

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W EUROPIE ŚRODKOWO-WSCHODNIEJ PO 1945 ROKU

Paweł Grata

Uniwersytet Rzeszowski

Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950

Zarys treści: Artykuł poświęcony został procesom kształtowania się systemu ochrony zdrowia w Polsce w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej. Jego celem jest ukazanie ewolucji, jaka się w tym czasie w tej dziedzinie polityki społecznej dokonywała. Polegała ona na przejściu od reguł ustanowionych jeszcze przed wojną i będących podstawą funkcjonowania ochrony zdrowia tuż po wyzwoleniu do systemu opartego na centralizacji, upaństwowieniu i planowaniu, wzorowanego na rozwiązaniach sowieckich i będącego w zamierzeniu jednym z nieodłącznych elementów systemu stalinowskiego w Polsce. Ramy czasowe artykułu obejmują okres od wyzwolenia części ziem polskich i przejścia władzy przez Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego do roku 1950, gdy zakończone zostały zasadnicze przemiany w organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, polityka społeczna, publiczna służba zdrowia, centralne planowanie, upaństwowienie

Keywords: health care, social policy, public health service, central planning, nationalization

Wstęp

Pierwsze lata po wojnie były okresem niezwykle trudnym dla ochrony zdrowia w Polsce. Zakończenie okupacji i początek powojennej odbudowy przyniosły bowiem wiele istotnych wyzwań w tym względzie. Wynikały one zarówno ze zniszczeń wojennych oraz dramatycznego wręcz – sięgającego połowy stanu przedwojennego – ubytku personelu medycznego, jak i skali zagrożeń zdrowotnych, w sposób naturalny nasilających się w istniejących po zakończeniu wojny warunkach higieniczno-sanitarnych. Dzieło odbudowy „normalności” w zakresie stosunków zdrowotnych oparte zostało na modelu ochrony zdrowia stworzonym w okresie międzywojennym. Bazował on na praktyce prywatnej, lecznictwie ubezpieczeniowym oraz na prowadzonych z reguły przez samorządy szpitalach

i ośrodkach zdrowia; znaczenie szczególne odgrywała, podobnie jak po zakończeniu I wojny światowej, walka z chorobami zakaźnymi i społecznymi.

Z czasem, wraz z zachodzącymi w kraju zmianami politycznymi i przejściem pełni władzy przez komunistów, rozpoczęła się również przebudowa systemu ochrony zdrowia. Celem niniejszego opracowania jest ukazanie przemian zachodzących w podstawach prawnych i organizacji ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950, a więc w okresie, gdy przeszła ona zasadniczą ewolucję od systemu zbudowanego jeszcze w okresie międzywojennym do gospodarki planowej. W służbie zdrowia została ona formalnie wprowadzona ustawą z 28 października 1948 r., jednak proces budowy jej ram prawnych i organizacyjnych trwał przez kolejne dwa lata. Jego zasadnicza część zakończyła się w roku 1950, a symbolem tego faktu stało się przyjęcie likwidującej lecznictwo ubezpieczeniowe w Polsce ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego z 20 lipca 1950 r.

Założenia polityki zdrowotnej państwa

Wyzwolenie ziem polskich spod okupacji niemieckiej przyniosło konieczność budowy własnej administracji również w sferze spraw zdrowotnych. Początkowo, jeszcze w ramach PKWN oraz Rządu Tymczasowego, utrzymano przedwojenny model organizacyjny, sytuujący sprawy ochrony zdrowia w ramach resortu pracy, opieki społecznej i zdrowia. 1 maja 1945 r. powstało jednak nawiązujące do tradycji pierwszych lat niepodległości Ministerstwo Zdrowia, a jego utworzenie miało m.in. na celu wskazanie wagi, jaką do spraw ochrony zdrowia przywiązywały nowe władze. Rząd Tymczasowy, podejmując 11 kwietnia tego roku uchwałę w tej sprawie, „tym samym dał wyraz swojej głębokiej trosce i zrozumieniu w odniesieniu do polityki zdrowia naszego Państwa”¹.

Ministrem został wywodzący się ze ściśle związanego z Polską Partią Robotniczą Stronnictwa Ludowego „Wola Ludu” Franciszek Litwin, a jego ówczesne enuncjacje wskazywały, jaki kierunek rozwoju polityki zdrowotnej w Ministerstwie miał dominować. Zanim jednak o tych zamierzeniach, warto przypomnieć, na jakich podstawach funkcjonowanie ochrony zdrowia w tym pierwszym okresie się opierało. Jak już zaznaczono, były to przedwojenne rozwiązania prawne i organizacyjne, a ich cechą charakterystyczną pozostawały niewielka dostępność oraz niespójność poszczególnych elementów systemu ochrony zdrowia. Składał się on z kilku odrębnych segmentów, które łącznie gwarantowały opiekę zdrowotną zaledwie 20–25% obywateli kraju. Najważniejszym jego elementem było wprawdzie

¹ AAN, MZ w Warszawie 1944–1960, sygn. 6, Wytyczne służby zdrowia w Polsce. Zarys historyczny, Warszawa, kwiecień 1945 r., k. 24; *ibidem*, URM [1944–1952] 1953–1996, sygn. 290/1/2 (mkf 23154), Protokół nr 24 posiedzenia Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 1945 r., k. 215; *ibidem*, Uchwała Rady Ministrów przyjęta na posiedzeniu w dn. 24 kwietnia 1945 r., k. 293.

lecznictwo ubezpieczeniowe, ale jego ograniczony z założenia zasięg podmiotowy (obejmowało jednak jedynie zatrudnionych poza rolnictwem) przesądzał o tym, że większość mieszkańców państwa nie miała możliwości korzystania z usług lekarzy ubezpieczalni społecznych².

Zalążkiem czegoś, co tak chętnie nazywano w okresie międzywojennym publiczną służbą zdrowia, stawały się z wolna – prowadzone przez władze samorządowe i nastawione przede wszystkim na profilaktykę i walkę z chorobami zakaźnymi i społecznymi – ośrodki zdrowia. Ich rozwój przyniósł objęcie przed wojną ochroną blisko 1,5 mln osób, a zapowiedzią dalszej rozbudowy tego segmentu lecznictwa stała się ustawa o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 r. W myśl jej artykułu 6 ośrodek zdrowia miał być podstawową jednostką zapewniającą ludności opiekę zdrowotną i sprawującą pieczę nad warunkami higienicznymi jej bytowania. Ustawa wchodziła w życie wprawdzie od 1 lipca 1939 r., jednak jej przepisy, nakładające na samorządy obowiązek utrzymania odpowiedniej liczby lekarzy i innego personelu medycznego oraz zakładania ośrodków zdrowia, miały zacząć obowiązywać dopiero od 1 kwietnia 1940 r.³

Plany w zakresie przyspieszenia rozwoju publicznej służby zdrowia przekreślił wybuch wojny, a straty ludzkie i majątkowe ochrony zdrowia oznaczały, że po zakończeniu okupacji sytuacja była zdecydowanie trudniejsza niż przed agresją niemiecką. Według danych resortu zdrowia stopień zniszczenia placówek służby zdrowia szacowano w niektórych działach nawet na 75%, liczebność personelu lekarskiego zmniejszyła się o 40%, zaś w przypadku stomatologów ubytek wynieść miał nawet 65% (jeszcze w końcu roku 1946 liczba dentyistów była w stosunku do 1938 niższa o 57%). Sytuacja epidemiologiczna była w wielu miejscach kraju dramatyczna, co w sposób naturalny wymuszało podjęcie przez nowe władze przede wszystkim działań doraźnych, niemalże wręcz ratunkowych, kwestie systemowe odsuwając raczej na plan dalszy. Jak pisano w referacie przygotowanym w Ministerstwie w sierpniu 1945 r., „w chwili obecnej zagadnieniem podstawowym i zasadniczym jest walka z chorobami zakaźnymi w ogóle, a epidemicznymi w szczególności”, zaś „zagadnienie chorób epidemicznych wisi nad Polską jak miecz Damoklesa od chwili jej odrodzenia”⁴.

