

Alfred Lutrzykowski

Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej

Piotrkowskie Zeszyty Historyczne 3, 255-267

2001

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Alfred Lutrzykowski

PODSTAWY PRAWNE OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIERWSZYCH LATACH PO ZAKOŃCZENIU II WOJNY ŚWIATOWEJ

Siły polityczne, które w wyniku dramatycznego splotu okoliczności i czynników międzynarodowych oraz wewnętrznych w latach 1944-1945 przejęły w Polsce władzę, od pierwszych dni swej aktywności podkreślały przywiązanie do ideałów demokracji, sprawiedliwości społecznej i humanizmu. Komunistyczna lewica stanowiąca główny syndrom formacji politycznej, która przy wsparciu i znaczącej pomocy radzieckiej podjęła dzieło tworzenia nowego porządku społeczno-politycznego i ekonomicznego, potrzebowała również uzasadnień i motywacji normatywnych dla swoich przedsięwzięć.

Nie bez powodu sięgnięto więc do Konstytucji Marcowej z 1921 r., znajdując w niej ustrojowy model wybitnie nadający się do tego, by uczynić zeń własny paradygmat polityczny i argument psychologiczno-propagandowy. Ten bowiem dokument był typowy dla systemów demokratycznych¹ i jako taki stanowił dla nowych władz korzystny i obiecujący punkt odniesienia. Zarówno na użytek stosunków wewnętrznych i chęć zjednania sobie poparcia możliwie najszerszych kręgów społecznych, jak i pod kątem odniesień międzynarodowych Konstytucja Marcowa dawała władzom komunistycznym mocne alibi. Szczególnie wobec krajowych zwolenników przywrócenia przedwojennego porządku politycznego i państw zachodnich powoływanie się na ten dokument mogło odegrać ważną rolę w kształtowaniu atmosfery społecznej wokół obozu lubelskiego.

Nowy system władzy, kształtujący się na sukcesywnie wyzwanych przez Armię Radziecką i ludowe Wojsko Polskie ziemiach naszego kraju, podejmował zadania związane z rozwiązywaniem wszystkich podstawowych problemów życia społecznego. Nie bacząc na brak konstytucyjnej czy politycznej legitymacji, obóz komunistyczny określał porządek ustrojowy i tworzył struktury wykonawcze o charakterze państwowym. Przedmiotem ich działania stawały się kolejne dziedziny stosunków politycznych, ekonomicznych i socjalnych. Powstawał aparat zajmujący się realizacją funkcji państwa nowego typu, budowę którego proklamował obóz komunistycznej lewicy. Szczególną cechą nowego „ustroju sprawiedliwości społecznej”, jak głosił program obozu lubelskiego, miała być troska o sprawy obywateli, podstawy jego bytu i przysługujące im prawa. Jednym z tych praw było prawo do opieki zdrowotnej czy szerzej to ujmując – ochrony zdrowia. Na wzór demokratycznych ustrojów deklarowano zatem, że do katalogu funkcji państwa ludowego wpisane

¹ L. G a r l i c k i, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 1999, s. 11.

będą działania na rzecz tworzenia warunków zabezpieczających zdrowotność społeczeństwa i niesienie pomocy lekarsko-medycznej potrzebującym.

Konsekwencją odwoływania się do Konstytucji Marcowej było przywrócenie de facto mocy obowiązującej ustawodawstwa międzywojennego. Tego oczywiście władze dokonywały selektywnie, odpowiednio do własnych koncepcji i potrzeb. W odniesieniu do opieki zdrowotnej rozwiązania przedwojenne okazały się, w zasadzie, funkcjonalne wobec przyjmowanych założeń i zakładanych celów społecznych. Sytuacja była jednakże skomplikowana w związku z brakiem jednoznacznej koncepcji preferowanego modelu ochrony zdrowia i opieki lekarskiej nad ludnością.

W chwili podjęcia przez PKWN działalności nie było jeszcze ostatecznej decyzji, jaki system organizacyjny będzie obowiązywał. Pierwsze trzy lata, licząc od 1944 r., to okres dyskusji i sporów co do przyszłego modelu opieki zdrowotnej i zasad polityki państwa ludowego w tym zakresie². Ujawniały się tu dwa kierunki, z których jeden prowadziłby do przywrócenia rozwiązań przedwojennych, drugi zaś wskazywał na konieczność zasadniczych zmian w dziedzinie opieki zdrowotnej. Model lecznictwa z okresu przedwrześniowego miał wielosektorowy charakter i jako taki nie przystawał w pełni do koncepcji i programów ustrojowych lewicy, w których wyraźne było dążenie do centralizacji zarządzania podstawowymi dziedzinami życia społecznego. Deklaracje programowe tego obozu zawierały również obietnice stopniowego upowszechniania opieki zdrowotnej poprzez obejmowanie nią tych grup zawodowych i środowisk, które dotychczas były pozbawione możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach systemów ubezpieczeniowych.

Dyskusje te trwały nadal, choć w praktyce nowe władze musiały podejmować działania zabezpieczające pomoc lekarsko-medyczną coraz to liczniejszym rzeszom obywateli. Resort Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia PKWN, obok bieżącej działalności związanej z odbudową i tworzeniem placówek służby zdrowia, podjął prace nad przygotowaniem projektów dekretów i rozporządzeń dotyczących organizacji i zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Realizacja deklaracji socjalnych, w tym dotyczących opieki zdrowotnej, formułowanych przez ugrupowania lewicowe w okresie okupacji, wymagała znacznych zmian przedwojennego modelu służby zdrowia. Miało się to dokonywać jednocześnie z odtworzeniem infrastruktury lecznictwa i radykalnych działań zmierzających do podniesienia poziomu zdrowotności społeczeństwa. Postanowiono też eliminować te cechy i zasady modelu przedwojennego, które uznano za sprzeczne z założeniami lewicy w tym zakresie lub w ogóle z pryncypiami ustrojowymi i ideologicznymi.

