

Alfred Lutrzykowski

Ideowo-doktrynalne założenia polityki zdrowotnej w powojennej Polsce i jej normatywna instrumentalizacja

Piotrkowskie Zeszyty Historyczne 5, 263-277

2003

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

IDEOWO-DOKTRYNALNE ZAŁOŻENIA
POLITYKI ZDROWOTNEJ W POWOJENNEJ POLSCE
I JEJ NORMATYWNA INSTRUMENTALIZACJA

Wybór modelu systemu opieki zdrowotnej w żadnym państwie nie jest wyłącznie rezultatem dążeń do ucieleśnienia szlachetnych idei społecznych stawiających tę jedną z najwyższych wartości ludzkich na poziomie pryncypiów ustrojowych. Racjonalny wybór tego modelu, możliwy w demokratycznych, dojrzałych i względnie stabilnych ustrojach, jest wypadkową szeregu racji i uzasadnień wynikających z poziomu rozwoju ekonomicznego, usankcjonowanych prawem i tradycją zasad polityki społecznej oraz realnego nacisku obywateli na stworzenie w tym zakresie satysfakcjonujących rozwiązań.

W społeczeństwie pozbawionym możliwości rozstrzygnięcia o najważniejszych problemach życia zbiorowego decyzje są narzucane przez określone siły i ugrupowania, które przechwyciły mechanizmy władzy i dysponują odpowiednim aparatem przymusu. Po II wojnie światowej Polacy znaleźli się w takiej właśnie sytuacji.

Pierwsze powojenne lata charakteryzowały się swoistym brakiem zdecydowania obozu zwyciężskich sił co do metod, form i środków tworzenia nowej ustrojowej rzeczywistości. Doprawdy trudno (jednoznacznie) stwierdzić, iż było to poszukiwanie polskiej drogi do socjalizmu¹. Przywracanie przedwojennego ustawodawstwa i reaktywowanie szeregu instytucji i struktur przedwrześniowych wynikało z konieczności wprowadzenia określonego ładu po latach okupacyjnego dramatu.

Z drugiej strony generalna orientacja ustrojowo-polityczna, mocno osadzona w ideologicznych i doktrynalnych ramach stalinizmu, determinowała posunięcia kierownictwa polskiej lewicy komunistycznej w stopniu decydującym. Było oczywiste, że radziecka obecność na wyzwolanych ziemiach polskich nie wiązała się wyłącznie z realizacją strategii wojennej. Władze radzieckie żywiły jednoznaczne oczekiwania wobec sił skupionych wokół Związku Patriotów Polskich, a później KRN i PKWN. Zwycięska ofensywa Armii Czerwonej miała torować drogę siłom rewolucji socjalistycznej. Rozpoczęło się dzieło tworzenia gigantycznego imperium radzieckiej

¹ Zob. *Sprawozdanie z prac Komisji KC PZPR* powołanej dla wyjaśnienia przyczyn i przebiegu konfliktów społecznych w dziejach Polski Ludowej. „Nowe Drogi”, numer specjalny 1983; w dokumencie tym zauważono również, iż pewne elementy koncepcji programowej PPR (sformułowane na I Zjeździe w grudniu 1945 r.) są „określone nie dość ściśle jako polska droga do socjalizmu”, s. 21.

dominacji, w którym Polska miała być znaczącym ogniwem ze względu na swój potencjał demograficzny, znaczenie na europejskiej mapie gospodarczej oraz strategiczne położenie geopolityczne.

Biuro Informacyjne Partii Komunistycznych i Robotniczych, powołane we wrześniu 1947 r. na spotkaniu w Szklarskiej Porębie, miało być międzynarodowym ośrodkiem konceptualizacji strategii budowy socjalizmu w powojennym świecie². Nie oznaczało to rzecz jasna, że powstało międzynarodowe centrum myśli komunistycznej i koordynacji polityki poszczególnych państw i partii w celu wytyczania dróg rozwoju integrujących się społeczeństw i krajów. Radziecki dyktat ideologiczny był oczywisty. Biuro Informacyjne miało być internacjonalistycznym alibi Stalina na użytek paraliżowania jakichkolwiek przejawów samodzielności „bratnich” partii i ich przywódców. Podjęcie walki z rzekomym odchyleniem prawicowonacjonalistycznym W. Gomułki jest nadzwyczaj czytelnym przykładem owej „internacjonalistycznej” troski o czystość pryncypiów ustroju, który przyniosła Polsce powojenna historia³.

Wyłaniający się stopniowo obraz systemu politycznego nie pozostawiał wątpliwości, iż sposób organizowania życia zbiorowego w Polsce i kierowania nim będzie zasadniczo odmienny od przedwojennego modelu sprawowania władzy. Wewnętrzne zróżnicowanie społeczeństwa i polityczny pluralizm miały ustąpić przed totalitarną wizją ładu społecznego opartego na zasadzie monocentryzmu omnipotentnej władzy uosabianej przez komunistyczną partię i państwo dyktatury proletariatu. Odkąd kolektyw, partia i socjalistyczne państwo miały być wartościami naczelnymi wyznaczającymi treść, cele i ramy aktywności i aspiracji jednostki. Partia, obwołująca się awangardą społeczeństwa, poprzez swoich przywódców miała określać, co jest prawdziwe i wartościowe dla jednostki i całego społeczeństwa oraz to, jak realizować formułowane na tej bazie cele i interesy poszczególnych grup i środowisk społecznych (zwłaszcza zaś klasy robotniczej). Ograniczenie i zubożenie myśli etycznej owocowało w ideologii i polityce obsesją walki klas i przekonaniem, że socjalizm powinien posiadać własną moralność wyrażającą wartości proletariatu⁴. Polityka miała służyć realizacji tych wartości, a wypierać wartości i normy klas wyzyskujących. Na takim gruncie rodziła się również wizja socjalistycznego państwa i jego klasowych funkcji.

Dbłość o zdrowie obywatela podnoszono do rangi pierwszoplanowych zadań państwa, akcentując przy tym nakaz szczególnego otoczenia opieką zdrowotną ludzi pracy, kobiet oraz dzieci i młodzieży. Zadania te mogły być skutecznie realizowane jedynie w warunkach ścisłego dostosowania systemu organizacyjnego służby zdrowia do zasad polityki gospodarczej i społecznej państwa, podkreślano dobitnie i

² W. G ó r a, *Polska Rzeczpospolita Ludowa. 1944-1974*. Warszawa 1974, s. 237-238.