² Na temat dostępności ochrony zdrowia w okresie międzywojennym zob. np. P. Grata, *Social privileges in the Second Polish Republic*, „*Studia Historiae Oeconomicae*” 33, 2015, s. 26–28.

³ DzURP 1939, nr 54, poz. 342; na temat rozwoju ośrodków zdrowia w Drugiej Rzeczypospolitej zob. P. Grata, *Polityka społeczna Drugiej Rzeczypospolitej. Uwarunkowania – instytucje – działania*, Rzeszów 2013, s. 273–276. Idea rozwoju ośrodków zdrowia żywa była również po wojnie, zob. np. R. Gosiewski, *W sprawie ośrodków zdrowia*, „*Zdrowie Publiczne*” 1948, nr 1–2, s. 69–71; S. Stypułkowski, *Wiejskie ośrodki zdrowia*, „*W Służbie Zdrowia*” 1946, nr 6, s. 12–14.

⁴ AAN, MZ, sygn. 17, Podstawowe zagadnienia i wytyczne polityki sanitarnej w chwili obecnej. Referat wiceministra zdrowia Jerzego Zarzyckiego na zjeździe lekarzy powiatowych w Bydgoszczy dn. 19 czerwca 1945 r., k. 51–52; *ibidem*, URM, sygn. 5/86, Ministerstwo Zdrowia. Notatka do expose Obywatela Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 18 IV 1946 r., k. 91; „*Rocznik Polityczny*

Nadal podstawą funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce pozostawały ubezpieczalnie społeczne, obok nich silną pozycję zajmowała praktyka prywatna, zaś ośrodki zdrowia, zwłaszcza na wsi, wciąż były jedynie zapowiedzią tzw. publicznej służby zdrowia. W sytuacji jednak, gdy niedoskonałość tego systemu powszechnie dostrzegana była już przed wojną, jedną z ważnych płaszczyzn działań „odrodzonego” Ministerstwa Zdrowia stała się również kwestia reformy ochrony zdrowia. Szczególnie aktywny w tej mierze był minister Litwin, który nie tylko bardzo krytycznie podchodził do wywodzących się sprzed wojny reguł jej funkcjonowania, ale również przystąpił do prac nad reformą systemową w tym względzie. Jego zdaniem najpoważniejszym błędem przedwojennej służby zdrowia była jej wielotorowość, a skutkiem tej jej cechy był brak możliwości „zapewnienia narodowi jednolitej opieki zdrowotnej”. W opozycji do tak skonstruowanego systemu Litwin widział jednolitą i powszechną służbę zdrowia i ona właśnie w pierwszym okresie po zakończeniu wojny stała się celem strategicznym stawianym przez jego resort⁵.

Nie czas w tym miejscu na szczegółowe omawianie wielu z ówczesnych wypowiedzi na ten temat, warto jednak zacytować zasadnicze punkty programu pierwszego po wojnie ministra zdrowia, wyartykułowane w czerwcu 1945 r. podczas zjazdu lekarzy Górnego Śląska. Miały nimi być: jednolitość zdrowia narodu, poprawa zaniedbanego zdrowia robotników i chłopów oraz opieka nad matką i dzieckiem. Za dwa podstawowe warunki realizacji takiego programu Litwin uznał doprowadzenie do jednolitości służby zdrowia oraz zasadnicze zmiany w podejściu lekarzy, którzy w nowych czasach mieliby się przestawić na „społeczne podejście do zagadnień lecznictwa w Polsce”. Jak mówił, to od lekarzy zależeć miała odpowiedź na pytanie, czy „społeczeństwo nasze będzie zdrowe, czy Polska będzie zdrowa”. W tym samym duchu na zjeździe lekarzy powiatowych w Bydgoszczy wypowiadał się, również w czerwcu 1945 r., wiceminister zdrowia Jerzy Zarzycki. Wychodząc z założenia, że „polityka społeczna naszego rządu z przed roku 1939 nie zdała niestety egzaminu, jeśli chodzi o rozwiązanie zagadnień sanitarnych”, deklarował, że nowo powstałe Ministerstwo „na odpowiednim poziomie postawi sprawę organizacji zdrowia w Polsce”. Zasadniczym zaś dążeniem resortu miało być „stworzenie takich warunków, aby każdy obywatel miał zapewnioną dostępną dla siebie pomoc lekarską”⁶.

i *Gospodarczy*” 1948, s. 891–892; *Rocznik Statystyczny 1947*, s. 138; J. Morzycki, *Czy grozi nam wybuch epidemii?*, „Rada Narodowa” 1945, nr 10, s. 9–10; *Służba zdrowia w Polsce*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 5–6, s. 152.

⁵ AAN, MZ, sygn. 6, Wytyczne służby zdrowia..., k. 20. Na temat formułowanych w okresie okupacji koncepcji powojennej organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce zob. Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994, s. 171–202.

⁶ AAN, MZ, sygn. 17, Zjazd lekarzy w Katowicach w dn. 1, 2 i 3 VI 1945 r., k. 11; *ibidem*, Podstawowe zagadnienia..., k. 48–49; Z. Grynberg, *Jednolita służba zdrowia. Referat wygłoszony na Zjeździe Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia w dn. 8 i 9 VII 1945*, „Dziennik Zdrowia”

Co istotne, już wtedy artykułowano dwa ważne cele strategiczne związane z przyszłym kształtem systemu ochrony zdrowia. Po pierwsze, „w przyszłości już najbliższej” zniknąć miała warstwa lekarzy wolnopracujących, niezwiązanych z administracją państwową ani z ubezpieczalnictwem. Po drugie zaś, za jeden z podstawowych warunków przebudowy i naprawy służby zdrowia uznawano w Ministerstwie przejście lecznictwa ubezpieczeniowego, tradycyjnie już podporządkowanego ubezpieczalniom społecznym oraz resortowi pracy i opieki społecznej. Mimo że w oficjalnych enuncjacjach minister Litwin odżegnywał się od dążeń do przejścia „całokszału lecznictwa ubezpieczalni społecznych”, to właśnie realizacja obu powyższych dążeń miała zapewnić likwidację wielotorowości, a elementem tego procesu była również zapowiadana standaryzacja szpitali⁷.

Prace nad ustawą o publicznej służbie zdrowia

Prace nad ustawowym uregulowaniem systemowych zasad nowej organizacji służby zdrowia podjęto w Ministerstwie niezwłocznie, jednak z natury rzeczy wymagały one dłuższych badań, a wraz ze zmieniającą się sytuacją polityczną w kraju ich kierunek wyraźnie ewoluował. Jeszcze na przełomie kwietnia i maja 1945 r. do gabinetu ministra wpłynęły pierwsze projekty przyszłej organizacji publicznej służby zdrowia, a latem planowany dekret stał się przedmiotem obrad Komisji Ekonomicznej Państwowej Rady Zdrowia. W toku ich trwania wstępnie ustalono, że powszechna służba zdrowia wcale nie musi być bezpłatna, a darmowy dostęp do usług leczniczych powinien dotyczyć ściśle określonych przypadków. Różny miał być zakres tego bezpłatnego lecznictwa, jednak najczęściej obejmować miało, według przedstawianych propozycji, porady w zakresie chorób społecznych i zakaźnych oraz w położnictwie, natomiast tzw. leczenie ambulatoryjne miało być odpłatne (względy ekonomiczne, a także brak personelu nie pozwalały na odmienne potraktowanie sprawy)⁸.

1945, nr 2, s. 60. Wielu zwolenników miała również w pierwszych latach po wojnie koncepcja objęcia wszystkich pracujących mieszkańców państwa przymusowym ubezpieczeniem zdrowotnym, por. np. K. Ryder, *Projekt organizacji powszechnej służby zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1947, nr 9, s. 1–3.

