

Bożena Płonka-Syroka

- ▶ Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy
(Witelon Collegium State University, Legnica, Poland)
- ▶ e-mail: bozena@plonka-syroka.pl
- ▶ ORCID: 0000-0001-8743-4634

Marek Stych

- ▶ Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
(University of the National Education Commission in Krakow, Poland)
- ▶ e-mail: marek.stych@up.krakow.pl
- ▶ ORCID: 0000-0003-4359-1085

Piotr Pryjda

- ▶ Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
(University of the National Education Commission in Krakow, Poland)
- ▶ e-mail: piotr.pryjda@student.up.krakow.pl
- ▶ ORCID: 0009-0005-6092-8307

DOI: 10.15290/mhi.2024.23.01.21

**SZCZEPIENIA DZIECI W POLSCE PRZECIW CHOROBYM ZAKAŹNYM
(1945–1989) – ANALIZA ICH KONTEKSTU HISTORYCZNEGO,
PODSTAW PRAWNYCH I EFEKTYWNOŚCI****Abstrakt**

Idea powszechnych szczepień ochronnych dzieci została zainicjowana w Europie w początkach XIX w. Masowe szczepienia przeciw ospie metodą wakcynacji wprowadziły wówczas Austria, Prusy, Hiszpania i Wielka Brytania. Działania przeciwepidemiczne realizowane w Polsce w latach 1945–1989, w tym szczepienia ochronne, były kontynuacją prowadzonych wcześniej w II RP (1918–1939) i odbywały się z wykorzystaniem zdobytych wówczas doświadczeń, kadr i powołanych przed 1939 r. instytucji. W artykule przedstawiono podstawy medyczne powszechnych szczepień ochronnych w Europie

i w Polsce do 1989 r. i omówiono ich efektywność wraz z jej uwarunkowaniami. Przedstawiono także sytuację w zakresie populacyjnej ochrony przeciwepidemicznej w latach 1989–2023 w Polsce i w świecie, wynikającą ze zmniejszania się poziomu wyszczepialności dzieci, między innymi na skutek aktywizacji ruchów antyszczepionkowych. Omówiono genezę tych ruchów i uwarunkowania ich popularności w społeczeństwie. Sformułowano także postulaty *de lege ferenda*, które mogłyby ograniczyć wpływy ruchów antyszczepionkowych w Polsce i związane z tym niebezpieczeństwo zmniejszenia poziomu wyszczepialności dzieci przeciw chorobom zakaźnym, które wiąże się z rosnącą liczbą odmów zaszczepienia dzieci deklarowanych przez rodziców.

Artykuł zawiera obszerne zestawienie piśmiennictwa dotyczącego kształtowania się standardu medycyny publicznej w Europie i w Polsce od końca XVIII w. do czasów współczesnych oraz historii szczepień. Zawiera też omówienie podstawowych aktów prawnych wydanych w Polsce w latach 1945–1989, gdy szczepionki przeciw chorobom zakaźnym wieku dziecięcego zostały opracowane i stały się w Polsce szeroko dostępne dzięki podjęciu ich produkcji w naszym kraju. Zostały też omówione skutki ich masowego użycia, związane z uzyskaniem odporności populacyjnej. Przedstawiono także współczesne regulacje prawne dotyczące problematyki dogmatyczno-prawnej. Pierwsza część artykułu została przeprowadzona w oparciu o analizę ewolucji aktów prawnych normujących zasady szczepień dzieci przeciwko chorobom zakaźnym w badanym okresie. W przypadku drugiej zinterpretowano przepisy prawne i ich znaczenie dla omawianego tematu. Celem artykułu jest egzegeza historycznych uwarunkowań, które legły u podstaw polityki szczepień prowadzonej w latach 1945–1989 przez władze Polski, dokonanie przeglądu regulacji prawnych dotyczących szczepień dzieci wprowadzanych w tym okresie i ewolucji przepisów dotyczących szczepień. Autorzy dokonują także oceny oraz efektywności podejmowanych w latach 1945–1989 działań i wyprowadzają wnioski dotyczące zmniejszenia poziomu wyszczepialności dzieci, obserwowanego w Polsce współcześnie.

Słowa kluczowe: szczepienia dzieci, szczepienia w okresie PRL-u, ruchy antyszczepionkowe

VACCINATION OF CHILDREN AGAINST INFECTIOUS DISEASES IN POLAND (1945–1989) – THE HISTORICAL CONTEXT, LEGAL BASIS AND EFFECTIVENESS

Abstract

The idea of universal preventive vaccination of children was initiated in Europe at the beginning of the 19th century. Mass vaccinations against smallpox were then introduced by Austria, Prussia, Spain and the United Kingdom. The anti-epidemic measures taken in Poland in 1945–1989, including preventive vaccination, were a continuation of those of the Second Polish Republic (1918–1939) and were carried out using the experience, staff and institutions from before 1939. The article presents the medical basis

for universal preventive vaccination in Europe and Poland until 1989, and discusses its effectiveness and factors which influenced it. The article also discusses the issue of population epidemic control between 1989 and 2023 in Poland and worldwide in view of the emergence of anti-vaccination movements. The origins and factors contributing to the popularity of these movements in society are discussed in the paper. Furthermore, *de lege ferenda* suggestions are put forward, the application of them could limit the influence of anti-vaccination movements in Poland and the associated danger of reducing the vaccination rate of children against infectious diseases evidenced by the increasing number of vaccination refusals declared by parents.

The article contains an extensive list of literature on the history of vaccination and the development of the public medicine model in Europe and Poland from the end of the 18th century to modern times. It also analyses basic legal acts passed in Poland between 1945–1989, when vaccines for infectious diseases of childhood were being developed and became widely available in Poland due to their production in the country. Finally, the consequences of their mass use in obtaining population immunity are also discussed. The analysis of the above-mentioned issues was carried out using two methods: historical-legal and dogmatic-legal. The first method was employed to analyze the evolution of legal acts regulating the principles of childhood vaccinations against infectious diseases in the investigated period. The second method was used to interpret the legal provisions and to analyze their significance for the discussed topic. The aim of the article is to provide an exegesis of the historical conditions that are the background of the vaccination policy conducted by the Polish authorities in the years 1945–1989, to review the legal regulations concerning childhood vaccinations introduced during this period, and to present the evolution of legal provisions regarding vaccinations. The authors also assess the effectiveness of actions taken in the years 1945–1989 and draw conclusions regarding the reduction in the level of childhood vaccination coverage observed in contemporary Poland.

Key words: childhood vaccinations, vaccinations in the Polish People's Republic, anti-vaccination movements

1. Kształtowanie się polityki szczepień ochronnych w kontekście historycznym

Szczepienia ochronne były jedną z metod profilaktyki chorób epidemicznych, wprowadzoną do masowego stosowania jeszcze przed odkryciem bakterii i wirusów i przed wdrożeniem do medycyny klinicznej standardu bakteriologii. Efektywność tej metody była uwarunkowana w Europie jej włączeniem do już wcześniej

zaprojektowanych i funkcjonujących na tym kontynencie systemów ochrony zdrowia publicznego¹, których istnienie i funkcjonowanie² umożliwiło przeprowadzenie szczepień w skali masowej. Program masowych szczepień ochronnych wdrożony w praktyce w Polsce w latach 1945–1989 był bezpośrednią kontynuacją głównego kierunku ochrony populacji, ukierunkowanego na ograniczenie zasięgu i skutków epidemii chorób zakaźnych, wprowadzanego w wybranych państwach zachodnioeuropejskich już od końca XVIII w. Od początku XIX do połowy XX w. program ten był realizowany w praktyce już w całej Europie, w tym w II RP. Działania podjęte w Polsce po 1945 r. były bezpośrednią kontynuacją tych, które stopniowo wdrażano w życie latach 1918–1939. Celem niniejszego artykułu jest omówienie i analiza polityki ochrony populacji wdrażanej w PRL w latach 1945–1989, ukazanej w kontekście historycznym. Zamierzamy wykazać, że efektywność tych działań wynikała z wdrożenia masowych szczepień ochronnych jako jednego z elementów kompleksowego programu ochrony populacji, wypracowanego w Europie Zachodniej już przed 1945 r. i który w II RP mógł zostać zrealizowany jedynie w ograniczonym zakresie, ze względu na ograniczenia w rozwoju infrastruktury medycznej, brak dostatecznej liczby lekarzy i pielęgniarek i brak rodzimego przemysłu farmaceutycznego, zdolnego zaspokoić zapotrzebowanie na szczepionki.

Podstawy efektywności profilaktyki przeciwepidemicznej realizowanej w Europie przed 1939 r., a po II wojnie wdrażanej w życie także w Polsce, opierały się na kilku zasadniczych elementach, które tworzyły wspólnie spójny system ochrony populacji przed zagrożeniem ze strony chorób zakaźnych. Pierwszym z nich było właściwe rozpoznanie zagrożeń, którym miano przeciwdziałać, tj. prawidłowe opisanie poszczególnych chorób zakaźnych, patogenów będących ich przyczyną oraz dróg rozpowszechniania w populacji³. Wprawdzie pierwsza masowo zastosowana szczepionka – przeciw ospie prawdziwej – została wdrożona w praktyce jeszcze

¹ B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników wewnątrznaukowych i zewnątrznaukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie (na przykładzie wybranych państw)*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2013, s. 267–349.

² J. Sadowska, *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX i na początku XX w.*, „Zdrowie Publiczne” 1989, nr 100, s. 324.

³ S.M. Blevins, M.S. Bronze, *Robert Koch and the „golden age” of bacteriology*, „International Journal of Infectious Diseases” 2010, t. 14, nr 9, s. e744–751; Z.A. Kwiatkowski, *Ludwik Pasteur (1822–1895). Życie i dzieło*, <https://www.microbiology.pl/wp-content/uploads/2017/03/Ludwik-Pasteur-1822-1895.pdf> (dostęp: 15.03.2024).

przed prawidłowym opisaniem tej choroby, zgodnym ze standardem wirusologii⁴, to już następne szczepionki opierały się na właściwym rozpoznaniu patogenu odpowiedzialnego za wywoływanie danej choroby zakaźnej i prawidłowym opisanu sposobu rozpowszechniania się tego patogenu w populacji.

Prawidłowe rozpoznanie zagrożenia stwarzało podstawy dla opracowania i wyprodukowania szczepionki zdolnej wytworzyć odporność przeciw danej chorobie zakaźnej. Kolejnym etapem było opracowanie przemysłowej metody produkcji tej szczepionki. Władze krajów, w których miała być prowadzona profilaktyka chorób zakaźnych za pomocą szczepień, musiały zapewnić masową dostępność szczepionek dla swoich obywateli, za pomocą wspierania działalności rodzimego przemysłu farmaceutycznego albo zakupów szczepionek za granicą, w skali odpowiedniej do wielkości populacji, która miała być zaszczepiona. Efektywna realizacja masowych szczepień ochronnych była możliwa dzięki stworzeniu przez władze infrastruktury medycznej, w której szczepienia miałyby być przeprowadzane oraz zapewnienia kadr, które miały przeprowadzać szczepienia. Kadry te miały zarazem realizować stały i skuteczny nadzór nad stanem zdrowia populacji, która powinna mieć zapewniony łatwy dostęp do profesjonalnej opieki lekarskiej.

Skuteczna ochrona przeciwepidemiczna prowadzona za pomocą szczepień ochronnych nie była także możliwa bez zapewnienia przez państwo stałych i odpowiednich do wielkości chronionej populacji środków na utrzymywanie działalności instytucji zajmujących się jej ochroną przeciwepidemiczną, w tym instytucji sprawujących nadzór sanitarno-epidemiologiczny i prowadzących rejestrację zachorowań⁵. Efektywność masowych szczepień ochronnych była także warunkowana przez takie elementy, jak dobrze zaprojektowana i skutecznie realizowana polityka informacyjna na temat chorób zakaźnych i szczepień, przedstawiająca wiedzę na ich temat w aktualnym standardzie klinicznym, a także ograniczanie możliwości prowadzenia działalności paramedycznej przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji i prawa

⁴ Jej stosowanie oparto na doświadczeniu i obserwacjach pozytywnych skutków szczepień. Teoretyczna interpretacja istoty i przyczyn tej choroby znacząco odbiegała jednak od dzisiejszego standardu medycyny klinicznej.

⁵ K. Łopatecki, *U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej*, „Medycyna Nowożytna” 2016, t. 22, nr 1, s. 55–78; F. Snowden, *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, Yale 2019; D. Parker, *Health, Civilisation and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London–New York 2005.

wykonywania zawodu lekarza⁶. Spójność standardu informacji uzyskiwanych przez laików na temat chorób zakaźnych i szczepień ochronnych jako właściwej i bezpiecznej metody zabezpieczającej przed zachorowaniem tworzyła warunki dla upowszechnienia stosowania szczepień w społeczeństwie, łagodząc obawy i lęki wynikające z niewiedzy i utrudniając uwiarygodnienie się w społeczeństwie poglądów, postaw i zachowań zdrowotnych opartych na podstawach niezgodnych z medycyną kliniczną.

Idea wprowadzenia powszechnych szczepień ochronnych zrodziła się w Europie na przełomie XVIII i XIX w. Pierwszą chorobą, której starano się w ten sposób zapobiegać, była ospa prawdziwa (*variola vera*). Już w czasach starożytnych choroba ta występowała w formie epidemii⁷, niosąc za sobą poważne straty demograficzne. W Indiach i Chinach starano się jej zapobiegać. Wprowadzano do organizmów ludzi zdrowych niewielkie fragmenty zawartości ropnych pęcherzyków występujących na skórze osób chorych na tę chorobę. Wcierano je w nakłutą skórę szczepionych lub podawano im proszek ze startych pęcherzyków do wdychania. Metoda ta, nazwana później wariolizacją (od nazwy choroby), była obarczona dużym niebezpieczeństwem zakażenia osoby szczepionej, u której pojawiały się pełne objawy ospy. Pomimo tych zastrzeżeń metoda była uznawana za skuteczną i była szeroko stosowana w wielu krajach Azji⁸.

W początkach XVIII w. wiedza o tej metodzie dotarła do Europy za pośrednictwem żony ambasadora Wielkiej Brytanii w Turcji, lady Mary Wortley Montagu. Obserwując w 1717 i 1718 r. szczepienia dzieci przeciw ospie przeprowadzane w Konstantynopolu,

⁶ Regulacje prawne w tym zakresie wybrane państwa europejskie (kraje należące do monarchii Habsburgów, Prusy, a następnie dalsze państwa Rzeszy Niemieckiej) zaczęły wprowadzać już w latach 40. XVIII w., kierując się słusznym założeniem, że świadomość zdrowotna ich obywateli powinna być kształtowana przez lekarzy, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, a nie przez szarlatanów, upowszechniających koncepcje dotyczące przyczyn chorób i metod ich leczenia jawnie sprzeczne z tym standardem. Działania w tym zakresie prowadzone przez władze państwa pruskiego, które stały się z czasem wzorcem dla innych państw europejskich, przedstawia Ute Frevert w monografii pt. *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Untersichten in Preussen zwischen medizinischer Polizey und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984.

⁷ B. Różańska-Gambal, *Występowanie epidemii ospy prawdziwej na świecie od czasów starożytnych po współczesne*, „Medycyna Nowożytna” 2008, t. 15, z. 1–2, s. 31–59.

⁸ A. Bednarek, M. Bartkowiak-Emeryk, J. Wysocki, *Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych u dzieci*, Warszawa 2018, s. 14.

lady Montagu zdecydowała się poddać wariolizacji swojego syna. Po powrocie do kraju upowszechniła wiadomość o tej metodzie na dworze króla Jerzego I i wśród angielskiej arystokracji. Szczepienia zastosowano z powodzeniem u wielu dzieci z tej warstwy⁹. Zaszczepiono także następcę brytyjskiego tronu¹⁰. Żoną króla była niemiecka księżna, która przekazała swoim liczny korespondentom niemieckim informację o pomyślnych rezultatach szczepień tą metodą. Dowiedział się o nich tą drogą między innymi znany filozof Wolter i król Prus Fryderyk II Wielki. Zlecił on opublikowanie na temat wariolizacji specjalnej broszury, która miała ją spopularyzować wśród mieszkańców Prus. W 1724 r. informacja o niej została opublikowana także w kalendarzu przeznaczonym dla mieszkańców Śląska¹¹. Fryderyk II zamierzał wprowadzić powszechne szczepienia przeciw ospie już w latach 20. XVIII w. Popularyzowano w związku z tym informację o wariolizacji wśród czytelników, między innymi w kalendarzach śląskich na 1727 i 1732 r.¹²

Nie zrealizowano jednak tego zamierzenia, ponieważ wariolizacja budziła poważne obawy rodziców i lekarzy, ze względu na nie dające się przewidzieć skutki szczepień. U wielu europejskich dzieci (w przeciwieństwie do Turcji, skąd metodę zapożyczono) występowały bowiem silne reakcje poszczepienne, a u niektórych rozwijała się ospa o pełnych objawach, powodując ich zgon. Różnica w reakcji na szczepienia była spowodowana odmiennym sposobem przygotowania dzieci do szczepień stosowanym w Europie i Azji¹³. W 1769 r. Fryderyk II wydał jedynie zarządzenie o obowiązkowej

⁹ Ibidem, s. 14.

¹⁰ B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Zmiany w standardzie popularyzacji wiedzy o chorobach tzw. zwykłych i epidemicznych u dzieci na przykładzie kalendarzy adresowanych do mieszkańców Śląska w latach 1615–1786*, [w:] W. Ślusarczyk, R. Kubiak, J. Nierebiński (red.), *Lecznictwo na prowincji. Narracje – źródła – epidemie. Wybrane problemy*, Lublin 2023, s. 190.

¹¹ *Was giebt denn solch Blatter-Beltzen oder Tropfen vor Nutzen*, [w:] *Johannis Neubarthi Bolesla-Silesii Neu und Alter Schreib Calender..zu Bresslaw 1724*, nlb.