Jako czynnik hamujący realizację zakładanego modelu opieki zdrowotnej uznano między innymi wielotorowość i wielosektorowość systemu przedwojennego. Dlatego Resort POSiZ PKWN-u objął sprawy lecznictwa i profilaktyki należące do kompetencji państwowej służby zdrowia, samorządów miejskich i Ubezpieczalnię Spo-

² Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Kształtowanie się koncepcji społecznej służby zdrowia w Polsce do 1953 r.* Praca habilitacyjna, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1986, s. 310 i nast. T e n z e, *Spyry o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do roku 1948)*. Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 1995, s. 203 i nast.

lęczną. Miało to służyć koordynacji przedsięwzięć w zakresie tworzenia instytucjonalnej sieci służby zdrowia, a także ułatwianiu kooperacji międzyresortowej niezbędnej w tym przypadku.

Podejmowały również działalność instytucje leczniczo-medyczne prowadzone przez osoby prywatne, organizacje społeczne o charakterze charytatywnym czy kongregacyjno-wyznaniowym. Swą działalność reaktywował samorząd lekarski i aptekarski oraz inne instytucje leczniczo-profilaktyczne działające w okresie międzywojennym. Przywracane regulacje prawne z dziedziny spraw socjalnych były odpowiednio modyfikowane, stosownie do założeń i haseł ustrojowo-politycznych. Te ostatnie zaś niezmiennie wskazywały troskę o człowieka stanowiącą zasadniczy motyw rewolucyjnych przemian, które muszą dokonać się w Polsce.

Warunki, w jakich wznawiały swoją działalność zakłady lecznicze i inne placówki opieki zdrowotnej oraz kadry medyczne, były niezwykle trudne. Dewastacja kraju dokonana przez okupanta i przesuwający się na zachód front wojenny dotknęły te placówki i zakłady w stopniu szczególnie dotkliwym. Okupacyjny system organizacyjny i hitlerowskie prawodawstwo odcisnęły również swoje piętno. Znoszenie ponemieckich regulacji prawnych było jednym z głównych kierunków działalności nowych władz, w tym również Resortu POSiZ PKWN-u. Ważnym zadaniem było, w miarę wyzwalań kolejnych obszarów, zastępowanie ustawodawstwa i struktur organizacyjnych opieki zdrowotnej na Górnym Śląsku oraz na terenach dawnych województw poznańskiego i pomorskiego.

Działalność organów zarządzających sprawami opieki zdrowotnej opierała się na rozwiązaniach przyjętych w ustawie z 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. RP. Nr 54, poz. 342). Ustawa ta, nie wprowadzona w życie z powodu wybuchu wojny, w szeroki sposób ujmowała realizację polityki zdrowotnej przez poszczególne działy administracji państwowej a także przez samorządy. Jej przedmiotem były sprawy związane z lecznictwem oraz profilaktyka. Przedmiotem szczególnego zainteresowania, co w warunkach powojennych było oczywiste, stały się – regulowanej w tej ustawie – zadania zwalczania chorób zakaźnych i zapobiegania ich powstawaniu i szerzeniu się, działalność zakładów leczniczych, nadzór sanitarny, nadzór nad artykułami spożywczymi i użytkowymi oraz nadzór nad lekami.

Realizacja zadań ochrony zdrowia na całym obszarze wyzwolanych ziem polskich wymagała organizowania odpowiednich służb i instytucji w terenie, poza większymi aglomeracjami miejskimi. Uchylenie przez PKWN podziału terytorialnego ustanowionego przez okupanta³ i przywrócenie przedwojennego systemu jednostek terytorialnych umożliwiło rozmieszczanie placówek i kadr medycznych w województwach, powiatach i gminach. Restytuowanie samorządu terytorialnego⁴ ułatwiało w pewnym stopniu administracji państwowej wypełnianie zadań opieki zdrowotnej w terenie, a przede wszystkim jej odbudowy w pierwszym okresie. Te-

³ Dekret PKWN z 21 sierpnia 1944 r., o trybie powołania władz administracji ogólnej I i II instancji Dz.U. R.P. Nr 2, poz. 8.

⁴ Dekret PKWN z 23 listopada 1944, o organizacji i zakresie działania samorządu terytorialnego, Dz.U. RP. Nr 14, poz. 74.

renowe ogniwa administracji państwowej zostały zobligowane do współdziałania z organami samorządu terytorialnego w podejmowaniu kroków zmierzających do zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych i społecznych, rozwiązywania problemów sanitarno-porządkowych na terenie miast, wsi oraz innych jednostek osiedleńczych. Samorząd terytorialny, zgodnie z zakresem swoich kompetencji, posiadał własne służby opieki zdrowotnej, działające w ramach województwa, powiatu i gminy. Organami fachowymi, jak je określano, miały być odpowiednie zespoły kierowane przez lekarza wojewódzkiego, lekarza powiatowego oraz lekarza okręgowego lub gminnego. Do zakresu ich działania należały również sprawy z zakresu profilaktyki i nadzoru sanitarno-higienicznego⁵.

Odbudowa placówek publicznej służby zdrowia w pierwszych miesiącach po wyzwoleniu odbywała się przy pomocy grup operacyjnych w skład których wchodził oficerowie i podoficerowie Wojska Polskiego. Działania te zbiegały się z rozbudową rad narodowych w terenie, które obejmowały funkcje instytucji organizujących realizację zadań publicznych i kierujących wszystkimi ważnymi dziedzinami życia społecznego w poszczególnych jednostkach terytorialnych.