⁷ AAN, MZ, sygn. 17, Podstawowe zagadnienia..., k. 49–50; *Minister zdrowia o ubezpieczalniach społecznych*, „Przegląd Lekarski” 1945, nr 5, s. 98.

⁸ AAN, MZ, sygn. 6, M. Kacprzak, „Publiczna służba zdrowia”, Warszawa 3 V 1945 r., k. 68; *ibidem*, sygn. 14, Referat Biura Prawnego na Zjeździe naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia zwołanych 8 i 9 lipca 1945 r. przez Ministerstwo Zdrowia w Warszawie, k. 110; *ibidem*, sygn. 18, Protokół posiedzenia Komisji Ekonomicznej Państwowej Rady Zdrowia w dniu 6 sierpnia 1945 r., k. 15–19; *ibidem*, sygn. 19, Referaty na Zjeździe naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia z dn. 24–25 X 1945, k. 134; *Pierwsze posiedzenie Państwowej Rady Zdrowia*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 5–6, s. 150–151; J. Stępniewski, *Państwowa Rada Zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 1, s. 9.

Prace nad zasadniczym dla organizacji służby zdrowia aktem prawnym toczyły się również w roku 1946. Na majowym posiedzeniu Państwowej Rady Zdrowia pojawiły się dwie propozycje nowego prawa, jednak prowadzący obrady prof. Marcin Kacprzak zastrzegł, że przygotowywany w oparciu o wytyczne Rady projekt wciąż jeszcze jest niedoskonały. Najbardziej kontrowersyjną propozycją była budząca sprzeciw środowiska lekarskiego koncepcja „planowego rozsiadlenia lekarzy” (prawo do przesiedlania lekarzy do miejscowości, w których był ich deficyt, otrzymać miał minister zdrowia). Projekt nie zawierał katalogu bezpłatnych świadczeń lekarskich, pozostawiając jego określenie późniejszemu rozporządzeniu ministra. Państwowa Rada Zdrowia dokument zaakceptowała 29 maja 1946 r., a w październiku tego roku dekret o publicznej służbie zdrowia trafił pod obrady Komisji Zdrowia Krajowej Rady Narodowej. Jak się jednak miało okazać, prace nad ustawą, a następnie dekretem o publicznej służbie zdrowia nigdy nie zostały sfinalizowane (projekt został odesłany do dalszych poprawek w Ministerstwie oraz uzgodnień międzyresortowych i na forum KRN ani do Sejmu Ustawodawczego już nie powrócił)⁹.

Planowanie w służbie zdrowia

Rok 1947 przyniósł zasadnicze zmiany w życiu politycznym i gospodarczym kraju i coraz bardziej widoczne stawały się one również w ochronie zdrowia. W łonie Ministerstwa jeszcze w końcu roku 1946 za podstawowy cel strategiczny uznawano już nie tylko wprowadzenie jednotorowości, ale również gospodarki planowej w służbie zdrowia. Wprawdzie o tym, że „musi być jeden centralny ośrodek dyspozycyjny, któryby wprowadzał planową gospodarkę w całokształcie służby zdrowia w Polsce” Zygmunt Grynberg z Ministerstwa Zdrowia mówił już w listopadzie 1945 r., jednak to właśnie w rok później nastąpiła wyraźna zmiana akcentów w polityce resortu. W pierwszej połowie roku 1947 wprost konkludowano, że „służba zdrowia w kraju w stosunku do innych dziedzin naszego życia, w szczególności do gospodarki wytwórczej jest zacofana”, a zagadnienia planowości nie znalazły swojego odbicia na odcinku świadczeń zdrowotnych. Co więcej, nawet uznawana za ważny krok w kierunku wprowadzenia planowania ustawa o nadzorze nad lecznictwem z 3 stycznia 1946 r. z wielkimi trudnościami wprowadzana była w życie „ze względu na pozostałości i tradycje gospodarki liberalno-kapitalistycznej sprzed 1939 r.”. Kolejnym krokiem na tej drodze stać się miały uchwały Podkomitetu Płac przy Komitecie Ekonomicznym Rady Ministrów

⁹ AAN, MZ, sygn. 22, Projekt dekretu o publicznej służbie zdrowia 1946 r., Warszawa, maj 1946 r., *passim*; Biblioteka Sejmowa, KRN, Sprawozdania z posiedzeń Komisji Zdrowia odbytych 4, 16 i 23 października 1946 r., k. 974–988; Z. Jastrzębowski, *op. cit.*, s. 209–215; M. Kacprzak, *Zdrowie narodu jest warte ofiar*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 6, s. 5.

z 18 i 20 czerwca 1947 r. o ujednoczeniu płac dla wszystkich pracowników służby zdrowia w kraju (ich realizacja również przychodziła z trudnościami)¹⁰.

Z punktu widzenia rozwiązań systemowych niezwykle ważne było to, iż miejsce projektu dekretu o organizacji publicznej służby zdrowia zajął w 1947 r. projekt innego dekretu – o planowej gospodarce w służbie zdrowia. Warto przyjrzeć się pochodzącemu z listopada uzasadnieniu tego aktu, tym bardziej że jego ogólne założenia zostały rok później wykorzystane przy okazji skierowania do Sejmu projektu fundamentalnej dla zachodzących zmian ustrojowych ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. W myśl tego dokumentu przemiany gospodarcze, społeczne i polityczne zachodzące w Polsce wymagały również „określenia polityki w zakresie służby zdrowia”. Zdrowie obywatela uznano zaś nie tylko za jego prywatną sprawę, ale przede wszystkim za zagadnienie państwowe. W sytuacji, gdy państwo stało się centralnym ośrodkiem dyspozycyjnym kierującym gospodarką narodową, także i „w służbie zdrowia winna być uznana zasada jednolitego, państwowego kierownictwa”¹¹.

Drugim zasadniczym celem było wprowadzenie gospodarki planowej. Wychodząc z pozycji podnoszonej od roku 1945 krytyki wielotorowości systemu opieki lekarskiej, dokument „przypominał”, że pieniądze były w nim marnotrawione, a te same usługi były w stosunku do pewnych grup ludności świadczone wielokrotnie, podczas gdy inne zbiorowości pozostawały zupełnie pozbawione pomocy lekarskiej. Również rozmieszczenie instytucji zdrowia publicznego oraz samych lekarzy miało pozostawiać wiele do życzenia – było bezplanowe i nieracjonalne. Co więcej, krytykowana wielość ośrodków dyspozycyjnych uniemożliwiała wprowadzenie gospodarki planowej. W związku z tym, jak pisano, „planowa gospodarka w służbie zdrowia musi się oprzeć nie tylko na jednym ośrodku dyspozycyjnym, ale również na jednolitej strukturze organizacyjnej” i właśnie projektowany akt prawny miał taką strukturę zaprowadzić¹².

Opierać się ona miała na wyodrębnionym w służbie zdrowia sektorze uspołecznionym, przy przewidywanym zaniku gabinetów prywatnych. Nowy system,

¹⁰ AAN, MZ, sygn. 2/16, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie z działalności za miesiąc listopad 1946, k. 299, 312; *ibidem*, sygn. 2/17, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za II kwartał 1947, k. 1; *ibidem*, Sprawozdanie z działalności Ministerstwa Zdrowia za III kwartał 1947 r., k. 25; *ibidem*, sygn. 16, Przemówienie Dra Z. Grynberga w dyskusji nad referatem Prezesa Dra Gołąba o sprawach organizacji lekarzy ubezpieczalni społecznej, Warszawa, 6 XI 1945 r., k. 8; *Jednolite płace w służbie zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1947, nr 12, s. 24–25; M. Mittelstaedt, *Jednolite płace w służbie zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 1–2, s. 52–55; J. Sztachelski, *Zagadnienie gospodarki planowej w Służbie Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 5–6, s. 5–18.

¹¹ AAN, MZ, sygn. 22, Uzasadnienie do projektu dekretu o planowej gospodarce w służbie zdrowia, Warszawa, listopad 1947 r., k. 76; DS, SU, druk nr 344, *Projekt ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 8 października 1948 r.*, s. 10; F. Sawicki, *Uwagi o obecnej sytuacji w Służbie Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 7–8, s. 83.