³ A. C z u b i ń s k i, J. T o p o l s k i, *Historia Polski*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Lódź 1988, s. 559; *Sprawozdanie z prac Komisji KC PZPR*, s. 21.

⁴ D. T a n a l s k i, *Między ideologią a nauką-dylemat filozofii marksistowskiej*, [w:] *Stalinizm*, pr. zbior. pod red. A. Dobieszewskiego, Warszawa 1988, s. 144 i nast.

bezapelacyjnie⁵. Kierunki rozwoju kraju, nakreślone przez PPR, jednoznacznie wskazywały generalne podstawy i cechy systemu socjalistycznej opieki zdrowotnej.

Gwałtowne zaostrenie przez komunistyczną lewicę walki politycznej o hegemonię i spacyfikowanie niepewnych sojuszników klasowych (głównie PPS) dawało również asumpt do forsowania modelu społecznej służby zdrowia. Odmienne koncepcje bezdyskusyjnie odrzucano. Ustawa z 2 lipca 1947 r. o Planie Odbudowy Gospodarczej⁶, wprowadzająca gospodarkę planową, stwarzała normatywne podstawy i organizacyjne warunki kształtowania nowego ustroju opieki zdrowotnej.

Plenum sierpniowo-wrześniowe (31 VIII-3 IX 1948 r.) KC PPR swoimi decyzjami zaogniło sytuację w kraju i wewnątrz partii. Teza o odchyleniu prawicowo-nacjonalistycznym przypisywanym grupie działaczy partyjnych z sekretarzem generalnym KC PPR, Władysławem Gomułką na czele, była jaskrawym wyrazem zwycięstwa orientacji sekciarsko-dogmatycznej. „W ten sposób usprawiedliwiano wobec partii konieczność dokonywanych zmian, aby uzyskać poparcie dla nich we własnych szeregach oraz w części PPS, która wkrótce miała się połączyć z PPR”⁷, stwierdzono trzydzieści pięć lat później w ważnym dokumencie PZPR.

Przyjęte uchwały nakładały na kierownictwo, aktyw partyjny i wszystkich członków partii zadania walki o pomnażanie socjalistycznych treści w każdej sferze stosunków społecznych. Miała to jednakże być „walka” o realizację koncepcji uznanych za jedynie słuszne, bez możliwości dyskusji nad przyjętym programem. Gabinetowy sposób przygotowywania projektu ustawy o społecznej służbie zdrowia jest również przykładem biurokratycznych metod rozwiązywania problemów kraju. Nie poddano opracowanego projektu pod dyskusję choćby w najbardziej zainteresowanych środowiskach. Pominęto Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, samorządy: lekarski, lekarsko-dentystyczny i aptekarski oraz towarzystwa naukowe. Zignorowano nawet parlamentarzystów, a właściwe komisje sejmowe zajęły się projektem ustawy dopiero w drugiej połowie października 1948 r., nie przeprowadzając żadnej merytorycznej dyskusji⁸.

Aktyw partyjny służby zdrowia informowany był zdawkowo i jakby mimochodem o podjętych przygotowaniach głębokiej reformy systemowej. Centralna narada aktywu PPR służby zdrowia, zorganizowana w ramach ofensywy propagandowej po plenum sierpniowo-wrześniowym, odbyła się 22 października 1948 r., a więc zaledwie sześć dni przed uchwaleniem przez Sejm zapowiadanej ustawy. Spotkanie to zostało wykorzystane głównie jako okazja do „demaskowania” braków i uchybień w działalności służby zdrowia oraz nakreślenia kierunku jej przebudowy⁹. Wystąpi-

⁵ J. S z t a c h e l s k i, Zagadnienia podstaw ustrojowych służby zdrowia / w: / *Zdrowie Publiczne*, 1948r., nr 3-4, s. 5 i nast.

⁶ Dz. U. RP Nr 53, poz. 285. Przyjęty tu program zmian społeczno-ekonomicznych był sformułowany przez KRN, na jej ostatniej, XI Sesji, w dniu 21 września 1946 r.

⁷ *Sprawozdanie z prac Komisji KC PZPR...* s. 21.

⁸ Zob. Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 r.)*, Łódź 1995, s. 243-245.

⁹ *Rezolucja Krajowej Narady aktywu służby zdrowia*, „Nowe Drogi” 1948, nr 11, s. 298-300.

nie J. Sztachelskiego nie pozostawiało wątpliwości, że nadchodzi czas „socjalistycznego typu organizacji Służby Zdrowia”, której funkcjonowanie będzie się opierało „na aktywności i inicjatywie naszych [PPR-owskich – przyp. A.L.] organizacji partyjnych, naszych aktywów partyjnych”¹⁰. Uczestnicy narady nie dowiedzieli się natomiast, jaki kształt organizacyjny ma mieć owa socjalistyczna służba zdrowia ani jak przedstawiają się finansowe podstawy jej działania etc. etc.

Przygotowania do wprowadzenia nowych zasad organizacji i funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej zostały zakończone. Tak przynajmniej uznały władze partyjne i państwowe. Nowej konstrukcji należało tylko nadać obowiązującą formę prawną, co uczynił Sejm Ustawodawczy w dniu 28 października 1948 r., uchwalając ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia¹¹.

Rozwiązania przyjęte w ustawie do dziś budzą spory i odmienne oceny zarówno z punktu widzenia ich treści, jak i realnego wpływu na sytuację w opiece zdrowotnej tamtego okresu¹². Niewątpliwie jej przyjęcie i wdrażanie stwarzało w znacznym stopniu nowe warunki działania dla większości instytucji i placówek odpowiedzialnych za świadczenia zdrowotne. W tym sensie ustawa październikowa zapoczątkowała nowy etap skomplikowanego procesu kształtowania się systemu opieki zdrowotnej w powojennej Polsce.

Ustawa z 28 października 1948 r. nie wprowadzała jednak przełomu strukturalnego w służbie zdrowia. Ani bowiem nie zlikwidowano wielosektorowości, ani wielotorowości lecznictwa. Nie tworzono jakichś nowego typu placówek i instytucji służby zdrowia. „Substancja”, określając to metaforycznie, pozostawała ta sama. Przy pomocy wielu przymiotników usiłowano wykreować jej nową jakość; chodziło oczywiście o przymiotnik „społeczna” (służba zdrowia), a tym samym „socjalistyczna”.

