

KATARZYNA POLAK

POCZĄTEK FORMALNO-PRAWNYCH DZIAŁAŃ NA RZECZ PUBLICZNEJ OCHRONY ZDROWIA W DZIEWIĘTNASTOWIECZNEJ ANGLII

Jednym z najbardziej znaczących i niekwestionowanych skutków industrializacji oraz urbanizacji w Anglii w XVIII i XIX wieku była zmiana struktur społecznych. Jednak bardziej zauważalnym efektem tych procesów była zmiana warunków i standardów życia w nowo powstałych i szybko rozrastających się miastach.

Opisując te zjawiska mówi się nawet o rewolucji standardów i warunków życia, chociaż procesy te w różnym stopniu dotyczyły mieszkańców ówczesnej Anglii. Mimo to można mówić o wzroście standardów życia, szczególnie gdy dla omawianych zjawisk zastosuje się dłuższą perspektywę czasową. Ten fakt potwierdza wzrost jednego z najbardziej obiektywnych wskaźników, jakim jest wielkość dochodu narodowego na głowę mieszkańca. W ciągu XIX wieku wzrósł on z 12,9 £ w 1801 roku do 52,5 £ w 1901 roku. Drugim wskaźnikiem świadczącym o poprawie warunków życia był wzrost zatrudnienia służących, który z 600 tysięcy w 1801 roku powiększył się do 1,3 miliona w 1851 roku i 2 milionów w 1881 roku¹. Dane te potwierdzają jednak negatywny skutek industrializacji i urbanizacji, czyli fakt nierównomiernego partycypowania w osiągnięciach ówczesnej epoki. Nie kwestionując zjawiska obiektywnego wzrostu płac, należy podkreślić, że różnica w dystrybucji dochodów była rażąca. Pozytywne skutki industrializacji odczuli w pierwszej kolejności ludzie zamożni. Sytuacja ta została trafnie pokazana przez Dudley'a Baxtera, który analizując dystrybucję dochodów w 1867 roku porównał ją z atlantyckim szczytem Teneryfy, której podłoże zajmowali robotnicy z bardzo niskimi dochodami, wyżyny – klasa średnia, a u szczytu znajdowały się osoby z dochodami „książęcymi”.

Industrializacja i urbanizacja kreowały nowe problemy socjalne, które dotyczyły przede wszystkim biedniejszą część angielskiego społeczeństwa oraz nieodparcie wiązały się ze zmianą środowiska naturalnego, zanieczyszczeniem powietrza, niekontrolowanym rozwojem miast, przeludnieniem, szybkim powstawaniem dzielnic robotniczych, a także powstawaniem obszarów biedy – slumsów. Slumsy nie były nowym

¹ H. P e r k i n, *The Origins of Modern English Society*, Taylor & Francis Group, London 2002, s. 134, 143.

zjawiskiem, ale w XIX wieku stały się bardziej zauważalne na skutek większej ich koncentracji².

W 1801 roku w angielskich i walijskich miastach mieszkały 3 miliony osób, co stanowiło niewiele ponad 30% całości społeczeństwa, podczas gdy w 1901 roku już 28,5 miliona, czyli prawie 80%³. Taka gwałtowna i nieplanowana urbanizacja w XIX wieku sprawiła, że zaniedbania w dziedzinie zdrowia publicznego i higieny stawały się coraz bardziej widoczne i coraz bardziej brzemiennie w skutki. W latach dwudziestych XIX wieku liczba ludności Bristolu powiększyła się o 70%, Bradford o 66%, Leeds, Liverpoolu i Manchesteru o 46%, a Sheffield i Birmingham o 41%⁴. Przed 1801 rokiem spośród wszystkich miast angielskich tylko Londyn posiadał ponad 100 tys. mieszkańców. W 1851 roku było dziesięć takich miast i mieszkała w nich 1/4 wszystkich mieszkańców kraju, a w 1911 roku już 43,8% angielskiego społeczeństwa żyło w 36 stutysięcznych miastach. Tak wysoki wskaźnik urbanizacji sprzyjał rozprzestrzenianiu się chorób – określanym przez współczesnych „chorobami z brudu”, takich jak tyfus, czerwonka, szkarlatyna, gruźlica czy cholera. Sytuację dodatkowo pogarszał brak odpowiedniej wiedzy na temat przyczyn chorób, a w konsekwencji nieadekwatne zapobieganie i leczenie. Do lat sześćdziesiątych XIX wieku nie znano bakteryjnej teorii chorób, a przyczyn zachorowalności upatrywano powszechnie w „złym powietrzu” – zanieczyszczonym wyziewami i gazami (*miasmatic theory of disease*).

Niekontrolowany przyływ siły roboczej do miast przyczyniał się do pogarszania i tak już złych warunków sanitarnych. Cytowany w pracy Wohla Engels stwierdził

„brak higieny nie czynił aż tak dużej szkody na terenach wiejskich, gdzie mieszkańcy żyli w większym rozproszeniu. Zagrożenie wzrastało, gdy sytuacja taka miała miejsce wśród stłoczonych mieszkańców dużych miast”⁵.

Problem narastał z powodu niedostatecznej liczby mieszkań. W 1847 roku Londyńskie Towarzystwo Statystyczne przeprowadziło badania na jednej z londyńskich ulic – Church Line, z których wynikało, że podczas gdy w 1841 roku w 27 domach (przeciętnie pięciopokojowych) mieszkało 655 osób, to w 1847 roku liczba ta wzrosła już do 1095 osób, czyli średnia liczba mieszkańców jednego domu w ciągu 6 lat zwiększyła się z 24 do przeszło 40 osób⁶. Taka sytuacja zmuszała nowo przybyłych pracowników do zamieszkiwania wraz z całymi rodzinami w jednym pokoju lub piwnicy pozbawionych sanitariatów, wentylacji czy dostępu do bieżącej wody. Nowo powstałe domy, budowane spontanicznie i bez żadnej kontroli, najczęściej nie miały systemów odprowadzenia nieczystości. Brak dostępu do wody bieżącej oraz jej zanieczyszczenie były jednymi z głównych utrapień społeczności ówczesnych miast, sprzyjających rozprzestrzenianiu się wielu chorób. Spółki odpowiedzialne za dostawy wody nie czuły

² *Ibidem*, s. 164, 419.

³ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions in public health: 1848, and 1998?*, „British Medical Journal” 1998; 317: 587–591.

⁴ R. Rees, *Poverty and Public Health 1815–1948*, Heinemann Educational Publishers, Oxford 2001, s. 111.

⁵ A.S. Wohl, *Endangered Lives. Public Health in Victorian Britain*, J.M. Dent & Sons Ltd, London 1983, s. 4.

⁶ M.W. Flinn, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Gt. Britain by Edwin Chadwick*, Edinburgh University Press, Edynburg 1965, s. 5.

się w obowiązku dbania o jej czystość i niechętnie przeznaczały nowe fundusze na jej oczyszczanie. Z kolei władze lokalne i centralne nie przywiązywały do tego problemu należytej uwagi.

Wszystkie te zaniedbania sprzyjały dużej śmiertelności. W największych miastach zanotowano wzrost śmiertelności z 19 promili w 1831 roku do 22,4 promili w 1838 roku. Wskaźnik ten był jeszcze wyższy w latach wybuchów epidemii cholery, np. w 1849 roku współczynnik wzrósł do 25 promili. Wskaźnik śmiertelności był szczególnie wysoki wśród dzieci, a zwłaszcza noworodków i niemowląt. Pod koniec XIX wieku 25% wszystkich zgonów stanowiły zgony niemowląt⁷. W latach 1839–1840 śmiertelność wśród dzieci wynosiła 153 promile i wzrosła do 156 promili w 1896 roku i 163 w 1899 roku. Przykładowo – od 1834 do 1842 roku 42% wszystkich zgonów odnotowanych w Yorku stanowiły przypadki śmierci dzieci, które nie ukończyły piątego roku życia. W najbiedniejszych dzielnicach Liverpoolu wskaźnik ten pod koniec XIX wieku wynosił aż 509 promili. Tendencja wysokiej śmiertelności wśród najmłodszych członków angielskiego społeczeństwa – mimo niewielkich lokalnych różnic – była cechą charakterystyczną dużych miast XIX-wiecznej Anglii⁸. Z danych przedstawionych w 1840 roku przez Williama Farra wynikało, że na obszarach miejskich śmiertelność dzieci była dwukrotnie wyższa niż na terenach wiejskich⁹. Charakterystyczne też, że wskaźnik ten różnił się znacznie, w zależności od przynależności dzieci do klasy społecznej – w 1850 roku w Bath jedno z dwóch dzieci robotniczych umierało przed ukończeniem piątego roku życia, podczas gdy w domach klasy średniej śmierć dotykała jedno spośród 11 dzieci w tym przedziale wiekowym¹⁰.