Jednym z istotnych powodów trudności w realizacji zadań opieki zdrowotnej w pierwszym okresie po wyzwoleniu był brak odpowiedniej liczby lekarzy, pielęgniarek, sanitariuszy, aptekarzy, dentystów i innych fachowych kadr medycznych. Był to jeden z tragicznych skutków wojny i okupacji. W początkowych miesiącach na 7,5 mln mieszkańców wyzwolonych już terenów było zaledwie 1300 lekarzy, z których część jesienią 1944 r. otrzymała powołania do wojska⁶. Próby reaktywowania samorządu zawodowego lekarzy przyczyniły się do nawiązywania kontaktów z lekarzami oraz rejestracji kadr medycznych. Podjęto jednocześnie starania o uruchomienie pierwszych szkół pielęgniarstwa oraz położnych. W działającym już Uniwersytecie im. M. Curie-Skłodowskiej powołany został Wydział Lekarski.

Zniszczenia wojenne spowodowały poważne trudności w zakresie zaopatrzenia w leki i inne środki pomocnicze w leczeniu i rehabilitacji. Uruchomiane stopniowo zakłady farmaceutyczne nie były jednak że w stanie zaspokoić potrzeb ludności cywilnej i wojska. Pod koniec roku sytuacja pod tym względem była dramatyczna. Pomoc zagraniczna nie zmieniła tego stanu rzeczy. Wznawiały działalność apteki. Część z nich uruchomiali ich dotychczasowi właściciele. Dla aptek nie objętych przez właścicieli władze wojewódzkie powoływały kierowników komisarycznych. Zaczęto też tworzyć apteki państwowe. Reaktywujące się Izby Aptekarskie włączano do działań mających na celu rejestrację aptekarzy, opracowywania cenników leków itp.⁷

Rozliczne działania podejmowane przez nowe władze oraz samorządy w dziedzinie opieki zdrowotnej musiały mieć w miarę trwałe zabezpieczenie źródeł finansowania lecznictwa i profilaktyki. Placówki lecznicze wznawiające działalność oraz

⁵ L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 27 i nast.

⁶ Podają za Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Kształtowanie się koncepcji...*, s. 375.

⁷ Zob. K. H a n i s z, *Geneza i rozwój aptekarstwa w Polsce do 1951 r.*, „Magazyn Historii Farmacji i Medycyny” R. 2, 1995, nr 2.

nowe zakłady powoływane w celu świadczenia usług zdrowotnych należało wkomponować w określony system organizacyjny mający odpowiednie podstawy materialno-finansowe oraz zaplecze kadrowe. W pierwszych miesiącach nikt nie znał odpowiedzi na pytanie, jaki to ma być system?!

Nie stawiano otwarcie pytania o to czy cały ciężar świadczeń zdrowotnych weźmie na siebie ludowe państwo, czy też świadczeniobiorcy będą musieli w jakimś stopniu partycypować w pokrywaniu kosztów leczenia.

Manifest Lipcowy PKWN zawierał zapowiedź odtworzenia i rozbudowy instytucji ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby. Traktowano to jako jeden z istotnych kierunków „rewolucji społecznej” prowadzącej do projektowanych głębokich przemian. Zresztą już wcześniej, w obozie KRN, sformułowano postulaty zapewnienia przez Państwo bezpłatnej, powszechnie dostępnej pomocy lekarskiej, uspołecznienia produkcji leków, a także planowego rozwoju medycyny i służb medycznych⁸. Zgodnie z tymi założeniami Resort POS i Z PKWN-u przejął nadzór nad funkcjonowaniem restytuowanych Ubezpieczalni Społecznych w większych miastach położonych na terenach wyzwolonych. Ponieważ latem i jesienią 1944 r. nie działał jeszcze Zakład Ubezpieczeń Społecznych, to właśnie Ubezpieczalnię przejęły czynności związane z wypłatami rent i emerytur⁹.

Problematyka zabezpieczeń społecznych była przedmiotem szczególnego zainteresowania nowych władz. Toteż PKWN dwoma dekretemi z 7 września 1944 r. rozszerzył zakres ubezpieczeń oraz zlikwidował dopłaty pobierane przez Ubezpieczalnię od ubezpieczonych, a także przywrócił samorząd w Ubezpieczalniach Społecznych¹⁰ Resort POS i Z przygotował szereg rozporządzeń wykonawczych dostosowujących postanowienia ustawy z 1933 r. o ubezpieczeniach społecznych do nowych dyspozycji przyjętych we wspomnianych dekreтах.

Przedstawione działania i decyzje nowych władz, w tym zwłaszcza Resortu POS i Z PKWN-u, prowadził do skoncentrowania niemal wszystkich pionów służby zdrowia w tym właśnie resorcie. Motywowano to potrzebą stworzenia jednego ośrodka dyspozycji i kierowania zbyt rozproszonymi organizacyjnie instytucjami i placówkami świadczeń zdrowotnych. Uzasadniać to miała waga stojących przed władzami zadań w tym zakresie i potrzeba rozwiązywania najpilniejszych problemów: odbudowy i tworzenia nowych placówek opieki zdrowotnej, w tym szczególnie szpitali oraz walki z chorobami zakaźnymi¹¹.

⁸ W. Ł u c z a k, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, XXXVII, 3, s. 275.

⁹ Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Problemy zabezpieczenia społecznego w okresie działalności PKWN*, „Polityka Społeczna”, 1984, nr 7, s. 23-24.

¹⁰ Tak jak i w innych przypadkach, w odniesieniu do ubezpieczeń społecznych, milcząco zakładano moc obowiązującą ustawy z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniach społecznych (Dz.U. RP. Nr 51, poz. 396 z późniejszymi zmianami). Zob. Dz.U. RP. z 1944 r. Nr 5, poz. 24 i 25.