Treść tej ustawy nie jest wykładnikiem określonej koncepcji państwa, jego funkcji wobec społeczeństwa czy polityki społecznej. Wyraża ona po prostu wolę zwycięzcy w walce o władzę polityczną w kraju. Jej przepisy nie są wyrafinowaną intelektualnie emanacją zamysłu ustawodawczego. Istniejące i działające placówki i instytucje opieki zdrowotnej miały odtąd nosić nazwę zakładów społecznej służby zdrowia. Oczywiście tylko te, które objęte zostały dyspozycjami ustawy. Z kolejnych przepisów nie wynika jednoznacznie, na czym ów społeczny charakter służby zdrowia miał polegać i co miało być czynnikiem definiującym nową społeczną treść?

Ustawa październikowa nie stanowiła też rewolucyjnego kroku w tworzeniu nowego modelu służby zdrowia, odpowiadającego znanym już w świecie państw demokratycznych standardom organizacyjnym i funkcjonalnym. W istocie rzeczy było to normatywne usankcjonowanie „narastających elementów socjalistycznej koncep-

¹⁰ J. S z t a c h e l s k i, *Służba zdrowia wobec uchwał plenum sierpniowego*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 7-8, s. 24.

¹¹ Dz. U. nr 55, poz. 434.

¹² Zob. L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 64-69.

cji zarządzania sprawami zdrowia”¹³. Słuszna jest także uwaga, że „najistotniejszą sprawą (...) było wprowadzenie gospodarki planowej w służbie zdrowia i budowy resortu zdrowia na zasadach właściwych dla administracji państwa socjalistycznego”¹⁴.

Ustrojowe novum stanowiło to, że służba zdrowia stawała się jednym z mechanizmów „globalnego państwa”, które zmierzało do obejmowania zadań stanowiących katalog niezwykle bogaty. Tak rodził się totalitarny system, w którym formułowane przez partię cele miały być objęte planem, a ich wykonanie powierzono centralnemu ośrodkowi dyspozycyjnemu. Tak więc i funkcjonowanie służby zdrowia poddano rygorom działalności planowej. Plan działania placówek i instytucji opieki zdrowotnej stanowił część składową narodowego planu gospodarczego. Ustawa październikowa czyniła Ministra Zdrowia organem urzeczywistniającym zasadę jednolitego kierownictwa w zakresie spraw służby zdrowia, mimo sektorowego zróżnicowania lecznictwa.

Planowe zadania służby zdrowia miały odtąd pełnić zakłady lecznicze utrzymywane przez państwo, instytucje państwowe, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych (art.1 ust.1). Do tego kręgu (zakładów społecznych służby zdrowia) Minister Zdrowia mógł zaliczyć również „zakłady lecznicze utrzymywane przez fundacje, kongregacje, związki i stowarzyszenia religijne oraz nie obliczone na zysk zakłady lecznicze innych osób prawnych” (art. 1 ust. 3). Ta ostatnia dyspozycja ustawowa dawała Ministrowi Zdrowia znaczące uprawnienia. Brak wskazania jakichkolwiek kryteriów oceny, które zakłady mogą być zaliczone do zakładów społecznych służby zdrowia, oznaczać mógł w praktyce stosowanie zasady swobodnego uznania ministra. W latach 1949-1953 Minister Zdrowia wydał 13 zarządzeń, na mocy których szereg placówek leczniczych, stacji pogotowia ratunkowego, sanatoriów i innych jednostek włączono do grupy zakładów społecznych służby zdrowia¹⁵.

Ustawa październikowa wprowadzała nową, zgodną z ideowymi założeniami ustrojowymi, zasadę tworzenia systemu opieki zdrowotnej. Mianowicie, Rada Ministrów została upoważniona do podejmowania decyzji, na mocy których określone zakłady społeczne służby zdrowia mogły być przejmowane w zarząd państwowy lub na własność państwa. Jediną przesłanką podjęcia takich decyzji było stwierdzenie, że „utrzymywanie takiego zakładu w myśl niniejszej ustawy należy do zadań Państwa” (art. 13 ust. 1). Rada Ministrów została również upoważniona do ustalania warunków przejęcia w zarząd lub na własność państwa określonego zakładu (art. 13 ust. 3).

W ten sposób stworzono nowe podstawy prawne realizacji polityki upaństwowienia placówek opieki zdrowotnej należących do kongregacji, stowarzyszeń religijnych, fundacji i tym podobnych. Zaliczenie przez Ministra Zdrowia danego zakładu leczniczego do grupy zakładów społecznych służby zdrowia było więc w

¹³ W. Ł u c z a k, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, XXXVII, 3, s. 279.

¹⁴ L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój...* s. 64.

¹⁵ Zob. *Ustawodawstwo służby zdrowia. Zbiór przepisów*, red. L. Krotkiewska, t. I, Warszawa 1956, s. 117-118.

praktyce etapem wstępnym, po czym mogło nastąpić upaństwowienie lub objęcie w zarząd państwowy tej placówki.

W latach 1949-1953 Rada Ministrów podjęła 8 uchwał, na mocy których przejęto na własność państwa lub związków samorządu terytorialnego szereg szpitali, domów małych dzieci, prewentoriów, domów zdrowia i zakładów dla dzieci kalekich¹⁶.

Podporządkowanie działalności służby zdrowia zasadom gospodarki planowej było jednym z najistotniejszych celów ustawy październikowej. Wynikało to z realizowanej koncepcji państwa i systemu ekonomicznego kraju. Dobitny ślad takiego myślenia znajdujemy nawet w systematyce wewnętrznej ustawy. Otóż jej dział II otrzymał tytuł: „Planowanie i gospodarka w służbie zdrowia i jej zakładach społecznych”. Szczegółowe postanowienia zawarte w tym dziale przynosiły nowe zasady organizowania (tworzenia) sieci placówek służby zdrowia, społecznych celów ich działania oraz wykonywania bieżących zadań.

Odtąd Minister Zdrowia miał ustalać plany rozmieszczenia zakładów społecznych służby zdrowia, działając w porozumieniu z innymi zainteresowanymi ministrami (art. 15 ust. 1). Przyjęto również, że do jego kompetencji należeć będzie ustalanie norm obsady personalnej, zasad regulaminów wewnętrznych i wytycznych z zakresu statystyki i planowania (art. 19 ust. 1). Te, i inne postanowienia ustawy bardzo obrazowo charakteryzują metody i instrumenty kierowania służbą zdrowia preferowane w ramach centralistycznego modelu opieki zdrowotnej.