¹² B. Płonka-Syroka, A. Syroka, op. cit., s. 191.

¹³ W Europie dzieci, które miano poddać szczepieniu, poddawano procedurze oczyszczania organizmu ze zwarzonych humorów, zgodnej z ówczesnym standardem medycyny akademickiej. Wykonywano u nich upusty krwi i podawano im środki przeczyszczające, ograniczano także pożywienie. Szczepionkę przyjmowały więc dzieci, których organizmy były przez te procedury osłabione. W Turcji, skąd przeniesiono metodę wariolizacji do Europy, takich procedur nie stosowano. Być może dzieci, u których wariolizacja przebiegała w Europie bez szkodliwych następstw, nie zostały poddane procedurom oczyszczającym lub zastosowano je u nich w ograniczonej skali.

izolacji dzieci chorych na ospę i konieczności zgłaszania wszystkich przypadków ospy organom lokalnej administracji¹⁴.

Upowszechnienie szczepień przeciw ospie było możliwe dopiero po opracowaniu w 1796 r. przez Edwarda Jennera bezpieczniejszej dla dzieci metody szczepień – wakcynacji¹⁵. U dzieci, u których ją zastosowano, nie występowały poważniejsze skutki uboczne, a jak wykazało doświadczenie, dzieci te uzyskiwały odporność przeciw ospie prawdziwej. Już w 1803 r. kolejne kraje zaczęły w związku z tym wprowadzać obowiązkowe szczepienia przeciw ospie z zastosowaniem nowej metody. Wprowadziła ją w swoich koloniach Hiszpania, a wkrótce również Holandia, Wielka Brytania niektóre stany USA¹⁶ oraz Prusy¹⁷. Mimo że lekarze nie potrafili wyjaśnić przyczyn skuteczności szczepień przeciwospowych¹⁸, uznano je za skuteczną metodę ochrony zdrowia populacji, co przyczyniło się do jej upowszechnienia w tych krajach, które dysponowały odpowiednio rozwiniętym systemem medycyny publicznej.

W Europie do krajów, w których szczepienia przeciwospowe prowadzono na masową skalę, należały w XIX w. Prusy i Austria. Kraje te już od połowy XVIII w. prowadziły aktywną politykę ochrony zdrowia mieszkańców projektowaną, finansowaną i nadzorowaną przez państwo¹⁹. Opierała się ona na koncepcji ochrony zasobów

¹⁴ *Auszug aus der auf Pr. Königl. Majestät allerhöchsten Befehl, vom Königl. Ober = Collegium Medico zu Berlin herausgegeben Anleitung: wie der Landmann und diejenigen, so keinen erlangen können, bey grassirenden Pocken sich zu verhalten haben*, [w:] *Neu zu jedermanns Gebrauch eingerichteter Astronomischer, Historischer und Schreib = Calender...*, b.m. 1770, nlb.

¹⁵ S. Riedel, *Edward Jenner and the History of Smallpox and Vaccination*, „Proceedings of Baylor University Medical Center” 2005, t. 18, nr 1, s. 21–25. Metoda polegała na wcieraniu w skaleczoną skórę osoby zdrowej materii pobranej od krowy, u której rozpoznano tzw. ospę krowią. Użycie takiej szczepionki wywoływało odporność krzyżową przeciw ospie prawdziwej. Metoda była skuteczna, a jej stosowanie nie wywoływało powikłań.

¹⁶ S. Mnookin, *Wirus paniki. Historia kontrowersji wokół szczepionek i autyzmu*, tłum. H. Pustuła-Lewicka, Wołowiec 2019, s. 47.

¹⁷ C. Huerkamp, *The History of Smallpoxvaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public*, „Journal of Contemporary History” 1985, t. 20, z. 4, s. 617–635.

¹⁸ A. Adamowicz, B. Płonka-Syroka, *Szczepienia przeciw ospie prawdziwej oraz przeciw gruźlicy w opiniach lekarzy polskich w świetle wybranych tytułów polskiego czasopiśmiennictwa lekarskiego (1801–1900)*, „Analecta” 2018, t. 27, nr 1, s. 157–204.

¹⁹ B. Płonka-Syroka, A. Syroka, *Metody profilaktyki i leczenia ospy wietrznej i ospy prawdziwej w kalendarzach śląskich z XVII i XVIII w.*, [w:] *Lek roślinny w lecznictwie Bliskiego Wschodu i Europy Środkowej: wybrane problemy. Lek roślinny*, t. 9, (red.) B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2022, s. 119–136.

ludzkich, opartej na założeniu, że o sile państwa decyduje liczba jego obywateli, w tym przede wszystkim ludzi zdrowych, zdolnych do służby wojskowej i do płacenia podatków²⁰. Regulacje przeciwepidemiczne w tych państwach oraz kształtujące się ustawodawstwo sanitarne oparto w nich na zasadzie przymusu (system tzw. policji lekarskiej)²¹. Przyczyn zainicjowania takiej polityki akurat przez rządy państw niemieckich (Austria, Prusy) należy upatrywać w wysokiej gęstości ich zaludnienia i wysokim współczynniku urbanizacji, znacznie przewyższających inne ówczesne państwa europejskie, co narażało ich mieszkańców na większe zagrożenie epidemiczne. Z zagrożenia mieszkańców gęsto zaludnionych miast przez epidemie zdawano sobie sprawę już od średniowiecza, co było przyczyną wprowadzania w Europie zachodniej miejskich regulacji przeciwepidemicznych²². W XVIII w. w Austrii i Prusach na podstawie zebranych w miastach doświadczeń spróbowano zorganizować stałą ochronę przeciwepidemiczną w skali całego kraju²³.

Dążenie do opanowania epidemii metodami profilaktycznymi władze tych państw uznały za priorytetowe²⁴. Do metod tych należały między innymi szczepienia przeciw ospie, które masowo realizowano w sposób przymusowy. Szczepienia ochronne stanowiły novum wśród metod profilaktycznych, opartych dotąd na indywidualnej i dobrowolnej ochronie przed chorobami. Poddawały one bowiem zachowania zdrowotne jednostek kontroli państwa, które opierało standard działań prewencyjnych na rozpoznaniu przyczyn zagrożeń zdrowia publicznego dokonywanym przez lekarzy,

²⁰ B. Płonka-Syroka, *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX w.*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, t. 63, nr 4, s. 47–70.

²¹ B. Płonka-Syroka, *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] *Czystość i brud: higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, (red.) W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz 2015, s. 307–328.

²² T. Bober, A. Seń, *Doświadczenie epidemii „Czarnej Śmierci” z lat 1347–1353 – motyw osamotnienia w wybranych tekstach z epoki*, [w:] *Osamotnieni w bólu. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 4, (red.) B. Płonka-Syroka, Wrocław 2018, s. 191–207.

²³ B. Płonka-Syroka, *Zagrożenie chorobami zakaźnymi o charakterze masowym i jego uwarunkowania społeczno-ekonomiczne jako podstawa działań władz państwowych w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego (od XIII do 1914 r.)*, [w:] *Marginalizacja a rozwój społeczny – między teraźniejszością i przeszłością*, (red.) Z. Galor, S. Kalinowski, U. Kozłowska, Bielefeld 2017, s. 181–200.

²⁴ Eadem, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 11, (red.) B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2007, s. 161–178.

których opinie władze uznawały za miarodajną. Dzięki masowym szczepieniom przeprowadzanym w Austro-Węgrzech i Cesarstwie Niemieckim pod koniec XIX w. ospa została w tych państwach wyeliminowana jako zagrożenie zdrowia publicznego. Wykazało to efektywność szczepień jako metody profilaktyki chorób zakaźnych, która wraz z postępem wiedzy z zakresu mikrobiologii i opracowaniem metod produkcji nowych szczepionek została upowszechniona w zapobieganiu innym chorobom.

Silnym impulsem do wprowadzania szczepień ochronnych przeciwko innym chorobom było ustalenie w 1883 r. roli bakterii w etiopatogenezie chorób zakaźnych²⁵, a w 1892 r. odkrycie tej samej roli wirusów²⁶. Ponieważ nie dysponowano wówczas skutecznymi lekami przeciwbakteryjnymi i przeciwwirusowymi, podstawowymi metodami ograniczenia zagrożeń stwarzanych przez te patogeny miały być przymusowe szczepienia ochronne, na wzór wcześniej sprawdzonych jako skuteczna metoda profilaktyki szczepień przeciw ospie. Już w 1895 r. opracowano szczepionkę przeciw dżumie, w 1896 r. przeciw cholerze i durowi brzuszemu²⁷. W 1921 r. wprowadzono do użytku szczepionkę przeciw gruźlicy (BCG)²⁸, w 1923 przeciw krztuścowi, w 1937 r. przeciw żółtej febrze. Do 1945 r. wynaleziono i wprowadzono do użytku szczepionki przeciw innym chorobom²⁹, po II wojnie światowej opracowywano kolejne³⁰. Nadzór nad produkcją i wprowadzaniem szczepionek do użytku sprawowały w Europie instytucje państwowe (np. Instytut Pasteura w Paryżu³¹, Instytut Kocha w Berlinie³²), z szeroką siecią filii terenowych. Wypracowane wówczas procedury kontrolne przyczyniły się do skutecznego

²⁵ B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r.*, [w:] *Czystość i brud: higiena w XIX w. – wokół przełomu bakteriologicznego*, red. W. Korpalska, W. Ślusarczyk, Bydgoszcz 2016, s. 279–315.

²⁶ T. Hager, *Dziesięć leków, które ukształtowały medycynę*, tłum. A. Gomola, Poznań 2019, s. 88.

²⁷ J. Cianciara, J. Juszczak, *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, t. 1, Lublin 2012, s. 3.

²⁸ M.A. Behr, P.M. Small, *A historical and molecular phylogeny of BCG strains*, „Vaccine” 1999, t. 17, s. 915–922.

²⁹ A. Bednarek, M. Bartkowiak-Emeryk, J. Wysocki, *Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych u dzieci*, Warszawa 2018, s. 17–19.

³⁰ Ibidem, s. 18–19.

³¹ M.H. Marchand, *The Story of the Pasteur Institute and Its Contributions to Global Health*, 2018, s. 33–53.

³² https://www.rki.de/EN/Content/Institute/History/Historical_Overview.pdf?__blob=publicationFile (dostęp: 10.02.2023).

eliminowania szczepionek nieskutecznych i powodujących poważne odczyny poszczepienne (np. tuberkuliny jako szczepionki przeciw gruźlicy³³).

Mieszkańcy ziem polskich należących do zaboru austriackiego i pruskiego uczestniczyli już w XIX w. w organizowanych przez władze tych państw zaborczych działaniach z zakresu ochrony przeciwepidemicznej³⁴. Z ich doświadczeń wyłonili się polscy specjaliści z zakresu immunologii, tacy jak Rudolf Weigl i Ludwik Hirszfeld, działający w II RP. W zaborze rosyjskim nie istniał system medycyny publicznej zorganizowany według wzorców zachodnioeuropejskich. Nie prowadzono w związku z tym w Królestwie Polskim ani na Ziemiach Zabrzanych masowych szczepień³⁵, poza szczepieniami przeciw wścieklicznie³⁶.

Z chwilą odzyskania niepodległości przez Polskę, po ukonstytuowaniu się władz II RP, podjęto działania na rzecz profilaktyki epidemii, korzystając ze współczesnego dorobku nauki światowej³⁷. Pod względem organizacyjnym starano się wprowadzić w Polsce rozwiązania wypracowane wcześniej Cesarstwie Niemieckim i Austro-Węgrzech

³³ Szczepionkę wprowadzono do użytku w 1890 r., ale już w 1892 r. ją wycofano, z powodu dużej liczby powikłań i braku potwierdzenia deklarowanej przez jej twórcę, Roberta Kocha, skuteczności.

³⁴ R. Lipelt, *Walka z chorobami zakaźnymi w Galicji w XIX i początkach XX w. w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, [w:] *Osamotnieni w bólu...*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, s. 223–245; W. Korpalska, J. Szmytkowski, *Procesy modernizacyjne w państwie pruskim i ich wpływ na kształtowanie modelu ochrony zdrowia publicznego na ziemiach zaboru pruskiego w XIX wieku na przykładzie rejencji bydgoskiej*, [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 8, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2004, s. 119–132.

³⁵ Braku systemu medycyny publicznej nie mogły zastąpić prywatne działania lekarzy, próbujących wdrożyć na ziemiach polskich pozostających pod kontrolą Rosji nowoczesne metody ochrony populacji, por. E. Więckowska, *Początki opieki zdrowotnej nad ludnością Królestwa Polskiego na przełomie XIX/XX wieku w świetle czasopisma „Zdrowie” (1895–1914)*, „Zdrowie Publiczne” 1985, nr 5–6, s. 227–237; B. Płonka-Syroka, *Spółeczny ruch higieniczny w Królestwie Polskim i jego rola w zapobieganiu i zwalczaniu chorób społecznych*, [w:] *Brud: idee – dylematy – sprawy. Stronata Anthropologica*, t. 8, red. M. Sztandara, Opole 2012, s. 299–316.

³⁶ T. Kuziara, *Historia szczepień ochronnych w Polsce*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2013, nr 3, s. 44.

³⁷ J. Górny, *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej 1919–2023*, „Zdrowie Publiczne” 1976, nr 6, s. 489–492.

(w tym w Galicji), które okazały się skuteczne³⁸. W 1918 r. została w Polsce stworzona służba sanitarno-epidemiologiczna, na której czele stał Państwowy Zakład Higieny posiadający filie terenowe³⁹. Wypracowany w latach 1918–1923 standard działalności PZH określił profil działań przeciwepidemicznych w Polsce na następne sto lat. Do 1939 r. powstało 13 filii PZH, których celem miało być objęcie całego kraju nadzorem sanitarno-epidemiologicznym oraz organizacją szczepień. Filie PZH stanowiły wraz z centralą w Warszawie zaplecze laboratoryjno-diagnostyczne dla całej Polski. PZH był producentem szczepionek. Ich własna produkcja umożliwiła wprowadzenie w 1921 r. obowiązkowych szczepień przeciw cholerze i durowi brzusznemu. W 1924 r. rozpoczęto w Polsce szczepienia przeciw błonicy i płonicy, wprowadzono także szczepienia przeciw gruźlicy szczepionką BCG. Do 1939 r. nie objęto jednak szczepieniami wszystkich dzieci, ze względu na brak lekarzy, pielęgniarek i niedostateczny rozwój infrastruktury medycznej w Polsce.

W trakcie II wojny światowej w latach 1940–1944 PZH działał w konspiracji, jednak już od marca 1945 r. wznowił działalność. Po II wojnie światowej PZH stał się już w 1945 r. zapleczem kadrowym dla systemu medycyny publicznej w Polsce, w tym instytucji organizujących szczepienia ochronne i nadzorujących produkcję szczepionek odpowiedniej jakości⁴⁰. W latach 1944–1950 w zwalczaniu zagrożeń epidemicznych i organizacji szczepień ochronnych korzystano z kadr i doświadczeń PZH i innych instytucji przedwojennych⁴¹, co umożliwiała trafne rozpoznanie zagrożeń zdrowia publicznego⁴² i wprowadzenie w życie skutecznych form przeciwdziałania im⁴³. Duże

³⁸ B. Płonka-Syroka, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska*, [w:] *Medycyna i rehabilitacja w Polsce w latach 1918–2018. Część 1. Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, (red.) M. Migąła, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś, Opole 2019, s. 25–54.

³⁹ W. Magdzik, *Osiągnięcia w okresie 85 lat działalności i perspektywy działania służby sanitarno-epidemiologicznej w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2004, t. 58, s. 569–581.

⁴⁰ D. Naruszewicz-Lesiuk, *Rola Państwowego Zakładu Higieny w perspektywie historycznej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, t. 62, s. 687–695.

⁴¹ E. Więckowska, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918–1924*, Wrocław 1999.

⁴² D. Naruszewicz-Lesiuk, M.J. Wysocki, *Tematyka i wyniki wybranych prac naukowo-badawczych w dziedzinie epidemiologii prowadzonych w Państwowym Zakładzie Higieny w latach 1945–1989*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, t. 67, s. 773–777.

⁴³ E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” 2001, nr 2267.

znaczenie miało upowszechnienie szczepień przeciw chorobom zakaźnym wśród dzieci, w tym przeciw polio, które wystąpiło w latach 50. na niespotykaną wcześniej skalę⁴⁴.

Sytuacja zdrowotna w polskiej populacji po II wojnie światowej została zdominowana przez zagrożenie epidemiczne⁴⁵. Aż do lat 70. XX w. choroby zakaźne nadal stanowiły zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego polskiej populacji⁴⁶, które do 1989 r. zaczęło się stopniowo zmniejszać. Podstawą ograniczenia zagrożenia ze strony masowych epidemii stało się wprowadzenie w Polsce obowiązkowych szczepień ochronnych. Wprowadzono masowe szczepienia przeciw gruźlicy, będącej w latach 1919–1962 najczęstszą przyczyną przedwczesnych zgonów⁴⁷, a także obowiązkowe szczepienia dzieci, dzięki którym opanowano wysoki przed 1945 r. odsetek zgonów z powodu chorób zakaźnych wieku dziecięcego⁴⁸. W latach 1945–1989 Polska kontynuowała program ochrony przeciwepidemicznej opracowany w okresie międzywojennym⁴⁹. Wdrażała także bieżące rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia. Stworzono rodzimy przemysł farmaceutyczny, w którym produkowano szczepionki spełniające wysokie standardy jakości. Ich ilość odpowiadała zapotrzebowaniu wynikającemu z liczebności polskiej populacji. Szczegółowe informacje na ten temat przedstawia piśmiennictwo⁵⁰.

⁴⁴ M. Czachorowska, *Leczenie i zwalczanie zachorowań na poliomyelitys w okresie epidemii w latach 50. i później*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, t. 56, s. 541–546.