¹² AAN, MZ, sygn. 22, Uzasadnienie do projektu..., k. 76.

będący narzędziem polityki państwowej zdrowia publicznego, nazwano Społeczną Służbą Zdrowia i w jej ramach, niezależnie od właściciela, wprowadzone miało być państwowe, ujednoczone zarządzanie rozwojem służby zdrowia. Kolejnym celem w ramach takiej struktury organizacyjnej stać się miało stopniowe ograniczanie zróżnicowania właścicieli, chociaż natychmiastowe upaństwowienie i rozpoczęcie gospodarki w pełni planowej było jeszcze w ówczesnych warunkach uznawane za przedwczesne. Państwo w pierwszej kolejności miało jednak przejąć instytucje o szerszym znaczeniu, obejmujące swoją działalnością teren nie mniejszy niż województwo (np. duże szpitale psychiatryczne i wojewódzkie), mniejsze jednostki pozostawiając samorządom. Co istotne, pozostawienie dużego znaczenia samorządowi nie uznawano za „zboczenie z drogi rozwojowej”, której celem miało być przejęcie przez państwo w przyszłości całej służby zdrowia. Jak bowiem „profetycznie” zapowiadano, „niewątpliwie granice między samorządem terytorialnym i Państwem będą się coraz bardziej zacierały”. Ubezpieczalnie społeczne miały wprawdzie zatrzymać należące do nich szpitale, jednak one również miały się poddać rygorom norm ustalanych przez Ministerstwo Zdrowia (dotyczyć to powinno także ewentualnych inwestycji ubezpieczalni), a sieć lecznictwa otwartego ubezpieczalni miała być „wmontowana” w system Społecznej Służby Zdrowia. Podobne rozwiązanie przewidywano dla szpitali prywatnych – przy zachowaniu prawa własności miały one podlegać regułom narzucanym przez nowy system i stać się dzięki temu elementem aparatu państwa, „ukształtowanym i funkcjonującym według aktualnych potrzeb służby zdrowia”¹³.

Obok finansowych i społecznych uzasadnień projektowanych zmian ustrojowych należy zwrócić uwagę na dwie kolejne kwestie zawarte w dokumencie. Pierwszą była wyraźna niechęć do lecznictwa ubezpieczeniowego i nadzorującego je Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Jego istnienie w sposób oczywisty uniemożliwiałoby wszak wprowadzenie jednolitego zarządzania służbą zdrowia. Sprawą drugą było ściśle zbieżne z przemianami zachodzącymi w kraju dążenie do ograniczenia sektora prywatnego w tej sferze. Nacisk na rozwój instytucji lecznictwa otwartego przez tworzenie ambulatoriów przyszpitalnych miał doprowadzić do stopniowego wypierania gabinetów prywatnych z udzielania pomocy leczniczej. Myślą przewodnią dokumentu pozostawało zaś dążenie (i konieczność) powierzenia Ministerstwu Zdrowia kierownictwa służby zdrowia w Polsce, do czego środkiem miało być przyjęcie proponowanego projektu¹⁴.

Projekt dekretu został zaakceptowany na posiedzeniu Biura Politycznego Komitetu Centralnego Polskiej Partii Robotniczej 20 grudnia 1947 r., jednak problem „całokształtu służby zdrowia” wciąż pozostał nieuregulowany (brak było

¹³ *Ibidem*, k. 77–79; J. Lebioda, *Rola i zadania lekarza w Polsce Odrodzonej*, „W Służbie Zdrowia” 1948, nr 1–2, s. 7; P. Szarejko, *Aktualne zagadnienia szpitalnictwa polskiego*, Warszawa 1948, s. 11–15.

¹⁴ AAN, MZ, sygn. 22, Uzasadnienie do projektu..., k. 83–84, 89.

jednolitego stanowiska przedstawicieli najwyższego gremium partyjnego w tej sprawie). Sprawa naprzód ruszyła dopiero jesienią 1948 r. 29 września rząd przyjął oparty na poprzedniej propozycji projekt ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, 8 października dokument trafił do Sejmu, a już 28 dnia tego miesiąca został praktycznie bez poprawek przyjęty w drugim i trzecim czytaniu. W ten sposób, ku nieukrywanej radości ówczesnego ministra zdrowia Tadeusza Michejdy, służba zdrowia również wejść miała na drogę budowy socjalizmu. Jak zresztą mówił w Izbie minister, „dalsza rozbudowa i przebudowa służby zdrowia w systemie gospodarki planistycznej możliwa jest tylko w oparciu o projektowaną ustawę”, a „plan na odcinku służby zdrowia wchodzi w ramy narodowego planu gospodarczego”¹⁵.

Ustawa przynosiła przede wszystkim oczekiwaną od lat likwidację „wielotorowości” w zarządzaniu i organizacji ochrony zdrowia, połączoną z wprowadzaniem elementów planowania do tej sfery życia publicznego. Wreszcie, po 3,5 roku istnienia resortu, minister zdrowia stał się z mocy prawa „władzą naczelną służby zdrowia”, a do jego zadań należeć miało kierownictwo i zwierzchni nadzór w tym zakresie. Minister miał prawo wydawania zarządzeń w stosunku do wszystkich instytucji i zakładów wykonujących leczenie, a także prowadzenia ich lustracji oraz żądania sprawozdań i wyjaśnień. Zgodnie z zapowiedziami sprzed roku pozostawiano wprawdzie różne formy własności zakładów służby zdrowia, jednak poddane one zostały nadzorowi władz centralnych, a swoboda ich działania wyraźnie ograniczona. Co więcej, ustawa dawała rządowi uprawnienie do podejmowania decyzji o przejściu w zarząd bądź upaństwowieniu zakładów społecznych służby zdrowia, gdy w myśl ustawy prowadzenie takiego zakładu należało do zadań państwa (podobnie samorządy mogły przejmować nienależące do nich zakłady służby zdrowia, jeżeli było to niezbędne do realizacji celów ustawy)¹⁶.

Zasadnicze znaczenie dla kierunku dalszej ewolucji polityki ochrony zdrowia miały przepisy na szeroką skalę wprowadzające planowanie w służbie zdrowia. Jak mówił w czasie debaty sejmowej wiceminister Jerzy Sztachelski, „planowanie w służbie zdrowia pozwoli na rozwiązywanie zadań według hierarchii ważności, pozwoli dostosować zakłady do zadań wytyczonych w planie, pozwoli kierować główny wysiłek na podstawie zagadnienia opieki lekarskiej dla klasy robotniczej i biedniejszej części wsi”. Zgodnie z artykułem 14 ustawy minister zdrowia miał obejmować swoim projektem planu odcinkowego do narodowego planu gospodarczego całokształt planu w zakresie służby zdrowia. Planowaniu podlegało

¹⁵ AAN, URM, sygn. 290/215 (mkf 23167), Protokół nr 16 posiedzenia Rady Ministrów z dnia 29 września 1948 r., k. 1053; DS, SU, druk 344, s. 1; *Protokół nr 32 posiedzenia Biura Politycznego z dnia 20 grudnia 1947 r.*, w: *Protokoły posiedzeń Biura Politycznego KC PPR 1947–1948*, przygotował do druku, opatrzył wstępem i przypisami A. Kočański, Warszawa 2002, s. 149–150; Sprawozdania Stenograficzne, SU, pos. 48 z 28 X 1948 r., łam 35–36.

¹⁶ DzURP 1948, nr 55, poz. 434.

rozmieszczenie placówek leczniczych, ich organizacja, budżetowanie, normy obsady personalnej, regulaminy wewnętrzne itp. Planowe miało być również rozmieszczenie lekarzy na terytorium państwa, wynikające z przepisów określających maksymalne normy ilościowe przedstawicieli tego zawodu dopuszczonych do wykonywania praktyki w poszczególnych miejscowościach lub okręgach. W myśl postanowień ustawy przekraczający normy lekarze mieli obowiązek znalezienia nowego miejsca zatrudnienia. Poza tym minister zdrowia w okresie pięciu lat od wejścia w życie ustawy miał prawo „powoływania” lekarzy do pracy w miejscowościach, w których panował ich deficyt uniemożliwiający prawidłową realizację przepisów ustawy (takie powołanie mogło trwać nie dłużej niż dwa lata)¹⁷.