Centralizacyjne intencje twórców ustawy zostały dobitnie wyrażone w stwierdzeniu: „Zakłady społeczne służby zdrowia tworzą łącznie jednolitą całość” (art. 16 ust. 1 in princ.). Dążenie do ścisłego, wzajemnego powiązania wszystkich zakładów społecznych służby zdrowia było konkretyzowane w wielu okólnikach i instrukcjach Ministra Zdrowia. Wytyczne takie zostały sformułowane między innymi w okólniku Nr 61/50 z dnia 20 lipca 1950 r. w sprawie współpracy między zakładami leczniczymi¹⁷.

Współpraca i wzajemne uzupełnianie się zakładów pomocy otwartej i zamkniętej, współpraca w terenie i udział w sprawowaniu fachowego nadzoru bardziej zaawansowanych zakładów leczniczych wobec mniej rozwiniętych podniesione zostały do rangi zasady działania zakładów społecznych służby zdrowia (art. 16 ust. 2).¹⁸ Równie ważną zasadą miało być łączenie lecznictwa z akcją zapobiegania chorobom, co wielokrotnie akcentuje ustawa.

Ta, kreowana przez ustawę, „jednolita całość”, jaką miały stanowić zakłady społeczne służby zdrowia, powinna zapewniać ludności pomoc leczniczą na najwyższym poziomie wiedzy lekarskiej. Jakby dla podkreślenia ideologicznego aspektu nowych zasad organizacji i funkcjonowania systemu lecznictwa ustawa postanawiała, iż „W szpitalach będących zakładami społecznymi służby zdrowia, niedozwolony jest podział na klasy” (art. 16 ust. 3). W ten sposób znoszono podział

¹⁶ Tamże, s. 118.

¹⁷ Dz. Urz. Min Zdr. Nr 15, poz. 134. Zob. też: *Ustawodawstwo służby zdrowia...* s. 130, cyt. zbioru (wyciąg z okólnika 61/50).

¹⁸ Por. A. P a c h o, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972, s. 20.

szpitali na klasy, co przewidywało prawodawstwo przedwojenne, i co praktykowano do chwili wejścia w życie ustawy październikowej.

Realizacja ambitnych zadań stawianych przed służbą zdrowia przez władze partyjne i państwowe wymagała odwołania się do administracyjnych metod w zakresie rozmieszczenia kadr medycznych. Minister Zdrowia uzyskał uprawnienia ustalania norm ilościowych lekarzy wykonujących praktykę lekarską w poszczególnych miejscowościach lub okręgach (art. 25 ust. 1). Obowiązek zasięgnięcia opinii właściwych rad narodowych i Komisji Centralnej Związków Zawodowych czy za jej zgodą Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia nie miał dla ministra znaczenia rozstrzygającego, a więc był raczej swoistą propagandową (demokratyczną?) zasłoną. W przypadku występowania braków kadrowych w określonych placówkach personel medyczny zatrudniony w niepełnym wymiarze godzin oraz personel z innych niż społeczne zakłady służby zdrowia mógł być zobowiązany do podjęcia pracy w wymiarze ustalonym przez władze administracyjne. Odmowa mogła prowadzić do zawieszenia prawa wykonywania praktyki lekarskiej lub zawodu. Minister Zdrowia w celu uzupełnienia braków kadr lekarskich mógł powoływać do pracy lekarzy z innych miejscowości i ośrodków na czas do dwóch lat.

Ustawa październikowa fundowała zatem normatywne podstawy docelowego modelu jednolitego (i jedyne) układu instytucjonalnego służby zdrowia. Miał on objąć – przypomnijmy – jednostki państwowe, samorządu terytorialnego i instytucji ubezpieczeń społecznych. Nie skrywane w poszczególnych przepisach ustawy intencje jej twórców wyraźnie wskazywały, iż w ten sposób zapoczątkowany zostaje proces tworzenia jakby dwutankowego układu zajmującego się realizacją zadań z zakresu opieki zdrowotnej czy szerzej, ochrony zdrowia obywateli.

Układ ten stanowiły, z jednej strony, organy państwa (Ministerstwo Zdrowia, wydziały i oddziały zdrowia prezydium rad narodowych, państwowa inspekcja sanitarna), a z drugiej strony, zakłady społeczne służby zdrowia. Myślę, że R. Rymśa, w swoim komentarzu do przepisów ustawy, trafnie odczytał „ducha” tych rozwiązań pisząc: „Organy administracji służby zdrowia realizują swoje zadania za pośrednictwem zakładów społecznych służby zdrowia”¹⁹. Odtąd szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia, sanatoria, kliniki i inne formy organizacyjne zakładów leczniczych stały się wyłącznie jednostkami wykonawczymi, tracąc samodzielność i podmiotowość na rzecz organów administracyjnych. Te ostatnie obciążone zostały zadaniami dyrektywnego kierowania placówkami leczniczymi, co zostało dodatkowo spotęgowane faktem, iż stały się one dysponentami środków finansowych niezbędnych do funkcjonowania służby zdrowia.

Nowy ład organizacyjny w sferze opieki zdrowotnej wynikał bezpośrednio z przyjmowanej dyrektywy ideowo-politycznej, głoszącej iż „ochrona zdrowia obywateli jest jednym z przejawów działalności gospodarczo-organizatorskiej i kulturalno-wychowawczej państwa socjalistycznego”²⁰. Do realizacji tych zadań trzeba

¹⁹ *Ustawodawstwo...* s. 116.

²⁰ Tamże, s. 111.

było powołać specjalny aparat administracyjny i wyposażyć go w odpowiednie kompetencje oraz instrumenty działania. Zakładano, iż zmiana typu państwa musi automatycznie pociągać zasadnicze przewartościowania reguł działania instytucji ochrony zdrowia ludzkiego.