⁴⁵ W.A. Zatoński, M. Zatoński, *Sytuacja zdrowotna*, [w:] *Dzieje medycyny w Polsce*, t. 3. *Lata 1944–1989*, red. W. Noszczyk, Warszawa 2016, s. 77–86.

⁴⁶ G. Gościński, E. Lonc, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*, [w:] *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesora Tadeusza M. Lachowicz*, red. G. Bugla-Płoskońska, E. Lonc, Wrocław 2015, s. 89–114.

⁴⁷ J. Supady, M. Włodarczyk, *Gruźlica w Łodzi w latach 1965–1970: z dziejów walki z chorobą*, Łódź 2006; J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, Warszawa 1964.

⁴⁸ E. Lonc, G. Gościński, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, M. Stych, *Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce*, [w:] *Zdrowie dla regionu, t. 2, Uzdrowiska*, red. E. Lonc, K. Plewa-Tutaj, Wałbrzych 2017, s. 335–355.

⁴⁹ Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. 1935 nr 27, poz. 198). Ustawa ta obowiązywała w Polsce aż do 1963 r.

⁵⁰ J. Kostrzewski, W. Magdzik, D. Naruszewicz-Lesiuk (red.), *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, Warszawa 2001, s. 137–479.

Sprawne przeprowadzenie masowych szczepień było możliwe dzięki temu, że w Polsce stworzono w latach powojennych system medycyny publicznej opłacany ze środków budżetowych⁵¹. Jego działalność była do 1980 r. ukierunkowana na zapobieganie chorobom zakaźnym⁵², uznawanym za największe zagrożenie dobrostanu zdrowotnego i bezpieczeństwa demograficznego populacji⁵³. W latach 80. XX w., po opanowaniu masowego zagrożenia epidemicznego, zaczęto stopniowo zmieniać ukierunkowanie tego systemu, zmniejszając wysokość nakładów na funkcjonowanie systemu ochrony przeciwepidemicznej. Zmniejszono liczbę lekarzy przyjmowanych na specjalizację w dziedzinie chorób zakaźnych, zlikwidowano wiele oddziałów i szpitali zakaźnych (lub zmieniono ich profil leczniczy).

Po transformacji ustrojowej Polski w 1989 r. ogólny kierunek działania polskiego systemu medycyny publicznej został dostosowany do ówczesnych tendencji europejskich⁵⁴. Za główne zagrożenie zdrowia publicznego uznano odtąd choroby związane ze stylem życia i wiekiem. Odgórnie organizowana przez państwo profilaktyka została wówczas zastąpiona koncepcją promocji zdrowia, w której zadaniem państwa jest jedynie udostępnianie obywatelom informacji na temat zagrożeń zdrowia, przed którymi powinni się chronić we własnym zakresie. Po 1989 r. utrzymano jednak model obowiązkowych szczepień dzieci, nadal będący podstawową metodą profilaktyki chorób zakaźnych⁵⁵ uznawaną za skuteczną przez lekarzy⁵⁶. Decyzję o utrzymaniu

⁵¹ K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.

⁵² J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, Warszawa 1964; idem (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1961–1970*, Warszawa 1973; idem (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1970–1979*, Wrocław 1984.

⁵³ K. Prętki, *Polityka zdrowotna w Polsce i na świecie. Pomiędzy doświadczeniami przeszłości a wyzwaniem przyszłości*, Poznań 2020.

⁵⁴ K. Wielicka, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 1909, s. 493–494.

⁵⁵ Immunizacja – sztuczne uodpornienie ustroju ludzkiego lub zwierzęcego przeciwko chorobom zakaźnym; sztuczne wzbudzenie mechanizmów odpornościowych organizmu; uodpornienie organizmu ludzkiego i zwierzęcego pod wpływem kontaktu z obcym antygenem; zwiększenie odporności immunologicznej organizmu na działanie czynników chorobotwórczych, uzyskane sztucznie w wyniku szczepień lub wstrzyknięcia surowicy odpornościowej.

⁵⁶ M.D. Carlos Vallbona, *Importance of Immunization in Child Care and Prevention*, „Child and Adolescent Social Work Journal” 1993, t. 10, nr 5, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00844674.pdf> (dostęp: 30.12.2022); A. Nandi, A. Shet, *Why vaccines matter:*

obowiązkowych szczepień potwierdzały dane statystyczne: znacząca (o 90–95%) redukcja liczby zachorowań, spadek śmiertelności, zmniejszona liczba hospitalizacji, skrócony średni czas ich trwania⁵⁷. Niektóre choroby (ospa) całkowicie wyeliminowano ze światowej populacji⁵⁸, w przypadku innych znacznie ograniczono związane z nimi zagrożenie (np. polio⁵⁹, różyczka⁶⁰, zespół różyczki wrodzonej⁶¹). W wyniku masowej

understanding the broader health, economic, and child development benefits of routine vaccination, „Human Vaccines and Immunotherapeutics” 2020, t. 16, nr 8, s. 1900–1904; E. Bernatowska, P. Grzesiowski, *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z*, Warszawa 2013; M. Wójcik, *Jak rodzice i pacjenci podejmują decyzje o szczepieniach – implikacje dla praktyki lekarskiej i zdrowia publicznego*, „Medycyna Praktyczna Szczepienia” 2013, nr 3, s. 1–54.

⁵⁷ European Centre for Disease Prevention and Control, *Let's talk about protection Enhancing childhood vaccination uptake*, Stockholm 2016, s. 8, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-protection-vaccination-guide.pdf> (dostęp: 30.12.2022).

⁵⁸ Y. Nawaz et al., *A Review on Smallpox*, „Journal of Biomedical Sciences” 2022, t. 11, nr 6, s. 65; C. Mark, J. Rigau-Perez, *The World First Immunization Campaign*, „Bulletin of the History of Medicine” 2009, t. 83, nr 1, s. 63–94; J. Colgrove, *State of Immunity: The Politics of Vaccination in Twentieth-Century America*, Los Angeles 2006; D. Isaacs, *Szczepienia. Odkrycia medyczne, które zmieniły świat*, Kraków 2022, s. 59.

⁵⁹ D.M. Oshinsky, *Polio: historia pokonania choroby Heinego-Medina*, tłum. A. Hennel, Warszawa 2015; W. Magdzik, *Choroba Heinego-Medina – porażenie dziecięce – poliomyelitis – polio. Rozkwit i agonía choroby w dwudziestym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2005, t. 56, nr 4, s. 519–530; Ł. Kuryluk, M. Wieczorek, B. Litwińska, *Polio – zagadkowy wirus*, „Postępy Mikrobiologii” 2013, t. 52, nr 2, s. 143–152. Polio – choroba zakaźna (nagminne porażenie dziecięce, choroba Heinego-Medina) wywoływana przez trzy typy serologiczne dzikiego wirusa Polio (WPV). W 1988 r. na świecie raportowano 350 tys. przypadków poliomyelitis. Obecnie doprowadzono do zmniejszenia zachorowalności o 99%. Mimo to, w dalszym ciągu obserwowane są nowe zachorowania, co opóźnia osiągnięcie stanu pełnej eradykacji choroby na świecie.

⁶⁰ Różyczka jest wysypkową chorobą zakaźną wywołaną przez wirus z rodziny Togaviridae. W czasie choroby wirus jest obecny w wydzielinie z nosa i gardła, we krwi, w kale i moczu. Można go uzyskać z jamy nosowo-gardłowej od ok. 7 dni przed wysypką do 14 dni po jej zniknięciu. Różyczka jest chorobą występującą w dzieciństwie.

⁶¹ Różyczka u kobiet w ciąży może prowadzić do pojawienia się szeregu wad wrodzonych u dziecka, które lekarze określają jako zespół różyczki wrodzonej (zespół Gregga). Różyczka jest szczególnie niebezpieczna w pierwszym trymestrze ciąży. U dzieci z zespołem różyczki wrodzonej (zespołem Gregga) występują np.: wady serca i dużych naczyń (48% chorych dzieci); przetrwały przewód tętniczy, ubytki przegrody międzyprzedsionkowej i międzykomorowej i zwężenie tętnicy płucnej; wady narządu wzroku (71% chorych dzieci); zaćma, jaskra, zapalenie siatkówki i naczyńki (tzw. retinopatia typu „sól i pieprz”); małocozce, zez, zaburzenia słuchu (67% chorych dzieci) lub głuchota (łącznie powyższe trzy rodzaje wad współtworzą tzw. triadę różyczkową Gregga); zaburzenia neurologiczne:

akcji profilaktycznej oraz szczepień wyeliminowano w Polsce masowe zagrożenie gruźlicą występujące do 1945 r. we wszystkich grupach wiekowych. Obowiązkowe szczepienia dzieci przyczyniły się do bardzo znaczącego spadku ogólnej liczby przypadków chorób zakaźnych.

Po transformacji ustrojowej nadal obowiązują w Polsce przepisy prawne wprowadzające obowiązkowe szczepienia dzieci. Obowiązek zapobiegania i zwalczania chorób epidemicznych jest zapisany w Konstytucji z 1997 r.⁶² Prawne podstawy szczepień są regulowane w Polsce przez prawo medyczne i sanitarne⁶³. W 2008 r. została uchwalona Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, znowelizowana w 2020 r.⁶⁴ Jest także realizowany Program Szczepień Ochronnych (PSO), ogłaszany corocznie w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia w formie komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego. Przepisy ustawy z 2008 r. nakładają na osoby przebywające na terenie Polski obowiązek administracyjny poddania się określonym szczepieniom obowiązkowym.

Wykaz chorób zakaźnych podlegających takim szczepieniom zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2011 r.⁶⁵ Według obowiązujących w Polsce regulacji prawnych⁶⁶ każde świadczenie zdrowotne wymaga zgody pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela. Zastosowanie w przypadku obowiązkowych szczepień dzieci przymusu bezpośredniego może z tego względu nastąpić tylko w wyjątkowych okolicznościach⁶⁷, w przypadku chorób o wyjątkowej zakaźności i szczególnie

przewlekłe zapalenie opon mózgowych, mikrocefalia, zapalenia naczyń mózgowych, zwiększone ryzyko zachorowania na schizofrenię i autyzm.

⁶² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483).

⁶³ R. Tymiński, *Prawo medyczne dla lekarzy i studentów wydziałów lekarskich*, Warszawa 2014.

⁶⁴ Ustawa z dnia 23 czerwca 2022 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. 2022, poz. 1845, ze późn. zm.).

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 2022, poz. 2172). Obowiązkowa immunizacja dotyczy w Polsce następujących chorób: gruźlica, ospa wietrzna, odra, świnka, różyczka, błonica, krztusiec, tężec, WZW B, poliomyelitis, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu B, inwazyjne zakażenie *Streptococcus pneumoniae*, zakażenia wywołane przez rotawirusy i wścieklizna.

⁶⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2021, poz. 1285); Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52, poz. 417).

⁶⁷ Są one określone w art. 36 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych.

niebezpiecznych. Stwarza to sytuację, w której rodzice, jako ustawowi przedstawiciele dzieci podlegających programowi obowiązkowych szczepień, mogą odmówić poddaniu się przez dziecko temu zabiegowi. Liczba odmów wykonania szczepień w latach 2018–2022 stale rośnie⁶⁸, co stwarza realne niebezpieczeństwo powrotu w Polsce zagrożenia epidemicznego ze strony takich chorób, jak odra, krztusiec czy różyczka i in. W latach 2018–2022 rodzice odmówili zaszczepienia wielu tysięcy dzieci podlegających obowiązkowemu programowi szczepień⁶⁹. Należy postawić sobie pytanie, jakie są główne przyczyny tego zjawiska.

Za najważniejszą z nich uważamy upowszechnienie się w Polsce po transformacji ustrojowej 1989 r. standardu tzw. medycyny alternatywnej⁷⁰. Był on upowszechniany początkowo w prasie popularnej i wydawanych w wielkich nakładach poradnikach zdrowotnych, a następnie już głównie przez Internet⁷¹. Wśród laików, którzy przyswoili ten standard,⁷² szczepienia są postrzegane jako zagrożenie, a nie metoda skutecznie chroniąca przed chorobami⁷³. Nad genezą postaw antyszczepionkowych są prowadzone badania w obrębie nauk społecznych (psychologia, socjologia, antropologia kulturowa)⁷⁴.

⁶⁸ <https://www.gov.pl/web/gis/raport---stan-sanitarny-kraju> (dostęp: 27.03.2024).

⁶⁹ Ibidem. W 2018 r. odnotowano 38.416 odmów, w 2019 r. – 47.790, w 2020 r. – 53.530; w 2021 r. – 60.620; w 2022 r. – 72.662.

⁷⁰ Upowszechnienie to odnotowały wszystkie czasopisma specjalistyczne z zakresu antropologii kulturowej i kulturoznawstwa, publikujące wyniki prowadzonych po 1989 r. badań nad świadomością zdrowotną Polaków. O standardzie medycyny alternatywnej por. KW. Fan, *National Center for Complementary and Alternative Medicine Website*, „Journal of the Medical Library Association” 2005, t. 93, nr 3, s. 410–412; M. Koithan, *Introducing complementary and alternative therapies*, „Journal for Nurse Practitioners” 2009, t. 5, nr 1, s. 18–20.

⁷¹ A. Doroszewska, *Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, (red.) K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, Lublin 2010, s. 300–311.

⁷² Ł. Łamża, *Światy równoległe. Czego uczą nas płaskoziemcy, homeopaci i różdżkarze*, Wołowiec 2020.

⁷³ A.K. Marchewka, A. Majewska, G. Młynarczyk, *Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych*, „Postępy Mikrobiologii” 2015, t. 54, nr 2, s. 95–102.

⁷⁴ T. Sobierajski, *Społeczny kontekst szczepień: wprowadzenie do wakcynologii społecznej i socjologii szczepień*, Bielsko-Biała 2017; E. Krawczyk, J. Weiner, J. Belowski, *Nie daj się wkręcać szarlatanom. Posłuchaj, co o zdrowiu mówi nauka!*, Bielsko-Biała 2019.

Drugim czynnikiem uznanym przez nas za istotną przyczynę spadku zaufania do szczepień są zmiany w funkcjonowaniu systemu medycyny publicznej w Polsce⁷⁵. Gdy system ten był ukierunkowany przede wszystkim na profilaktykę i walkę z chorobami zakaźnymi, akty sprzeciwu rodziców wobec szczepień ich dzieci były rzadkością. Szczepienia budziły zaufanie, ponieważ były elementem złożonego systemu działań profilaktycznych, z którymi członkowie polskiej populacji mieli do czynienia na co dzień, we wszystkich grupach wiekowych. Po 1989 r. sytuacja ta uległa zmianie. Wśród kierunków promocji zdrowia nie wymieniano już konieczności organizowania akcji profilaktyczno-informacyjnych dotyczących zagrożeń ze strony chorób zakaźnych⁷⁶. Brak powszechnej edukacji zdrowotnej w zakresie zagrożenia epidemicznego powodował, że w młodszych rocznikach polskiej populacji, które nie zostały z tym zagrożeniem we właściwy sposób zapoznane przez specjalistów, upowszechniać zaczęły się postawy nie odnoszenia tego zagrożenia do siebie⁷⁷. Do tysięcy rodziców dzieci przemawiać zaczęły argumenty ruchów antyszczepionkowych, które nie natrafiały na przeciwdziałanie instytucji zajmujących się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia.

Analiza założeń polityki społecznej państwa polskiego latach 1945–1989 w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci mogłaby pozwolić na wyodrębnienie wśród nich tych, które mogłyby stać się obecnie podstawą efektywnych działań kształtujących świadomość społeczną Polaków. Mimo zmiany po 1989 r. podstaw ustrojowych państwa polskiego i przekształcenia systemu medycyny publicznej w Polsce⁷⁸ nie zmieniło się bowiem medyczne uzasadnienie konieczności przeprowadzenia wśród dzieci obowiązkowych szczepień ochronnych. Należałoby w związku z tym rozważyć, z jakich doświadczeń w ograniczaniu zagrożenia epidemicznego, realizowanych w latach 1945–1989, można by nadal korzystać, aby doprowadzić do ukształtowania się w świadomości społecznej Polaków wiedzy o zagrożeniach zgodnej z aktualnym standardem medycyny klinicznej i skutecznie

⁷⁵ J. Leowski, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce od 1918 do lat 1990*, [w:] *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009, s. 159–167.

⁷⁶ P. Stawiarska, *Kierunki współczesnej promocji zdrowia i prewencji zaburzeń. Profilaktyka XXI wieku. Zagrożenia i wyzwania. Teoria i praktyka*. Warszawa 2019.

⁷⁷ B. Płonka-Syroka, M. Hudaszek, W. Kurzyna, *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii, czasopismach lekarskich i w świadomości pacjentów. Analiza krytyczno-porównawcza. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 9, Wrocław 2022.

⁷⁸ Por. K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia...*, passim.

ograniczyć ryzyko powrotu już wcześniej opanowanych chorób zakaźnych w polskiej populacji⁷⁹.

Autorzy poddali badaniom okres 1945–1989 w zakresie: klasyfikacji chorób zakaźnych, rodzaju szczepień ochronnych stosowanych wobec dzieci oraz zmian legislacyjnych w tym zakresie. Analizę wybranego tematu w artykule przeprowadzono w oparciu o dwie metody: historyczno-prawną oraz dogmatyczno-prawną.