¹¹ Zob. J. N a u m i u k, *Początki władzy ludowej na Kielecczyźnie*, Lublin 1969, s. 44 i inne; „Rzeczpospolita”, 1944, nr 98 (9 XI 1944), s. 3.

Kondycja zdrowotna społeczeństwa polskiego wychodzącego powoli z okupacyjnej i wojennej tragedii nakazywała podejmowanie zdecydowanych i natychmiastowych przedsięwzięć leczniczych i profilaktycznych. Nasilenie zachorowań na gruźlicę, jaglicę, tyfus brzuszny, tyfus plamisty, czerwonkę, świerzb oraz choroby weneryczne stwarzało stan poważnego zagrożenia społecznego. Sytuację pogarszała narastająca migracja ludności. Dla podjęcia skoordynowanych działań i zapobiegawczych i leczniczych, na podstawie uchwały PKWN z 20 listopada 1944 r. i rozporządzenia Prezydenta KRN z 24 listopada 1944 r. powołany został Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami. Organ ten został wyposażony w szerokie kompetencje w zakresie kierowania działalnością rozmaitych instytucji włączonych do zwalczania epidemii chorób zakaźnych¹².

Poważnym problemem było zapewnienie opieki lekarsko-medycznej ogromnym rzeszom ludzi przemieszczających się po wolnych obszarach. Repatrianci, osoby powracające z obozów i przymusowych robót czy reemigranci wymagali wszechstronnej pomocy. Stan ich zdrowia wymagał nader często radykalnych działań leczniczych. Rozwiązywanie tych problemów powierzono Państwowemu Urzędowi Repatriacyjnemu, powołanemu dekretem PKWN z 7 października 1944 r. (Dz.U. RP. Nr 7, poz. 32). Urząd ten stał się głównym dysponentem środków materialnych i organizatorem jednostek służby zdrowia zajmujących się świadczeniami medycznymi na rzecz repatriantów, przesiedleńców i powracających z obozów¹³.

Jednym z pierwszoplanowych zadań władzy było uruchomienie zakładów pracy, wznawianie produkcji, podejmowanie działalności usługowej oraz wielu instytucji, urzędów itp. W związku z tym pojawiła się potrzeba reaktywowania Inspekcji Pracy, która zajęłaby się kontrolowaniem przestrzegania podstawowych norm prawnych dotyczących warunków pracy, jej bezpieczeństwa i higieny oraz respektowania praw pracowniczych. I w tym przypadku przywrócono moc obowiązującą przepisów okresu międzywojennego normujących działalność Inspekcji Pracy. Wykonywane przez nią zadania miały ogromne znaczenie z punktu widzenia zapobiegania wypadkom przy pracy i tworzenia przez pracodawców warunków, które nie zagrażałyby zdrowiu pracowników¹⁴.

Realizacją zadań ochrony zdrowia zajmowały się, w różnym wymiarze i pod różnym kątem, także organizacje i instytucje społeczne, które wznawiały swoją działalność na wyzwalanych terenach. Podejmowały one współpracę z Resortem POS i Z, co często było warunkiem uzyskania przez nie odpowiedniej pomocy materialnej czy wsparcia organizacyjnego resortu. Pośród nich szczególną aktywnością

¹² J. M o k r z y c k i, A. K l i n b e r g, *Naczelny Nadzwyczajny Komisariat do Walki z Epidemiami w latach 1944-1945*, Warszawa 1946.

¹³ W. P o g o r z e l s k i, *Służba zdrowia Państwowego Urzędu Repatriacyjnego 1945-1948*, Łódź 1948.

¹⁴ Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 16 marca 1928 r. o bezpieczeństwie i higienie pracy (Dz.U. RP. Nr 35, poz. 325) oraz Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 22 sierpnia 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu (Dz.U. RP. Nr 78, poz. 676).

wyróżniały się: Polski Czerwony Krzyż, Związek Inwalidów, Centralny Komitet Żydowski, Centralny Komitet Opieki Społecznej (powstały w wyniku przekształcenia Rady Głównej Opiekuńczej).

Pierwszy etap kształtowania się organizacyjnych struktur opieki zdrowotnej w powojennej Polsce zakończył się niemal równocześnie z zakończeniem działalności PKWN-u i powołaniem przez KRN Rządu Tymczasowego. W składzie Rządu Tymczasowego działało Ministerstwo Pracy Opieki Społecznej i Zdrowia¹⁵, będąc instytucjonalną kontynuacją Resortu POS i Z PKWN-u. Jednakże szereg zadań z zakresu opieki zdrowotnej znalazło się wkrótce w gestii innych resortów.

Na mocy dekretu Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 1945 r.¹⁶ (Dz.U. RP. Nr 12, poz. 63) o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia utworzono dwa odrębne resorty: Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (art. 2 dekretu). Dekret ten nie określał jasno zadań tworzonego resortu zdrowia ani nie wskazywał, jaką rolę ma on odgrywać wobec innych resortów i instytucji realizujących również zadania opieki zdrowotnej. W tej sytuacji zakres kompetencji Ministra Zdrowia precyzowano w oparciu o przepisy międzywojenne, a zwłaszcza w oparciu o ustawę o publicznej służbie zdrowia, a także instrukcji dotyczącej organizacji i działalności ośrodków zdrowia¹⁷.

Koncepcja zakresów działania poszczególnych ministerstw przyjęta przy tworzeniu Rządu Tymczasowego spowodowała, że sprawami ochrony zdrowia miało się zajmować odtąd kilkanaście resortów. Powodowało to rozczłonkowanie organizacyjne służby zdrowia większe niż miało to miejsce przed wojną. Rozwiązanie takie w pierwszym okresie odbudowy kraju nie było z pewnością właściwe. Dotychczasowe przedsięwzięcia zmierzające do stworzenia jednego resortowego ośrodka dyspozycji i nadzoru nad sprawami opieki zdrowotnej zostały tym samym przekreślone¹⁸.