Problemy te wymagały kompleksowego zainteresowania władz samorządowych, jak i centralnych. Chodziło nie tylko o zagadnienia medyczne, ale przede wszystkim o warunki sanitarne i mieszkaniowe, obejmujące m.in. dostęp do wody i jej czystość, kanalizację, wentylację, utylizację śmieci i nieczystości. Ale szeroko pojęte zagadnienia zdrowia publicznego nie znajdowały się w polu zainteresowań rządu centralnego, który zgodnie z rozpowszechnioną w dziewiętnastowiecznej Anglii doktryną *laissez faire* skupiał się na zagwarantowaniu fundamentalnych zasad wolności gospodarowania i strzegł prywatnej własności.

Jednak ogromne zaniedbania w tym zakresie uwydatniły się ze szczególną wyrazistością podczas kolejnych epidemii cholery. Sytuacja powtarzała się kilkakrotnie, wraz z kolejnymi nawrotami tej choroby, tj. w latach: 1831–1832, 1848–1849, 1853–1854 i 1866–1867. Całkowita liczba ofiar śmiertelnych tych czterech epidemii wyniosła aż 128 tysięcy przypadków: 1831–1832 – 32 tysiące, 1848–1849 – 62 tysiące, 1853–1854 – 20 tysięcy, 1866–1867 – 14 tysięcy. Była ona znacznie mniejsza niż suma zgonów spowodowana zachorowaniami na inne choroby, jednak to właśnie powrót cholery wywołał społeczny wstrząs¹¹. Dopiero tak ekstremalna sytuacja zmobilizowała władze

⁷ R. Brown, *Revolution, Radicalism and Reform. England 1780–1846*, Cambridge University Press, Cambridge 2000, s. 175–177.

⁸ J. Walvin, *Victorian Values*, Andre Deutsch Limited, London 1987, s. 26.

⁹ M.W. Flinn, *Report...*, s. 13.

¹⁰ J. Walvin, *Victorian...*, s. 26.

¹¹ H. Perkin, *The Origins...*, s. 170; R. Rees, *Poverty...*, s. 121; R. Brown, *Revolution...*, s. 174–175.

do podjęcia odpowiednich działań. W tym kontekście uzasadnione jest twierdzenie, że „cholera była najlepszym przyjacielem reformatorów zdrowia publicznego”¹².

POCZĄTEK DZIAŁAŃ INSTYTUCJONALNYCH W ZAKRESIE PUBLICZNEJ OCHRONY ZDROWIA

Jednym z pierwszych przykładów aktywności, która może zostać potraktowana jako formowanie się systemu ochrony zdrowia publicznego, była misja dwóch lekarzy angielskich wysłanych w 1831 roku do Sankt Petersburga, tj. w momencie wystąpienia tam epidemii cholery. Celem misji było sporządzenie raportu o metodach zapobiegania chorobie oraz o wymaganym okresie kwarantanny przed osiągnięciem przez epidemię cholery granic Anglii. Jednocześnie na terenie Anglii powołano Centralną Radę Zdrowia (Central Board of Health), której zadaniem było udzielanie informacji na temat wdrożenia odpowiednich środków zapobiegawczych¹³. Gdy jesienią 1831 roku epidemia cholery dotarła do Anglii, na terenie kraju działało już 1200 lokalnych rad zdrowia. Jednak – mimo bardzo poważnej sytuacji – społeczności lokalne nie poczuwały się do obowiązku pokrywania kosztów ich funkcjonowania. Ostatecznie tymczasowe akty Parlamentu z 1832 roku zobligowały miasta do utrzymywania tych instytucji. Zostały one zlikwidowane po wygaśnięciu epidemii. Analogiczna sytuacja powtórzyła się w latach drugiej epidemii cholery, tj. 1848–1849. Te działania władz miały doraźny charakter. Po zażegnaniu bezpośredniego niebezpieczeństwa nie zostały podjęte żadne kroki, które pozwoliłyby zminimalizować zagrożenie w przyszłości. Sama epidemia cholery z lat 1831–1832 i jej skutki odegrały jednak paradoksalnie bardzo pozytywną rolę propagandową. Skierowała ona uwagę na kwestie zdrowia publicznego, a co ważniejsze ukazała – wcześniej nieuświadomiany – związek między warunkami życia robotników a częstością występowania chorób. Po raz pierwszy uświadomiła szerokiej opinii publicznej, że niektóre choroby, np. cholera czy tyfus, dotyczą wszystkie klasy społeczne, bez względu na dochody jej członków i warunki życia (mąż królowej Wiktorii, książę Albert zmarł z powodu tyfusu w 1861 roku w wieku 42 lat, z kolei ich córka Alicja zmarła w wieku 35 lat na skutek błonicy¹⁴), chociaż szybkie tempo rozprzestrzeniania się tych chorób właśnie pośród najbiedniejszej części społeczeństwa niosło za sobą szczególnie tragiczne skutki.

Mimo rosnącej świadomości w dziedzinie zdrowia publicznego oraz coraz liczniejszych głosów krytyki skierowanych pod adresem władz i zaniedbań w zakresie ochrony zdrowia, wdrażanie reform było procesem długotrwałym oraz budzącym wiele kontrowersji i emocji. Gwałtowny wzrost populacji miast oraz niejasno określony zakres obowiązków władz miejskich czynił ten proces jeszcze trudniejszym. Niesprecyzowany podział odpowiedzialności za kwestie zdrowia publicznego powodował nie-

¹² A. S. Wohl, *Endangered...*, s. 173.

¹³ L. Woodward, *The Age of Reform 1815–1870*, Oxford University Press, Oxford 1962, s. 463.

¹⁴ R. Rees, *Poverty...*, s. 109.

wydolność decyzyjną na szczeblu lokalnym oraz przesuwanie obciążeń związanych z rozwiązywaniem problemów w dziedzinie zdrowia na organy władzy centralnej. Proces reform sanitarnych spowalniała ponadto postawa grupy osób – określana w literaturze anglojęzycznej jako *opposition of vested interests* – w której interesie nie leżało wprowadzenie zmian w tym zakresie. Członkowie tej nieformalnej grupy – decydenci na szczeblu lokalnym, m.in.: właściciele spółek odpowiedzialnych za dostawy wody, właściciele domów – obawiali się zmniejszenia swoich dochodów i ograniczenia wpływów politycznych¹⁵. Kontrowersje dotyczyły kosztów wdrażania reform oraz systemu ich finansowania. Władze lokalne stały na stanowisku, że to rząd powinien ponosić koszty takich działań, ale z drugiej strony nie chciały stracić kontroli nad sprawami znajdującymi się poniekąd w ich kompetencji i kategorycznie sprzeciwiały się odgórnemu interwencji.

Wiele nowo powstałych miast nie miało ukonstytuowanych władz, tj. rady miasta, i pozostawało pod zarządem rad parafialnych. Z kolei miasta, w których takie rady funkcjonowały, często były zarządzane nieefektywnie. Rady w minimalnym zakresie zajmowały się kwestiami rozbudowy miasta, wodociągów i kanalizacji czy też utrzymaniem czystości w mieście. Pionierami poprawy warunków sanitarnych Anglii XVIII wieku oraz przełomu XVIII i XIX wieku byli powoływani komisarze do spraw rozwoju, których zakres obowiązków był określony w osobnych uchwałach Parlamentu tzw. *private act of Parliament*¹⁶. Od początku XVIII wieku do 1835 roku w poszczególnych miastach utworzono około 300 komisji do spraw rozwoju. Zasiadały w nich najczęściej osoby uznawane za lokalne autorytety: urzędnicy miejscy, prawnicy, ludzie znani dzięki swojej aktywności. Mieli oni prawo do nakładania i pobierania podatku, przeznaczanego następnie na poprawę czystości miast, ich oświetlenie oraz zagwarantowanie porządku publicznego. Efektywność wdrażanych działań zależała bezpośrednio i przede wszystkim od możliwości komisarzy i nastawienia społeczności lokalnej. Ale ogromne zróżnicowanie przypisanego im zakresu działań i niemożność skupienia w swoich rękach wszystkich spraw związanych z kwestiami czystości miast utrudniały realizację działań mających na celu poprawę warunków sanitarnych. Brak współpracy między komisjami działającymi w jednej miejscowości często prowadził do chaosu i nieporozumień. Przykładem braku koordynacji działań – podejmowanych w imię poprawy warunków sanitarnych i zdrowia publicznego – był Londyn. Pozostawał pod zarządem 300 różnych ciał administracyjnych, w których zakresie działania znajdowały się problemy zdrowia publicznego. Na obszarze miasta obowiązywało 250 aktów prawnych z tego zakresu¹⁷.

Wiele miast, w których gwałtownie wzrosła liczba mieszkańców (m.in. Sheffield, Manchester, Birmingham), nie miało statutu, który określał ich niezależne prawa. Miasta te pozostawały pod kontrolą lokalnych urzędników, a nie władz miejskich. Ważnym krokiem mającym na celu usystematyzowanie zarządu miast, a w konsekwencji poprawę i zwiększenie efektywności warunków sanitarnych społeczności lokalnych

¹⁵ M. W. Flinn, *Report...*, s. 118.