2. Ewolucja rozwiązań prawnych dotyczących szczepień dzieci w społecznej służbie zdrowia

Podstawy prawne systemu medycyny publicznej w Polsce w latach 1945–1989 tworzyły rozwiązania wprowadzone jeszcze w okresie międzywojennym. Pierwszym aktem prawnym, który wprowadzał wykaz chorób zakaźnych oraz obowiązki podjęcia określonych działań przez władze publiczne, była utrzymana w mocy z okresu II RP ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu⁸⁰. Artykuł 2 wspomnianej ustawy wyliczał choroby, których wystąpienie powodowało obowiązek zgłoszenia (29 pozycji). Katalog ten był otwarty w założeniach ustawodawcy, bowiem art. 3 wprowadzał uprawnienie dla Ministra Opieki Społecznej wydania rozporządzenia nakładającego obowiązek zgłaszania przypadków innych chorób zakaźnych. Sama ustawa w art. 11 (1) wprowadzała możliwość rozpowszechnienia przymusowych szczepień (na podstawie rozporządzenia wydanego przez właściwego Ministra). Jednocześnie ustawa ta stanowiła podstawę do stosowania różnych form izolacji osoby zakażonej we współczesnym rozumieniu. Podkreślenia wymaga fakt, iż szczepienie obowiązkowe nie jest równoznaczne ze szczepieniem

⁷⁹ Przed 1989 r. o korzyściach związanych z objęciem wszystkich dzieci obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi powstało obszerne piśmiennictwo, por. m. in.: J. Meszaros, E. Gonera, *Wskazania i przeciwwskazania do szczepień*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1978; A. Kulesza, *Szczepienia ochronne*, Warszawa 1975; E. Wilkoszewski (red.), *Szczepienia ochronne u dzieci*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1966. Prace te (i wiele innych) były podstawą profilaktycznych programów edukacyjnych na temat szczepień wdrażanych wśród rodziców, między innymi przez pielęgniarki szkolne i środowiskowe. Współcześnie warto by powrócić do masowej popularyzacji wiedzy naukowej dotyczącej szczepień, co mogłoby doprowadzić do zmniejszenia zaufania rodziców małych dzieci do treści antyszczepionkowych rozpowszechnianych w Internecie.

⁸⁰ Dz.U. 1935 nr 27, poz. 198; ustawa uchylona z dniem 18 listopada 1963 r.

przymusowym, bowiem możliwość zastosowania szczepień przymusowych dotyczy osób, u których podejrzewa się lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną. Choroby te cechują się szybkim i łatwym rozprzestrzenianiem się, wysoką śmiertelnością, powodują szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagają specjalnych metod zwalczania (np.: cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne). Natomiast głównym założeniem szczepień obowiązkowych jest zapobieganie i prewencja.

Pierwszym aktem wykonawczym w tym zakresie było Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1936 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw błonicy (dyfterji) (pisownia oryginalna)⁸¹. Zgodnie z par. 1 pkt. 2 przymusowym szczepieniem ochronnym zostały objęte dzieci w dwóch grupach wiekowych:

- a) dzieci do lat 10 (wszystkie);
- b) dzieci pomiędzy 10 a 15 rokiem życia w przypadku, gdy wystąpi epidemia błonicy.

Przymus był obarczony sankcją przewidzianą w par. 6 rozporządzenia⁸².

Jak już wspomniano, aktami rangi rozporządzenia normowano w ówczesnym czasie problematykę przymusowych szczepień ochronnych. Przyjęcie takich zasad legislacyjnych wynikało z możliwości szybkiego regulowania procedury szczepień, co w założeniach miało zapobiec powstaniu ognisk choroby zakaźnej i jej rozprzestrzenianiu. Autorzy w badanym okresie odnieśli się do aktów wykonawczych podejmujących regulację szczepień. Analizie poddano akty wykonawcze normujące określone choroby zakaźne:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 1945 r., które wydano w porozumieniu z Ministrem Administracji Publicznej w sprawie przeprowadzenia przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzusznemu⁸³; przymusowymi szczepienia objęto osoby zamieszkałe lub czasowo przebywające na terenie RP i urodzone w przedziale czasowym od 1885 r. do 1940 r. włącznie (par. 1).

⁸¹ Dz.U. 1936 nr 22, poz. 183; obowiązujące do dnia 17 listopada 1964 r.

⁸² „Za niedopełnienie obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia, osoby, pod których opieką pozostają dzieci, podlegające szczepieniu, ponoszą odpowiedzialność w myśl postanowień art. 22 ustawy z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu”.

⁸³ Dz.U. 1945 nr 15, poz. 88; obowiązywało od 18 kwietnia 1945 r. do 20 sierpnia 1947 r.

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzuszemu⁸⁴; ten akt wykonawczy wprowadzał przymus szczepień w zakresie osób w wieku od 5 do 60 lat zamieszkujących lub czasowo przebywających na terenie RP (par. 1 ust. 2).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 1951 r. w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw ospie naturalnej⁸⁵; w tym przypadku przymus szczepień ochronnych został podzielony na dwa modele: szczepienia pierwotne⁸⁶ i powtórne. Pierwotnym podlegały dwie grupy osób: dzieci w wieku od 2 do 6 m-ca życia oraz osoby nieszczepione przeciw ospie naturalnej. Powtórne szczepienia objęły dzieci w 7 roku życia oraz osoby w wieku do 60 lat po upływie 5 lat od dnia szczepienia pierwotnego.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1955 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw gruźlicy⁸⁷; akt ten wprowadzał obowiązkowe szczepienia ochronne, tym samym odchodząc od idei szczepień przymusowych. Obowiązek ten objął 3 grupy osób (par. 1)⁸⁸: noworodki i dzieci; młodzież, która ukończyła 18 lat i osoby w wieku powyżej 18 roku życia, które zgłaszały się na studia wyższe, do wszystkich zakładów szkolenia i doskonalenia zawodowego i do pracy w zakładach przeciwgruźliczych. W powyższej jednostce choroby zakaźnej również dokonano podziału szczepień na pierwotne i wtórne. Pierwotne (par. 2 ust. 1) objęły dwie grupy

⁸⁴ Dz.U. 1947 nr 54, poz. 294; obowiązywało od 20 sierpnia 1947 r. do 17 listopada 1964 r.

⁸⁵ Dz.U. 1951 nr 35, poz. 275; obowiązywało od 30 czerwca 1951 r. do 28 kwietnia 1962 r.

⁸⁶ Szczepienia pierwotne są to dwie lub trzy dawki szczepionki podawane, co 4–6 tygodni. Po podaniu pierwszej dawki (0) zwykle nie powstają przeciwciała zapewniające działanie ochronne.

⁸⁷ Dz.U. 1955 nr 20, poz. 130; obowiązywało od 21 maja 1955 r. do 15 stycznia 1976 r.

⁸⁸ Z wyłączeniem noworodków wszystkie osoby podlegały przed szczepieniem badaniom tuberkulinowym. Próba tuberkulinowa to badanie, którego celem jest odpowiedź na pytanie, czy dany pacjent jest odporny na zachorowanie na gruźlicę (na ile jego układ odpornościowy jest zdolny do obrony przed prątkami gruźlicy). Badanie może też być wykorzystywane do oceny tego, czy proces gruźliczy nie toczy się aktualnie. Jeżeli przeprowadzona próba tuberkulinowa jest ujemna, wówczas konieczne może być tak zwane doszczepienie na gruźlicę. Jeżeli próba tuberkulinowa jest dodatnia oznacza to, że organizm jest w stanie obronić się przed prątkami gruźlicy. Oznacza to więc, że organizm prawidłowo zareagował na wcześniejsze szczepienie, a doszczepianie nie jest konieczne; <https://wylecz.to/badania-diagnostyczne/proba-tuberkulinowa/> (dostęp: 20.01.2023).

osób: noworodki do 15 dnia życia oraz osoby z ujemnym wynikiem badania tuberkulinowego (nie były objęte szczepieniem pierwotnym). Wtórному (par. 2 ust. 2) podlegały dzieci i młodzież z ujemnym wynikiem badania tuberkulinowego. Plan szczepień w tym przypadku określono na: 2, 4, 7, 12, 15 i 18 rok życia. Odrębnie (ust. 3) unormowano obowiązek szczepienia dla osób powyżej 18 roku życia. Podlegały one szczepieniom wtórnym, jednakże w przypadku, gdy posiadały dodatni wynik badania tuberkulinowego lub przeciwwskazania lekarskie były zwolnione ze szczepień. 5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1959 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobie Heinego-Medina⁸⁹; akt wprowadzał obowiązkowe szczepienia ochronne⁹⁰ osób w wieku powyżej 6 m-cy zamieszkałych lub przebywających na terenie Polski (par. 1 ust. 1).

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 kwietnia 1962 r. w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw ospie naturalnej⁹¹; wspomniany akt prawny wprowadzał przymusowe szczepienia ochronne. Objęły one osoby zamieszkałe lub przebywające na terenie Polski (par. 1 ust. 1). W rozporządzeniu dokonano podziału szczepień na pierwotne i powtórne. Pierwotnymi objęto określony katalog osób: dzieci w wieku od 2 do 6 m-cy życia; osoby w wieku powyżej 6 m-ca, które nie były poddane szczepieniu pierwotnemu. Z kolei szczepienie powtórne objęto w założeniach: dzieci w 7 roku życia; osoby zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej⁹² zamkniętej i otwartej, w stacjach pogotowia ratunkowego⁹³ i w stacjach sanitarno-

⁸⁹ Dz.U. 1959 nr 17, poz. 102; obowiązywało od 9 marca 1959 r. do dnia 17 listopada 1964 r.

⁹⁰ Heinego-Medina – zapalenie przednich rogów rdzenia, poliomyelitis anterior acuta.

⁹¹ Dz.U. 1962 nr 25, poz. 117; obowiązywało od 28 kwietnia 1962 r. do dnia 17 listopada 1964 r.

⁹² Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. 1948 nr 55, poz. 434). Obowiązywała od 29 listopada 1948 r. do 15 stycznia 1992 r. W przepisie art. 1 ust. 1 zdefiniowano zakłady społecznej służby zdrowia jako zakłady lecznicze, utrzymywane przez Państwo, instytucje państwowe, gminy, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych.

⁹³ W tamtym okresie czasu materia ta była regulowana w kilku aktach prawnych, takich jak: Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1949 r. o zaliczeniu niektórych stacji Pogotowia Ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1949 nr 28, poz. 444); Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 1949 r. o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1949 nr 92, poz. 1104); Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 1950 r. o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1950 nr 16, poz. 166); Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 1950 r. o zaliczeniu niektórych

-epidemiologicznych. Tym rodzajem szczepienia objęto również studentów akademii medycznych oraz uczniów i słuchaczy zawodowych szkół medycznych w okresie co 3 lata.

Zachodzące zmiany społeczne oraz gospodarcze i poprawa jakości życia mieszkańców państwa polskiego przekładała się na zmiany w katalogu chorób zakaźnych oraz tych, których pojawienie się wprowadzało przymus leczenia w zakładach opieki zdrowotnej otwartej. Ustawa o zakładach społecznej służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia⁹⁴ wprowadzała otwartą opiekę zdrowotną. Punktem wyjścia była jednak zasada jednolitości zakładów społecznej służby zdrowia (art. 16 ust. 1). Z kolei ust. 2 wprowadzał zasadę współpracy i wzajemnego uzupełniania się zakładów pomocy otwartej i zamkniętej.

Samo pojęcie otwartej opieki zdrowotnej obejmowało działalność zmierzającą do polepszenia stanu zdrowotnego ludności i warunków sanitarnych środowiska (działalność zapobiegawcza) oraz na zaspokajaniu potrzeb leczniczo-zapobiegawczych osób zgłaszających się w tym celu, a także obłożnie chorych leczonych w warunkach domowych (świadczenia indywidualne). Zostało ono wprowadzone w par. 1 ust. 1 rozporządzenia⁹⁵. Wyliczenia placówek otwartej opieki zdrowotnej dokonano w par. 10. W rozumieniu pojęcia „ogółu ludności” były to: miejskie, dzielnicowe lub osiedlowe

stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1950 nr 98, poz. 1232). Zarządzenia te zostały uznane za uchylone z dniem 28 listopada 1964 r. Akty te wprowadzały do ustawowego pojęcia zakładów społecznych służby zdrowia stacje pogotowia ratunkowego prowadzone przez Polski Czerwony Krzyż, co stanowiło formę powolnego upaństwowienia tych stacji. Z kolei Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 listopada 1964 r. w sprawie organizacji i zadań stacji pogotowia ratunkowego (Dz.U. 1964 nr 42, poz. 288); obowiązywało od 28 listopada 1964 r. do dnia 17 lipca 1975 r. – normowało przede wszystkim zadania tych placówek oraz wprowadzało klasyfikację stacji pogotowia ratunkowego na: wojewódzkie, powiatowe oraz miejską stację pogotowia ratunkowego dla m. st. Warszawa.

⁹⁴ Główną ideą tej ustawy było unormowanie funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej państwowych, samorządu terytorialnego, instytucji ubezpieczeń społecznych, fundacji, kongregacji i innych.

⁹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej (Dz.U. 1967 nr 36, poz. 183); data wejścia w życie: 9 września 1967 r. Uchylone z dniem 9 marca 1973 r. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej (Dz.U. 1973 nr 7, poz. 52).

przychodnie rejonowe oraz ośrodki zdrowia, powiatowe (miejskie, dzielnicowe) przychodnie obwodowe, punkty lekarskie, felczerskie, pielęgniarskie, położnicze, przychodnie przyszpitalne, przykliniczne, przychodnie i ośrodki wojewódzkie. W przypadku „grup ludności” uregulowanych odrębnymi przepisami, były to: zakłady przemysłowej służby zdrowia (przychodnie przyzakładowe, międzyzakładowe, obwodowe i wojewódzkie), przychodnie dla studentów, przyzakładowe ośrodki zdrowia, punkty lekarskie (felczerskie, pielęgniarskie) oraz przychodnie (poradnie) przy zakładach pracy nie objętych opieką przemysłowej służby zdrowia oraz placówki sprawujące opiekę higieniczno-lekarską w zakładach dla dzieci i uczącej się młodzieży. W katalogu tym zastosowano wyliczenie otwarte, bowiem wprowadzał on pojęcie „inne zakłady społeczne służby zdrowia przeznaczone dla określonych grup ludności”.

Prowadzona ówczesnie polityka szczepień ochronnych dzieci była spójna w zakresie uaktualniania wykazów chorób zakaźnych, które w danym okresie stanowiły zagrożenie dla populacji mieszkańców. Przykładem może być Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 1963 r. w sprawie ustalenia wykazów chorób zakaźnych⁹⁶. W par. 1 rozporządzenia wyliczono 45 jednostek chorobowych uznanych za choroby zakaźne. Kolejne rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 października 1964 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym⁹⁷, w par. 2 zakreślało granice wiekowe dzieci, które podlegały obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Zmian dokonano między innymi w przypadku błonicy. W świetle par. 2 pkt. 1–2 rozszerzono granice wiekowe dzieci, które podlegały obowiązkowi szczepień przeciw błonicy:

- a)** a) szczepienia ochronne – dzieci w wieku 2 m-cy do ukończenia 14 roku życia;
- b)** b) szczepienia podstawowe – dzieci, które ukończyły 2 m-c życia.

Osoby podlegające szczepieniom były zobowiązane do zgłaszania się do szczepień bez wezwania (par. 12).

Działalność ówczesnego prawodawcy cechowała się częstymi zmianami legislacyjnymi, mającymi na celu dostosowanie rozwiązań prawnych do potrzeb związanych z ochroną zdrowia społeczeństwa państwa socjalistycznego. Stąd też w tamtym okresie

⁹⁶ Dz.U. 1963 nr 58, poz. 314; data uchylenia: 28 czerwca 2001 r.

⁹⁷ Dz.U. 1964 nr 40, poz. 273; obowiązujące do 15 stycznia 1976 r.

nowelizowano zasady przeprowadzania obowiązkowych szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Dokonano tego Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 czerwca 1969 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym⁹⁸. Nowela ta dokonała wzmocnienia działań podejmowanych przez władze centralne państwa, poprzez przyznanie dodatkowej kompetencji Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu. Organ ten uzyskał prawo do:

- a)** wprowadzenia obowiązku szczepień ochronnych na określonym obszarze (części państwa) – uprawnienie to mogło być realizowane w odniesieniu do chorób zakaźnych wymienionych w par. 2–7 nowelizowanego rozporządzenia;
- b)** rozszerzenia obowiązku szczepień ochronnych w innych przedziałach wiekowych niż wskazano wcześniej – warunkiem obligatoryjnym było zasięgnięcie opinii Rady Sanitarno-Epidemiologicznej.

Wprowadzone zmiany należy ocenić pozytywnie ze względu na ochronę interesu publicznego, jakim jest zdrowie społeczeństwa. Następną nowelizacja została dokonana Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 września 1970 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym⁹⁹. Zmiana wybranych przepisów rozporządzenia wzmocniała bezpieczeństwo epidemiologiczne na obszarze ówczesnej Polski. Rozszerzono zakres udokumentowania obowiązku szczepień ochronnych (świadczenie lub zaświadczenie) na osoby, które „przybywają do Polski”, „przejeżdżają”, „odbywają podróż międzynarodową” jak i osoby, które były członkami „załóg środków komunikacji międzynarodowej”. Osoby te mogły być poddane przymusowemu szczepieniu, w przypadku ospy naturalnej i cholery. Wskazane podmioty podlegały nadzorowi sanitarnemu lub przymusowej izolacji. Rozporządzenie to wprowadzało podobne rozwiązania odnośnie szczególnej kategorii funkcjonariuszy, jakimi byli: funkcjonariusze organów kontroli celnej i paszportowej oraz pracownicy służby zdrowia. Dalsze zmiany wprowadziło Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 września 1972 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym¹⁰⁰. Dokonano w nim zmiany w zakresie granic

⁹⁸ Dz.U. 1969 nr 17, poz. 128; obowiązujące do 15 stycznia 1976 r.

⁹⁹ Dz.U. 1970 nr 23, poz. 188; obowiązujące do dnia 15 stycznia 1976 r.

¹⁰⁰ Dz.U. 1972 nr 44 poz. 278; obowiązujące do dnia 15 stycznia 1976 r.

wiekowych dzieci, objętych obowiązkowym szczepieniem ochronnym przeciwko odrze. Objęty one dzieci od 12 m-ca do ukończenia 4 roku życia. Zakres grup wiekowych dzieci oraz obszar objęty obowiązkowym szczepieniem ochronnym ustalał Główny Inspektor Sanitarny.