Nikt prawdopodobnie spośród strategów nowego systemu opieki zdrowotnej nie przeprowadzał w miarę precyzyjnej symulacji kosztów ewentualnej realizacji tak optymistycznie brzmiących założeń modelu służby zdrowia. Wystarczyła krytyka kapitalistycznego porządku, gdzie jakoby „o poziomie i zakresie świadczeń nie decydowała istotna potrzeba, ale zdolność płatnicza pacjenta”²¹. Tak oto budowniczo socjalizmu ufundowali u samych podstaw ustrojowych niebezpieczną pułapkę złudzeń, których w żadnej mierze nie był zrealizować stale rozbudowany aparat administracyjny. Słusznie twierdzi Z. Jastrzębowski pisząc, że ustawa październikowa „dała podstawy dla procesu biurokratyzacji opieki zdrowotnej w Polsce ze wszystkimi jego skutkami”²². Kwestia kosztów musiała się pojawić natychmiast, niemalże wraz z uruchomieniem nowego systemu, gdyż realizacja nakreślanych zadań wymagała poważnych nakładów. Dodatkowe nakłady wynikały również z faktu tworzenia rozbudowującej się administracji służby zdrowia. W przyszłości niedoinwestowanie okaże się, obok wadliwości modelu organizacji i zarządzania w systemie opieki zdrowotnej, przyczyną głębokiego kryzysu owej socjalistycznej służby zdrowia.

W myśl postanowień ustawy październikowej za realizację zadań opieki zdrowotnej miały odpowiadać zarówno organy państwa jak i samorząd terytorialny. Tu warto jednakże pamiętać, iż restytuowany przez PKWN samorząd terytorialny został pozbawiony swej samodzielności w wyniku nadania radom narodowym uprawnień organów stanowiących samorządów. W istocie więc samorząd terytorialny poddany nadzorowi i kontroli organów państwowych, jakimi były rady narodowe, stał się wykonawcą ich decyzji i zaleceń. W tym więc kontekście należy odczytywać charakter i funkcje instytucji opieki zdrowotnej podporządkowane samorządowi terytorialnemu. Ustawa ponadto wyraźnie określała rolę rad narodowych w procesie organizowania opieki zdrowotnej. I tak np. powiatowe rady narodowe mogły, za zgodą prezydium wojewódzkiej rady narodowej, zobowiązać gminy wiejskie i miasta nie posiadające statusu miasta – powiatu do organizowania usług leczniczych należących do zakresu działania samorządu powiatowego lub wojewódzkiego. Natomiast Rada Państwa mogła nakładać na samorząd terytorialny obowiązek wykonywania zadań z zakresu opieki zdrowotnej należących do organów państwowych. Rada Państwa mogła też zwalniać samorząd terytorialny od obowiązku wykonywania zadań przewidzianych w ustawie²³.

Ustawa październikowa stwarzała, co już podkreślano, normatywne podstawy procesu kształtowania w Polsce jednolitego systemu służby zdrowia, opartego na zasadach (centralnej) gospodarki planowej. Przekazanie rozległych uprawnień specjalnym organom administracji państwowej w zakresie organizacji i zarządzania

²¹ Tamże, s. 112.

²² Z. Jastrzębowski, *Spory o model...* s. 250.

²³ L. Krotkiewska, *Rozwój...* s. 66-67.

służbą zdrowia miało strategiczne znaczenie dla kierunku dalszego rozwoju tego systemu. Służba zdrowia zdecydowanie zdominowana przez organy administracyjne stała się (mało znaczącym) ogniwem wykonawczym. Placówki służby zdrowia uznano za fachowy aparat organów administracji. Wszystkie decyzje dotyczące najważniejszych problemów jej funkcjonowania i kształtu organizacyjnego zapadać miały odtąd poza nią.

Administracja państwowa zajmująca się kierowaniem działalnością służby zdrowia również nie była samodzielny, rzeczywistym ogniwem decyzyjnym. Przygotowania do zmian wprowadzonych przez ustawę październikową, prace projektowe nad tą ustawą i cała kampania polityczna wokół planowanych zmian jednoznacznie dowodziły, iż w kształtującym się systemie politycznym powojennej Polski faktycznym centrum decyzyjnym staną się komitety partyjne (PPR, później PZPR). Lata następne przynosiły rozwiązania oparte na zasadzie partyjnego politycznego kierowania rozwojem kraju, w tym całokształtem spraw opieki zdrowotnej i funkcjonowania służby zdrowia.

W ramach nowego systemu miały również działać zakłady lecznicze utrzymywane przez instytucje ubezpieczeń społecznych. W myśl postanowień ustawy Ministrowie Zdrowia oraz Pracy i Opieki Społecznej zostali upoważnieni do ustalenia form współdziałania instytucji ubezpieczeń społecznych z organami samorządu terytorialnego. Instytucje ubezpieczeń zachowały bowiem swój dotychczasowy kształt i zadania. Odtąd miały jednak korzystać z zakładów leczniczych przeznaczonych dla ogółu ludności. Zostały też zobowiązane do organizowania i prowadzenia zakładów leczniczych wspólnie z samorządem terytorialnym. Realizacja tych założeń była w praktyce poważnie utrudniona zarówno rozbieżnościami poglądów w kwestii roli ubezpieczeń społecznych w ramach nowego systemu opieki zdrowotnej, jak też i z powodu niskiej kondycji finansowej instytucji ubezpieczeniowych.

Lecznictwo kongregacyjne i prywatne, formalnie działające poza systemem zakładów społecznych, było przedmiotem żywego zainteresowania i krytyki partyjnych strategów. W odniesieniu do prywatnej praktyki lekarskiej proponowano „jej nie likwidować, lecz zastosować środki które mogły ją ograniczyć”²⁴. Przesądzono też o losie kongregacyjnych, prywatnych i fundacyjnych zakładów leczniczych. Na podstawie uchwały Rady Ministrów z 27 września 1949 r. przejęte zostały na własność przez związki samorządu terytorialnego niektóre szpitale utrzymywane przez PCK, Towarzystwo Ochrony Zdrowia Ludności Żydowskiej, kongregacje, związki i stowarzyszenia religijne oraz fundacje²⁵. Według oficjalnych informacji, do końca 1949 r. przejętych zostało 58 zakładów lecznictwa zamkniętego. Ministerstwo Zdrowia przejęło 7 placówek, a pozostałe samorzady terytorialne²⁶.

Postulowane przez kierownictwo PZPR stworzenie jednolitego systemu ochrony zdrowia obejmującego swym zasięgiem całą ludność, a przede wszystkim świat pracy, prowadziło do stopniowej likwidacji lecznictwa ubezpieczeniowego. Argumen-

²⁴ Z. Jastrzębowski, *Spory o...* s. 256.