Dalsza ewolucja systemu

Przemiany zachodzące w ochronie zdrowia były głęboko osadzone w przeobrażeniach mających miejsce w życiu politycznym, gospodarczym i społecznym kraju. Ich widoczne nasilenie w końcu lat czterdziestych i otwarte przejście do budowy socjalizmu wzorowanego na rozwiązaniach radzieckich przyniosło dążenie do podporządkowania władzy wszelkich przejawów życia politycznego i społecznego, represje wobec realnych i wymaginyowanych wrogów ustroju, a także bezkrytyczne przyjmowanie sowieckich rozwiązań na wszystkich praktycznie płaszczyznach życia publicznego. W sferze ekonomicznej stalinizm oznaczał przede wszystkim centralne zarządzanie gospodarką, wprowadzenie dyrektywnego planowania i związane z nim podjęcie realizacji Planu Sześcioletniego, próbę likwidacji resztek sektora prywatnego w gospodarce oraz kolektywizację rolnictwa i, co za tym idzie, represje wobec ludności wiejskiej.

Wszystkie te zjawiska swoje odzwierciedlenie znajdowały również w polityce zdrowotnej państwa. Wejście w życie ustawy z 28 października 1948 r. stało się sygnałem do przyspieszenia prowadzonych już od dłuższego czasu prac mających na celu poddanie funkcjonowania ochrony zdrowia procesom planowania. Już w końcu 1947 r. w związku z przemyśleniami do wprowadzenia planowej gospodarki w służbie zdrowia, w Ministerstwie zapadła decyzja o przygotowaniu odpowiedniego programu działania uzgodnionego między wszystkimi jego działami

¹⁷ Ibidem; Sprawozdania Stenograficzne, SU, pos. 48 z 28 X 1948 r., łam 50; *Zagadnienie ujednoczenia służby zdrowia na tle zjednoczenia partii robotniczych*, „W Służbie Zdrowia” 1948, nr 12, s. 2. Warto w tym miejscu przypomnieć, że pierwszą próbą rozwiązania drogą ustawową problemu rozmieszczenia lekarzy w kraju była ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej z 30 VII 1938 r., nakładająca na lekarzy starających się o prawo stałego wykonywania zawodu obowiązek dwuletniego zamieszkania i pracy w gminach wiejskich bądź w miastach liczących mniej niż 5 tys. mieszkańców, zob. AAN, Ministerstwo Opieki Społecznej 1918–1939, sygn. 1, Projekt rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej o obowiązkowym wykonywaniu praktyki lekarskiej w gminach wiejskich i niektórych miastach, Warszawa 1938 r., k. 96–99; DzURP 1938, nr 47, poz. 449.

oraz wszystkimi instytucjami służby zdrowia, a poszczególne departamenty miały przygotować długofalowe programy działalności (w Departamencie Organizacji powołano ścisły komitet dla ich uzgadniania). Programy powstały w pierwszym kwartale 1948 r., a kolejne miesiące upływały pod znakiem doskonalenia działań w tym względzie. W drugim kwartale podjęto również wstępne prace nad Planem Sześcioletnim dla służby zdrowia oraz planem inwestycyjnym na rok 1949. W końcu roku opracowano w Ministerstwie ostatecznie plan gospodarczy służby zdrowia na rok 1949, obejmujący przede wszystkim zagadnienia usług i zatrudnienia; uzgodniony został również z Centralnym Urzędem Planowania projekt planu inwestycyjno-wyposażeniowego na ten rok. W oparciu natomiast o ustawę z 28 października 1948 r. oraz wytyczne CUP przystąpiono do prac nad ustaleniem zasad planowania w służbie zdrowia na rok 1950 (prace nad Planem Sześcioletnim służby zdrowia kontynuowano przez cały rok 1949, by je ukończyć na początku 1950)¹⁸.

Wraz ze wzrostem znaczenia planowania w ochronie zdrowia następowały również istotne zmiany prawne, organizacyjne i własnościowe potwierdzające przyjęty kierunek polityki zdrowotnej państwa. Szczególnie znamienne były przemiany własnościowe. Jeszcze w 1948 r. na mocy przepisów ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia państwo przejęło 16 zakładów psychiatrycznych, niektóre szpitale wojewódzkie i kliniczne oraz Instytut Radowy w Warszawie. Kolejne szpitale w oparciu o ustawę przejmowano w roku 1949, a upaństwowiane placówki należały do samorządów, innych ministerstw oraz Polskiego Czerwonego Krzyża, który decyzją Zarządu Głównego z 10 lutego 1949 r. zrezygnował z prowadzenia lecznictwa zamkniętego. Na mocy natomiast dwóch uchwał Rady Ministrów z 21 września 1949 r. na rzecz Skarbu oraz samorządów przejęto kolejnych kilkadziesiąt szpitali należących w większości do fundacji, kongregacji i związków religijnych. W ten sposób, wbrew wcześniejszym zapowiedziom, bardzo szybko, bo już w rok po wejściu w życie ustawy z 28 października 1948 r., nastąpiła likwidacja znaczącej części sektora prywatnego w szpitalnictwie (proces upaństwowienia szpitalnictwa zakończono na początku lat pięćdziesiątych)¹⁹.

¹⁸ AAN, MZ, sygn. 2/17, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za IV kwartał 1947, k. 94; *ibidem*, sygn. 2/18, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za I kwartał 1948, k. 1; *ibidem*, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za II kwartał 1948, k. 62; *ibidem*, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za III kwartał 1948, k. 121; *ibidem*, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za IV kwartał 1948, k. 163; *ibidem*, sygn. 2/19, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za I kwartał 1949, k. 1; *ibidem*, sygn. 2/21, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za I kwartał 1950, k. 3; J. Sztachelski, *Plan Sześcioletni w Służbie Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 9–12, s. 12–48; H. Wilczyński, *O zasadach planowania w zakresie Służby Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 5–6, s. 56–63.

¹⁹ AAN, MZ, sygn. 2/18, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za IV kwartał 1948, k. 164; *ibidem*, sygn. 2/19, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za I kwartał 1949, k. 25, 35–36; *ibidem*, sygn. 2/20, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za III kwartał 1949, k. 33–34; *ibidem*,

Generalnie przyjęć należy, że rok 1949 stanowił niezwykle ważny etap na drodze przeobrażeń w systemie ochrony zdrowia. Już wejście w życie ustawy październikowej stanowiło przełom, którego symbolem stały się planowanie, centralny zarząd służbą zdrowia oraz planowe rozmieszczenie lekarzy. Planowanie stopniowo nabierało coraz większego znaczenia w funkcjonowaniu systemu, a Ministerstwo Zdrowia nie tylko rozbudowywało swe funkcje nadzorcze w stosunku do lecznictwa (od 1947 r. wprowadzono jego załączki w stosunku do wybranych oddziałów szpitalnych, w końcu 1949 r. zakres przedmiotowy obejmował już większość specjalności w ramach lecznictwa zamkniętego i otwartego), ale również z dniem 1 stycznia 1950 r. przejęło funkcję inwestora centralnego w służbie zdrowia²⁰.

Co istotne, w 1949 r. opracowano podstawy prawne tego, co od kilku już lat określano mianem „planowego rozsiedlenia lekarzy”. 14 czerwca ukazały się dwa rozporządzenia ministra zdrowia określające zarówno normy ilościowe lekarzy dopuszczonych do wykonywania praktyki lekarskiej w poszczególnych województwach, powiatach i miejscowościach, jak i zasady ustalania list lekarzy i dentystów przekraczających wskazane normy. Wraz z wejściem w życie obu aktów zaczęto sporządzać w Ministerstwie wykazy medyków przekraczających ustalone normy, doręczać je im, wystawiając jednocześnie skierowania do miejscowości wykazujących deficyt w tym względzie (do końca 1949 r. w miastach, gdzie komisje społeczne zakończyły pracę, do przesiedlenia wytypowano około 280 lekarzy)²¹.

