarzy, higienistek, pielęgniarek i położnych. Mimo systematycznego, ale dość powolnego wzrostu liczby lekarzy i pielęgniarek dostępność do medyków w dalszym ciągu nie zaspokajała ówczesnych potrzeb.

Sama działalność ośrodków zdrowia potwierdziła słuszność pokładanych w nich nadziei i przyjętego kierunku ich rozwoju. Wraz ze stopniowym wzrostem ich liczby następowała specjalizacja w realizowaniu określonych zadań, zwłaszcza edukacyjnych i administracyjno-sanitarnych oraz leczeniu dokuczliwych chorób zakaźnych. Zwiększył się zasięg oddziaływania ośrodków, a liczba osób objętych opieką wzrosła z 314 tys. w roku 1930 do 1 407 tys. w 1937, a więc blisko pięciokrotnie. Stale rosła też liczba udzielonych porad (2 664 tys. w 1937 w stosunku do 775 tys. w 1930) oraz zrealizowanych wizyt domowych (155 tys. w 1930 i 425 tys. w 1937). (Grata 2013: 275). Wpłynęło to niewątpliwie na częściową poprawę dostępności do opieki zdrowotnej, ale trzeba pamiętać, że nie zmieniało ogólnie niekorzystnej oceny, ponieważ dotyczyło tylko niewielkiej części społeczeństwa.

Utrudnieniem w funkcjonowaniu ośrodków było też ich spore zróżnicowanie wynikające z braku jednolitych podstaw organizacyjnych i zasad podziału pracy. Z pewnością trzeba też zaznaczyć istnienie trudności finansowych, z jakimi borykały się ośrodki przez większość okresu swojego istnienia.

Działalność ośrodków zdrowia była mimo tych bolączek jednym z najbardziej pozytywnych zjawisk w rozwoju opieki zdrowotnej w okresie międzywojennym. Przyczyniła się do poprawy wiedzy z zakresu higieny, profilaktyki chorób zakaźnych czy upowszechnienia opieki lekarskiej. Niestety, ograniczony i selektywny zasięg tych działań nie mógł wpłynąć w szerszym stopniu na umasowienie dostępności do nowoczesnej medycyny. Stosunkowo największe możliwości profilaktyczne i lecznicze miały ośrodki zdrowia ulokowane w dużych miastach. W Warszawie na przykład przyczyniły się – wspólne z innymi organizacjami – do znacznego zmniejszenia zachorowalności na gruźlicę. Liczba zgonów z powodu tej choroby przypadająca na 10 tys. mieszkańców spadła z ok. 35 zgonów w pierwszych latach działalności do 18 w 1931 r. Zmniejszyła się również umieralność wśród niemowląt. Mimo wysokiego bezrobocia i braków w dostępie do nowych mieszkań poprawiła się higiena oraz warunki sanitarne mieszkań osób, które podlegały opiece placówki medycznej. Stołeczne ośrodki zdrowia w większości składały się z przeszkolonego personelu lekarskiego, który z biegiem lat zyskiwał popularność i zaufanie mieszkańców (Stypułkowski 1933: 264, 265; Stypułkowski 1933a: 496).

Rzeczywiste znaczenie ośrodków zdrowia w całym systemie było najlepiej widoczne na terenach wiejskich Polski wschodniej. Tylko w niewielkim stopniu wypełniały one tam katastrofalne braki w zakresie dostępności do lekarzy (jeden przypadał na 21 414 mieszkańców gmin wiejskich). Przeprowadzano na przykład akcje edukacyjne w zakresie profilaktyki zdrowotnej, stosowano również szczepienia przeciwko szkarlatynie oraz ospie. Mimo pionierskiej wręcz aktywności powstających ośrodków pomoc lekarska na wsi była jednak skrajnie niewystarczająca (Kacprzak 1937: 9).

Należy zatem stwierdzić, że realizacja idei tworzenia ośrodków zdrowia jako kluczowego ogniwa publicznej służby zdrowia Drugiej Rzeczypospolitej była działaniem słusznym, ale daleko niezadowalającym wobec ogromnych potrzeb zdrowotnych całego społeczeństwa. Braki legislacyjne, niedostateczne tempo powstawania nowych placówek, trudności z ich finansowaniem, a przede wszystkim niedobory w zakresie obsady personelu medycznego zadecydowały o stosunkowo niewielkiej roli ośrodków zdrowia w ochronie zdrowotnej w Polsce.

Zbyt duża bowiem część obywateli była pozbawiona takiej pomocy lub miała do niej bardzo ograniczony dostęp.