²⁵ „Monitor Polski” 1949, nr 68-69, poz. 889.

²⁶ „Służba Zdrowia” 1949, nr 18, s. 1.

towno, iż celem tych działań jest ujednoczenie opieki zdrowotnej nad pracującymi, a „liczne nie powiązane ze sobą instytucje nie mogły stworzyć warunków niezbędnych do zagwarantowania opieki zdrowotnej pracującym”²⁷.

Minister Zdrowia, na podstawie uchwały Prezydium Rządu z 22 grudnia 1949 r. powołał pełnomocnika do spraw reorganizacji lecznictwa ubezpieczeniowego. W terenie powołano pełnomocników wojewódzkich i delegatów powiatowych do spraw lecznictwa pracowniczego. Podjęte zostały przygotowania do przejęcia przez przyszły Zakład Lecznictwa Pracowniczego placówek otwartej opieki zdrowotnej. Nastąpiło to na podstawie ustawy z 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego²⁸, która ustanawiała jednolitą sieć jednostki opieki zdrowotnej nad osobami pracującymi. Zadania tej instytucji obejmowały: organizowanie opieki nad zdrowiem pracowników, orzekanie o niezdolności do pracy, przeprowadzanie okresowych badań lekarskich, nadzór sanitarny nad warunkami pracy i inne. Również 20 lipca 1950 r. przyjęta została ustawa o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych²⁹. Instytucje ubezpieczeń społecznych funkcjonujące na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 28 marca 1933 r. zostały zlikwidowane. Część ich zadań przekazano właśnie zakładowi Ubezpieczeń Społecznych. Kompetencje ZUS i ubezpieczalni społecznych w zakresie udzielania świadczeń leczniczych, wynikające z ustawy o ubezpieczeniu społecznym, rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 listopada 1927 r. o ubezpieczeniu pracowników umysłowych oraz innych przepisów prawnych przeszły na Zakład Lecznictwa Pracowniczego (art. 12 ustawy o ZLP).

Nieuchronnie nadchodził również kres lecznictwa samorządowego. Dążenie do stworzenia jednolitego systemu opieki zdrowotnej podległego Ministrowi Zdrowia wynikało, jak wiadomo, z przyjmowanej przez siły rządzące koncepcji państwa silnie scentralizowanego i o rozległych kompetencjach. Samorząd terytorialny, krytykowany z różnych pozycji, uznawany za przeżytek poprzedniej formacji, nie mieścił się w modelu totalitarnego państwa i systemu politycznego budowanego w powojennej Polsce pod kierunkiem lewicy komunistycznej.

Atmosfera polityczna związana z Kongresem Zjednoczeniowym PPR i PPS, a zwłaszcza uchwały kongresowe określające socjalistyczny kierunek rozwoju kraju inspirowały i zobowiązywały grupy polityków zajmujących się problemami opieki zdrowotnej do przygotowania i realizacji konkretnego planu przedsięwzięć mających na celu tworzenie podstaw „socjalistycznego systemu ochrony zdrowia”. W ten sposób powstał konkretny plan działań, ze wskazaniem terminu realizacji określonych celów oraz teoretyczno-ideologicznym uzasadnieniem³⁰.

Wzmiankowane wytyczne jako fundamentalną zasadę tworzenia „socjalistycznego systemu ochrony zdrowia” przyjmowały umocnienie kierowniczej i organiza-

²⁷ L. Krotkiewska, s. 74.

²⁸ Dz. U. nr 36, poz. 334.

²⁹ Dz. U. nr 36, poz. 333.

³⁰ Zob. J. S z t a c h e l s k i, *Wytyczne pracy służby zdrowia w r. 1949*, „Zdrowie Publiczne” 1949, nr 3-4, s. 10-29 oraz B. K o Ź u s z n i k, *Wytyczne służby zdrowia u progu Polski Socjalistycznej*, tamże, s. 30-36.

torskiej roli państwa w tym zakresie. Oznaczało to dążenie do stopniowego przejmowania przez aparat państwowy całokształtu zadań, a więc i odpowiedzialności za sprawy zdrowotne społeczeństwa³¹. Wymagało to rzecz jasna zdecydowanej rozbudowy specjalnych organów administracyjnych i ustalenia ich rozległych kompetencji. Dotyczyło to nie tylko organów centralnych ale także, a może w głównym stopniu tzw. terenu. Był to jednoznaczny kurs na podporządkowanie państwu instytucji i placówek służby zdrowia, kadr medycznych i pomocniczych oraz całej sieci obsługi, zaopatrzenia i instytucji współdziałających z jednostkami lecznictwa. Decyzje III Plenum KC PZPR z listopada 1949 r. procesy te przyspieszały, motywując je koniecznością „walki o czujność rewolucyjną”³².

Administracyjny aparat państwa nie był jednakże w pełni samodzielnym podmiotem w realizacji generalnych celów przebudowy systemu opieki zdrowotnej. Główne założenia programu i polityczne kierownictwo w tym procesie sprawowała partia poprzez swoje instancje partyjne – komitety: centralny i terenowe. We wszystkich partyjnych komitetach terenowych powołane zostały odpowiednie komórki zajmujące się sprawami ochrony zdrowia. Ich zadaniem było „polityczne zabezpieczania realizacji programu socjalnego partii i państwa, poprzez uaktywnienie organizacji partyjnych, rad narodowych, organizacji związkowych i innych organizacji społecznych...”³³ Instancje partyjne wspomagane były również przez wicedyrektorów szpitali i średnich szkół medycznych do spraw społeczno – wychowawczych. Stanowisko takie zostało utworzone przez Ministerstwo Zdrowia, w porozumieniu z KC PZPR, już na początku 1949 r.

Ważną tendencją w realizacji owej kierowniczej i organizatorskiej roli państwa było przenoszenie szeregu uprawnień dotyczących spraw zdrowotnych na rady narodowe. W 1949 r., na podstawie zaleceń Rady Państwa, w strukturze rad narodowych pojawiły się stałe komisje zdrowia. Przypisano im rozległe uprawnienia inspirowo-kontrolne i prawo do udziału w rozstrzyganiu spraw zdrowotnych na szczeblu władzy terenowej. Był to wstępem do kolejnych rozstrzygnięć rozszerzających znacznie kompetencje i zadania rad narodowych w zabezpieczaniu zdrowotności społeczeństwa.