Nowy system ochrony zdrowia

Podsumowaniem ewolucji zachodzącej w systemie lecznictwa stały się kolejne zmiany wprowadzane w pierwszym roku realizacji Planu Sześćioletniego i przypieczętowujące ostatecznie decyzje podjęte w roku 1948. Ich wymowa była wyraźnie jednoznaczna, a liczne w oficjalnych i wewnętrznych dokumentach odwołania do wzorów radzieckich potwierdzały jedynie kierunek przemian. Dalszy

Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za IV kwartał 1949, k. 39–40; AAN, URM, sygn. 290/2/19 (mkf 23171), Protokół nr 21 posiedzenia Rady Ministrów dnia 21 września 1949 r., k. 1694; *ibidem*, Uchwała Rady Ministrów z dnia 21 września 1949 r. w sprawie przejęcia na własność przez związki samorządu terytorialnego niektórych szpitali utrzymywanych przez stowarzyszenia: „Polski Czerwony Krzyż” i „Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej” oraz przez kongregacje, związki, stowarzyszenia religijne i fundacje, k. 1743–1752; *Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984, s. 180.

²⁰ AAN, MZ, sygn. 2/17, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za IV kwartał 1947, k. 93–94; *ibidem*, sygn. 2/20, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za IV kwartał 1949, k. 1, 37–38.

²¹ AAN, MZ, sygn. 2/19, Ministerstwo Zdrowia. Sprawozdanie za I kwartał 1949, k. 6; *ibidem*, sygn. 2/20, Sprawozdanie za III kwartał 1949, k. 11; *ibidem*, Sprawozdanie za IV kwartał 1949, k. 1, 7; DzURP 1949, nr 38, poz. 276–277.

rozwój planowania, likwidacja izb lekarskich, zupełnie nowe pojmowanie istoty zawodu lekarza, wreszcie likwidacja lecznictwa ubezpieczeniowego to zdecydowanie najważniejsze składniki definitywnego przejścia do nowego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Podstawą zachodzących zmian prawnych i organizacyjnych było rzecz jasna związane z poszerzaniem zakresu planowania dążenie do przejęcia pełnej kontroli nad całym lecznictwem w kraju. Zgodnie z obowiązującym w 1950 r. priorytetem planowanie gospodarcze miało dostosować się do „systemu planowania w służbie zdrowia Związku Radzieckiego”, czego wyrazem stała się instrukcja Państwowej Komisji Planowania Gospodarczego z 3 lipca tego roku. Wskutek jej zastosowania plan na rok 1951 miał już obejmować „wszystkie rodzaje zakładów i akcji służby zdrowia”, liczba formularzy zwiększała się z 7 do 30, sam zaś plan, obejmujący wiele nowych norm usługowych, organizacyjnych i finansowych miał być opracowany w trzech przekrojach: przedmiotowym (zagadnieniowym), podmiotowym (wykonawczym) oraz terenowym (regionalnym). Co istotne, nowe zasady wchodziły w życie równocześnie z reformą budżetową, zmianami w podziale administracyjnym państwa, a także likwidacją na mocy ustawy o terenowych organach jednolitej władzy państwowej z 20 marca 1950 r. resztek samorządu i reorganizacją władz terenowych opartych od tej pory na wzorowanym na sowieckim systemie rad narodowych²².

Warunkiem *sine qua non* wprowadzenia rozbudowanego systemu planowania było przejęcie pełnej kontroli nad lecznictwem w kraju. Od początku istnienia resortu zdrowia zasadniczą przeszkodą ku temu było pozostawanie poza jego wpływami zapewniającego *gros* usług medycznych dla ludności lecznictwa ubezpieczeniowego. W nowych warunkach, jakie zaistniały wraz z przyspieszeniem procesu budowy socjalizmu w Polsce, sytuacja znacząco się jednak zmieniła. 28 czerwca 1950 r. rząd przyjął projekt ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego, która miała w sposób fundamentalny przeobrazić zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W myśl uchwalonej przez Sejm 20 lipca ustawy Zakład Lecznictwa Pracowniczego przejmował organizację i wykonywanie opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin. Zakład posiadał oddziały wojewódzkie i obwodowe nadzorowane przez odpowiednie instancje władz terenowych (wojewódzkich i powiatowych). Dochody i wydatki nowej instytucji w całości wchodziły do budżetu państwa, a naczelne kierownictwo i zwierzchni nadzór nad nią pełnił minister zdrowia. Ustawa przewidywała również przekazanie Zakładowi Lecznictwa Pracowniczego nieruchomości i ruchomości należących do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i przeznaczonych dla celów medycznych²³.

²² AAN, MZ, sygn. 2/21, Sprawozdanie za III kwartał 1950, k. 1–3; DzURP 1950, nr 14, poz. 130.

²³ DS, SU, druk 762, *Projekt ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego z 28 czerwca 1950 r.*, *passim*; DzURP 1950, nr 36, poz. 334; W. Majorowska, *Powołanie do życia Zakładu Lecznictwa Pracowniczego*, „Praca i Opieka Społeczna” 1950, nr 3, s. 125–126. Nie był to koniec zmian

W ten sposób instytucje ubezpieczeniowe utraciły wpływ na lecnictwo w Polsce, a całość zadań w tej mierze trafiła do podporządkowanego resortowi zdrowia Zakładu Lecznictwa Pracowniczego. Państwo przejęło wraz z tym postulowaną od dawna pełną odpowiedzialność za służbę zdrowia w kraju, co jednak nie do końca można było uznać za zgodne z formułowanymi w połowie lat czterdziestych oczekiwaniami dużej części środowiska lekarskiego. Za przejściem zarządu poszła bowiem pełna kontrola, której częściami składowymi stały się również dalsze ważne zmiany ustawodawcze, wyraźnie wskazujące na dążenie do ograniczenia jakiegokolwiek swobody i niezależności w obrębie systemu ochrony zdrowia.

Co istotne, zachodzące w tej mierze w 1950 r. zmiany w sposób widoczny nawiązywały do koncepcji prezentowanych przez niektórych zwolenników „jednolitości” w służbie zdrowia już w pierwszych miesiącach po wyzwoleniu. Było tak zarówno w przypadku lecnictwa ubezpieczeniowego, jak i innych elementów budowanego systemu. Dobrym tego przykładem była ustawa o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych z 18 lipca 1950 r., która w imię dążenia do objęcia wszystkich pracowników służby zdrowia przez jeden zunifikowany związek zawodowy likwidowała resztki tradycyjnego samorządu lekarskiego. Warto w tym miejscu przypomnieć, iż postulat zorganizowania jednolitego związku zawodowego pracowników służby zdrowia postawił już na początku lipca 1945 r. w trakcie odbywającego się w Łodzi zjazdu naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia dyrektor departamentu w Ministerstwie Zygmunt Grynberg. Wystąpienie spotkało się wprawdzie z negatywnym przyjęciem części uczestników obrad przypominających, że związkiem zawodowym lekarzy były właśnie izby lekarskie, nie zmieniało to jednak faktu, że wspierany przez Ministerstwo Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia konsekwentnie przez kolejne lata budował swe wpływy wśród personelu medycznego²⁴.

w dawnym lecnictwie ubezpieczeniowym – w myśl ustawy z 15 XII 1951 r. Zakład Lecznictwa Pracowniczego przestawał istnieć z dniem 1 I 1952 r., a należące doń wcześniej sprawy lecnictwa pracowniczego zostały przekazane do zakresu działania ministra zdrowia (sprawami lecnictwa pracowniczego w terenie zarządzać miały prezydja rad narodowych), zob. DzURP 1951, nr 67, poz. 466.