Odtąd państwowa służba zdrowia podlegała Ministrowi Zdrowia, natomiast lecznictwo samorządowe podporządkowano Ministrowi Administracji Publicznej. Rozbudowana sieć lecznictwa pracowniczego stała się domeną Ministra Pracy i Opieki Społecznej. Sprawy opieki zdrowotnej znajdowały się też w gestii Ministra Oświaty, Ministra Apropowizacji i Handlu, Ministra Odbudowy, Ministra Przemysłu, Ministra Rolnictwa i Reform Rolnych, a od listopada 1945 r. także Ministra Ziem Odzyskanych¹⁹. Trzeba również zaznaczyć, iż odrębnie zorganizowaną i wydzieloną służbę zdrowia posiadały: Ministerstwo Komunikacji, Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego i Mini-

¹⁵ Ministerstwo to zostało powołane ustawą KRN z 31 grudnia 1944 r. (Dz.U. RP. Nr 19, poz. 99).

¹⁶ Dekret ten wszedł w życie dnia 14 kwietnia 1945 r.

¹⁷ Ustawa z 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. RP. Nr 54, poz. 342) oraz Okólnik nr 32/39 Ministra Opieki Społecznej z 15 lipca 1939 r. opublikowany w Dzienniku Zdrowia, 1-15 października 1945 r.

¹⁸ Słusznie zauważa to Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Spory o model...*, s. 205.

¹⁹ Utworzenie Ministerstwa Ziem Odzyskanych „na okres przejściowy; dopóki tego wymagać będą potrzeby nadzwyczajne”, art. 1 dekretu (Dz.U. R.P. Nr 51, poz. 295). Do tego ministerstwa włączono PUR (art. 3 dekretu).

sterstwo Obrony Narodowej. Funkcjonowanie tych instytucji służby zdrowia regulowały przepisy resortowe określając ich organizację, krąg uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz zasady udzielania tych świadczeń.

Uchwała Rady Ministrów z 24 kwietnia 1945 r.²⁰ była próbą określenia zadań i zakresu czynności resortu zdrowia w sytuacji nader zdawkowego brzmienia dekretu powołującego Ministerstwo Zdrowia jako samodzielny dział administracji państwowej szczebla centralnego. W uchwale tej znalazło się wprawdzie stwierdzenie, że Minister Zdrowia „jest kierownikiem zdrowia publicznego w państwie”, to jednak oczywiste było, że jest on tylko jednym z decydentów w systemie opieki zdrowotnej kraju. Kierownicy resortów: Apropozycji i Handlu, Przemysłu, Rolnictwa i Reform Rolnych otrzymali polecenie działań zabezpieczających potrzeby Ministerstwa Zdrowia w zakresie odpowiedniej ilości leków, odczynników, aparatury i narzędzi medycznych. Minister Zdrowia otrzymał znaczne kompetencje w dziedzinie szkoleniu kadr medycznych, choć i tu w przypadku uniwersyteckiego kształcenia na wydziałach medycznych odbywało się to pod nadzorem Ministra Oświaty.

Minister Zdrowia został zobowiązany do przygotowania, wspólnie z Ministrami Administracji Publicznej oraz Pracy i Opieki Społecznej, projektu dekretu przenoszącego wszystkie zagadnienia zdrowia publicznego do kompetencji jednego resortu. Rozproszenie resortowe służby zdrowia i przynależność placówek świadczących usługi zdrowotne do różnych instytucji i organizacji społecznych powodowały pewne komplikacje co do możliwości kompleksowego rozwiązywania określonych problemów, planowania ich rozwoju czy wreszcie finansowania. Utrudnione było dokonanie swoistego bilansu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i nakreślenia zadań rozbudowy infrastruktury służby zdrowia. Minister Zdrowia miał w tym czasie ograniczone uprawnienia koordynacyjne i znikome możliwości oddziaływań organizacyjno-zarządzających²¹.

Przed Ministrem Zdrowia stało zadanie niezwykle trudne. Opracowanie jednolitej koncepcji w podstawowych sprawach odnoszących się do realizacji zadań opieki zdrowotnej na tym etapie kształtowania się modelu politycznego i gospodarczego Polski było wręcz niemożliwe. Tymczasem na resort Zdrowia nałożono obowiązek opracowania koncepcji (i zasad jej realizacji), którą wówczas nazywano „ujednotorowieniem służby zdrowia”²².

Spory o kształt ustrojowy miały również swoje konkretne odniesienia do problemów związanych z modelem opieki zdrowotnej. Ten ostatni bowiem jest swego rodzaju odbiciem założeń ustrojowych państwa. Obrona wielotorowości i wielosektorowości była faktycznie próbą obrony przedwojennego porządku w tej nadszwyczej ważnej dziedzinie życia społecznego. Ministerstwo Zdrowia poddawane było ostrej krytyce ze strony niemal wszystkich organizacji i ugrupowań politycznych. Był to okres ostrych dyskusji politycznych. Podjęcie prac nad projektami

²⁰ Uchwała niepublikowana. Podaję za: L. K r o t k i e w s k a, *op. cit.*, s. 35. Zob. też, Z. J a s t r z ę b o w s k i, *op. cit.*, s. 206.

²¹ W. Ł u c z a k, *op. cit.*, s. 277.

²² L. K r o t k i e w s k a, *op. cit.*, s. 43.

przyszłych rozwiązań zaostriżyło krytykę resortu i ton dyskusji nad modelem służby zdrowia w Polsce. Ujawniły się kontrowersje pomiędzy obozem lewicy komunistycznej a siłami zachowawczymi. Rozbieżności pojawiły się również między PPR i PPS²³.