Ustawa z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej wprowadzała kolejne ważne zmiany organizacyjne i funkcjonalne służby zdrowia. Kierunek i charakter ustrojowych rozwiązań, akcentowany w całej nazwie ustawy („o organach jednolitej władzy państwowej”), wyznaczał treść przekształceń w wielu dziedzinach życia społecznego. Siły polityczne budujące socjalizm nie zamierzały dzielić się z kimkolwiek władzą w państwie. Fakt, iż nowy ład polityczny ogłoszono jako ustrój demokracji ludowej, w niczym nie przeszkadzał w koncentrowaniu (i centralizowaniu) instrumentów władzy w rękach socjalistycznego państwa. W cieniu aparatu państwowego, w zaciszu partyjnych gabinetów mieściły się

³¹ J. K a j a, *Polityka zdrowotna PRL. Złożenia i ich realizacja*, Białystok 1980, s. 221.

³² Zob. Z. P a w l u c z u k, *Zarys dziejów politycznych Polski w latach 1918-1985*, Warszawa 1987, s. 76-77.

³³ J. K a j a, *Polityka zdrowotna...* s. 220.

rzeczywiste ośrodki decyzyjne. Ale to już była kwestia kierowniczej roli partii w państwie i społeczeństwie oraz metod i form jej realizacji.

Na mocy ustawy marcowej na szczepku województwa i powiatu zniesiony został pion organów administracji niezespoleonej. Zlikwidowany został samorząd terytorialny z jego organami wykonawczymi. Organami „jednolitej władzy państwowej w terenie” stały się rady narodowe i ich organy wykonawcze. Było to rozwiązanie wyraźnie nawiązujące do wzorców radzieckich. Rady narodowe jako organy przedstawicielskie władzy państwowej w terenie miały tę funkcję łączyć z wypełnianiem zadań administracji państwowej. Realizację funkcji organów administracji państwowej powierzono prezydium rad narodowych, które w tym zakresie działały przy pomocy rozbudowanego aparatu pomocniczego – odpowiednich wydziałów prezydium rady danego szczepku. Ważnym organem rad narodowych miały być ich komisje powoływane według klucza branżowego i rodzaju spraw. Ustawa dekretowała zasadę współpracy prezydium rady z komisjami, choć praktyka najbliższych lat dowiodła, iż stały się one mało znaczącymi organami pomocniczymi rad. Rola komisji zdrowia potwierdziła to w całej pełni.

Ustawa marcowa w sposób mało precyzyjny określała kompetencje rad narodowych. Czyniła to nieprecyzyjnie i bardziej hasłowo. Uściślenie i konkretyzacja miały nastąpić w ustawach szczególnych, uchwałach Rady Państwa, Rady Ministrów oraz w wytycznych i instrukcjach właściwych ministrów (art. 5). rozwiązania te zaowocowały, jak można było przypuszczać, znaczną ingerencją organów centralnych w sferę działania rad oraz przejmowania przez organy wyższe spraw, których rozwiązywanie powinno pozostawać w gestii rad poszczególnych stopni³⁴.

Mimo podkreślanego braku precyzji ustawowego ujęcia kompetencji rad narodowych, było oczywiste, że sprawy opieki zdrowotnej znalazły się w ich gestii. Z uwagi na ustrojowe skutki decyzji ustawy marcowej, można wręcz stwierdzić, iż niemal wszystkie zadania w dziedzinie służby zdrowia przejęło państwo. Samorząd terytorialny został zniesiony, a jego zadania w zakresie opieki zdrowotnej powierzono administracji państwowej.

Wkrótce też nastąpił ostatni akt eliminowania odrębności pionu opieki zdrowotnej nad pracującymi. Na podstawie ustawy z 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia³⁵ zniesiony został Zakład Lecznictwa Pracowniczego. Jego zadania przekazano do zakresu działania Ministra Zdrowia (art.1 ust. 1). Odtąd „sprawami lecznictwa pracowniczego w terenie zarządzają i kierują prezydium rad narodowych” (art.1 ust. 2).

Ustawa formułowała również generalną zasadę systemową stwierdzając: „Minister Zdrowia i prezydium rad narodowych wykonują swoje zadania w dziedzinie lecznictwa pracowniczego przez zakłady społeczne służby zdrowia” (art.1 ust. 3).

W rezultacie zmian przeprowadzonych w 1951 r. państwowa administracja służby zdrowia przejęła dotychczasowe kompetencje instytucji ubezpieczeń społecz-

³⁴ J. S ł u ż e w s k i, *Rady narodowe i terenowe organy administracji państwowej*, Warszawa 1987, s. 76-77.

³⁵ Dz. U. nr 67, poz. 466.

nych oraz Zakładu Lecznictwa Pracowniczego. Był to bardzo silny akcent realizowanej przez władze reformy państwa z punktu widzenia jego funkcji. Treść i charakter tych rozwiązań nie pozostawiała „wolnych obszarów” do działania placówek i instytucji opieki zdrowotnej, które nie byłyby podporządkowane zarządowi i kierownictwu państwowemu³⁶. Wcześniej polityka ta uderzyła w samorząd zawodowy świata lekarskiego.

Negatywne oceny działalności Izb Lekarskich i Izb Lekarsko-Dentystycznych formułowane przez władze państwowe i działacze partyjnych jednoznacznie określały dążenie do likwidacji samorządu lekarskiego. Nastąpiło to na mocy ustawy z 18 lipca 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich i lekarsko-dentystycznych³⁷. Jednocześnie ustawa o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, uchwalona w tym samym dniu³⁸, przekazywała egzekwowanie zasad odpowiedzialności zawodowej lekarzy w gestię nowych organów działających w ramach administracji państwowej. Stały się nimi okręgowe komisje kontroli zawodowej przy wydziałach zdrowia prezydium wojewódzkich rad narodowych oraz Odwoławcza Komisja Kontroli Zawodowej przy Ministrze Zdrowia. Ustawa z 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza ostatecznie przesądziła o wyeliminowaniu jakichkolwiek form samorządności lekarskiej. W myśl bowiem jej postanowień, niemal wszystkie sprawy i interesy lekarzy, ich bytu, warunków pracy i rozwoju zawodowego „porucza się Ministrowi Zdrowia” (art. 29)³⁹.