²⁴ AAN, MZ, sygn. 14, Referat dra Borkowskiego na Zjeździe naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia zwołanych w dniach 8 i 9 lipca 1945 r. przez Ministerstwo Zdrowia w Warszawie, k. 120–121; *ibidem*, sygn. 16, Przemówienie Dra Z. Grynberga w dyskusji..., k. 8–10; DzURP 1946, nr 64, poz. 354; 1948, nr 50, poz. 385; 1950, nr 36, poz. 326; *Sprawozdanie z działalności Zarządu Związku Zawodowego Służby Zdrowia w Otwocku za czas od dn. 27.8.1944 r. do dn. 23.6.1946 r.*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 7, s. 28–30; *Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945–2005*, oprac. i komentarz Z. Wiśniewski, Warszawa 2005, s. 51; T. Nasierowski, *Samorząd lekarski w Polsce*, t. 1, Warszawa 1989, s. 47–49; *Ogólnopolski Zjazd Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Warszawa 1–2 grudnia 1946 r.*, „W Służbie Zdrowia” 1947, nr 3, s. 8–11; P. Szarejko, *Utworzenie jednolitego związku służby zdrowia jest palącym zagadnieniem dnia*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 8, s. 198–199.

Zniesienie izb lekarskich oznaczało nie tylko likwidację samorządu tej grupy zawodowej, ale również było potwierdzeniem zachodzących od jakiegoś czasu zmian w jej położeniu. Żeby to zrozumieć, wystarczy sięgnąć do uzasadnienia projektu ustawy z 18 lipca 1950 r. Zapisano w nim, iż z chwilą wejścia w życie ustawy o zakładach społecznej służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, nakładającej na wszystkich lekarzy obowiązek pracy w zakładach społecznych służby zdrowia, zawód lekarza przestał być „w zasadzie” wolnym zawodem, a praktyka prywatna pozostała jedynie przejściowym uzupełnieniem funkcji tych pracowników. Potwierdzeniem takiego stosunku do zawodu lekarza stała się również niewiele późniejsza ustawa regulująca jego wykonywanie, przyjęta przez Sejm 28 października 1950 r. Przypominała ona o obowiązku pracy w społecznych placówkach służby zdrowia i szczegółowo regulowała prawa i obowiązki lekarzy, ale w swych założeniach odwoływała się również do fundamentalnej, zdaniem twórców, różnicy w podejściu do spraw zdrowia w stosunku do okresu przedwojennego. W przeciwieństwie do dawnych uregulowań nowa ustawa miała stać na straży ochrony zdrowia mas pracujących, a nie interesów prywatnych lekarzy. Jej celem było nie tylko usunięcie przeżytków z okresu międzywojennego i „uregulowanie zagadnienia zgodnie z potrzebami obecnej służby zdrowia”, ale również uwzględnienie doświadczeń Związku Radzieckiego „na tym odcinku”²⁵.

Wprawdzie ustawa niewiele mówiła na temat będącego niezwykle ważnym elementem nowego ustroju służby zdrowia planowego rozmieszczenia lekarzy, lecz wynikało to z faktu, że kilka miesięcy wcześniej, 18 lipca, Sejm uchwalił poświęconą w dużej mierze właśnie temu zagadnieniu nowelizację ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Konkretyzowała ona i poszerzała możliwości narzucania personelowi lekarskiemu miejsca zatrudnienia. Odchodząc od pewnej dobrowolności w tym względzie (według ustawy z 1948 r. lekarze przekraczający normy ilościowe mogli sami wybierać nowe miejsca osiedlenia), wprowadzono możliwość przenoszenia „pracowników służby zdrowia” nawet w obrębie tej samej miejscowości. Minister zdrowia uzyskał czasowe prawo (na okres do 1 stycznia 1955 r.) powoływania lekarza „w celu realizacji podstawowych zadań służby zdrowia” do pracy poza miejscem zamieszkania na okres nie dłuższy niż dwa lata. Przepis obwarowany został rygiorem wykonalności, a za niewykonanie takiego nakazu lekarzowi groziła kara aresztu do sześciu miesięcy i grzywna w wysokości do 250 tys. zł (bądź jedna z tych kar)²⁶.

²⁵ DS, SU, druk 736, *Projekt ustawy o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych z 5 maja 1950 r.*, s. 7–8; druk 807, *Projekt ustawy o zawodzie lekarza z 24 października 1950 r.*, s. 12; DzURP 1950, nr 50, poz. 458.

²⁶ DS, SU, druk 734, *Projekt ustawy zmieniającej ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 5 maja 1950 r.*, s. 7–9; DzURP 1950, nr 36, poz. 327. Ważnym elementem działań w kierunku poprawy rozmieszczenia personelu lekarskiego stało się

Zakończenie

Przeprowadzone w 1950 r. zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce oznaczały zakończenie procesu przekształcania dotychczasowego, wypływającego z wypracowanych przed wojną rozwiązań, modelu. Jego miejsce zajął wzorowany na radzieckim scentralizowany system oparty na dyrektywnym planowaniu obejmującym wszystkie elementy w większości już upaństwowionej tzw. społecznej służby ochrony zdrowia. Na marginesie zepchnięta została praktyka prywatna, zaś stanowiące wcześniej podstawę opieki medycznej lecznictwo ubezpieczeniowe również zostało przejęte przez państwo. W ten sposób z dawnego systemu pozostało niewiele, a pluralizm w ochronie zdrowia przeszedł do historii.

Konstatując powyższe, pamiętać należy jednak o tym, że przed wojną nie udało się zbudować w Polsce publicznej służby zdrowia w pełnym tego pojęcia znaczeniu i wydaje się, że właśnie problemy ochrony zdrowia były najbardziej dotkliwymi spośród wszystkich obecnych w polityce społecznej Drugiej Rzeczypospolitej. Dlatego też tak powszechnie podnoszona była po zakończeniu niemieckiej okupacji potrzeba zasadniczej zmiany systemowej w tym właśnie obszarze aktywności społecznej państwa i samorządów. I zmiana taka była, obiektywnie rzecz biorąc, niezbędna, a najważniejszym elementem miało być upowszechnienie ochrony zdrowia i objęcie nią ludności wiejskiej. Przygotowywana od 1945 r. w oparciu o racjonalne przesłanki ustawa o publicznej służbie zdrowia nigdy nie stała się jednak obowiązującym prawem, a zwrot polityczny i gospodarczy, jaki w państwie nastąpił, tory reformy ochrony zdrowia poprowadził w kierunku zetatyzowanego i scentralizowanego systemu wzorowanego na modelu radzieckim.

Nowe, ideologicznie i politycznie motywowane założenia udało się wprawdzie zrealizować, ale nie oznaczało to, że wprowadzany system miał być znacząco lepszy od dotychczasowego. Na pewno był pod wieloma względami odmienny. Nie był już „wielotorowy”, a służba zdrowia została ujednolicona, na pewno jednak nie był to stan „jednolitości”, o której w pierwszych latach po wojnie mówili zwolennicy poprawy ochrony zdrowia Polaków. Co więcej, stworzony system nie tylko nie zapewniał powszechności lecznictwa, ale nadal pozostawiał *de facto* na marginesie publicznej służby zdrowia mieszkańców wsi. Mimo bowiem likwidacji lecznictwa ubezpieczeniowego nadal, podobnie jak przed wojną, to zatrudnieni poza rolnictwem mieli zapewniony bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych, wynikający z faktu pozostawiania przez nich w stosunku pracy. Liczba pracujących poza rolnictwem wraz z uprzemysłowieniem szybko się wprawdzie zwiększała, jednak w nowym systemie, tym razem już w dużej mierze ze względów politycznych, chłopci wciąż pozostali grupą upośledzoną (bezpłatną opieką zdrowotną

też wejście w życie ustawy z 7 III 1950 r. o planowym zatrudnieniu absolwentów szkół średnich zawodowych oraz szkół wyższych.

zostali objęci członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych oraz państwowych gospodarstw rolnych). W sytuacji, gdy w 1950 r. z pracy w rolnictwie indywidualnym utrzymywało się aż 43,6% ludności kraju, oznaczało to, że blisko połowa mieszkańców nadal nie miała równego dostępu do ochrony zdrowia i o fakcie tym warto pamiętać, analizując kierunek przemian dokonujących się w ochronie zdrowia w Polsce w pierwszych latach po wojnie (ludność rolnicza w pełni mogła zacząć korzystać z bezpłatnej służby zdrowia dopiero od roku 1972)²⁷.