Przytaczana w toku dyskusji i sporów argumentacja pozostawała w związku z rosnącym ciśnieniem społecznym powodowanym zwiększającymi się potrzebami w sferze opieki zdrowotnej. Na ogół każdy z dyskutantów na swój sposób oceniał znaczenie tych potrzeb i projektował zasady i formy rozwiązywania problemów zdrowotności obywateli. Rzeczywistość zaś wymagała natychmiastowych przedsięwzięć. Minister Zdrowia, mimo braku precyzyjnych regulacji prawnych podejmował – jako ów kierownik zdrowia publicznego w państwie – szereg kroków zmierzających do likwidacji zagrożeń i niesienia konkretnej pomocy lekarsko-medycznej poszczególnym grupom i środowiskom społecznym.

Do najpilniejszych zadań należało zorganizowanie możliwie szerokiej opieki nad matką i dzieckiem, prowadzenie akcji przeciwgruźliczej i przeciwwenerycznej, zwalczanie jaglicy, rozszerzanie opieki nad psychicznie chorymi oraz wiele innych akcji i prac organizacyjnych. Niezwykle pilnym i politycznie ważnym zadaniem było obejmowanie opieką zdrowotną ludności wiejskiej, która stanowiła około 3/4 całego polskiego społeczeństwa.

Te priorytety określały kierunki działań, na których koncentrował się resort zdrowia. Wydane zostały specjalne zarządzenia, okólniki bądź pisma okólne zobowiązujące wojewodów i organy samorządu terytorialnego do podjęcia określonych działań, organizacji placówek i zapewnienia odpowiednich środków materialnych i finansowych na wskazane cele lecznicze i profilaktyczne²⁴. Wojewódzkie, powiatowe i gminne (lub okręgowe) ośrodki zdrowia miały objąć zakresem działania całą ludność. Placówki te świadczyły bezpłatne usługi lecznicze w przypadku chorób zakaźnych, chorób społecznych, w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, pomocy położniczej na terenach wiejskich, pomocy w nagłych przypadkach oraz opieki medycznej nad szkołami. Inne usługi były świadczone odpłatnie.

Podejmowane przez resort zdrowia i inne urzędy oraz instytucje działania koordynacyjne i poszerzające bazę organizacyjną i materialno-techniczną służby zdrowia nadal uważano za rozwiązania niewystarczające. Dezyderat Poselskiej Komisji Zdrowia KRN przyjęty na posiedzeniu w dniu 25 sierpnia 1945 r. wskazywał na konieczność jednolitego działania w sprawach opieki zdrowotnej przy zachowaniu kierownictwa Ministra Zdrowia jako kierownika „jednotorowej” służby zdrowia. Posłowie domagali się scalenia całej problematyki zdrowia w jednym resorcie²⁵.

Jednym z pierwszych posunięć w tym zakresie było wydanie przez Ministra Zdrowia Okólnika nr 21/45, z dnia 18 września 1945 r. o organizacji służby zdrowia na wsi²⁶. Okólnik zalecał naczelnikom wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich i

²³ Tamże oraz Z. J a s t r z ę b o w s k i, *op. cit.*, s. 384-385.

²⁴ Wykaz Okólników i Pism Okólnych resortu, zob. W. Ł u c z a k, *op. cit.*, s. 278.

²⁵ L. K r o t k i e w s k a, *op. cit.*, s. 45.

²⁶ Okólnik Ministerstwa Zdrowia Nr 21/45 z 18 września 1945 r. O organizacji służby zdrowia na wsi. Dziennik Zdrowia 1945, nr 2.

lekarzom powiatowym ściłą współpracę z organami samorządu terytorialnego, ubezpieczalniami społecznymi, partiami politycznymi, Związkiem Samopomocy Chłopskiej oraz duchowieństwem. Przewidziane zostało tworzenie powiatowych i gminnych komisji zdrowia składających się z czynnika fachowego oraz przedstawicieli społecznych. Komisje te miały być organami kontroli pracy ośrodka zdrowia, warunków sanitarno-higienicznych na wsi, propagandy i upowszechniania wiedzy zdrowotnej. Przystąpiono do powoływania komitetów porozumiewawczych dla organizowania ośrodków zdrowia.

Resort zdrowia podjął też próbę doprowadzenia do większej koordynacji działań w zakresie opieki zdrowotnej w ramach województwa. Służyć temu miało powołanie wojewódzkich komisji koordynacji lecznictwa. Miały one funkcjonować do czasu powołania organów doradczych w myśl ustawy o publicznej służbie zdrowia (1939 r.)²⁷. W skład komisji, na czele której stał naczelnik wojewódzkiego wydziału zdrowia, wchodziła przedstawiciele ubezpieczalni społecznych z terenu województwa, dwóch przedstawicieli samorządu terytorialnego delegowanych przez wojewódzką radę narodową (w Łodzi przez Radę Miejską) oraz przedstawiciele: Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i izby lekarskiej. Komisje te miały opracowywać opinie i wnioski dla władz naczelnych dotyczące współpracy i koordynacji działalności samorządu terytorialnego i ubezpieczalni społecznych.

Jednakże i te przedsięwzięcia mające na celu względne ujednoczenie działalności rozlicznych struktur zajmujących się sprawami zdrowotności obywateli nie zadowalały zwolenników daleko posuniętej „jednotorowości”. Można by określić istniejącą sytuację metaforycznie jako swoisty opór materii nie poddającej się zbyt łatwo nowym tendencjom ujawnianym przez władze polityczne i kierownictwo państwowe. Tradycja wielotorowości i wielosektorowości, pewne schematy i przyzwyczajenia przedwojennej kadry działały inercyjnie wobec posunięć resortu dążącego do podporządkowania sobie rozproszonych dotąd i często niezależnych ogniw służby zdrowia oraz skoncentrowania decyzji w rękach Ministra Zdrowia.