Nowe całościowe rozwiązania prawne wprowadziło Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1975 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych¹⁰¹. Akt ten w par. 2 wprowadzał określone przedziały wiekowe dzieci w odniesieniu do danej jednostki chorobowej. Dla przykładu: 1. przeciw błonicy – dzieci od ukończenia 2 m-ca życia do ukończenia 15 roku życia; 2. przeciw krztuścowi – dzieci od ukończenia 2 m-ca życia do 3 lat; 3. przeciw odrze – dzieci od ukończenia 1 roku życia do ukończenia 4 lat; 4. przeciw nagminnemu porażeniu dziecięcemu – dzieci od ukończenia 5 m-cy życia do ukończenia 15 lat. Akt ten wdrażał trzy schematy szczepień ochronnych (par. 5), były one prowadzone w formie: indywidualnej, grupowej lub masowej.

Wspomniane Rozporządzenie obowiązywało do 8 sierpnia 1998 r., kiedy to weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 lipca 1998 r. w sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym. Stanowiło ono bezpieczną formę przejścia z jednego ustroju do drugiego w sferze zabezpieczenia przed chorobami zakaźnymi.

3. Szczepić czy nie szczepić dzieci?

Pytanie: szczepić czy nie szczepić dzieci nabiera szczególnego znaczenia w okresie pandemii COVID-19 i pojawiających się kolejnych mutacji wirusa SARS-CoV-2. Według specjalistów, lekarzy i osób zaangażowanych w organizację systemu ochrony przeciwepidemicznej, szczepienia ochronne stanowią skuteczną i stosunkowo bezpieczną metodę zapobiegania rozpowszechnianiu się w populacji chorób zakaźnych¹⁰². W II połowie XX w. szczepienia stanowiły już nie tylko w Europie, lecz

¹⁰¹ Dz.U. 1976 nr 1, poz. 8; obowiązujące do dnia 8 sierpnia 1998 r.

¹⁰² Choroby zakaźne – choroby wywołane przez drobnoustroje (bakterie, wirusy, grzyby, roztocza), toksyczne produkty (jad kiełbasiany), a także przez pasożyty lub inne biologiczne czynniki chorobotwórcze, które ze względu na charakter i sposób szerzenia

także w wielu innych krajach świata na wszystkich kontynentach, najlepszą metodę prewencji przeciwepidemicznej, zarówno w zakresie ochrony jednostki poddanej szczepieniu, jak i całej populacji (ochrona populacyjna)¹⁰³. Przed opracowaniem i masowym zastosowaniem szczepionek wysoka śmiertelność niemowląt, jak również krótki okres życia dzieci były w tych krajach zjawiskami powszechnymi.

Upowszechnienie szczepionek, wprowadzenie obowiązku szczepień, wraz z dostępem do skutecznych antybiotyków, przyczyniły się do ograniczenia lub zaniku wielu epidemii chorób zakaźnych, które od XIV do XX w. spowodowały w Europie do 100 mln zgonów (cholera¹⁰⁴, dżuma¹⁰⁵). Przykładem skutecznych działań związanych z wprowadzeniem masowych szczepień przymusowych była wspomniana już światowa akcja szczepień przeciw ospie¹⁰⁶, w której wyniku nastąpiło wygaszenie tej choroby zakaźnej (która zabiła na świecie do 1980 r. ok. 500 mln ludzi). Innym przykładem mogą być szczepienia przeciw zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych (wywoływane przez bakterię Hib¹⁰⁷), którego ostry przebieg powodował trwałe uszkodzenie mózgu u dzieci¹⁰⁸. Szczepienia

stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. Por. M. de los Santos Onate Tenorio (et al.), *Vaccines: Origin and evolution throughout history*, <https://www.peertechzpublications.com/articles/JVI-8-149.pdf> (dostęp: 5.02.2023); B. Greenwood, *The contribution of vaccination to global health: past, present and future*, „Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences” 2014, 369 (1645), s. 3–9.

¹⁰³ G.S. Omenn, *Evolution and public health*, „The Proceedings of the National Academy of Sciences” 2010, suppl. 1, t. 107, s. 1702–1709.

¹⁰⁴ M. Ali, M. Emch, J. Park, M. Yunus, J. Clemens, *Natural cholera infection-derived immunity in an endemic setting*, „The Journal of Infectious Diseases” 2011, nr 204, s. 912–918; M. Ali (et al.), *The global burden of cholera*, „Bulletin of the World Health Organization” 2012, nr 90, s. 209A–218A; D. Barua, *The global epidemiology of cholera in recent years*, „Proceedings of the Royal Society of medicine” 1972, nr 65, s. 423–428.

¹⁰⁵ S. Scott, Ch. Duncan, *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych*, tłum. A. Siennicka, Warszawa 2019.

¹⁰⁶ Ospa wietrzna – choroba wywoływana przez wirusa ospy wietrznej i półpaśca (łac. Varicella zoster virus VZV) z rodziny Herpesviridae. Choroba wysoce zakaźna, cechuje się szybkim rozprzestrzenianiem się drogą kropelkową (kichanie, kaszel, mówienie). Wraz z ruchami powietrza przenosi się nawet na odległość kilkudziesięciu metrów – stąd nazwa ospa wietrzna (wiatrówka).

¹⁰⁷ National Institutes of Health (Office of Science Policy), *Childhood Hib vaccines: nearly eliminating the threat of bacterial meningitis*, <https://www.nih.gov/sites/default/files/about-nih/impact/childhood-hib-vaccines-case-study.pdf> (dostęp: 5.02.2023).

¹⁰⁸ Bakteryjne zapalenie opon mózgowych spowodowane przez bakterie: Streptococcus pneumoniae (50% zakażeń bakteryjnych), Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae typ B oraz Listeria monocytogenes. Zakażenia pneumokokowe cechują się

doprowadziły też do ograniczenia zagrożenia wywoływanego przez krztusiec. Przed wprowadzeniem przymusowych szczepień ochronnych w 1960 r.¹⁰⁹ krztusiec był w Polsce częstą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 1 roku życia¹¹⁰. Po wprowadzeniu obowiązku szczepień liczba zachorowań na krztusiec spadła w ciągu kilku lat ponad stukrotnie.

Przed wprowadzeniem szczepień przeciw polio (określanego też jako choroba Heinego-Medina), zapadały na tę chorobę rocznie tysiące dzieci. Polio była przyczyną licznych zgonów dzieci w wieku szkolnym i kilkunastu tysięcy przypadków trwałego inwalidztwa na całym świecie¹¹¹. Po wprowadzeniu szczepień zagrożenie związane z polio zmniejszyło się o ok. 99%. Inną groźną chorobą zakaźną, możliwą do opanowania w wyniku przymusowych szczepień, była różyczka. W jednym tylko roku w USA, w połowie lat 60., w wyniku epidemii różyczki¹¹² 11 tys. kobiet poroniło lub usunęło ciążę, 20 tys. dzieci urodziło się z zespołem Gregga¹¹³, z czego 2.100 umarło, 12 tys. ogłuchło, 3.580 straciło wzrok, a 1.800 doznało opóźnień w rozwoju umysłowym¹¹⁴. Po wprowadzeniu szczepień zagrożenia te przestały występować w wymiarze populacyjnym.

-
- największą śmiertelnością. Źródłem bakterii może być jama nosowo-gardłowa lub ogniska zapalne, następnie poprzez krew przedostają się one do płynu mózgowo-rdzeniowego.
- ¹⁰⁹ WHO, *A Brief History of Vaccination*, <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/a-brief-history-of-vaccination> (dostęp: 1.02.2023); E. Conis, *Measles and the Modern History of Vaccination*, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0033354919826558> (dostęp: 1.02.2023).
- ¹¹⁰ E. Kuchar (et al.), *Pertussis: History of the Disease and Current Prevention Failure*, „Advances in Experimental Medicine and Biology” 2016, nr 934, s. 77–82.
- ¹¹¹ J.L. Melnick, *The polio virus and the vaccines*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/48404/WH-1989-Dec-p13-15-eng.pdf?sequence=1> (dostęp: 5.02.2023).
- ¹¹² S.E. Robertson, *Rubella and congenital rubella syndrome: global update*, <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n5/18869.pdf> (dostęp: 1.02.2023).
- ¹¹³ Zespół Gregga (Congenital Rubella Syndrome – CRS) – rzadko pojawiający się u dzieci (diagnozowany również u młodzieży, a także osób dorosłych) wieloobjawowy zespół wad wrodzonych, wywołany wirusem różyczki, który powoduje wewnątrzmaciczne zakażenie płodu. Po raz pierwszy został opisany w 1941 r. przez australijskiego okulistę i pediatrę Normana McAlistera Gregga (1892–1966) w pracy *Congenital Cataract following German Measles in the Mother*, a nieco później także w *Observations on Congenital Defects in Infants following Maternal Rubella* (nazwa omawianej jednostki klinicznej pochodzi od nazwiska odkrywcy tego zespołu zaburzeń rozwoju). E.M. Minczakiewicz, *Zespół Gregga jako wyzwanie dla teorii i praktyki logopedycznej Studium przypadku*, <https://cejsh.icm.edu.pl> (dostęp: 1.02.2023).
- ¹¹⁴ Kancelaria Senatu, *Kontrowersje wokół szczepień obowiązkowych*, Warszawa 2018, s. 5.

Kolejne choroby, w których szczepienia wykazały efektywność w ochronie zdrowia populacji, to błonica i odra. Do wprowadzenia masowych szczepień obie były przyczyną występujących często epidemii, które cechowały się wysokim stopniem śmiertelności. Przed wprowadzeniem szczepień ochronnych w Polsce, w latach 50. XX w., rejestrowano rocznie ok. 40 tys. zachorowań na błonicę i 3 tys. zgonów na błonicę, oraz od 70 tys. do 130 tys. zachorowań na odrę w latach pomiędzy epidemiami. W tzw. latach epidemicznych liczba ta była wyższa: od 135 tys. do 200 tys. przypadków rocznie. Umieralność dzieci wahała się od 200–300 przypadków rocznie, jednakże tysiące dzieci wykazywało po przebyciu odry ciężkie powikłania, wymagające długotrwałej hospitalizacji¹¹⁵. Po wprowadzeniu szczepień zagrożenie to opanowano.

Szczepienia jako metoda profilaktyki przeciwepidemicznej spotykały się w XIX i XX w. z akceptacją większości populacji, ponieważ można było dostrzec ich pozytywne skutki. Jednak już w XIX w. szczepionki (wakcynacja) znajdowały przeciwników. Ruchy antyszczepionkowe odwoływały się do argumentacji religijnej (zakorzenionej w wyznaniach protestanckich) lub bazowały na obawach rodziców przed skutkami szczepień¹¹⁶. Przeciwnicy szczepień starali się przeciwdziałać upowszechnieniu tej metody profilaktyki, negując działanie ochronne szczepionek i koncentrując się na zagrożeniach związanych z ich przyjmowaniem. Głównym zadaniem szczepionek (aż do wytworzenia szczepionki przeciw COVID-19, opartej na innej technologii) było podanie specjalnie przygotowanych preparatów zawierających patogeny, których celem miało być uaktywnienie organizmu do wytwarzania przeciwciał¹¹⁷. Wywoływały one

¹¹⁵ Ibidem.

¹¹⁶ Teorie pochodzące z pierwszego okresu szczepień (od początku XIX w.), np.: „Szczepionki to znamię Bestii zapowiedziane w Apokalipsie/ Szczepionki na ospę są nieczyste, bo pochodzą od zwierząt. Mogą więc zarazić dzieci zwierzęcymi chorobami. Wersja bardziej radykalna: pochodzą od zwierząt, więc mogą... zamienić dzieci w zwierzęta (po szczepionkach wyrosną im kopytka!)”; <https://szczepimysie.pl/skad-sie-wzieli-antyszczepionkowcy-historia-ruchu-antyszczepionkowego-w-czterech-aktach/> (dostęp: 30.01.2023). *History of Anti-Vaccination Movements*, <https://historyofvaccines.org/vaccines-101/misconceptions-about-vaccines/history-anti-vaccination-movements> (dostęp: 1.02.2023); R.F. Nuwarda, *Vaccine Hesitancy: Contemporary Issues and Historical Background*, „Vaccines” 2022, nr 10, s. 1595; M. Kaufman, *The American Anti-Vaccinationists and Their Arguments*, „Bulletin of the History of Medicine” 1967, t. 41, nr 5, s. 463–478; M.C. Nelson, J. Rogers, *The Right to Die? Anti-Vaccination Activity and the 1874 Smallpox Epidemic in Stockholm*, „Social History of Medicine” 1992, t. 3, s. 369–388.

¹¹⁷ T.P. Weber, *Alfred Russel Wallace and the antivaccination movement in Victorian England*, „Emerging Infectious Diseases” 2010, nr 16, s. 664–668.

u niektórych zaszczepionych skutki uboczne (tzw. niepożądane odczyny poszczepienne, NOP), jednak ich liczba w stosunku do ogółu zaszczepionych stanowiła ułamki promili.

Szczepionki przeciw ospie stosowane w XX w. były znacznie bardziej bezpieczne niż metody opracowane wcześniej (wariolizacja, stosowana m. in w Chinach, Indiach, Imperium Osmańskim i w XVIII w. przeniesiona do Europy; wakcynacja – opracowana przez Edwarda Jennera i stosowana w Europie od 1796 r., już w XIX w. stosowana była na masową skalę, a jej wysoka skuteczność była potwierdzona klinicznie)¹¹⁸. W XIX w. w Wielkiej Brytanii i USA wystąpił jednak opór przeciwko rutynowemu zarażaniu wirusem krowianki (metoda wakcynacji) ludzi w celu ich ochrony przed ospą prawdziwą. Już wtedy ukształtowały się w tych krajach podstawy zorganizowanych ruchów antyszczepionkowych, które łączył fundamentalizm religijny i odrzucenie współczesnego standardu medycyny klinicznej. Nasilenie oporu przeciw szczepieniom w USA miało miejsce w trakcie II wojny światowej, gdy miliony żołnierzy i dzieci zostały poddane przymusowym szczepieniom przeciw chorobom zakaźnym.

Podobne tendencje wystąpiły w USA w okresie masowych szczepień przeciwko polio i w latach 70. przeciw grypie. Tendencje antyszczepionkowe przekształciły się wówczas w zorganizowany ruch antyszczepionkowy. Jego powstanie było skutkiem nie tylko odrzucenia współczesnej wiedzy medycznej i fundamentalizmu religijnego, lecz także błędów popełnionych w USA przy produkcji szczepionek, która wówczas nie podlegała (jak w Europie) dostatecznie efektywnemu nadzorowi sanitarnemu sprawowanemu przez organy państwa. Przy masowej produkcji szczepionek niektóre ich partie cechowały się złą jakością, co oznaczało, że w wyniku ich zastosowania wystąpiło wiele powikłań poszczepiennych (NOP), co zostało rozpowszechnione w mediach¹¹⁹. Do końca lat 80. XX w. popularność ruchów antyszczepionkowych pozostawała jednak w USA, Wielkiej Brytanii, a przede wszystkim w Europie, marginalna. Skuteczne opanowanie w wyniku wprowadzenia masowych szczepień ochronnych groźnych chorób zakaźnych, takich jak ospa, odra, świnka, różyczka, krztusiec i polio, znalazło odzwierciedlenie w świadomości rodziców, dla przeważającej ich większości pozytywne działanie szczepionek było oczywiste. Popularyzacji zaufania do szczepionek

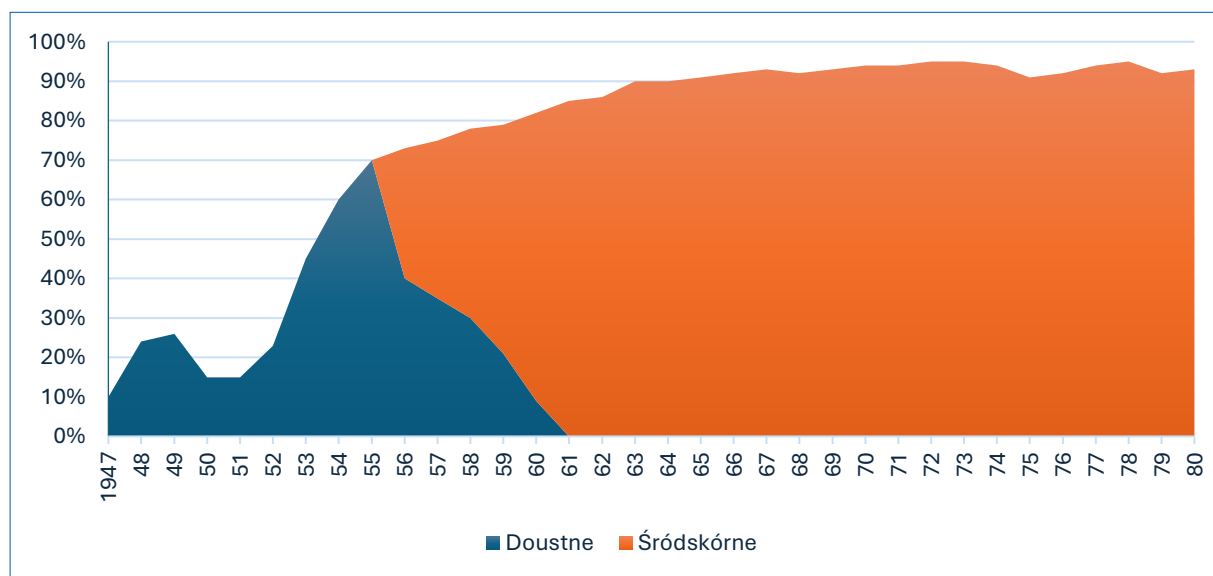
¹¹⁸ D.F. Harris, *Edward Jenner and Vaccination*, „The Scientific Monthly” 1915, t. 1, nr 1, s. 66–85; S. Riedel, *Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200696> (dostęp: 20.01.2023).