Literatura

- Danielski J., 1931, *Charakter i zadania ośrodków zdrowia*, Wydawnictwo Leona Wierzbickiego w Tarnopolu, Tarnopol.
- Danielski J., 1936, *Rejon sanitarny (rejonowy ośrodek zdrowia) jako podstawowa jednostka lokalnej administracji sanitarnej*, „Zgoda” J. Klimczak i S-ka, Warszawa.
- Danielski J., 1938, *Pomoc lecznicza na wsi*, „Praca i Opieka Społeczna”, nr 4.
- Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce Odrodzonej 1918–1938*, 1939, Wydawnictwo Ministerstwa Opieki Społecznej, Warszawa.
- Fijałek J., 1995, *Medyczno-społeczne tradycje organizacyjne i naukowe w opiece zdrowotnej w XIX i XX wieku* [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Grata P., 2013, *Polityka społeczna Drugiej Rzeczypospolitej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Grata P., 2016, *Na drodze do publicznej służby zdrowia. Meandry polityki zdrowotnej Drugiej Rzeczypospolitej*, „Polityka i Społeczeństwo”, nr 3(14).
- Kacprzak M., 1928, *Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia* [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, red. M. Kacprzak, Warszawa.
- Kacprzak M., 1937, *Stan opieki nad zdrowiem ludności wiejskiej* [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 31 I – 1 i 2 II 1937*, Warszawa.
- Mały rocznik statystyczny 1939*, 1939, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Manteuffel E., 1936, *Współczesne formy opieki społecznej* [w:] *Aktualne zagadnienia opieki społecznej. Pamiętnik zjazdu referentek opieki nad matką i dzieckiem Z. P. O. K. w dniach 7, 8 i 9 grudnia 1935 r.*, Warszawa.
- Mężyński P., 1928, *Propaganda Higieny a Ośrodki Zdrowia*, „Zdrowie – Organ Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego”, R. XLIII, nr 7–8–9.
- Salak B., 1928, *Poradnie społeczno-lekarskie w Tarnopolszczyźnie, jako funkcja samorządów i publicznej służby zdrowia*, „Zdrowie”, R. XLIV, nr 3.
- Słonecki M., Piotrowski E., 1938, *Dotychczasowe wyniki współpracy między ubezpieczalniami społecznymi a samorządami terytorialnymi i instytucjami społecznymi*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych”, z. 2.
- Sprawozdanie z działalności Ministerstwa Opieki Społecznej w 1933/34 r.*, 1935, „Praca i Opieka Społeczna”, nr 2.
- Sprawozdanie z działalności Ministerstwa Opieki Społecznej w 1934/35 r.*, 1936, „Praca i Opieka Społeczna”, nr 4.
- Sprawozdanie z działalności Ministerstwa Opieki Społecznej w 1936/37 r.*, 1937, „Praca i Opieka Społeczna”, nr 4.
- Sprawozdanie z działalności Ministerstwa Opieki Społecznej*, 1936, „Praca i Opieka Społeczna”, nr 1.
- Starczewski J., 1938, *Geneza Ośrodków Zdrowia i Opieki*, „Opiekun Społeczny”, R. 3, nr 12(27).

- Stypułkowski S., 1933, *Kilka uwag o kosztach utrzymania i wydajności pracy w Ośrodkach Zdrowia*, „Zdrowie”, R. XLVIII, nr 5–6.
- Stypułkowski S., 1933a, *System pracy w Ośrodku Zdrowia*, „Zdrowie”, R. XLVIII, nr 9–10.
- Tubiasz S., 1928, *Zarys ogólny organizacji ośrodków zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej* [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, red. M. Kacprzak, Warszawa.
- Więckowska E., 2000, *Instytucje zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej – organizacja, cele, zadania*, „Przegląd Epidemiologiczny”, R. 54, nr 3-4.
- Załączny J., 2011, *Ochrona zdrowia w powiecie warszawskim w latach 1918–1939*, „Rocznik Żyrardowski”, nr 9.

Health centers as a link of the public health service in the Second Polish Republic

Abstract

The article presents the circumstances of the establishment and the main activities of health centers in the interwar period. The first health centers in Poland were established in 1925 according to the concept of the American Rockefeller Foundation. Their functioning was to contribute to the improvement of health education, sanitation, hygiene, knowledge about food, and above all, to allow access to medical care and medical advice for all inhabitants of the country. Over time, as a result of the development of the entire system and the increase in the number of centers, there occurred a broadening of their specializations and improvement of the competences of their staff. Before the outbreak of World War II, health centers focused on prevention, treatment and combating common infectious diseases, which included tuberculosis, trachoma or venereal diseases among others. The activities of health centers contributed to the improvement of knowledge in the field of hygiene and prevention of infectious diseases, access to treatment and the dissemination of health care throughout the country.

Key words: health care, health centers, health care in the years 1918-1939, prevention of infectious diseases, history of health care