Stopniowe przyłączanie do resortu zdrowia kolejnych wyodrębnionych pionów służby zdrowia powodowało, że powstawał jednolity system organizacyjny opieki zdrowotnej, ściśle podporządkowany aparatowi państwowemu. Zachowanie odrębności organizacyjnej służby zdrowia podległych resortowi obrony narodowej, bezpieczeństwa publicznego i PKP nie naruszało monopolu państwa, a raczej go poszerzało.

System opieki społecznej wygenerowany w wyniku wielu przedsięwzięć organów władzy państwowej, inspirowanych przez partię marksistowską, konsekwentnie ogarniał i wchłaniał kolejne struktury zajmujące się lecznictwem, profilaktyką i rehabilitacją. Początek lat 50-tych był okresem, w którym proces ten osiągnął swoje apogeum. Jak uważa W. Łuczak, wtedy to właśnie „zakończony został całkowicie proces scalania w jednolitą, socjalistyczną, społeczną służbę zdrowia”⁴⁰ instytucji i placówek stanowiących wcześniej zróżnicowany system.

Konstytucja PRL z 22 lipca 1952 r. nadawała oficjalną ustrojową rangę założeniom ideowym przyjętego modelu opieki zdrowotnej. Aktywność państwa w dzie-

³⁶ Por. L. K r o t k i e w s k a, *Rozwój administracji...* s. 183.

³⁷ Dz. U. nr 36, poz. 326. Izby Aptekarskie zniesiono na mocy ustawy z 8 stycznia 1951 r. (Dz. U. nr 1, poz. 3) wraz z nacjonalizacją aptek prywatnych.

³⁸ Dz. U. nr 36, poz. 332.

³⁹ Szerzej o sprawach samorządu lekarskiego, zob. R. G o l a ń s k i, A. L u t r z y k o w s k i, *Izba Lekarska w Łodzi (1945-1949 i 1989-1994)*, [w:] *Opieka zdrowotna w Łodzi od 1945 r. Studium organizacyjno-histotyczne*, pod red. J. Fijałka i J. Indulskiego. Szkice – Zbiór 1. Łódź 1995, s. 181 i nast.

⁴⁰ W. Ł u c z a k, *Kształtowanie się zasad prawnych...* s. 282.

dzinie ochrony zdrowia stała się funkcją określającą jeden z najważniejszych celów socjalistycznego państwa. W art. 60 Konstytucji stwierdzano: „obywatele PRL mają prawo do ochrony zdrowia oraz pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”. Państwo przejmowało odpowiedzialność za stan zdrowia obywateli i opiekę zdrowotną, potwierdzając to w ustawie zasadniczej. W ten sposób dobiegał końca ważny etap kształtowania się systemu opieki zdrowotnej w powojennej Polsce. Przyjęty i wdrażany z całą konsekwencją model oznaczał przełom nie mniejszy niż inne wielkie reformy społeczne.

Wprowadzane kolejno zmiany organizacyjne i zmiany zasad działania instytucji i placówek opieki zdrowotnej podporządkowane były idei budowania onnipotentnego państwa silnie scentralizowanego, w którym jego zasadnicze ogniwa podlegały politycznemu kierownictwu partii. Ukształtowany według tych zasad system opieki zdrowotnej charakteryzował się wysokim stopniem centralizacji i biurokratyzacji. Mimo ideologiczno-propagandowych deklaracji, odwołujących się do zasad równości i sprawiedliwości społecznej, system ten cechowała również „kastowość w dostępie do świadczeń zdrowotnych”⁴¹. Pracownicy tzw. resortów siłowych i pracownicy aparatu partyjnego korzystali z osobnego leczenia. Z drugiej zaś strony indywidualni rolnicy oraz osoby z tzw. sektora drobnotowarowo-kapitalistycznego nie mogli korzystać z owego dobrodziejstwa socjalistycznego państwa; byli wyłączeni z kręgu obywateli uprawnionych do bezpłatnego (?) leczenia. Jak wiadomo, w odniesieniu do rolników indywidualnych stan ten trwał do 1972 r.

Model opieki zdrowotnej zrealizowany w początkach lat 50-tych, oparty na założeniach etatystycznych, pozbawiony wszelkich pierwiastków autentycznego demokratyzmu i samorządności, w tamtych trudnych warunkach politycznych i gospodarczych musiał prowadzić do napięć, konfliktów i sytuacji kryzysowych. Nie pomogła tu nawet ustawa o socjalistycznej dyscyplinie pracy, ani wytężona praca propagandowo-agitacyjna. Przyjęcie odpowiedzialności przez państwo za całokształt problemu ochrony zdrowia oznaczało praktycznie podjęcie się zadań, które znacznie przetrastały możliwości rozbudowanego aparatu administracyjnego i politycznego. Były to zadania przekraczające znacznie możliwości budżetowe państwa. Potwierdzały to fakty i zjawiska z tego okresu: przełomu październikowego 1956 r. i lat 60-tych, których dramatycznym dopełnieniem były wydarzenia grudniowe 1970 r. Dekada lat 80-tych to okres, rzec można, przewlekłej agonii socjalistycznej służby zdrowia.

SUMMARY

Ideologically-Doctrinal Assumptions of Health Policy in Postwar Poland and Its Normative Instrumentality

Health policy and public health care system shaped after World War II were strongly and evidently motivated by ideological and doctrinally-political factors. A short-lasting and limited restitution of pre-September (1939) health protection

⁴¹ Z. J a s t r z ę b o w s k i, *Spory o model...* s. 268, zob. też s. 264.

model appeared to be only a temporal and supplementary solution evoked by a necessity of tasks realization at that time. Health situation of Polish society, which was just coming out of war, needed rapid improvement, protective and prophylactic activities brought into practice in relation to millions of citizens.

The intensification of the political situation in 1940s led to radical changes of the model of public health protection. The process of socialist type of health policy and health care system was started.

The authorities of the Polish Worker's Party (from December 1948 – Polish United Workers' Party) stated the ideological and doctrinal rules, which became the basis of legislative regulations of health care system of the citizens. The centralized and strongly red-tapey system was created, which from the beginning was not successful in fulfilling the assumed tasks.

The model assumptions which were formulated and used at that time very soon became a critical syndrome of the lack of rationality both in a structure and in activity of the health care system. The influence of ideology and politics of health care system aggravated the mistake of system without any protection from social distortion.