¹¹⁹ S. Mnookin, op.cit., s. 51–52, 55–76 i in.

w latach 1945–1989 sprzyjała w Europie ich systematyczna akcja promocyjna i masowy charakter szczepień, które dla większości członków europejskiej populacji wydawały się bezpieczne i naturalne jako skuteczna metoda prewencji.

Podobna sytuacja występowała w latach 1945–1989 także Polsce. Z jedną różnicą: masowe badania profilaktyczne oraz szczepienia przeciw gruźlicy, były prowadzone w Polsce na znacznie większą skalę niż w innych krajach europejskich. Do 1945 r. gruźlica była główną przyczyną przedwczesnych zgonów ludności Polski, podczas gdy w Europie Zachodniej zagrożenie o tej skali zostało opanowane już wcześniej. W latach 1947–1955 zorganizowano w Polsce masowe szczepienia przeciw gruźlicy, wykonywane metodą doustną. W efekcie tych działań i wprowadzenia obowiązku szczepień w 1956 r. zaszczepiono ponad 259 tys. noworodków śródskórną i ponad 315 tys. noworodków doustnie. Do 1964 r. prowadzono już wyłącznie szczepienia śródskórne (ilustruje to wykres 1)¹²⁰.

Wykres 1.



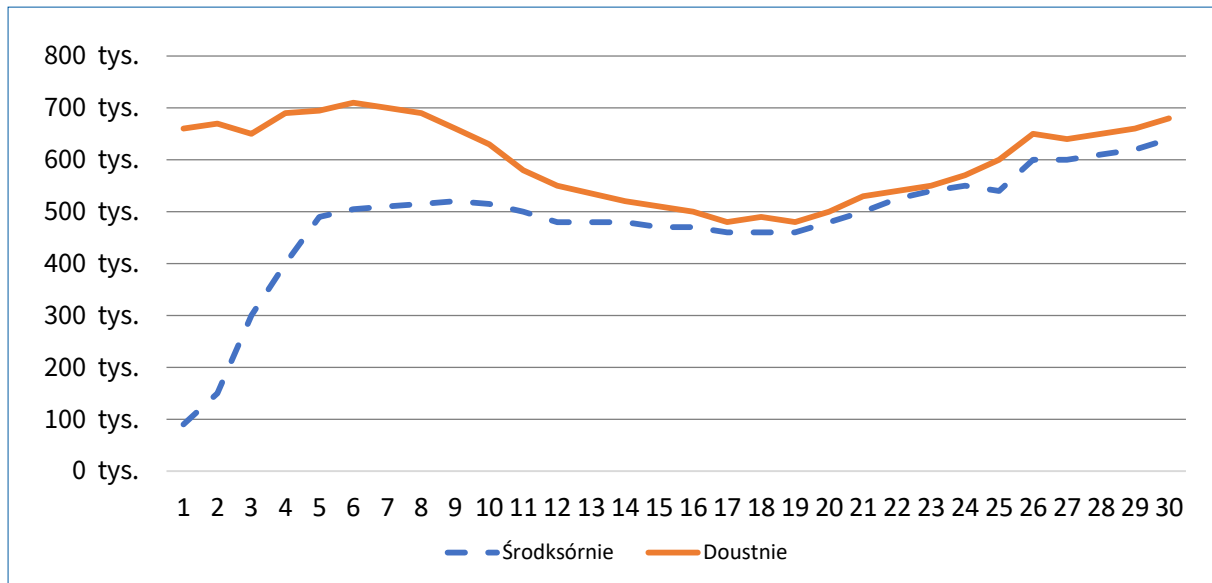
Źródło: *Szczepienia BCG noworodków*, za: B. Dębiec, W. Magdzik, *Szczepienia ochronne u dzieci*, Warszawa 1983, s. 115.

Akcja masowych szczepień przeciw gruźlicy objęła ponad 90% społeczeństwa. W jej rezultacie uzyskano w Polsce tzw. odporność populacyjną, z czym wiązała się likwidacja związanego z gruźlicą powszechnego zagrożenia (w 1945 r. do 70% polskiej populacji

¹²⁰ B. Dębiec, W. Magdzik, *Szczepienia ochronne u dzieci*, Warszawa 1983.

było zagrożonych gruźlicą). Już w 1962 r. można było z tego powodu zlikwidować specjalny Pion Przeciwgruźliczy w Ministerstwie Zdrowia, a profilaktyka i terapia tej choroby znalazła miejsce wśród innych chorób zakaźnych. Do końca 1980 r. zaszczepiono śródskórną ponad 15 mln 700 tys. noworodków¹²¹, co odpowiadało 80,3% zaszczepionych osób w wieku do 29 lat już w 1980 r. (wykres 2).

Wykres 2.



Źródło: *Populacja Polski w wieku 0–29 lat a szczepienia BCG przy urodzeniu*, [w:] B. Dębiec, W. Magdzik, *Szczepienia ochronne u dzieci*, Warszawa 1983, s. 115.

Zarówno obowiązkowe badania profilaktyczne w kierunku diagnozy gruźlicy (prześwietlenia RTG, próba tuberkulinowa), jak i powszechnie stosowane szczepionki nie wzbudzały protestów społecznych. Sprzeciw wobec poddawaniu się obowiązkowym badaniom profilaktycznym i szczepieniom wyrażali jedynie nieliczni obywatele, wywodzący się najczęściej ze środowisk tzw. marginesu społecznego. Zgodnie z obowiązującym prawem, byli oni jednak poddawani tym procedurom w warunkach przymusu, podobnie jak chorzy prątkujący kierowani na przymusowe leczenie w szpitalach. Wszystkie procedury związane z profilaktyką i leczeniem gruźlicy były dla chorych bezpłatne. Realizowane były w specjalnie powołanych placówkach, o dostatecznym wyposażeniu i kadrach zapewnianych przez państwo. Jako przykład można przywołać przepisy zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1955 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych

¹²¹ Ibidem.

przeciw gruźlicy¹²². Szczepienia były przeprowadzane przez zakłady społecznej służby zdrowia wyznaczone przez wydziały zdrowia prezydów rad narodowych (par. 4 ust. 1). Nowe rozporządzenie¹²³ wprowadziło w tym zakresie zmiany, co do zasady szczepienia przeprowadzały zakłady społecznej służby zdrowia wyznaczone przez lekarza wojewódzkiego (par. 6 ust. 1). Z kolei w odniesieniu do osób powyżej 18 roku życia; osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń wojskowej służby zdrowia oraz zakładów służby zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych – szczepienia przeprowadzały zakłady wyznaczone przez ich organy zwierzchnie (ust. 2).

Powszechne i wieloletnie stosowanie procedur profilaktyki przeciwgruźliczej w polskiej populacji mogło przyczyniać się do ich akceptacji, przyjmowano je bowiem jako naturalny element strategii profilaktycznej realizowanej przez ówczesne państwo socjalistyczne¹²⁴ i stosowanej w placówkach służby zdrowia. Akceptacji szczepień sprzyjało również podawanie szczepionek dzieciom wkrótce po urodzeniu, gdyż większość porodów miała już w Polsce po 1945 r. charakter zmedykalizowany i odbywała się w szpitalach w asyście lekarzy, a na wsiach w latach 1945–1960 także w wiejskich izbach porodowych, w asyście położnej.

Popularyzacji i akceptacji wykonywania szczepień noworodków i małych dzieci sprzyjał w latach 1945–1989 stale rosnący poziom wykształcenia rodziców. O ile w 1945 r. wykształcenie wyższe miało w Polsce mniej niż 1% populacji, to w latach 70. współczynnik ten osiągnął 8%. Do 1960 r. zlikwidowany został analfabetyzm, a około 20% młodzieży uzyskiwało już maturę. Objęcie wszystkich dzieci opieką rejonowych przychodni pediatrycznych, a do 18 roku życia także lekarzy szkolnych, wraz z nadzorem sanitarnym higienistek, sprzyjało szerzeniu oświaty zdrowotnej w populacji. Do rodziców kierowany był ten sam przekaz tłumaczący istotę szczepień, przekonujący

¹²² Dz.U. 1955 nr 20, poz. 130; obowiązywało do 15 stycznia 1976 r. – uchylone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1975 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.

¹²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1975 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 1976 nr 1, poz. 8); obowiązywało do dnia 8 sierpnia 1998 r.

¹²⁴ Art. 60 ust. 1 i ust. 2 pkt. 2 „(...) szeroka akcja zapobiegania chorobom i ich zwalczania (...)” – Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r. (Dz.U. 1952 nr 33, poz. 232, z późn. zm.).

o celowości i bezpieczeństwie ich wykonywania oraz informujący, gdzie i jak można je wykonać. Treści tego przekazu były opracowywane przez lekarzy i upowszechniane z wykorzystaniem tych samych argumentów we wszystkich mediach (telewizja, radio, prasa), co sprzyjało jego przyswojeniu przez społeczeństwo.

Do 1989 r. nie występowała w Polsce tzw. medycyna alternatywna o zachodnim rodowodzie. Leczenie w standardzie klinicznym było uzupełniane o tzw. metody domowe, zakorzenione w rodzimej ludowej tradycji leczniczej¹²⁵. Ponieważ brak w niej było odniesień do szczepień jako metody profilaktyki, nie inspirowały do powstawania polskich ruchów antyszczepionkowych nawiązujących do tej tradycji. W latach 1945–1989 brak było także w Polsce powodów do łączenia tendencji antyszczepionkowych z religią. Kościół katolicki w swoich oficjalnych wystąpieniach (w odróżnieniu od niektórych odłamów protestantyzmu, przede wszystkim w krajach anglosaskich) nie występował bowiem przeciw szczepieniom, zarówno w XVIII i XIX, jak i w XX w., uznając tę metodę za zgodną ze swoją doktryną.

Po 1989 r. wraz z reorganizacją systemu medycyny publicznej w Polsce¹²⁶ i likwidacją większości masowych programów profilaktycznych, medycyny szkolnej oraz masowych programów edukacyjnych o treściach nawiązujących do zagrożenia ze strony chorób zakaźnych, społeczne poczucie zagrożenia epidemicznego w Polsce uległo znacznemu zmniejszeniu. Nastąpił także zwrot w świadomości zdrowotnej Polaków, związany z popularyzacją w świadomości społecznej zachodniego standardu tzw. medycyny alternatywnej¹²⁷. Jej popularność przybrała w Polsce po 1990 r. charakter masowy, co niosło za sobą szereg niekorzystnych skutków¹²⁸. Współcześnie większość

¹²⁵ Por.: E. Szot-Radziszewska, *Sekrety ziół. Wiedza ludowa, magia, obrzędy, leczenie*, Warszawa 2005; A. Paluch, *Zerwij ziele z dziewięciu miedzi: ziołolecznictwo ludowe w Polsce w XIX i początku XX wieku*, Wrocław 1989; J. Radzicki, *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*, Warszawa 1960.

¹²⁶ K. Prętki, *Reforma systemu opieki zdrowotnej jako element transformacji ustrojowej III Rzeczypospolitej*, [w:] *Człowiek wobec choroby. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 3, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2010, s. 221–223.

¹²⁷ B. Płonka-Syroka, *Medycyna alternatywna i jej ocena z punktu widzenia standardu Evidence Based Medicine*, [w:] *Problemy etyczne w farmacji*, Wrocław 2020, s. 183–223.

¹²⁸ W. Piątkowski, L. Nowakowska, *Pseudoterapie w Polsce. Wybrane aspekty socjologiczne i prawne*, [w:] *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, red. B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik, Warszawa–Bellerive-sur-Allier 2016, s. 405–422.

Polaków rozwiązuje swoje problemy samodzielnie, wykonując tzw. samoleczenie¹²⁹, w którym korzystają z leków bez recepty, suplementów diety¹³⁰ i produktów nabywanych w sprzedaży wysyłkowej, a rozpoznanie zagrożeń stanu zdrowia opiera na autodiagnozie¹³¹.

Korzystają przy tym z treści przekazywanych na stronach internetowych, które są przyjmowane w sposób bezkrytyczny¹³². Ponieważ wśród treści dotyczących zdrowia upowszechnianych w Internecie znaczny odsetek opiera się na standardzie sprzecznym ze współczesnym standardem klinicznym, laicy kształtują sobie obraz zagrożeń zdrowia i ich przyczyn, wśród których nie występują wirusy lub bakterie, ale inne czynniki, albo rolę patogenów w etiopatogenezie chorób zakaźnych przedstawia się w specyficzny sposób, inny niż w medycynie klinicznej (dotyczy to także metod leczenia).

Efektem tak ukształtowanego obrazu świata, w tym poglądów dotyczących fizjologii ludzkiego ciała i podstaw patologii chorób, jest utrudnione przyswajanie przez laików poglądów lekarzy klinicznych, w tym dotyczących szczepionek, ich bezpieczeństwa i skutków¹³³. Laicy mają już bowiem wyrobione poglądy na ten temat, sprzeczne

¹²⁹ M. Hurkacz, *Blaski i cienie samoleczenia*, [w:] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 1, Wrocław 2008, (red.) B. Płonka-Syroka, s. 167–191; K. Małolepsza-Jaromłowska, *Samoleczenie czy samoszkodzenie? Interakcje i ich niekorzystne skutki*, [w:] *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2017, s. 97–108.

¹³⁰ K. Nartowski, A. Wiela-Hojeńska, Ł. Łapiński, *Przyczyny i zagrożenia samoleczenia oraz przyjmowania suplementów diety*, [w:] *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*, t. 6, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2012, s. 157–196.

¹³¹ B. Płonka-Syroka, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane*, [w:] *Dyskurs (para)medyczny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. A. Dombrowski, W. Żarski, Wrocław–Kraków 2018, s. 183–198.

¹³² W Internecie upowszechniane są między innymi paramedyczne koncepcje terapii, które przedstawia się jako związane z medycyną tradycyjną. Jako takie mają być sprawdzone przez wielowiekowe stosowanie i bezpieczne. Tak jednak nie jest. O związanym z tym zagrożeniu por. Z. Pelc, *WHO: ostrzeżenie przed medycyną tradycyjną*, <http://www.psychiatria.pl/wiadomosc/who-ostrezenie-przed-medycyna-tradycyjna.1284.html> (dostęp: 10.02.2023).

¹³³ K. Wiktorowicz, K. Kaszkowiak, M. Kaszkowiak, *Szczepienia profilaktyczne – troska o dobro wspólne czy objaw totalitaryzmu państwowego*, [w:] *Między historią bioetyką i medycyną*.

z poglądami i wiedzą lekarzy, które odrzucają nie dlatego, że nie są w stanie ich zrozumieć, ale dlatego, że wyznają inne. Uznają własne poglądy za racjonalne, przyznają sobie prawo ich głoszenia i podporządkowywania im praktyki życiowej. Upowszechnieniu poglądów ruchów antyszczepionkowych w Polsce sprzyja znajomość języka angielskiego wśród przedstawicieli młodego pokolenia. Laicy mogą bez problemów docierać do treści w Internecie upowszechnianych przez anglosaskie ruchy antyszczepionkowe, przyswajając je i stosować we własnej praktyce.

W polskim życiu publicznym brakuje po 1989 r. skutecznego przeciwdziałania upowszechnianiu irracjonalnych treści o tematyce medycznej w świadomości społecznej. Brak jest również dostatecznych i efektywnych ograniczeń prawnych uprawiania działalności paramedycznej¹³⁴. Uregulowana jest wprawdzie kwestia wykonywania zawodu lekarza¹³⁵, który ma obowiązek leczenia pacjentów zgodnie z aktualnym standardem klinicznym¹³⁶. Polski ustawodawca dopuszcza jednak w praktyce wykonywanie zabiegów paramedycznych (świadczonych w standardzie alternatywnym wobec klinicznego) przez osoby pozbawione formalnych kwalifikacji medycznych. Podmioty te mogą z tej działalności uzyskiwać dochody i przedstawiać ją jako skuteczną, mimo że brak jest ku temu podstaw klinicznych zweryfikowanych za pomocą metodologii naukowej.

Aż do 2023 r. brak było także regulacji zabraniających reklamy terapii paramedycznych oraz suplementów diety. Dopiero w 2023 r. wdrożono odpowiednią dyrektywę Unii Europejskiej, zabraniającą reklamowania suplementów diety jako leków oraz przypisywania produktom pozbawionym realnych właściwości leczniczych

Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Michała Musielaka, red. K. Prętki, A. Czabański, E. Baum, K.B. Głódowska, Poznań 2019, s. 507–452.

¹³⁴ M. Stych, *Odpowiedzialność karna tzw. „paramedyków” za leczenie pacjenta bez uprawnień*, [w:] *Miraże pseudoterapii...*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, s. 157–173.

¹³⁵ Np.: Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2022, poz. 1731, 1733, 2731, 2770); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2022, poz. 2814); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2022, poz. 1408).

¹³⁶ B. Płonka-Syroka, *Regulacje w prawie polskim dotyczące wykonywania zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta w sposób niezgodny ze standardem klinicznym*, [w:] *Miraże pseudoterapii...*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, s. 41–75.

znamion efektywnych produktów leczniczych¹³⁷. Masowa skala korzystania przez Polaków z terapii w standardzie alternatywnym wobec klinicznego ma jednak po 1990 r. charakter trwały. Jest uwarunkowana trudnym dostępem do specjalistycznej opieki medycznej¹³⁸. Akceptacja standardu tzw. medycyny alternatywnej może być uznana za jedną z podstawowych przesłanek nieufności wobec szczepionek i wzrostu liczby odmów rodziców zaszczepienia dzieci przeciwko chorobom zakaźnym.