¹⁶ L. Woodward, *The Age...*, s. 460.

¹⁷ H. Perkin, *The Origins...*, s. 123; R. Brown, *Revolution...*, s. 178; R. Rees, *Poverty...*, s. 119.

było wprowadzenie w 1835 roku *Municipal Corporations Act*¹⁸, zwanego też *Municipal Reform Act*. Akt ten ujedynolicił na terenie Anglii i Walii zarząd miast przez wprowadzenie wybieranych przez podatników rad miast. Co prawda dokument ten nie dotyczył bezpośrednio poprawy warunków sanitarnych – nie wspominając o kwestiach zdrowia publicznego – ale umożliwił nowo utworzonym władzom przejęcie obowiązków komisarzy do spraw rozwoju włącznie z prawem nakładania i pobierania podatków na oświetlenie ulic, utrzymanie wodociągów oraz systemu kanalizacji. Jednak wprowadzenie tego podatku było uzależnione od zgody Parlamentu. To na jej podstawie władze poszczególnych miejscowości otrzymywały prawo podejmowania określonych działań, włącznie z prawem pobierania podatków na wskazany cel. Władze miast, którym zależało na poprawie warunków życia swoich mieszkańców, musiały przekonać Parlament do wprowadzenia „lokalnego aktu” (*local act of Parliament*¹⁹). Co charakterystyczne, do lat czterdziestych XIX wieku żadne z największych miast Anglii nie miało możliwości korzystania z tego przywileju. Przełomem okazał się rok 1842, kiedy to nadano takie prawo miastu Leeds (*The Leeds Improvement Act*), za którego przykładem podążył Manchester (*The Manchester Police Regulation Act* z 1844 roku), Liverpool (*Liverpool Sanitary Act* z 1846 roku) i inne duże miasta. *Liverpool Sanitary Act* był w tym czasie najbardziej postępowym aktem prawnym tego rodzaju, na mocy którego powołano pierwszego w Anglii inspektora medycznego do spraw zdrowia (Medical Officer of Health). Został nim dr William Henry Duncan²⁰, a radę miasta uznano za najważniejszy organ nadzorujący poprawę i rozwój warunków sanitarnych. Innowacyjność aktu wynikała z uprawnienia rady miasta do powołania Inspektora medycznego do spraw zdrowia –

„wykwalifikowanego praktykującego lekarza [...] nadzorującego i zdającego okresowe sprawozdania z warunków sanitarnych miasta, oceniającego obecność chorób – szczególnie epidemiologicznych zwiększających odsetek śmiertelności i wskazującego na obecność zanieczyszczeń lub innych przyczyn, które najprawdopodobniej wywołują te choroby i wpływają na stan zdrowia mieszkańców miasta [...], wskazującego najbardziej efektywne metody kontroli i zapobiegania rozprzestrzeniania się tych chorób”²¹.

Inspektor stał się lokalnym autorytetem odpowiedzialnym za poprawę warunków sanitarnych. Akt ten stworzył nowy mechanizm polegający na tworzeniu przez władze lokalne agend odpowiedzialnych za efektywność sanitarnego postępu. Podobne rozwiązanie wprowadzono w 1848 roku w Londynie, gdzie na podstawie ustawy Parlamentu (*The City Sewers Act*) stanowisko inspektora medycznego do spraw zdrowia zostało powierzone sir Johnowi Simonowi²². W skali ogólnokrajowej było to możliwe dopiero po przyjęciu w 1848 roku pierwszej ustawy o zdrowiu publicznym (*The Public*

¹⁸ *The Nineteenth Century: the British Isles 1815–1901*, ed. by C. Matthew, Oxford University Press, Oxford 2000, s. 63.

¹⁹ Akty wprowadzane przez Parlament dla konkretnych miejscowości, w ściśle określonych celach, a wdrażane w życie przez władze lokalne; R. Brown, *Revolution*, s. 180–181.

²⁰ Dr William Henry Duncan (1805–1863) – dyplomowany lekarz, autor pamfletu *On the Physical Causes of the High Rate of Mortality in Liverpool*.

²¹ W.M. Frazer, *A History of English Public Health 1834–1939*, Bailliere, Tindall and Cox, London 1950, s. 35–36.

²² Sir John Simon (1816–1904) – w latach 1848–1855 inspektor medyczny do spraw zdrowia dla miasta Londynu, w latach 1855–1858 inspektor medyczny Krajowej Rady Zdrowia.

Health Act). Dzięki niej w kolejnych latach tworzono stanowiska inspektora medycznego do spraw zdrowia m.in. w Leeds (w 1866 roku), Birmingham (w 1872 roku), Newcastle (w 1873 roku).

Istnienie wspomnianych wyżej „lokalnych aktów” Parlamentu z jednej strony świadczy o coraz większym zainteresowaniu lokalnych władz kwestiami zdrowia publicznego oraz potwierdza ich czynny udział w procesie poprawy warunków sanitarnych, ale z drugiej strony ukazuje stanowisko władz centralnych, które starały się zrzucić całą odpowiedzialność w tym zakresie na organy władzy lokalnej.

Jednym z pierwszych przejawów zainteresowania państwa kwestiami zdrowia publicznego było utworzenie na mocy aktu o rejestracji urodzin i zgonów (*The Births and Deaths Registration Act*) z 1836 roku – podległego Home Office – Generalnego Urzędu Rejestracyjnego (The Registrar-General's Office), odpowiedzialnego ze rejestr urodzin i zgonów na terenie Anglii i Walii. Instytucja ta zaczęła funkcjonować 1 lipca 1837 roku pod nadzorem Thomasa Henry'ego Listera. Szefem działu statystycznego został William Farr: „największy statystyk w dziedzinie zdrowia”²³, pionier wprowadzenia zmian w zakresie szeroko pojętego zdrowia publicznego, który głęboko wierzył, że przedstawione przez jego urząd dane statystyczne staną się bogatym źródłem informacji usprawniającym przygotowanie reform, a także będą swego rodzaju „arsenałem” wspierającym pracę garstki reformatorów. Jedną z pierwszych czynności Farra po objęciu stanowiska w Generalnym Urzędzie Rejestracyjnym było opracowanie klasyfikacji przyczyn zgonów. Jak podkreślił Flinn: „Po raz pierwszy ruch zdrowia publicznego został uzbrojony w godną zaufania informację skupiającą się na relatywnej ważności różnych typów chorób powodujących śmierć”²⁴. Farr – zgodnie z duchem ówczesnych inicjatorów reform – w pierwszym rocznym raporcie przedstawionym przez Generalny Urząd Rejestracyjny zwrócił uwagę na ścisły związek między warunkami życia robotników a ich stanem zdrowia. Niejednokrotnie wyrażał przekonanie, że taniej jest zapobiegać, niż leczyć i wykazywał, że dzięki działaniom prewencyjnym możliwe byłoby w Anglii i Walii zredukowanie przypadków śmierci o 30 tysięcy w skali roku²⁵. Gromadzone przez jego biuro dane statystyczne – szczególnie informacje dotyczące przyczyn śmiertelności – stały się wiarygodnym źródłem informacji, wykorzystanym w procesie przygotowania reformy zdrowia publicznego.

Początki działalności Generalnego Urzędu Rejestracyjnego zbiegły się z coraz liczniejszymi po 1830 roku opracowaniami ukazującymi warunki życia i pracy robotników. Początkowo większość z tych raportów opisywała problemy na poziomie lokalnym, z czasem coraz więcej opracowań było rezultatem pracy wyspecjalizowanych komisji – powołanych przez władze centralne, np. w celu udzielenia odpowiedzi na zapytanie Parlamentu – i traktowano konkretny problem w skali całego państwa. Na szczeblu lokalnym przykładem takiej działalności był opublikowany w 1832 roku raport Jamesa Kaya *The moral and physical conditions of the working classes employed in the Cotton Manufacture in Manchester*. Jako jeden z pierwszych wskazywał na związek między chorobami a brudem i warunkami pracy robotników Manchesteru.

²³ William Farr (1807–1883) – dyplomowany lekarz, współpracownik Edwina Chadwika, szef działu statystycznego w Generalnym Urzędzie Rejestracyjnym; W.M. F r a z e r, *A History...*, s. 22.

²⁴ M.W. F l i n n, *Report...*, s. 28.

²⁵ A.S. W o h l, *Endangered...*, s. 143–144.

Bradford Woolcombers Report z 1837 roku ukazywał warunki życia i pracy robotników z Bradford (West Yorkshire) zajmujących się wyczesywaniem wełny. Natomiast dr Robert Bakers przygotował raport o warunkach życia robotników w Leeds: *Report on the conditions of workers in Leeds*. Powstawanie tych raportów było pozytywnym przejawem rosnącego zainteresowania lokalnych autorytetów kwestiami zdrowia publicznego. Nie pomniejszając wagi tych lokalnych inicjatyw, należy podkreślić, że skala zaniedbań warunków sanitarnych oraz bezpośrednio związanych z nimi kwestii zdrowia publicznego w pierwszej połowie XIX wieku wymagała odgórnej interwencji państwa oraz wprowadzenia rozwiązań w wielu płaszczyznach życia.