Dotychczasowe posunięcia koordynacyjno-koncentracyjne miały i tę słabość, że dokonywano tego aktami resortowymi o różnej randze i mocy obowiązującej. W efekcie okazywało się, nie było dostatecznie skutecznych instrumentów prawnych wdrażania wskazań, zaleceń czy ustaleń Ministra Zdrowia²⁸. W tej sytuacji władze sięgnęły po środki prawne umożliwiające egzekwowanie „woli politycznej” jednoznacznie zorientowanej na model centralistyczny w zarządzaniu służbą zdrowia. Zasadniczym argumentem było twierdzenie o konieczności stworzenia mechanizmu jednolitego i planowego rozwiązywania zadań opieki zdrowotnej całego społeczeństwa.

KRN w dniu 3 stycznia 1946 r. uchwaliła ustawę o nadzorze nad lecznictwem (Dz.U. RP. Nr 2, poz. 8). Ustawa ta wprowadzała jako zasadę prawną ustroju społecznego organizatorską działalność państwa w zakresie opieki zdrowotnej wobec obywateli, określając podstawy prawne jednolitego i planowego systemu świadczeń

²⁷ Zob. L. Krotkiewska, *op. cit.*, s. 45-46.

²⁸ Zob. W. Łuczak, *op. cit.*, s. 279 oraz L. Krotkiewska, *op. cit.*, s. 46.

zdrowotnych dla ogółu mieszkańców kraju. Odtąd zasadą działania miało być ustalanie ogólnego planu organizacji lecznictwa uwzględniającego (planowe) wykorzystanie fachowych pracowników służby zdrowia, a także istniejących już i stworzonych zakładów, instytucji i urzędzeń. Konsekwencją tych postanowień było zobowiązanie wszystkich instytucji i organizacji prowadzących działalność leczniczo-profilaktyczną do przestrzegania jednolitych zasad organizacyjnych oraz takichże zasad zatrudniania i wynagradzania fachowych pracowników służby zdrowia. Zasady te ustalał Minister Zdrowia, mając przy tym kompetencje do badania stanu realizacji swoich ustaleń²⁹.

Ustawa nakładała na kierowników resortów mających własne służby zdrowia obowiązek uzgadniania swoich planów i działań z Ministrem Zdrowia. Jedynie Minister Obrony Narodowej miał się tylko porozumiewać z Ministrem Zdrowia w kwestiach wiążących się z organizacją lecznictwa dla ogółu ludności. W terenie powołano komisje koordynujące działalność wszystkich podmiotów organizujących usługi zdrowotne. Komisje tworzone na poziomie województw (w tym m. Łodzi) oraz powiatów (i miast stanowiących powiaty). Ustawa mówiła też o wykorzystywaniu tzw. inicjatywy oddolnej na rzecz tworzenia planów usług leczniczych, Komisje koordynacji lecznictwa zajmowały się między innymi: ustalaniem potrzeb ludności w przedmiotowym zakresie, opiniowaniem projektów decyzji władz lokalnych pod kątem problemów lecznictwa oraz ustalaniem form i zakresu współdziałania instytucji reprezentowanych w komisji. W skład komisji mogli wchodzić reprezentanci organizacji masowych i innych zainteresowanych instytucji. Komisje przedkładały swoje sprawozdania właściwym radom narodowym i Ministrowi Zdrowia. Komisje z trudem podejmowały działalność. W końcu praktyka już wkrótce dowiodła, że komisje z różnych zresztą powodów nie spełniły oczekiwań, jakie z nimi wiązano.

Omawiana ustawa nie spowodowała jakiegóż radykalnej zmiany w warstwie organizacyjnej służby zdrowia i zasadach jej funkcjonowania. Utrzymująca się dekoncentracja instytucji opieki zdrowotnej skutecznie osłabiała w praktyce intencje ustawodawcy. Póki co interesy właścicieli i organów założycielskich zakładów leczniczych oraz reprezentowane przez nie stanowisko były nadal istotną siłą sprawczą w działaniach placówek opieki zdrowotnej. Pewna ogólnikowość sformułowań ustawy nie dawała np. skutecznego możliwości egzekwowania zobowiązań w zakresie współdziałania różnych podmiotów organizujących usługi lecznicze. Widoczne to było choćby w zakresie przedsięwzięć dotyczących organizacji ośrodków zdrowia, podejmowanych w oparciu o instrukcję resortu zdrowia³⁰.

Twórcy ustawy osiągnęli jednakże pewne efekty, które stanowiły znaczący krok

²⁹ Por. J. Fijałka, A. Lutrzykowski, J. Sądowska, *Ewolucja systemów organizacyjnych i rozwój lecznictwa 1945-1989*, [w:] *Opieka zdrowotna w Łodzi od roku 1945. Studium organizacyjno-historyczne* pod red. J. Fijałka, J. Indulskiego, J. Supadego. Szkice-zbiór 2, Łódź 1997, s. 55-56.

³⁰ Instrukcja Ministerstwa Zdrowia z dnia 17 września 1947 r. o organizacji ośrodków zdrowia. PZWL. Warszawa 1947.

w stronę owej jednotorowości służby zdrowia, czyniącej z państwa jedyny realny podmiot polityki zdrowotnej. Samorząd terytorialny bowiem, póki istniał, miał do wypełnienia jedynie funkcje wykonawcze w ramach jednolitego kierownictwa państwowego. Realizacja tej ustawy przyczyniła się również do stworzenia podstaw jednolitej statystyki i sprawozdawczości służby zdrowia, wprowadzenia norm łóżek w szpitalach i obsady personalnej w poszczególnych placówkach i zakładach oraz jednolitych zasad wynagradzania.