W trosce o opanowanie potencjalnego wzrostu zagrożenia epidemicznego w populacji powinno się wprowadzić regulacje prawne ograniczające zagrożenie związane z leczeniem bez uprawnień, upowszechnianiem wśród laików przekonania o leczniczych właściwościach produktów, które realnie ich nie wykazują, oraz rozpowszechnianiem z chęci zysku wiadomości i praktyk sprzecznych ze współczesnym stanem wiedzy naukowej. Należy do nich między innymi popularyzowanie treści dotyczących rzekomych zagrożeń związanych ze stosowaniem metod profilaktyki zalecanych przez lekarzy klinicznych, w tym szczepień. Należy także przygotować oparte na rzetelnych podstawach naukowych programy edukacyjne skierowane do rodziców, upowszechniające wiedzę o zagrożeniach epidemicznych wśród dzieci i metodach skutecznego przeciwdziałania, w tym o szczepieniach ochronnych.

4. Podsumowanie

Szczepienia ochronne w Polsce prowadzone w latach 1945–1989, podobnie jak w innych krajach europejskich i uprzemysłowionych krajach świata, były podstawową metodą ochrony zdrowia i życia populacji, związaną z zagrożeniem ze strony chorób zakaźnych. W określonej sytuacji społeczno-ustrojowej Polski, po 1945 r. obowiązek sprawowania opieki profilaktycznej nad dziećmi, a także odpowiedzialność za realizację szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym, spoczął na państwowych zakładach opieki zdrowotnej. Mimo że sama idea

¹³⁷ Dyrektywa 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz.Urz. L 183, 12/07/2002 P. 0051 – 0057).

¹³⁸ B. Płonka-Syroka, *Społeczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym*, [w:] *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność. Lek roślinny*, t. 7, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2018, s. 139–159.

obowiązkowych lub przymusowych szczepień wyprowadzana była z ówczesnego standardu klinicznego, to sposób jej realizowania uwzględniał specyfikę ustrojową państwa polskiego i egalitarne założenia teoretyczne jego polityki społecznej¹³⁹. Idea powszechnego prawa do zdrowia i odpowiedzialności państwa za tworzenie odpowiednich struktur, kształcenie kadr medycznych i zapewnianie środków na finansowanie państwowego systemu medycyny publicznej została sformułowana już w końcu XVIII w. W XIX w. była wdrażana w życie w państwach Europy Zachodniej (Austria, Niemcy), które opracowały skuteczne modele powszechnej opieki medycznej. Były one następnie przyswajane w pozostałych krajach europejskich, w tym w Polsce, w latach 1918–1939. W latach 1945–1989 model oparty na idei powszechnego prawa do zdrowia, w ogólnych zasadach opracowany w II RP, był realizowany w Polsce w sposób skorelowany z ówczesnymi założeniami ustrojowymi¹⁴⁰. Nie należy go jednak uznawać za specyficzny dla rozwiązań przyjętych w PRL-u. Powszechne szczepienia populacyjne, zarówno obowiązkowe, jak i przymusowe, były bowiem wykonywane w tym okresie także w europejskich państwach kapitalistycznych. Dzięki ich masowości, Europa stała się do 1989 r. kontynentem o najmniejszym odsetku chorób zakaźnych w stosunku do wielkości całej populacji.

Uwzględniać jednak należy specyfikę ustrojową Polski w latach 1945–1989 jako państwa socjalistycznego, które w teorii miało służyć zaspokajaniu potrzeb życiowych swoich obywateli, których realizację starano się odgórnie zaplanować i zabezpieczyć środki finansowe na ich wprowadzenie. Powszechny system profilaktyki medycznej, obejmujący wszystkie dzieci do 18 roku życia, a także pracowników wszystkich typów zakładów pracy (a od 1971 r. także rolników) oraz służb i ich rodzin (wojsko, policja), był bardzo kosztochłonny, ale okazał się niezwykle efektywny. Dzięki jego funkcjonowaniu udało się opanować w Polsce masowe zagrożenie epidemiczne, występujące na terytorium kraju w latach 1918–1939, w tym szczególnie w województwach utworzonych na obszarze dawnego zaboru rosyjskiego, w większości pozbawionych infrastruktury medycznej, którą w II RP należało dopiero zbudować.

¹³⁹ Zob.: J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971; J. Sztachelski, *Zagadnienia podstaw ustrojowych służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 3–4, s. 5; idem, *Służba zdrowia wobec uchwał plenum sierpniowego*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 7–8, s. 6–7.

¹⁴⁰ W. Łuczak, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, z. 3, s. 280.

Dzięki intensywnym działaniom przeciwepidemicznym prowadzonym w latach 1945–1989 choroby zakaźne utraciły w Polsce status szczególnie groźnych i tych, które powodowały największą liczbę zgonów. Obowiązkowe szczepienia ochronne dzieci przyczyniły się do wyeliminowania chorób zakaźnych jako głównej przyczyny ich śmierci (w początkach XX w. choroby zakaźne były przyczyną 30% zgonów dzieci do 1 roku życia, a niemal połowa dzieci nie dożywała z powodu ostrego przebiegu lub powikłań po chorobie zakaźnej 7 roku życia). Ograniczenie dzięki szczepieniom ochronnym bardzo wysokiego jeszcze w II RP poziomu umieralności dzieci stało się istotną przesłanką odnotowanego w latach 1945–1989 wzrostu liczby ludności Polski, który umożliwił jej rozwój gospodarczy.

Obowiązkowym szczepieniom ochronnym towarzyszyła zaplanowana i sprawnie realizowana akcja edukacyjna, wyjaśniająca rodzicom cele szczepień i ich oczekiwane rezultaty (ochrona dziecka przed śmiercią i kalectwem z powodu powikłań po chorobie zakaźnej, uzyskanie odporności). O akceptacji szczepień decydowała ich powszechność, bezpłatny charakter zabiegu, łatwy dostęp do jego uzyskania oraz efektywność. W latach 1945–1989 pamiętano jeszcze o wysokim poziomie umieralności dzieci z powodu chorób zakaźnych, ponieważ takie przypadki znano z historii własnych rodzin, a nie z mediów. Ważnym czynnikiem kształtującym zaufanie społeczne do szczepień było ich wykonywanie w placówkach służby zdrowia przez zatrudnionych w nich pracowników. Informacje na temat szczepień przekazywane były rodzicom w tym samym standardzie przez położne, pielęgniarki, higienistki szkolne, lekarzy ginekologów i pediatrów, a także lekarzy innych specjalności (np. ftyzjatrów¹⁴¹ i pulmonologów zaangażowanych w opanowanie epidemii gruźlicy) i tych zatrudnionych w poradniach przyzakładowych i szkolnych gabinetach lekarskich.

Dokonując oceny systemu szczepień ochronnych (obowiązkowych i przymusowych) w aspekcie podejmowanych regulacji prawnych, za zasadną należy uznać opinię, że ówczesne obowiązujące przepisy były stosunkowo precyzyjne, przejrzyste zarówno dla pracowników poszczególnych placówek systemu medycyny publicznej odpowiedzialnych za ich realizację, jak i dla rodziców. Jasno sprecyzowane przepisy gwarantowały zarówno

¹⁴¹ Ftyzjatra (obecnie pulmonolog) – historyczna nazwa (rzadko stosowana) lekarza zajmującego się budową, czynnościami, diagnozowaniem i leczeniem płuc ze schorzeń (np. gruźlicy).

korzyści indywidualne w zakresie zdrowia poszczególnych dzieci, jak i zbiorowe – w związku z realizacją założeń państwowego systemu medycyny publicznej w zakresie ochrony populacyjnej. Realizacja przepisów o szczepieniach przebiegała sprawnie, dzięki zapewnieniu odpowiednich środków i dostatecznej liczby kadr na ich realizację. Odróżnia to efektywność programu obowiązkowych i przymusowych szczepień dzieci w Polsce w latach 1945–1989 np. od efektywności wspieranego przez państwo programu leczenia uzdrowiskowego osób o niskich dochodach, opracowanego w II RP. Założenia tego programu były zgodne ze standardem klinicznym, a plany jego realizacji znalazły odzwierciedlenie w ustawach i rozporządzeniach, jednakże program ten nie był w Polsce skutecznie realizowany z powodu braku odpowiednich kadr, a przede wszystkim środków finansowych na jego realizację.

Postulatem autorów *de lege ferenda* jest wprowadzenie w formie regulacji prawnych aktywnych zabezpieczeń ograniczających możliwości upowszechniania fałszywych (niezgodnych z aktualnym standardem wiedzy medycznej) informacji dotyczących przyczyn chorób epidemicznych, a także ograniczeń w uzyskiwaniu dochodów ze świadczenia usług paramedycznych oraz kształcenia kadr w standardzie tzw. medycyny alternatywnej. Istnienie w Polsce możliwości korzystania z alternatywnych metod profilaktyki i terapii stwarza bowiem rosnące zagrożenie epidemiczne, związane z odmowami wykonywania szczepień ochronnych, z zarażaniem dzieci chorobami zakaźnymi „w sposób naturalny” i „leczeniem” chorób dzieci za pomocą metod nie opartych na naukowych podstawach, co zagraża zarówno ich zdrowiu i życiu, jak i może się przyczynić do wzrostu zagrożenia epidemicznego w polskiej populacji.

Bibliografia

Akty prawne

Konstytucja PRL z dnia 22 lipca 1952 r. (Dz.U. 1952 nr 33, poz. 232).

Dyrektywa 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz.Urz. L 183, 12/07/2002 P. 0051 – 0057).

Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. 1935 nr 27, poz. 198).

Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. 1948 nr 55, poz. 434).

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. 2022 poz. 1731, 1733, 2731, 2770).
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 25 lutego 1936 r. o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw błonicy (dyfterji) (pisownia oryginalna) (Dz.U. 1936 nr 22, poz. 183).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 1945 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Administracji Publicznej, w sprawie przeprowadzenia przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzuszemu (Dz.U. 1945 nr 15, poz. 88).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 1947 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Administracji Publicznej i Ziem Odzyskanych w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw durowi brzuszemu (Dz.U. 1947 nr 54, poz. 294).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 1951 r. w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw ospie naturalnej (Dz.U. 1951 nr 35, poz. 275).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1955 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciw gruźlicy (Dz.U. 1955 nr 20, poz. 130).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1959 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobie Heinego-Medina (Dz.U. 1959 nr 17, poz. 102).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 kwietnia 1962 r. w sprawie przymusowych szczepień ochronnych przeciw ospie naturalnej (Dz.U. 1962 nr 25, poz. 117).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 1963 r. w sprawie ustalenia wykazów chorób zakaźnych, (Dz.U. 1963 nr 58, poz. 314).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 października 1964 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz.U. 1964 nr 40, poz. 273).
- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 czerwca 1969 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz.U. 1969 nr 17, poz. 128).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 listopada 1964 r. w sprawie organizacji i zadań stacji pogotowia ratunkowego (Dz.U. 1964 nr 42, poz. 288).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej (Dz.U. 1967 nr 36, poz. 183).
- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 września 1970 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz.U. 1970 nr 23, poz. 188).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 września 1972 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz.U. 1972 nr 44 poz. 278).
- Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej (Dz.U. 1973 nr 7, poz. 52).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1975 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 1976 r. nr 1, poz. 8).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1975 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. 1976 nr 1 poz. 8).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 lipca 1998 r. w sprawie zasad przeprowadzania szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym (Dz.U. 1998 nr 94 poz. 600).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2022, poz. 1408).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. 2022, poz. 2814).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1949 r. o zaliczeniu niektórych stacji Pogotowia Ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1949 nr 28, poz. 444).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 1949 r. o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1949 nr 92, poz. 1104).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 1950 r. o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1950 nr 16, poz. 166).
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 1950 r. o zaliczeniu niektórych stacji pogotowia ratunkowego do zakładów społecznych służby zdrowia (M.P. 1950 nr 98, poz. 1232).

Monografie

- Bednarek Anna, Bartkowiak-Emeryk Małgorzata, Wysocki Jacek, *Szczepienia ochronne w profilaktyce chorób zakaźnych u dzieci*, Warszawa 2018.
- Bernatowska Ewa, Grzesiowski Paweł (red.), *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z*, Warszawa 2013.
- Cianciara Janusz, Juszczak Jacek (red.), *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, t. 1, Lublin 2012.
- Colgrove James, *State of Immunity: The Politics of Vaccination in Twentieth-Century America*, Los Angeles 2006.
- Doroszewska Antonina, *Wpływ Internetu na zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, red. Kazimierz Popielski, Michał Skrzypek, Ewa Albińska, Lublin 2010.
- Dębiec Barbara, Magdzika Wiesław (red.), *Szczepienia ochronne u dzieci*, Warszawa 1983.
- Frevort Ute, *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984.
- Gościński Grażyna, Lenc Elżbieta, Okulewicz Anna, Płonka-Syroka Bożena, *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*,

- [w:] *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesor Tadeusz M. Lachowicz*, red. Gabriela Bugla-Płoskońska, Elżbieta Lonc, Wrocław 2015.
- Hager Thomas, *Dziesięć leków, które ukształtowały medycynę*, tłum. Aleksander Gomola, Poznań 2019.
- Hurkacz Magdalena, *Blaski i cienie samoleczenia*, [w:] *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 1, red. Bożena Płonka-Syroka, Wrocław 2008.
- Indulski Janusz, Leowski Jerzy, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971.
- Isaacs David, *Szczepienia. Odkrycia medyczne, które zmieniły świat*, przeł. Aleksander Gomola, Kraków 2022.
- Kontrowersje wokół szczepień obowiązkowych*, Kancelaria Senatu, Warszawa 2018.
- Kostrzewski Jan (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, Warszawa 1964.
- Kostrzewski Jan, Magdzik Wiesław, Naruszewicz-Lesiuk Danuta (red.), *Choroby zakaźne i ich zwalczanie na ziemiach polskich w XX wieku*, Warszawa 2001.
- Kostrzewski Jan (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1919–1962*, Warszawa 1964.
- Kostrzewski Jan (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1961–1970*, Warszawa 1973.
- Kostrzewski Jan (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1970–1979*, Wrocław 1984.
- Krawczyk Ewa, Weiner January, Belowski Jacek, *Nie daj się wkręcać szarlatanom. Posłuchaj, co o zdrowiu mówi nauka!*, Bielsko-Biała 2019.
- Kulesza Aleksandra, *Szczepienia ochronne*, Warszawa 1975.
- Leowski Jerzy, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce od 1918 do lat 1990*, [w:] *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2009.
- Lonc Elżbieta, Gościński Grażyna, Okulewicz Anna, Płonka-Syroka Bożena, Stych Marek, *Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce*, [w:] *Zdrowie dla regionu*, t. 2, *Uzdrowiska*, Elżbieta Lonc, Kinga Plewa-Tutaj, Wałbrzych 2017.
- Lamża Łukasz, *Światy równoległe. Czego uczą nas płaskoziemcy, homeopaci i różdżkarze*, Wołowiec 2020.
- Małolepsza-Jarmołowska Katarzyna, *Samoleczenie czy samoszkodzenie? Interakcje i ich niekorzystne skutki*, [w:] *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2017.
- Marchand Marie H., *The Story of the Pasteur Institute and Its Contributions to Global Health*, 2018.
- Meszaros Jadwiga, Gonera Ewa, *Wskazania i przeciwwskazania do szczepień*, Warszawa 1978.

- Mnookin Seth, *Wirus paniki. Historia kontrowersji wokół szczepionek i autyzmu*, tłum. Hanna Pustuła-Lewicka, Wołowiec 2019.
- Oshinsky David M., *Polio: historia pokonania choroby Heinego-Medina*, tłum. Andrzej Hennel, Warszawa 2015.
- Piątkowski Włodzimierz, Nowakowska Luiza, *Pseudoterapie w Polsce. Wybrane aspekty socjologiczne i prawne*, [w:] *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, red. Bożena Płonka-Syroka, Mateusz Dąsal, Wiesław Wójcik, Warszawa–Bellerive-sur-Allier 2016.
- Płonka-Syroka Bożena, Syroka A., *Metody profilaktyki i leczenia ospy wietrznej i ospy prawdziwej w kalendarzach śląskich z XVII i XVIII w.*, [w:] *Lek roślinny w lecznictwie Bliskiego Wschodu i Europy Środkowej: wybrane problemy. Lek roślinny*, t. 9, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2022.
- Płonka-Syroka Bożena, Hudaszek Monika, Kurzyna Wiktoria, *Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii, czasopismach lekarskich i w świadomości pacjentów. Analiza krytyczno-porównawcza. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 9, Wrocław 2022.
- Płonka-Syroka Bożena, *Medycyna alternatywna i jej ocena z punktu widzenia standardu Evidence Based Medicine*, [w:] Bożena Płonka-Syroka, *Problemy etyczne w farmacji*, Wrocław 2020.
- Płonka-Syroka Bożena, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane*, [w:] *Dyskurs (para)medyczny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, red. Adam Dombrowski, Waldemar Żarski, Wrocław–Kraków 2018.
- Porter Dorothy, *Health, Civilisation and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London–New York 2005.
- Prętki Krzysztof, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.
- Prętki Krzysztof, *Polityka zdrowotna w Polsce i na świecie. Pomiędzy doświadczeniami przeszłości a wyzwaniem przyszłości*, Poznań 2020.
- Scott Susan, Duncan Christopher, *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do czasów współczesnych*, tłum. Agnieszka Siennicka, Warszawa 2019.
- Snowden Frank, *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, Yale 2019.
- Sobierajski Tomasz, *Społeczny kontekst szczepień: wprowadzenie do wakcynologii społecznej i socjologii szczepień*, Bielsko-Biała 2017.
- Stawiarska Patrycja, *Kierunki współczesnej promocji zdrowia i prewencji zaburzeń. Profilaktyka XXI wieku. Zagrożenia i wyzwania. Teoria i praktyka*, Warszawa 2019.
- Supady Jerzy, Włodarczyk Magdalena, *Gruźlica w Łodzi w latach 1965–1970: z dziejów walki z chorobą*, Łódź 2006.
- Tymiński Radosław, *Prawo medyczne dla lekarzy i studentów wydziałów lekarskich*, Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2014.
- Więckowska Elżbieta, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918–1924*, Wrocław 1999.