DZIAŁALNOŚĆ EDWINA CHADWICKA

Osobą, która publicznie optowała za wprowadzeniem interwencji państwa w dziedzinie zdrowia publicznego i podjęła intensywne działania zmierzające do poprawy warunków sanitarnych, był Edwin Chadwick, „człowiek, który zrewolucjonizował zdrowie publiczne”²⁶. Chadwick uważał, że kwestie zdrowia publicznego powinny być regulowane przez rząd, a następnie wdrażane w życie przez władze na szczeblu lokalnym. W latach trzydziestych i czterdziestych XIX wieku Chadwick był liderem reform nie tylko w dziedzinie zdrowia publicznego, ale brał także aktywny udział w przygotowaniu reformy „praw ubogich” (*Poor Law*), policji i przemysłu oraz uczestniczył w tworzeniu najważniejszych raportów epoki.

Pierwszy raport był związany z działalnością Edwina Chadwicka w powołanej w 1832 roku komisji, której głównym zadaniem było zbadanie skuteczności dotychczasowego *Poor Law* – zwanego „starym prawem” (Commission for inquiring into the administration and practical operation of the Poor Laws)²⁷. Raport, w przygotowaniu którego znaczącą rolę odegrał Chadwick, jednoznacznie wykazał, że „stare” *Poor Law* nie tylko jest nieskuteczne, ale co więcej – działa demoralizująco, promując bezczynność. Członkowie komisji zaproponowali radykalne zmiany, które miały znacznie ograniczyć wydatki dla osób objętych działaniem tego prawa i zwiększyć jego efek-

²⁶ Edwin Chadwick (1800–1890) – z wykształcenia prawnik. Dziennikarz, społecznik, pionier sanitarnej rewolucji, reformator zdrowia publicznego, współtwórca pierwszej ustawy o zdrowiu publicznym. W 1832 roku został członkiem Commission for inquiring into the administration and practical operation of the Poor Laws, od 1834 roku sekretarz Poor Law Commission. Autor raportu *Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*. W latach 1848–1854 członek Krajowej Rady Zdrowia; Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

²⁷ S.E. Finer, *The Life and Times of Sir Edwin Chadwick*, Methuen & Co. Ltd., London 1952, s. 39; „Stare” *Poor Law* zostało wprowadzone w 1598 i 1601 roku. Na jego mocy parafie były odpowiedzialne za dystrybucję środków między najbiedniejszymi członkami parafii. Na mocy ustawy z 1601 roku ubodzy mogli otrzymywać zapomogę tylko w parafii, do której należeli. Po 1662 roku prawo do legalnego zamieszkiwania w parafii, a tym samym do otrzymywania zapomogi uzyskiwało się po 40 dniach rezydowania w danej parafii. Pozwalało to na szybkie uzyskanie prawa do pobierania zapomóg i powodowało wzrost wydatków parafii na te cele. *The Workhouse Act* z 1723 roku pozwolił parafianom na tworzenie domów pracy (*workhouse*), w których ubodzy mogli mieszkać razem, dzieląc koszty wspólnego życia.

tywność²⁸. Przedstawione w raporcie propozycje zostały przyjęte ustawą z 1834 roku: *Poor Law Amendment Act*, na mocy której stare prawo zostało zastąpione nowym²⁹. Najbardziej charakterystyczną cechą nowego prawa było utworzenie – na szczeblu centralnym – trzyosobowej Komisji (Poor Law Commission), odpowiedzialnej za wdrożenie przyjętej ustawy na terenie całego kraju.

Działalność Chadwicka w Poor Law Commission była ważnym krokiem w procesie reformy zdrowia publicznego i stała się punktem wyjścia do jego dalszej aktywności. Chadwick jako sekretarz Poor Law Commission niejednokrotnie zwracał uwagę, że nieodpowiednie traktowanie kwestii zdrowia w konsekwencji zmuszało do przeznaczania większych nakładów finansowych na pomoc dla chorych oraz rodzin, które w wyniku śmierci członka rodziny zostały pozbawione jedyne go żywiciela. Dowodził, że skuteczność działań prewencyjnych oraz poświęcenie większej uwagi warunkom życia i pracy robotników doprowadzi do ograniczenia wydatków na finansowanie ofiar zaniedbań w kwestiach zdrowia publicznego. Komisarze *Poor Law* zgodzili się z Chadwickiem, uznając konieczność zainteresowania się komisji nie tylko działaniami prewencyjnymi przeciwko biedzie, ale także zapobiegającymi chorobom³⁰.

Ścisły związek między *Poor Law* a zdrowiem publicznym szczególnie uwidoczniła epidemia tyfusu, która w latach 1837–1838 dotknęła Londyn, a jej skutkiem był drastyczny wzrost liczby aplikujących o zapomogi dla biednych. W tych okolicznościach komisarze *Poor Law* upoważnili Chadwicka do nadzorowania badań pilotażowych w dzielnicach Londynu, które miały potwierdzić wpływ środowiska na występowanie chorób. Współpracujący z Chadwickiem lekarze (m.in. Neil Arnott, wspomniany wyżej autor raportu o warunkach pracy robotników Manchesteru, James Kay oraz Thomas Southwood Smith³¹) przedstawili wyniki swojej pracy w 1838 roku w opracowaniu *Fever Report*, który następnie został opublikowany jako załączniki do rocznego raportu Poor Law Commission³². Z przedstawionych danych jednoznacznie wynikało, że

²⁸ K. Morgan, *The Birth of Industrial Britain: Social Change 1750–1850*, Pearson Education, London 2004, s. 64–65; Koszty administrowania *Poor Law* zwiększyły się z 619 tysięcy £ w 1750 roku do 8 milionów £ w 1818 roku.

²⁹ Parafie zostały zgrupowane w Poor Law unions, których administrowanie powierzono profesjonalnym urzędnikom. Urzędnicy ci byli odpowiedzialni przed wybieralną radą na szczeblu lokalnym. Parafie nadal były odpowiedzialne za dystrybucję zapomóg, ale pieniądze na ten cel były płacone ze wspólnych funduszy Poor Law unions.

³⁰ R. Rees, *Poverty...*, s. 133–134.

³¹ Dr Neil Arnott (1788–1874) – dyplomowany lekarz; od 1838 roku jeden z lekarzy królowej Wiktorii; członek Senatu Uniwersytetu w Londynie. James Phillips Kay, później Shuttleworth (1804–1877) – od 1827 roku dyplomowany lekarz, społecznik; autor *The Moral and Physical Condition of the Working Classes Employed in the Cotton Manufacture in Manchester*; w 1835 roku powołany na członka Commission of the Poor Law, współtwórca publicznego systemu nauczania podstawowego. Thomas Southwood Smith (1788–1861) – od 1816 roku dyplomowany lekarz, długoletni lekarz London Fever Hospital, członek m.in. Central Board of the Factory Commission, Children's Employment Commission; od 1847 roku komisarz Poor Law Commission, od 1848 roku członek Krajowej Rady Zdrowia.

³² Arnott i Kay prowadzili badania na terenie Wapping, Ratcliff i Stepney. Wyniki badań przedstawili w raporcie zatytułowanym *On the prevalence of certain physical causes of fever in the Metropolis which might be prevented by proper sanitary measures*, natomiast Southwood Smith opisał Bethnal Green i Whitechapel w raporcie *On some of the physical causes of sickness and mortality to which the poor are particularly exposed and which are capable of removal by sanitary regulations, exemplified in the present condition of the Bethnal Green and Whitechapel districts, as ascertained by personal inspection*.

główną przyczyną powstawania i rozprzestrzeniania się chorób nie były – jak powszechnie uważano – „osobiste zwyczaje ludzi”, lecz przeludnienie mieszkań i dzielnic oraz niedobór i niska jakość dostaw wody. Raport nie był pierwszym przedsięwzięciem tego rodzaju i jako dokument nie różnił się od podobnych, wcześniej publikowanych. Jednak jego wyjątkowość była związana z okolicznościami powstania. Po raz pierwszy rządowy departament przeprowadził badania, których wyniki zostały udokumentowane w raporcie. Następnie przesłano go do Lorda Johna Russella, ministra spraw wewnętrznych (*Home Secretary*). W 1839 roku biskup Londynu, dr Blomfield, zaproponował przeprowadzenie podobnych badań w całym kraju. Zadania tego podjął się Chadwick.