Ustawowym wyrazem nowych tendencji w organizowaniu i kierowaniu służbą zdrowia był dekret z 16 kwietnia 1946 r. o zwalczaniu chorób wenerycznych (Dz.U. RP. Nr 51, poz. 394). Na jego podstawie, wszystkie instytucje służby zdrowia, bez względu na ich organizacyjne usytuowanie i podległość, zostały zobowiązane do prowadzenia akcji „W” według jednolitych, ustalonych przez organy państwa zasad. Miał to być przykład i argument zarazem na rzecz słuszności modelu „ujednotorowienia”, a właściwie postępującej monopolizacji i centralizacji systemu opieki zdrowotnej w powojennej Polsce.

W czasie, gdy władze państwowe konsekwentnie zmierzały do realizacji własnych koncepcji ustroju służby zdrowia, w kraju nadal trwały dyskusje i spory dotyczące przyszłego modelu opieki zdrowotnej. Państwowa Rada Zdrowia pracowała nad projektem dekretu, który miały zastąpić ustawę z 1939 r. o publicznej służbie zdrowia oraz ustawę z 1946 r. o nadzorze nad lecznictwem. Wokół tego projektu rozwinęła się dyskusja ujawniająca znaczne różnice poglądów w zasadniczych kwestiach nawet między ministrami (np. między Ministrem Zdrowia a Ministrem Pracy i Opieki Społecznej), czy przedstawicielami poszczególnych środowisk i samorządów zawodowych. Zgłaszano też inne projekty rozwiązania spraw służby zdrowia³¹.

Rozstrzygające znaczenie dla dalszego toku prac miało stanowisko Sejmu Ustawodawczego, który w czerwcu 1947 r. wezwał rząd do podjęcia stanowczych działań prowadzących w kierunku realizacji modelu powszechnej służby zdrowia. Także Biuro Polityczne KC PPR, w grudniu 1947 r., zajęło w tej sprawie stanowisko, które praktycznie przesądziło o dalszym biegu przygotowań do zasadniczych przekształceń polskiego systemu opieki zdrowotnej. W przyjętej uchwale wskazano na potrzebę przebudowy służby zdrowia odpowiednio do charakteru ludowego państwa i stworzenia systemu socjalistycznej opieki zdrowotnej na wzór modelu radzieckiego³².

Prace nad projektem nowych rozwiązań prowadzono w oparciu o koncepcję etapowej realizacji modelu powszechnej służby zdrowia, przygotowaną przez specjalny zespół partyjny. Generalnie rzecz biorąc był to model państwowo-samorządowego systemu służby zdrowia. Sektory prywatny i kongregacyjny miały być poddane bezpośredniej kontroli państwa pod kątem zabezpieczania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Lecznictwo ubezpieczeniowe proponowano objąć planem państwowym i poddać fachowemu nadzorowi Ministra Zdrowia.

³¹ Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Spory o model...*, s. 208, 225-246; L. K r o t k i e w s k a, *op. cit.*, s. 52-62. W. Ł u c z a k, *op. cit.*, s. 2.

³² J. S z t a c h e l s k i, *Artykuł wstępny*, „Zdrowie Publiczne” 1949, nr 9-10; t e n z e, *Zagadnienia podstaw ustrojowych służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 3-4.

W końcowej fazie prac powstał międzyresortowy zespół, do które weszli również przedstawiciele ZUS, związków zawodowych oraz Komisji Zdrowia KC PPR. Efektem prac tego zespołu był, powstały na początku 1948 r., projekt dekretu „O planowej gospodarce w służbie zdrowia”. W uzasadnieniu projektu argumentowano na rzecz słuszności i racjonalności przyszłego modelu, odwołując się do haseł programowych komunistycznej lewicy, w myśl których zdrowie obywateli nie jest ich sprawą prywatną lecz problemem państwowym. Nie omieszkało przy tym podkreślić, że cele tak ujęte mogą być skutecznie realizowane wyłącznie w warunkach jednolitego kierownictwa służbą zdrowia.

Rozwój sytuacji międzynarodowej w drugiej połowie lat czterdziestych i zaostrenie przez obóz komunistyczny walki z wewnętrznymi oponentami zaowocowało przyspieszeniem działań organizacyjnych i ustawodawczych prowadzących do aplikacji rozwiązań ustrojowych wskazywanych przez kierownictwo międzynarodowego ruchu komunistycznego. Podporządkowanie służby zdrowia partyjno-państwowemu kierownictwu było jednym z istotnych obszarów walki politycznej o wpływ i dominację w całym systemie społecznym. Rozwiązania ustawodawcze były z tego punktu widzenia niezbędnym zabiegiem mającym legitymizować przyjmowane koncepcje i podejmowane działania.

SUMMARY

Legal Foundations for Health Service in the First Years After World War II

The model of medical help in a country is a reflection of political assumptions and concepts of social policy of the authorities ruling it. In a post war Poland (the article deals with the first few years exclusively) the arguments about the structural shape were reflected in the legal proposals concerning medical help.

It was impossible to create and incorporate into life one, particular model of health service in those difficult post war conditions. The restored legal order of the time between the wars had to be retouched. The communistic left wing party systematically wanted to standardise the model of health service and to centralise the mechanisms and rules for health service. The trial to keep many sectors of health service was made as a way of bringing back the pre war order in such an important sphere of life.

The creation of the Temporary Government (December 31, 1944) caused the organisational division of the health service. The matters of medical care were subject to eleven departments, although the Health Minister was called “the head of the public health in the country”. The discussion over the legal model of health service still continued. Gradually it started to be standardised and centralised in the whole country. On the basis of the decision of the Political Bureau of Central Committee of PPPR from December 1947 the preparatory works to reshape health service were started and legal foundations of the socialist model of health service similar to the Russian one were created.