- Wiktorowicz Krzysztof, Kaszkowiak Krzysztof, Kaszkowiak Mirosława, *Szczepienia profilaktyczne – troska o dobro wspólne czy objaw totalitaryzmu państwowego*, [w:] *Między historią bioetyką i medycyną. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Michała Musielaka*, red. Krzysztof Prętki, Adam Czabański, Ewa Baum, Katarzyna B. Głodowska, Poznań 2019.
- Wilkożewski Edward (red.), *Szczepienia ochronne u dzieci*, Warszawa 1966.
- Zatoński Witold A., Zatoński Mateusz, *Sytuacja zdrowotna*, [w:] *Dzieje medycyny w Polsce, t. 3. Lata 1944–1989*, red. Wojciech Noszczyk, Warszawa 2016.

Artykuły

- Adamowicz Anna, Płonka-Syroka Bożena, *Szczepienia przeciw ospie prawdziwej oraz przeciw gruźlicy w opiniach lekarzy polskich w świetle wybranych tytułów polskiego czasopiśmiennictwa lekarskiego (1801–1900)*, „*Analecta*” 2018, t. 27, nr 1.
- Ali Mohammad, Emch Michael, Park Jin Kyung, Yunus Mohammad, Clemens John, *Natural Cholera Infection-Derived Immunity in an Endemic Setting*, „*The Journal of Infectious Diseases*” 2011, nr 204.
- Ali Mohammad (et al.), *The global burden of cholera*, „*Bulletin of the World Health Organization*” 2012, nr 90.
- Auszug aus der auf Pr. Königl. Majestät allerhöchsten Befehl, vom Königl. Ober = Collegium Medico zu Berlin herausgegeben Anleitung: wie der Landmann und diejenigen, so keinen erlangen können, bey grassirenden Pocken sich zu verhalten haben*, [w:] *Neu zu jedermanns Gebrauch eingerichteter Astronomischer, Historischer und Schreib = Calender...*, b.m. 1770, nlb.
- Barua Dhiman, *The global epidemiology of cholera in recent years*, „*Proceedings of the Royal Society of Medicine*” 1972, nr 65.
- Behr Marcel A., Small P.M., *A Historical and Molecular Phylogeny of Bcg Strains*, „*Vaccine*” 1999, t. 17.
- Bober Tomasz, Seń Aleksandra, *Doświadczenie epidemii „Czarnej Śmierci” z lat 1347–1353 – motyw osamotnienia w wybranych tekstach z epoki*, [w:] *Osamotnieni w bólu. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 4, red. Bożena Płonka-Syroka, Wrocław 2018.
- Blevins Steve M., Bronze Michael S., *Robert Koch and the „Golden Age” of Bacteriology*, „*International Journal of Infectious Diseases*” 2010, t. 14, nr 9.
- Czachorowska Monika, *Leczenie i zwalczanie zachorowań na poliomyelitis w okresie epidemii w latach 50. i później*, „*Przegląd Epidemiologiczny*” 2002, t. 56.
- Fan Ka-wai, *National Center for Complementary and Alternative Medicine Website*, „*Journal of the Medical Library Association*” 2005, t. 93, nr 3.
- Greenwood Brian, *The Contribution of Vaccination to Global Health: Past, Present and Future*, „*Philosophical Transactions of the Royal Society B Biological Sciences*” 2014, t. 369, nr 1645.

- Górny Janusz, *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Rzeczypospolitej Polskiej 1919–1923*, „Zdrowie Publiczne” 1976, nr 6.
- Harris David F., *Edward Jenner and Vaccination*, „The Scientific Monthly” 1915, t. 1, nr 1.
- Huerkamp Claudia, *The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public*, „Journal of Contemporary History” 1985, t. 20, z. 4.
- Kaufman Martin, *The American Anti-Vaccinationists and Their Arguments*, „Bulletin of the History of Medicine” 1967, t. 41, nr 5.
- Koithan Mary, *Introducing Complementary and Alternative Therapies*, „Journal for Nurse Practitioners” 2009, t. 5, nr 1.
- Korpalska Walentyna, Szmytkowski Jakub, *Procesy modernizacyjne w państwie pruskim i ich wpływ na kształtowanie modelu ochrony zdrowia publicznego na ziemiach zaboru pruskiego w XIX wieku na przykładzie rejencji bydgoskiej*, [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy. Studia z dziejów kultury medycznej*, t. 8, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2004.
- Kuchar Ernest (et al.), *Pertussis: History of the Disease and Current Prevention Failure*, „Advances in Experimental Medicine and Biology” 2016, nr 934.
- Kuryluk Łukasz, Wieczorek Magdalena, Litwińska Bogumiła, *Polio – zagadkowy wirus*, „Postępy Mikrobiologii” 2013, t. 52, nr 2.
- Kuziara Teresa, *Historia szczepień ochronnych w Polsce*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2013, nr 3.
- Łopatecki Karol, *U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej*, „Medycyna Nowożytna” 2016, t. 22, nr 1.
- Łuczak Wiesław, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, z. 3, s. 280.
- Magdzik Wiesław, *Choroba Heinego-Medina – porażenie dziecięce – poliomyelitis – polio. Rozkwit i agonia choroby w dwudziestym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2005, t. 56, nr 4.
- Magdzik Wiesław, *Osiągnięcia w okresie 85 lat działalności i perspektywy działania służby sanitarno-epidemiologicznej w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2004, t. 58.
- Marchewka Anna K., Majewska Anna, Młynarczyk Grażyna, *Działalność ruchu antyszczepionkowego, rola środków masowego komunikowania oraz wpływ poglądów religijnych na postawę wobec szczepień ochronnych*, „Postępy Mikrobiologii” 2015, t. 54, nr 2.
- Mark Catherine, Rigau-Pérez José, *The World First Immunization Campaign*, „Bulletin of the History of Medicine” 2009, t. 83, nr 1.
- Nandi Arindam, Shet Anita, *Why Vaccines Matter: Understanding the Broader Health, Economic, and Child Development Benefits of Routine Vaccination*, „Human Vaccines and Immunotherapeutics” 2020, t. 16, nr 8.
- Nartowski Karol, Wiela-Hojeńska Anna, Łapiński Łukasz, *Przyczyny i zagrożenia samoleczenia oraz przyjmowania suplementów diety*, [w:] *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu*

- nauk przyrodniczych i społecznych. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu*, t. 6, red. Bożena Płonka-Syroka, Wrocław 2012.
- Naruszewicz-Lesiuk Danuta, *Rola Państwowego Zakładu Higieny w perspektywie historycznej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, t. 62.
- Naruszewicz-Lesiuk Danuta, Wysocki Mirosław J., *Tematyka i wyniki wybranych prac naukowo-badawczych w dziedzinie epidemiologii prowadzonych w Państwowym Zakładzie Higieny w latach 1945–1989*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, t. 67.
- Nawaz Yasir (et al.), *A Review on Smallpox*, „Journal of Biomedical Sciences” 2022, t. 11, nr 6.
- Nelson Marie C., Rogers John, *The Right to Die? Anti-Vaccination Activity and the 1874 Smallpox Epidemic in Stockholm*, „Social History of Medicine” 1992, t. 3.
- Nuwarda Rina Fajri, *Vaccine Hesitancy: Contemporary Issues and Historical Background*, „Vaccines” 2022, nr 10.
- Lipelt Robert, *Walka z chorobami zakaźnymi w Galicji w XIX i początkach XX w. w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, [w:] *Osamotnieni w bólu. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 4, red. Bożena Płonka-Syroka, Wrocław 2018.
- Płonka-Syroka Bożena, *Wpływ czynników wewnątrznaukowych i zewnątrznaukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie (na przykładzie wybranych państw)*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław 2013.
- Płonka-Syroka Bożena, Syroka Andrzej, *Zmiany w standardzie popularyzacji wiedzy o chorobach tzw. zwykłych i epidemicznych u dzieci na przykładzie kalendarzy adresowanych do mieszkańców Śląska w latach 1615–1786*, [w:] *Lecznictwo na prowincji. Narracje – źródła – epidemie. Wybrane problemy*, red. Wojciech Ślusarczyk, Rafał Kubiak, Jakub Nierebiński, Lublin 2023.
- Płonka-Syroka Bożena, *Spółeczny ruch higieniczny w Królestwie Polskim i jego rola w zapobieganiu i zwalczaniu chorób społecznych*, [w:] *Brud: idee – dylematy – sprawy. Stromata Anthropologica*, t. 8, red. Magdalena Sztandara, Opole 2012.
- Płonka-Syroka Bożena, *Johann Peter Frank i Christoph Wilhelm Hufeland jako pionierzy profilaktyki medycznej z XVIII i XIX w.*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2018, t. 63, nr 4.
- Płonka-Syroka Bożena, *System policji lekarskiej Johanna Petera Franka jako przykład oświeceniowej idei prawa do zdrowia*, [w:] *Czystość i brud: higiena nowożytna (XV–XVIII w.)*, red. Walentyna Korpalska, Wojciech Ślusarczyk, Bydgoszcz 2015.
- Płonka-Syroka Bożena, *Zagrożenie chorobami zakaźnymi o charakterze masowym i jego uwarunkowania społeczno-ekonomiczne jako podstawa działań władz państwowych w dziedzinie ochrony zdrowia publicznego (od XIII do 1914 r.)*, [w:] *Marginalizacja a rozwój społeczny – między teraźniejszością i przeszłością*, red. Zbigniew Galor, Sławomir Kalinowski, Urszula Kozłowska, Bielefeld 2017.

- Płonka-Syroka Bożena, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 11, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2007.
- Płonka-Syroka Bożena, *Wpływ czynników społeczno-politycznych na kształtowanie się systemu medycyny publicznej w Prusach i zjednoczonych Niemczech do 1914 r.*, [w:] *Czystość i brud: higiena w XIX w. – wokół przełomu bakteriologicznego*, red. Walentyna Korpalska, Wojciech Ślusarczyk, Bydgoszcz 2016.
- Płonka-Syroka Bożena, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska*, [w:] *Medycyna i rehabilitacja w Polsce w latach 1918–2018. Część 1. Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, red. Mariusz Migąła, Bożena Płonka-Syroka, Sławomir Jandziś, Opole 2019.
- Płonka-Syroka Bożena, *Regulacje w prawie polskim dotyczące wykonywania zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta w sposób niezgodny ze standardem klinicznym*, [w:] *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2017.
- Płonka-Syroka Bożena, *Społeczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym*, [w:] *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność. Lek roślinny*, t. 7, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2018.
- Prętki Krzysztof, *Reforma systemu opieki zdrowotnej jako element transformacji ustrojowej III Rzeczypospolitej*, [w:] *Człowiek wobec choroby. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu*, t. 3, red. Bożena Płonka-Syroka, Wrocław 2010.
- Różańska-Gambal Barbara, *Występowanie epidemii ospy prawdziwej na świecie od czasów starożytnych po współczesne*, „*Medycyna Nowożytna*” 2008, t. 15, z. 1–2.
- Sadowska Jolanta, *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX i na początku XX w.*, „*Zdrowie Publiczne*” 1989, nr 100, s. 324.
- Stych Marek, *Odpowiedzialność karna tzw. „paramedyków” za leczenie pacjenta bez uprawnień*, [w:] *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, red. Bożena Płonka-Syroka, Andrzej Syroka, Wrocław 2017.
- Sztachelski Jerzy, *Zagadnienia podstaw ustrojowych służby zdrowia*, „*Zdrowie Publiczne*” 1948, nr 3–4.
- Sztachelski Jerzy, *Służba zdrowia wobec uchwał plenum sierpniowego*, „*Zdrowie Publiczne*” 1948, nr 7–8.
- Omenn Gilbert S., *Evolution and Public Health*, „*The Proceedings of the National Academy of Sciences*” 2010, suppl. 1, vol. 107.
- Was giebt denn solch Blatter-Beltzen oder Tropfen vor Nutzen*, [w:] *Johannis Neubarthi Bolesla-Silesii Neu und Alter Schreib Calender zu Bresslaw 1724*, nlb.

- Weber Thomas P., *Alfred Russel Wallace and the Antivaccination Movement in Victorian England*, „Emerging Infectious Diseases” 2010, nr 16.
- Więckowska Elżbieta, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, „Acta Universitatis Wratislaviensis” 2001, nr 2267.
- Więckowska Elżbieta, *Początki opieki zdrowotnej nad ludnością Królestwa Polskiego na przełomie XIX/XX wieku w świetle czasopisma „Zdrowie” (1895–1914)*, „Zdrowie Publiczne” 1985, nr 5–6.
- Wielicka Karolina, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 1909.

Netografia

- Brown Katrina F., *Jak rodzice i pacjenci podejmują decyzje o szczepieniach – implikacje dla praktyki lekarskiej i zdrowia publicznego*, przeł. Małgorzata Wójcik, „Medycyna Praktyczna Szczepienia” 2013, nr 3, <https://www.mp.pl/szczepienia/specjalne/77841,jak-rodzice-i-pacjenci-podejmuj-a-decyzje-o-szczepieniach-implikacje-dla-praktyki-lekarskiej-i-zdrowia-publicznego>.
- Carlos Vallbona M.D., *Importance of Immunization in Child Care and Prevention*, „Child and Adolescent Social Work Journal” 1993, t. 10, nr 5, <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00844674.pdf>.
- Conis E., *Measles and the Modern History of Vaccination*, <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0033354919826558>.
- de los Santos Onate Tenorio M. (et al.), *Vaccines: Origin and evolution throughout history* - <https://www.peertechzpublications.com/articles/JVI-8-149.pdf>.
- European Centre for Disease Prevention and Control, *Let's talk about protection Enhancing childhood vaccination uptake*, Stockholm 2016, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-protection-vaccination-guide.pdf>.
- Kwiatkowski Zbigniew A., *Ludwik Pasteur (1822–1895). Życie i dzieło*, <https://www.microbiology.pl/wp-content/uploads/2017/03/Ludwik-Pasteur-1822-1895.pdf>
- Melnick Joseph L., *The polio virus and the vaccines*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/48404/WH-1989-Dec-p13-15-eng.pdf?sequence=1>.
- National Institutes of Health (Office of Science Policy), *Childhood Hib vaccines: nearly eliminating the threat of bacterial meningitis*, <https://www.nih.gov/sites/default/files/about-nih/impact/childhood-hib-vaccines-case-study.pdf>.
- Pelc Z., *WHO: ostrzeżenie przed medycyną tradycyjną*, <http://www.psychiatria.pl/wiadomosc/who-ostrzezenie-przed-medycyna-tradycyjna.1284.html>.
- Riedel Stefan, *Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200696/>.

Robertson Susan E., Featherstone David, Gacic-Dobo Marta, *Rubella and congenital rubella syndrome: global update*, <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n5/18869.pdf>.

WHO, *A Brief History of Vaccination*, <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/a-brief-history-of-vaccination>.

► STRESZCZENIE

Szczepienia dzieci w Polsce przeciw chorobom zakaźnym (1945–1989) – analiza ich kontekstu historycznego, podstaw prawnych i efektywności

Prezentowane w artykule akty prawne wydane w Polsce w latach 1945–1989 i ich nowelizacje obowiązujące do chwili obecnej ukazują działania władz państwowych ukierunkowane na ochronę zdrowia populacji. Działania te opierały się na aktualnym standardzie klinicznym i korzystały z wcześniejszych rozwiązań organizacyjnych wypracowanych przez inne państwa europejskie od końca XVIII w. oraz z doświadczeń, kadr i instytucji zaangażowanych w walkę z epidemiami w Polsce w latach 1918–1939.

Artykuł przedstawił wysoką efektywność obowiązkowych szczepień ochronnych dzieci, wprowadzonych w Polsce w latach 1945–1989, która doprowadziła do wyeliminowania chorób zakaźnych jako głównej przyczyny przedwczesnej śmierci dzieci oraz trwałego kalectwa wielu z nich w wyniku powikłań. Przedstawiono przyczyny tej efektywności w oparciu o kryteria medyczne (wysoka jakość szczepionek, ich produkcja w Polsce, ścisły państwowy nadzór nad ich produkcją), jak i medyczno-społeczne (jednolity standard działań profilaktycznych w Polsce, wpisanych w strukturę systemu medycyny publicznej, zapewnienie przez państwo odpowiedniego poziomu finansowania szczepień: ich produkcji i dystrybucji oraz kadr i instytucji niezbędnych do ich wykonywania). Ukazano też współczesne zagrożenia dla bezpieczeństwa epidemicznego w Polsce związane z rosnącą aktywnością ruchów antyszczepionkowych, przekonujących rodziców do odmowy zaszczepienia dzieci przeciw chorobom zakaźnym.

► SUMMARY

Vaccination of Children Against Infectious Diseases in Poland (1945–1989) – the Historical Context, Legal Basis and Effectiveness

The legal acts issued in Poland in the years 1945–1989 and their amendments that have been in force to date reflect the state's actions aimed at protecting the health of the population. These actions were based on the then-current clinical standard and drew

from earlier organizational solutions developed by other European countries since the end of the 18th century, as well as from the experience, staff and institutions involved in combating epidemics in Poland in the years 1918–1939.

A conclusion to be drawn from the paper is that mandatory protective vaccinations for children introduced in Poland between 1945–1989 turned out to be highly effective in eliminating infectious diseases as the main cause of premature death of children and their permanent disability as a result of complications. The reasons for this effectiveness are presented in the article. Those include medical (high quality of vaccines, their production in Poland, strict state supervision over their production) as well as medical-social criteria (a unified model for preventive actions in Poland being part of the public medical care system, adequate financing for vaccine production and distribution, as well as necessary personnel and institutions). The article also highlights contemporary threats to epidemic safety in Poland related to the growing activity of anti-vaccination movements trying to persuade parents to refuse to vaccinate their children against infectious diseases.