Opublikowanie w 1842 roku raportu, o warunkach sanitarnych klasy pracującej Wielkiej Brytanii (*Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*) było niekwestionowanym przełomem w dziedzinie zdrowia publicznego. Pierwszym krokiem w przygotowaniu raportu było zebranie przez Chadwicka informacji na temat warunków życia robotników i ich wpływu na stan zdrowia. Jak wspomniał w swoim opracowaniu Lewis: „Chadwick zdawał sobie sprawę, że pierwszym działaniem w kierunku kontrolowania socjalnego zła jest zmierzenie go”³³. Na podstawie danych pochodzących od ponad tysiąca lokalnych jednostek administracyjnych *Poor Law*, informacji zebranych od lekarzy, statystyk Generalnego Urzędu Rejestracyjnego oraz opracowań przygotowanych przez ekspertów, Chadwick sporządził obszerny raport, w którym analizował sanitarne warunki Anglii. Raport zawierający 372 strony składał się z dziewięciu rozdziałów, opracowanych na podstawie lokalnych raportów pochodzących z całego kraju³⁴. Nie dotyczył *sensu stricto* aspektów medycznych, ale w sposób szczegółowy omawiał warunki sanitarne w kontekście aktualnych dla tamtych czasów problemów społecznych – tj. przeludnienia i rozprzestrzeniania się licznych chorób. Chadwick dostrzegał wpływ industrializacji na stan higieny, zdrowia i warunków życia. Wskazał korelacje między złymi warunkami mieszkaniowymi a brakiem lub złą kanalizacją, zanieczyszczoną wodą oraz wysoką zachorowalnością, wysokim wskaźnikiem śmiertelności i niską średnią długości życia. Swoje spostrzeżenia poparł licznymi danymi statystycznymi. Raport odniósł propagandowy sukces mimo błędnej interpretacji przyczyn zachorowalności opartej na teorii zanieczyszczonego powietrza (*miasmatic theory of disease*):

„różne formy chorób o charakterze epidemicznym i endemicznym, ale także inne choroby były powodowane, nasilane i propagowane wśród robotników przez zanieczyszczenie powietrza spowodowane rozkładającymi się substancjami pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, wilgoć i brud oraz zamknięte i zatłoczone miejsca zamieszkania”³⁵.

Po raz pierwszy zwrócił publiczną uwagę na kilka ważnych kwestii związanych z codziennym życiem, a mających fundamentalne znaczenie w dziedzinie higieny

³³ R. A. Lewis, *Edwin Chadwick and The Public Health Movement 1832–1854*, Longmans, Green and Co, London 1952, s. 34–36.

³⁴ I. *General Condition of the Residences of the Labouring Classes*, II. *Public Arrangements External to the Residences*, III. *Internal Economy and Domestic Habits*, IV. *Comparative Changes of Life in Different Classes*, V. *Pecuniary Burdens Created by Neglect*, VI. *The Effects of Preventive Measures*, VII. *Recognised Principles of Legislation*, VIII. *Common Lodging-Houses*, IX. *Recapitulation of Conclusions*.

³⁵ R. Rees, *Poverty...*, s. 136.

i zdrowia publicznego. Chadwick podkreślał, że „roczna liczba zgonów spowodowana brudem i złą wentylacją była większa niż liczba ofiar jakiegokolwiek wojny, w której Wielka Brytania było zaangażowana we współczesnych czasach”³⁶.

Chadwick uważał, że remedium na większość wskazanych przez niego negatywnych zjawisk jest zagwarantowanie dostaw czystej wody i poprawa warunków mieszkaniowych. Optował za powołaniem lokalnych urzędników sanitarnych (*district medical officer*) – „niezależnych od prywatnych praktyk lekarskich i posiadających odpowiednie kwalifikacje”³⁷ – którzy na podległym im terenie odpowiedzialiby za dostawę wody, kanalizację, czystość miast oraz utylizację śmieci³⁸. Zdaniem Chadwicka złe warunki życia nie tylko sprzyjały rozwojowi chorób zakaźnych czy zawodowych, ale także wpływały na rozwój chorób psychicznych i generowały takie problemy socjalne, jak pijaństwo i prostytutka. Chadwick wierzył, że poprawa warunków sanitarnych „jest kluczem do szczęśliwego, zdrowego życia proletariatu”³⁹.

Znaczenie raportu było ważne także z innego powodu. Ukazywał on różnice w warunkach życia między klasami społecznymi oraz różnymi miastami. Na podstawie empirycznych danych Chadwick porównał długość życia mieszkańców dużych uprzemysłowionych miast z długością życia mieszkańców mniejszych miejscowości. Wyniki porównania dowiodły, że warunki życia ludności miast – szczególnie tych wysoko uprzemysłowionych – były gorsze i bardziej zagrażały zdrowiu ich mieszkańców. Chadwick przytoczył dane zamieszczone w raporcie *Manchester Statistical Society* z 1837 roku, z którego jasno wynikało, że oczekiwana długość życia dobrze opłacanych robotników Manchesteru była ponad dwukrotnie niższa od długości życia pracowników rolnych z niewielkiej miejscowości Ruthland.

Raport Chadwicka wywarł duże wrażenie na opinii publicznej. 10 tysięcy egzemplarzy raportu rozdano politykom, dziennikarzom, członkom rządu, a przeszło 100 tysięcy egzemplarzy zostało sprzedanych w ciągu kolejnego roku⁴⁰ – „więcej kopii raportu zostało sprzedanych [...] niż jakiegokolwiek publikacji rządowej – ku wielkiej satysfakcji reformatorów, którzy wierzyli, że ich dobry efekt będzie (prawie tak duży jak aktów prawnych) tworzony poprzez bezpośredni wpływ na społeczeństwo”⁴¹. Jednak mimo wagi problemu, raport początkowo nie wszędzie spotkał się z przychylnym przyjęciem. I tak Board of Poor Law Commissioners odmówiła opublikowania raportu w obawie przez reakcją krytykowanego przez Chadwicka spółek odpowiedzialnych za dostawę wody, poddawanych ostrej krytyce lekarzy i lokalnych władz. Ostatecznie Chadwick opublikował raport własnym kosztem i pod własnym nazwiskiem w lipcu 1842 roku⁴². Kontrowersyjność raportu wynikała także z faktu, że ukazane w nim dane obaliły dotychczasowe przekonanie, że za złe warunki życia oraz rozprzestrzenianie się chorób odpowiedzialność ponoszą jedynie robotnicy. Raport wykazał duże zaniedbania

³⁶ A.S. Wohl, *Endangered...*, s. 147.

³⁷ W.M. Frazer, *A History...*, s. 37.

³⁸ S.E. Finer, *The Life...*, s. 223–225.

³⁹ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

⁴⁰ H. Perkin, *The Origins*, s. 171; R. Brown, *Revolution...*, s. 182.

⁴¹ R.A. Lewis, *Edwin Chadwick...*, s. 60.

⁴² J. Jenkins, E. Evans, *Victorian Social Life: British Social History 1815–1914*, John Murray Ltd., London 2002, s. 95; R. Rees, *Poverty...*, s. 135.

władz w tej dziedzinie – nie tylko lokalnych, ale przede wszystkich centralnych – w konsekwencji czego sprowokował je do podjęcia działań i zainicjował długotrwały proces reform w dziedzinie szeroko pojętego zdrowia publicznego.

Pierwszym ważnym skutkiem raportu było powołanie w 1843 roku przez rząd Roberta Peela Królewskiej komisji do spraw warunków sanitarnych dużych miast i obszarów miejskich (The Royal Commission into the Sanitary Condition of Large Towns and Populous Districts), która miała zbadać i udokumentować sanitarne warunki miast Anglii i Walii oraz przedstawić finansowe implikacje proponowanych przez Chadwicka reform. Komisja miała opracować projekt reform, uwzględniając zalecenia Chadwicka w dziedzinie unowocześnienia infrastruktury wpływającej na jakość życia. Na podstawie informacji zebranych przez powołanych w tym celu komisarzy – wśród których znaleźli się znani specjaliści, m.in.: lekarz Neil Arnott, chemik Lyon Playfair, geolog sir Henry de la Beche, inżynier Captain Denison, autorytet z dziedziny drenażu James Smith of Deanston – komisja przedstawiła przed Parlamentem dwa raporty: z czerwca 1844 i lutego 1845 roku. Opierały się one na danych pochodzących z 50 miast, w których zanotowano najwyższą śmiertelność. Wynikało z nich, że jedynie w sześciu badanych miastach dostarczana woda była dobrej jakości, w trzynastu zadowalająca, natomiast w pozostałych dostawy wody były niewystarczające, a woda była zanieczyszczona⁴³. Wizytujący miasta komisarze wykazali, że w wielu miejscach zostały już podjęte działania mające na celu poprawę warunków sanitarnych, ale często te – dobre w swoich intencjach przedsięwzięcia – napotykały na duże trudności wynikające z braku odpowiednich funduszy oraz specjalistycznych ekspertyz. Autorzy podkreślili, że mimo zaangażowania władz lokalnych istniała „dziura pomiędzy rozpoznaniem problemu, a jego rozwiązaniem”⁴⁴. Komisja – powtarzając za Chadwickiem – uznała za konieczne zaangażowanie władz centralnych w polepszenie warunków sanitarnych i wyraziła potrzebę powołania lokalnych komisji nadzorujących całokształt działań w tej dziedzinie, włącznie z prawem pobierania lokalnych podatków.