From the Second Polish Republic to the People's Poland. The evolution of the health care system in Poland in the years 1944–1950 (Abstract)

First years after the Second World War were very difficult for the health care in Poland. The end of German occupation brought a wide range of challenges. They resulted from war damage, a significant loss of medical staff and a large scale of health risks. One of important goals of the health policy was to create the public health service available to all citizens. Initially, the restoration of the health care system was based on the model created in the interwar period. With time, along with political changes taking place in Poland, the transformation of the system began to adapt it to the centrally planned economy. The main part of this process ended in 1950. The new system was compatible with the Soviet model and was based on central and directive management which included all elements of the so-called "social health service". The private medical practice was pushed to the margin and insurance health service was taken over by the state. The system built after the war, however, was still not widespread. Most of the rural population, which represented nearly half of the country's population, were deprived of equal access to health care.

Bibliografia

Źródła archiwalne

Archiwum Akt Nowych

Ministerstwo Opieki Społecznej 1918–1939

Ministerstwo Zdrowia w Warszawie 1944–1960

Urząd Rady Ministrów [1944–1952] 1953–1996

Biblioteka Sejmowa, Krajowa Rada Narodowa

Sprawozdania z posiedzeń Komisji Zdrowia 1946

²⁷ *Mały Rocznik Statystyczny 1957*, s. 21, 27; S. Kosiński, *Społeczno-kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864–1980)*, Lublin 1983, s. 120; *Organizacja ochrony zdrowia...*, s. 34; E. Szpak, „Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.*, Warszawa 2016, s. 19–21. Obliczenia własne. W okolicznościowym wydawnictwie podsumowującym dziesięciolecie medycyny w Polsce Ludowej, wprost pisano w połowie lat pięćdziesiątych, że „w opiece nad zdrowiem ludności wiejskiej (zagadnienie odrębne i trudniejsze do rozwiązania niż w miastach) osiągnięto znacznie mniej”, por. *Dziesięciolecie medycyny w Polsce Ludowej 1944–1954*, Warszawa 1956, s. 11.

Źródła drukowane

- Druki Sejmowe, Sejm Ustawodawczy, druk nr 344, *Projekt ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 8 października 1948 r.*
- Druki Sejmowe, Sejm Ustawodawczy, druk 734, *Projekt ustawy zmieniającej ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 5 maja 1950 r.*
- Druki Sejmowe, Sejm Ustawodawczy, druk 736, *Projekt ustawy o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych z 5 maja 1950 r.*
- Druki Sejmowe, Sejm Ustawodawczy, druk 762, *Projekt ustawy o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego z 28 czerwca 1950 r.*
- Druki Sejmowe, Sejm Ustawodawczy, druk 807, *Projekt ustawy o zawodzie lekarza z 24 października 1950 r.*
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej 1938, 1939, 1948, 1949, 1950, 1951
- Mały Rocznik Statystyczny 1957*
- Protokół nr 32 posiedzenia Biura Politycznego z dnia 20 grudnia 1947 r.*, w: *Protokoły posiedzeń Biura Politycznego KC PPR 1947–1948*, przygotował do druku, opatrzył wstępem i przypisami A. Kochański, Warszawa 2002
- „Rocznik Polityczny i Gospodarczy” 1948
- Rocznik Statystyczny 1947*
- Sprawozdania Stenograficzne z posiedzeń Sejmu Ustawodawczego 1948
- Sprawozdanie z działalności Zarządu Związku Zawodowego Służby Zdrowia w Otwocku za czas od dn. 27.8.1944 r. do dn. 23.6.1946 r.*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 7

Opracowania

- Dziesięciolecie medycyny w Polsce Ludowej 1944–1954*, Warszawa 1956
- Gosiewski R., *W sprawie ośrodków zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 1–2
- Grata P., *Polityka społeczna Drugiej Rzeczypospolitej. Uwarunkowania – instytucje – działania*, Rzeszów 2013
- Grata P., *Social privileges in the Second Polish Republic*, „Studia Historiae Oeconomicae” 33, 2015
- Grynberg Z., *Jednolita służba zdrowia. Referat wygłoszony na Zjeździe Naczelników Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia w dn. 8 i 9 VII 1945*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 2
- Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994
- Jednolite płace w służbie zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1947, nr 12
- Kacprzak M., *Zdrowie narodu jest warte ofiar*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 6
- Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945–2005*, oprac. i komentarz Z. Wiśniewski, Warszawa 2005
- Kosiński S., *Spoleczno-kulturowe i strukturalne przemiany warunków zdrowotnych polskiej wsi (1864–1980)*, Lublin 1983
- Lebioda J., *Rola i zadania lekarza w Polsce Odrodzonej*, „W Służbie Zdrowia” 1948, nr 1–2
- Majorowska W., *Powołanie do życia Zakładu Lecznictwa Pracowniczego*, „Praca i Opieka Społeczna” 1950, nr 3
- Minister zdrowia o ubezpieczalniach społecznych*, „Przegląd Lekarski” 1945, nr 5
- Mittelstaedt M., *Jednolite płace w służbie zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 1–2
- Morzycki J., *Czy grozi nam wybuch epidemii?*, „Rada Narodowa” 1945, nr 10
- Nasierowski T., *Samorząd lekarski w Polsce*, t. 1, Warszawa 1989
- Ogólnopolski Zjazd Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Warszawa 1–2 grudnia 1946 r.*, „W Służbie Zdrowia” 1947, nr 3
- Organizacja ochrony zdrowia*, red. J. Indulski, Warszawa 1984
- Pierwsze posiedzenie Państwowej Rady Zdrowia*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 5–6

- Ryder K., *Projekt organizacji powszechnej służby zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1947, nr 9
- Sawicki F., *Uwagi o obecnej sytuacji w Służbie Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 7–8
- Służba zdrowia w Polsce*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 5–6
- Stępniewski J., *Państwowa Rada Zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 1
- Stypułkowski S., *Wiejskie ośrodki zdrowia*, „W Służbie Zdrowia” 1946, nr 6
- Szarejko P., *Aktualne zagadnienia szpitalnictwa polskiego*, Warszawa 1948
- Szarejko P., *Utworzenie jednolitego związku służby zdrowia jest palącym zagadnieniem dnia*, „Dziennik Zdrowia” 1945, nr 8
- Szpak E., *„Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli”. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.*, Warszawa 2016
- Sztachelski J., *Plan Sześćioletni w Służbie Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 9–12
- Sztachelski J., *Zagadnienie gospodarki planowej w Służbie Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 5–6
- Wilczyński H., *O zasadach planowania w zakresie Służby Zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 5–6
- Zagadnienie ujednoczenia służby zdrowia na tle zjednoczenia partii robotniczych*, „W Służbie Zdrowia” 1948, nr 12

Paweł Grata, dr hab. prof. Uniwersytetu Rzeszowskiego. Kierownik Zakładu Historii Gospodarczej i Społecznej w Instytucie Historii. Zainteresowania badawcze: historia gospodarcza i społeczna, polityka społeczna, polityka gospodarcza. Wybrane publikacje: *Przemysł gorzelniczy w II Rzeczypospolitej* (2002), *Monopole skarbowe w polityce podatkowej Drugiej Rzeczypospolitej* (2009), *Polityka społeczna Drugiej Rzeczypospolitej. Uwarunkowania – instytucje – działania* (2013).

Kontakt: pgrata@wp.pl