Przedstawione przez Królewską komisję do spraw warunków sanitarnych dużych miast i obszarów miejskich dwa raporty potwierdziły spostrzeżenia Chadwicka, ale nie przyspieszyły legislacji w dziedzinie zdrowia publicznego. Jednak zarówno raport Chadwicka, jak i działalność komisji stały się w drugiej połowie lat czterdziestych XIX wieku punktem odniesienia dla dalszych działań zmierzających do poprawy zdrowia publicznego. Raporty te miały duże znaczenie propagandowe, ale w obliczu innych problemów wewnętrznych państwa zagadnienia zdrowia publicznego nie były dla rządu sprawą priorytetową, w konsekwencji czego nie znalazły bezpośredniego odbicia w ustawodawstwie.

Pośrednim skutkiem raportu Chadwicka i prac Królewskiej komisji do spraw warunków sanitarnych dużych miast i obszarów miejskich były, podejmowane coraz częściej, inicjatywy społeczne skupiające się na poprawie warunków życia i zdrowia publicznego. I tak w 1844 roku powołano Stowarzyszenie dla promowania czystości wśród biednych (Association for Promoting Cleanliness among the Poor), Towarzystwo dla poprawy warunków (życia) robotników (The Society for the Improvement of

⁴³ L. Woodward, *The Age...*, s. 463; R.A. Lewis, *Edwin Chadwick...*, s. 85.

⁴⁴ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

the Conditions of the Labouring Classes) oraz Stowarzyszenie zdrowia miejskiego (The Health of Towns Association). Szczególnie ważne było powstanie i działalność trzeciego z wymienionych stowarzyszeń, które w długotrwałym i niełatwym procesie angażowania władz centralnych w rozwój warunków sanitarnych i poprawę zdrowia publicznego zapisało chlubną kartę, wyznaczając w latach 1844–1848 kierunek sanitarnego prawodawstwa. Powołane podczas publicznego mitingu – 11 grudnia 1844 roku – Stowarzyszenie zdrowia miejskiego, za główny cel stawiało sobie „wspomaganie procesu legislacyjnego umożliwiającego wprowadzenie w życie i ocenę wdrożonych zmian poprzez przygotowanie opinii publicznej na te zmiany”⁴⁵. Stowarzyszenie – z centralą w Londynie – nie ograniczyło swojej działalności do dużych miast. W 1847 roku działało m.in. w Edynburgu, Liverpoolu, Manchesterze, Yorku, Bath, Marlborough, Plymouth. Wkrótce zaczęło konsolidować coraz szersze kręgi opinii publicznej prowincjonalnych miast, na szeroką skalę prowadziło działalność propagandową, organizując liczne odczyty, mityngi, składając petycje do Parlamentu. Stowarzyszenie skupiło ówczesnych pionierów zdrowia publicznego: lekarzy, wśród których znaleźli się bliscy współpracownicy Chadwicka, m.in. dr Thomas Southwood Smith i dr John Simon, polityków, duchownych i arystokratów. Niekwestionowanym liderem był Chadwick, który, mimo że nie był oficjalnym członkiem stowarzyszenia, brał aktywny udział w jego pracach⁴⁶.

Chadwickowska wizja „czystej Anglii” nie znalazła jednak w kolejnych latach odbicia w prawodawstwie, a działania władz ograniczyły się do wprowadzenia w 1846 roku mniej znaczących w skali całego państwa aktów: wspomnianego wyżej *The Liverpool Sanitary Act*, *The Nuisances Removal Act and Diseases Prevention Act* oraz *Baths and Washhouses Act*. *The Nuisances Removal and Diseases Prevention Act* dostarczył narzędzi prawnych umożliwiających stworzenie procedur ułatwiających likwidację czynników ryzyka chorób oraz przygotowywanie przez Privy Council regulacji prawnych służących zapobieganiu szerzeniu się chorób zakaźnych. Z kolei *Baths and Washhouses Act* umożliwiał lokalnym władzom finansowanie łaźni miejskich z publicznych pieniędzy. Aktami o większym znaczeniu były *Town Improvement Clauses Act* i *Town Police Clauses Act*, oba z 1847 roku, które określały prerogatywy miast w zakresie dostaw wody, odprowadzenia nieczystości oraz kontroli innych czynników rozpoznawanych jako źródła ryzyka rozwoju chorób⁴⁷. Wymienione akty – z wyjątkiem *The Liverpool Sanitary Act*, o wprowadzenie którego wystąpiły same władze miasta – charakteryzowała jedna wspólna cecha, były przykładem tzw. *permissive legislation*, a więc nie obligowały lokalnych władz do działań, lecz dawały im taką możliwość w obszarze określonym przez konkretny akt.

Raport Chadwicka nie został jednak zapomniany – wręcz przeciwnie – poglądy twórcy raportu podzielało na forum publicznym coraz więcej wpływowych osób, m.in. Lord Morpeth, John Simon, William Farr, Southwood Smith. Dyskusja toczyła się między dwoma spolaryzowanymi obozami: zwolennikami wprowadzenia reform określonymi przez współczesnych jako *Clean Party* i ich przeciwnikami – *Dirty Party*.

⁴⁵ R. B r o w n, *Revolution...*, s. 183; S. E. F i n e r, *The Life...*, s. 237.

⁴⁶ W. M. F r a z e r, *A History...*, s. 34; M. W. F l i n n, *Report...*, s. 68–69; S. E. F i n e r, *The Life...*, s. 238.

⁴⁷ R. B r o w n, *Revolution...*, s. 184.

W 1845 roku Lord Lincoln – członek Królewskiej komisji do spraw warunków sanitarnych dużych miast i obszarów miejskich – przygotował obszerny projekt ustawy traktujący o kwestiach zdrowia publicznego, w którym określił administracyjne jednostki, na czele z komisarzami, odpowiedzialne za kanalizację i wodociągi⁴⁸. W obliczu innych problemów wewnętrznych państwa – m.in. wielkiego głodu w Irlandii – praca Lorda Lincolna została zepchnięta na dalszy plan i nie doczekała się prac legislacyjnych w Parlamencie. Po 1846 roku prace nad przygotowaniem ustawy były nadal kontynuowane, ale skupiły się tym razem wokół osoby Lorda Morpetha, który – podobnie jak Lord Lincoln – także chciał przekazać odpowiedzialność jednostkom terytorialnym, ale tylko w zakresie systemu kanalizacji. Należy zaznaczyć, że osobą prowadzącą szczególnie aktywną kampanię na rzecz wprowadzenia projektu Lorda Morpetha był Southwood Smith. To właśnie on poprzez „dziecko swego umysłu” – The Health of Towns Association i szeroką działalność publicystyczną skutecznie oddziaływał nie tylko na szeroką opinię publiczną, ale przede wszystkim na ówczesnych decydentów, co przyspieszyło proces legislacyjny w dziedzinie zdrowia publicznego⁴⁹.

Z obydwu przedstawionych projektów wynikało jasno, że postęp w dziedzinie zdrowia publicznego jest uzależniony od zaangażowania się państwa w proces poprawy warunków życia, a także od skutecznej współpracy władz centralnych z lokalnymi i grupami ekspertów. Dla ówczesnych reformatorów zdrowia publicznego zaangażowanie władz centralnych było warunkiem *sine qua non* postępu w tej dziedzinie. Zdaniem Lorda Morpetha:

„w sprawach fizycznych i materialnych, w sprawach, które dotyczą zdrowia i życia szerokich mas populacji uwięzionych i stłoczonych w miastach i miasteczkach, w przypadku zła, któremu nie można inaczej zapobiec jak przez nadzór i interwencję władz centralnych – tylko marnowaniem słów byłaby próba dowodzenia, że władze centralne nie tylko mają prawo, ale że jest ich obowiązkiem interweniowanie”⁵⁰.

W toczonej się w 1847 roku debacie zadawano sobie pytanie, kto powinien być inicjatorem działań mających na celu rozwój warunków sanitarnych, kto powinien odpowiadać za ich planowanie oraz potwierdzać ich adekwatność. Zastanawiano się, który organ administracji powinien zająć się wyznaczeniem i zagwarantowaniem standardów zdrowia. Zdaniem Lincolna powinno to być Home Office, a według Chadwicka i Morpetha Privy Council lub Poor Law Commission⁵¹.

Debata prowadzona wokół projektu Lorda Morpetha zbiegła się z kolejnym wzrostem zainteresowania sprawami zdrowia publicznego, spowodowanym powrotem epidemii cholery w Europie. Tym razem pierwszy przypadek cholery na terenie Wielkiej Brytanii zanotowano w październiku 1848 roku w Edynburgu⁵². Okoliczności te stworzyły sprzyjające warunki do zaakceptowania projektu i przyjęcia pierwszej krajowej

⁴⁸ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

⁴⁹ Pamflet jego autorstwa zatytułowany *An adress to the Working Classes of the United Kingdom on their Duty in the Present State of the Sanitary Question* wywołał duże zainteresowanie wśród opinii publicznej i stał się jednym z przyczynków, które przekonały rząd do ponownego rozpatrzenia projektu Lorda Morpetha.

⁵⁰ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 591.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² R.A. Lewis, *Edwin Chadwick...*, s. 150.

ustawy dotyczącej kwestii zdrowia publicznego – *The Public Health Act*. Akt ten położył podwaliny do tworzenia na szczeblu lokalnym stanowisk urzędników, m.in. inspektora medycznego do spraw zdrowia czy też inspektorów oceniających zdrowotne czynniki ryzyka. Te działania zapoczątkowały rewolucję warunków sanitarnych i przyczyniły się do poprawy zdrowia publicznego.

Wprowadzony 31 sierpnia 1848 roku *The Public Health Act* promujący zdrowie publiczne i dlatego mający podtytuł *Act for promoting the Public Health*⁵³ był kompromisem między doktryną centralnego sterowania sprawami zdrowia publicznego zawartą w *Poor Amendment Act* z 1834 roku a lokalną autonomią wynikającą z *Municipal Corporations Act* z 1835 roku

„Projekty przedstawione przez Morpetha w 1847 i 1848 r. zmieniły wydźwięk z tonu nakazującego do umożliwiającego. Prawodawstwo zdrowia publicznego stało się elementem lokalnej demokracji. Nowo utworzone lokalne rady zdrowia miały możliwość przejęcia szerokiego zakresu reform, które mogły poprawić zdrowie, ale także wpłynąć na większą atrakcyjność, wygodę i efektywność wspólnot”⁵⁴.

Ideą ustawy było „promowanie zdrowia publicznego i rozwijanie warunków sanitarnych na terenie Anglii i Walii” przez przekazanie władzom lokalnym kontroli i odpowiedzialności za wodociągi, stan kanalizacji i utrzymanie czystości – „tak dalece jak to możliwe”. Akt miał obowiązywać na terenie Anglii i Walii. Spod jego obowiązywania została wyłączona Szkocja, Irlandia, miasto Londyn oraz aglomeracja londyńska⁵⁵. W 1848 roku na podstawie „lokalnych aktów” Parlamentu – *City of London Sewers Act* dla Londynu i *Metropolitan Commission of Sewers Act* dla całej metropolii londyńskiej – powołano niezależnych komisarzy⁵⁶, którzy zostali wyłączeni spod jurysdykcji *The Public Health Act* z 1848 roku.

Jednym z ograniczeń, na jakie dotychczas natykały się władze lokalne w podejmowanych działaniach na rzecz poprawy warunków życia swoich społeczności, był brak zwierzchniej władzy na szczeblu centralnym, która nie tylko nadzorowałaby ich działalność, ale także, do której lokalni urzędnicy mogliby się zwracać po pomoc i radę. Rozwiązaniem tej sytuacji miała być powołana aktem z 1848 roku Krajowa Rada Zdrowia (General Board of Health), której powierzono nadzór nad nowo tworzonymi radami zdrowia na szczeblu lokalnym. Radą zarządzał prezes, który był jednocześnie pierwszym komisarzem⁵⁷. W 1848 roku, obok Lorda Ashleya (później Shaftesbury’ego) i Lorda Morpetha w Radzie znalazł się także Edwin Chadwick, co sprawiło, że była ona silnie łączona z jego osobą. Początkowo Rada została powołana na pięcioletnią kadencję, lecz kolejne akty parlamentu przedłużyły jej działalność o kolejne lata. Ostatecznie została rozwiązana 1 września 1858 roku. Na szczeblu centralnym zostało utworzone stanowisko inspektora medycznego do spraw zdrowia (Medical Officer of Health), które 5 października 1848 roku objął dr Thomas Southwood Smith.

⁵³ C A P. LXIII *An Act for promoting the Public Health* [31st August 1848] [w:] *Acts of Parliament 1701–1867*, s. 721.

⁵⁴ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 590.

⁵⁵ C A P. LXIII *An Act*, s. 721.

⁵⁶ W.M. Frazer, *A History...*, s. 42.

⁵⁷ C A P. LXIII *An Act...*, s. 724.

Kompromisowość *The Public Health Act* wynikała z jego fakultatywnego charakteru. Ustawa nie obowiązywała na terenie całego Zjednoczonego Królestwa, a tylko na terenie Anglii i Walii. Ponadto, jej wprowadzenie wymagało akceptacji władz lokalnych⁵⁸. Akt umożliwiał powoływanie lokalnych rad zdrowia (Local Boards of Health) w dwojaki sposób. W miejscach, gdzie wskaźnik śmiertelności przez okres siedmiu lat przekraczał 23%, były one powoływane przez Krajową Radę Zdrowia. Natomiast władze samorządowe powoływały rady na wniosek przynajmniej 10% podatników miasta, miasteczka lub parafii⁵⁹. W tym drugim wypadku Krajowa Rada Zdrowia oceniała potrzebę powołania lokalnej rady zdrowia, a następnie upoważniała władze samorządowe do jej powołania, a nawet sama ją ustanawiała. Ten nieobligatoryjny charakter aktu – w sytuacji powszechnej niechęci do interwencji państwa na szczeblu lokalnym – był postrzegany z jednej strony jako jego główna zaleta, co pozwoliło na wdrożenie go w życie i w konsekwencji poprawę warunków życia wielu lokalnych społeczności, z drugiej jako wada, która uniemożliwiła ujednoczenie kwestii zdrowia publicznego na szczeblu lokalnym w skali całego państwa⁶⁰. Ponadto władze samorządowe otrzymały uprawnienia do powoływania lokalnego inspektora medycznego do spraw zdrowia. Mógł nim zostać tylko wykwalifikowany lekarz. Z kolei lokalne rady zdrowia miały prawo ustanawiać podatki z przeznaczeniem na poprawę warunków sanitarnych.

Pierwszym lokalnym inspektorem medycznym do spraw zdrowia na obszarze Anglii i Walii został dr William Duncan – mianowany na to stanowisko już w 1847 roku na mocy ustawy Parlamentu: *Liverpool Sanitary Act* z 1846 roku. W następnych latach kolejne miasta powoływały swoich inspektorów medycznych. Jednak możliwość wprowadzenia nowych regulacji prawnych dotyczących zdrowia publicznego nie została wszędzie wykorzystana, mimo że wdrożenie *The Public Health Act* było szybsze i mniej kosztowne niż cała procedura legislacyjna związana z implementacją „lokalnych aktów” Parlamentu⁶¹. Od momentu wprowadzenia *The Public Health Act* do końca 1853 roku do Krajowej Rady Zdrowia wpłynęły 284 prośby dotyczące utworzenia lokalnych rad zdrowia. Do 1850 roku na 192 miasta ubiegające się o wdrożenie nowych regulacji prawnych tylko w 32 funkcjonowały lokalne rady zdrowia, a do 1853 roku na 284 złożone petycje liczba ta wzrosła do 182. W sumie tylko 2 miliony społeczeństwa angielskiego i walijskiego zostało objętych działaniem rad zdrowia na szczeblu lokalnym, a jednocześnie niemal całkowicie pominięto ludność obszarów wiejskich⁶².

Adoptowanie samego aktu nie zawsze było również jednoznaczne z obraniem nowego kierunku rozwoju zagadnień obejmujących zdrowie publiczne. W wielu miastach funkcjonujące władze miast automatycznie stały się lokalnymi radami zdrowia, co nie gwarantowało zmian na tym obszarze działania⁶³.

Skromna liczba powstałych rad zdrowia wynikała po części z niedoskonałości samego *The Public Health Act*, który pozwalał na uniknięcie interwencji Krajowej Rady

⁵⁸ R. Rees, *Poverty...*, s. 142.

⁵⁹ C A P. LXIII *An Act...*, s. 725.

⁶⁰ R. Rees, *Poverty...*, s. 142–143.

⁶¹ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

⁶² R.A. Lewis, *Edwin Chadwick...*, s. 339; R. Rees, *Poverty...*, s.144; R. Brown, *Revolution...*, s. 185; L. Woodward, *The Age...*, s. 464.

⁶³ A.S. Wohl, *Endangered...*, s. 150.

Zdrowia. Miasta, które otrzymały już wcześniej „lokalne akty” (np. *Liverpool Sanitary Act* z 1846), same mogły powoływać lokalne rady. Uprawnienia Krajowej Rady Zdrowia nie obowiązywały także na terenie Londynu i jego aglomeracji, co powodowało, że inne duże miasta – teoretycznie podległe jurysdykcji *The Public Health Act* – były niejednokrotnie nastawione do niej negatywnie i traktowały jej działalność jako próbę ograniczenia swojej niezależności. Spod działania aktu została wyłączona także Szkocja i Irlandia, które – mimo że borykały się z podobnymi problemami – ze względu na odmienne prawo i instytucje od tych w Anglii i Walii nie mogły partycypować w rezultatach jego wdrożenia⁶⁴. Brak autorytetu i słabość Krajowej Rady Zdrowia wynikały ponadto z braku własnych funduszy oraz skromności jej kompetencji, które tak naprawdę zostały ograniczone do możliwości powołania lokalnych rad zdrowia, ale tylko w dwóch ściśle określonych wypadkach.

Z założenia Rada była ciałem doradczym i koordynującym, niemającym żadnych instrumentów prawnych, co szczególnie uwidoczniła epidemia cholery z lat 1848–1849. Opinia publiczna oczekiwała podejmowania skutecznych kroków. Z kolei Rada ani nie była władna do takich działań, ani nie miała odpowiedniego zaplecza finansowego i personalnego. Pozbawiona od początku także zaplecza politycznego, Krajowa Rada Zdrowia stała się obiektem licznych ataków zarówno ze strony ówczesnych decydentów życia społecznego i politycznego, jak i opinii publicznej. Tylko ze względu na wybuch epidemii cholery, kadencja Rady, która pierwotnie miała zakończyć się w 1853 roku, była kilkakrotnie przedłużana i ostatecznie trwała do 1858 roku. Nieprzychylny stosunek do Rady wynikał także z niepopularności osoby samego Chadwicka, która utożsamiana z *Poor Law Amendment Act* wywoływała wiele kontrowersji.

W 1850 roku – w miejsce Lorda Morpheta – w Krajowej Radzie Zdrowia zasiadł nastawiony wrogo do Chadwicka Lord Seymour⁶⁵. Znienawidzony nie tylko przez *Dirty Party* Edwin Chadwick został zdymisjonowany 12 sierpnia 1854 roku. Po rozwiązaniu Krajowej Rady Zdrowia w 1858 roku, jej obowiązki – na podstawie wprowadzonego *Local Government Act* – przejął utworzony Local Government Act Office. Po 1858 roku lokalne rady zdrowia stały się – jak skonkludowali w swoim artykule Christopher Hamlin, profesor i szef Departamentu Historii Uniwersytetu Notre Dame i Sally Sheard, wykładowca Departamentu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu z Liverpoolu – lokalnymi radami, organami odpowiedzialnymi za całokształt spraw związanych z gospodarowaniem i zarządzaniem podległym im terenem, m.in. utrzymaniem dobrego stanu dróg czy czystości, a nie tylko zagadnień określonych przez *The Public Health Act*⁶⁶.

Mimo wielu słabości i niedociągnięć aktu z 1848 roku, należy podkreślić jego ogromne znaczenie w dziedzinie zdrowia publicznego. Jego zasięg oraz jasno określony cel: „rozwój warunków sanitarnych na terenie całej Anglii i Walii”, był przykładem wzrostu zainteresowania państwa kwestiami zdrowia. Mimo że nie zostały one podniesione do rangi ministerialnej, to jednak po raz pierwszy stały się przedmiotem zainteresowania władz centralnych, co pozwoliło zapoczątkować proces legislacyjny w tym

⁶⁴ R. Brown, *Revolution...*, s. 185; Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

⁶⁵ R. Brown, *Revolution...*, s. 185.

⁶⁶ Ch. Hamlin, S. Sheard, *Revolutions...*, s. 587–591.

obszarze działalności państwa. Ukazał gotowość władz do podjęcia działań zmierzających do wyznaczenia standardów zdrowia publicznego. Akt był kompromisem między władzą centralną a władzami na szczeblu lokalnym, co w ówczesnych warunkach i okolicznościach pozwoliło na częściowe zinstytucjonalizowanie działań lokalnych społeczności na polu rozwoju warunków sanitarnych i polepszenia zdrowia publicznego. W swoim artykule Kenneth Calman – główny inspektor medyczny z Departamentu Zdrowia – podkreślił, że najważniejszym wynikiem wdrożenia aktu z 1848 roku były jego konsekwencje:

„fakt możliwości wdrożenia działań mających na celu poprawę zdrowia publicznego przez lokalne rady zdrowia oznaczał zaangażowanie w myślenie prozdrowotne właśnie na poziomie lokalnym i dla dobra żyjących na danym terenie ludzi, czego konsekwencją było uformowanie dziewiętnastowiecznego ruchu dla zdrowia publicznego”⁶⁷.

Wymiernym efektem skuteczności *The Public Health Act* w niektórych miastach był spadek śmiertelności rocznej z 30 do 13%. Jak podkreślił w swoim opracowaniu Lewis: „w tej arytmetyce społecznej Krajowa Rada Zdrowia ustaliła jasny cel [...] – wyrównanie różnicy pomiędzy aktualną śmiertelnością 30 przypadków na 1000 a «naturalną» lub «nieuniknioną» śmiertelnością 13 przypadków na 1000”⁶⁸.

* * *

Początkowe starania podejmowane w pierwszej połowie XIX wieku zmierzały w głównej mierze do poprawy warunków sanitarnych. Jednak bezpośrednio przekładały się na poprawę zdrowia społeczeństwa angielskiego. Należy podkreślić, że działania te prowadziła nieliczna grupa społeczników, nazywanych w literaturze przedmiotu pionierami zdrowia publicznego, którzy podzielali te same idee i traktowali swoją działalność jako rodzaj misji społecznej. Ten nieformalny ruch (*Public Health Movement*) był nastawiony głównie na poprawę złych warunków sanitarnych, spowodowanych innymi społecznymi i gospodarczymi procesami, takimi jak industrializacja i nieplanowana urbanizacja. W pierwszej połowie XIX wieku punktem kulminacyjnym aktywności tej garstki reformatorów był rok 1848 i uchwalenie *The Public Health Act* – pierwszej powszechnej ustawy podejmującej kwestie zdrowia publicznego. Rok ten wyznaczył swego rodzaju cezurę w historii zdrowia publicznego XIX-wiecznej Anglii. Okres przed wprowadzeniem aktu, w którym „system zdrowia publicznego” opierał się na „lokalnych aktach” Parlamentu charakteryzował się ignorancją w sprawach zdrowia lokalnych społeczności, które w miarę własnych możliwości i własnych środków same podejmowały próby rozwiązania palących problemów. Okres po 1848 roku charakteryzował się dualizmem i współistnieniem: z jednej strony „lokalnych aktów” Parlamentu, które były pozytywnym objawem aktywności lokalnych władz i społeczności, a z drugiej – nowych centralnych regulacji prawnych wynikających z *The Public Health Act*.

⁶⁷K. Calman, *The 1848 Public Health Act and its relevance to improving public health in England now*, „British Medical Journal” 1998, s. 317, 597.

⁶⁸R.A. Lewis, *Edwin Chadwick...*, s. 34.

W tym kontekście trudno nie zgodzić się z twierdzeniem, że okres między 1830 a 1850 rokiem był dla Anglii „najbardziej ekscytującym okresem w historii zdrowia publicznego”⁶⁹.

THE BEGINNING OF FORMAL-LEGAL ACTIVITIES IN FAVOR OF PUBLIC HEALTH PROTECTION IN THE 19TH CENTURY ENGLAND

Summary

The rapid progress which occurred in the sphere of industry in England in the second half of the 18th c. and at the beginning of the 19th c. – and consequently a change in the character of the society from an agricultural to an industrial one – had a direct impact on many walks of life, among which public health was not of least importance. A rapid and unplanned urbanization which was the consequence of an increase in the number of inhabitants in the cities, contributed to the worsening of sanitary conditions among the working class population, which had an impact, among others, on the rapid spread of infectious diseases. It is no coincidence therefore that the attempts aiming at an improvement of the public health system which emerged in the first half of the 19th c. – focused chiefly on an improvement of sanitation.

Among the features that characterized the period prior to 1848 one finds, among others, a lack of national legislation concerning health and a lack of definite procedural principles relating to public health as a sphere of functioning of the state. Yet such activities were being effected on the local level and they originated from an increased awareness of the local authorities who attached an ever greater importance to the conditions of living of the local population in a given region.

The first half of the 19th century is a period of drawing up the first reports which were the effect of gathering data and subjecting it to scientific analysis, that is attempts to “gauge the problem”. The results of these analyses exemplified an obvious correlation between sanitary conditions and the high rate of incidence of diseases and high mortality rate.

The culminating point and at the same time an important caesura in the above-presented activities was the year 1848 and the adoption of the *Public Health Act* – the first act whose goal was to promote public health. The adoption of this act marked a clear-cut boundary line in the history of the development of public health in the 19th century England. In spite of the many shortcomings and imperfections – that are noticeable particularly from today’s perspective – this act was nevertheless a clear-cut reflection of the state’s interest in the issues associated with public health; moreover, it initiated a series of legislative steps and led to the creation of the first national institution responsible for shaping the health policy – the National Health Council. In spite of its very modest prerogatives, the Council testified to the acceptance of planned and oriented activities in issues related to public health.

⁶⁹ A.S. Wohl, *Endangered...*, s. 155.