

Bożena Płonka-Syroka

Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy
(The Witelon Collegium State University; Legnica, Poland)
e-mail: bozena@plonka-syroka.pl

ORCID: 0000-0001-8743-4634

Marek Stych

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
(University of the National Education Commission inf Krakow, Poland)
e-mail: marek.stych@up.krakow.pl

ORCID: 0000-0003-4359-1085

DOI: 10.15290/mhi.2023.22.02.12

Prawo do ochrony zdrowia a organizacja systemu opieki medycznej w Polsce powojennej (1945–1952)

ABSTRAKT

Artykuł podejmuje problem kształtowania się w Polsce systemu opieki medycznej opartego na uznaniu powszechnego prawa pacjentów do ochrony zdrowia oraz uwarunkowań tego procesu. Cezurą początkową jest zakończenie II wojny światowej w 1945 r., końcową uchwalenie Konstytucji z 22 lipca 1952 r. W 1945 r. obowiązywał w Polsce w opiece medycznej stan prawny i oparte na nim rozwiązania organizacyjne wypracowane w II RP. Z czasem stan ten podlegać zaczął modyfikacjom, które ostatecznie doprowadziły do jego etatyzacji. Między 1945 a 1952 r. występował w polskim ustawodawstwie i organizacji opieki medycznej „okres przejściowy”. W pierwszych latach powojennych podstawą funkcjonowania systemu opieki medycznej w Polsce były ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym oraz z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia. To nie one jednak stały się ostatecznie podstawą rozwiązań systemowych, wprowadzonych w Polsce w początku lat 50. XX w. Zrezygnowano wówczas z tzw. wielosektorowości w opiece zdrowotnej i niemal wszystkie aspekty tej opieki zostały przejęte przez

instytucje państwowe. Celem artykułu jest przedstawienie uwarunkowań takiego kierunku ewolucji polskiego prawa medycznego w powojennej Polsce i analiza wprowadzanych od 1945 do 1952 r. regulacji prawnych. Autorzy w przeprowadzonej analizie oparli się na metodzie dogmatycznoprawnej (analiza tekstów prawnych – metoda podstawowa) oraz historycznoprawnej (przedstawienie prawa do ochrony zdrowia i jego ewolucji w badanym okresie). Całość zamykają wnioski końcowe.

The Right to Health Protection and Organization of the Polish Health Care System. The Post-War Period (1945–1952)

ABSTRACT

The article discusses the formation of the health care system in Poland based on the assumption that every patient has a right to health protection, and the determinant factors of this process. The analysed period starts at the end of World War II in 1945 and finishes with the adoption of the Constitution of 22 July 1952. In 1945 the health care in Poland was based on the legal and organizational solutions developed in the Second Polish Republic. Soon it started to be modified, which eventually led to its nationalization. The years 1945–1952 were a “transitional period” in the Polish legislation and organization of health care. In the first post-war years, the functioning of the health care system in Poland was based on the Act of 28 March 1933 on social insurance and of 15 June 1939 on public health care. However, they did not ultimately become the basis for structural solutions introduced in Poland in the early 1950s. At that time, the so-called multisectoral system in health care was abandoned and almost all of its aspects were taken over by state institutions. The aim of the article is to present the determinant factors which governed the evolution of Polish medical law in post-war Poland and to analyse the legal regulations introduced from 1945 to 1952. In their analyses the authors used the dogmatic-legal method (an analysis of legal texts – the basic method) and the historical-legal method (an outline of the right to health protection and its evolution in the studied period). The article ends with final conclusions.

Słowa kluczowe: system opieki medycznej w Polsce w XX w., polskie prawo medyczne w latach 1945–1952, prawa pacjenta

Key words: health care system in Poland in the 20th century, Polish medical law in the years 1945–1952, patient’s rights

Kontekst przemian w ustawodawstwie dotyczącym publicznej opieki medycznej w Polsce (1945–1952)

Polskie prawo medyczne, będące podstawą systemu publicznej opieki medycznej w Polsce w okresie powojennym, uwzględniało aktualny stan wiedzy

medycznej oraz uwarunkowania związane z koniecznością jej zastosowania w określonych kierunkach, uznawanych za priorytetowe dla zachowania bezpieczeństwa polskiej populacji. Głównym kierunkiem, który władze wszystkich państw europejskich uznawały wówczas za priorytetowy, było opanowanie niekontrolowanego rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych¹. Doświadczenia z okresu I wojny światowej i kilku lat bezpośrednio po jej zakończeniu, w trakcie których Europę spustoszyły epidemie chorób zakaźnych (w tym szczególnie grypy hiszpańskiej²), kiedy zmarło kilkadziesiąt milionów osób, przyczyniły się do wyboru tego właśnie priorytetu. Polskie władze korzystały także w latach 1945–1950 z doświadczeń innych państw europejskich, w których zostały wcześniej wprowadzone systemy ochrony zdrowia populacji, tj. z systemu Bismarcka (Niemcy), Beveridge’a (Wielka Brytania) i Siemaszki (ZSRR)³. Mogą być one uznane za kontynuację działań instytucjonalnych wdrażanych już od XVII w. w europejskich państwach absolutystycznych, od XVII w. we Francji, w XVIII–XIX w. w Austrii, Prusach i w Wielkiej Brytanii, których celem była początkowo ochrona zdrowia wojska⁴, a następnie opanowanie zagrożenia epidemicznego w skali całej populacji⁵. Wspólną cechą tych systemów, mimo dzielących je różnic⁶, było zaangażowanie państwa w ich stworzenie i finansowanie, a także nadzór nad ich działalnością. W XX w. istniał też (np. w USA) inny model medycyny, oparty na indywidualnym finansowaniu świadczeń zdrowotnych

¹ Por. E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Historia” 2001, t. 148, s. 8-9.

² Np.: A. Krokiewicz, *Spostrzeżenia nad epidemią grypy hiszpańskiej*, „Przegląd Lekarski” 1919, nr 27, s. 115; J. Bednarski, *Spostrzeżenia z przebiegu tegorocznej epidemii tzw. grypy hiszpańskiej*, „Przegląd Lekarski” 1919, nr 1, s. 5; K. Rzętkowski, *W sprawie tzw. „grypy hiszpańskiej”, grasującej obecnie w Warszawie*, „Gazeta Lekarska” 1920, nr 7-8, s. 75.

³ Por.: K. Wielicka, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 1909, s. 493-494.

⁴ Por. K. Łopatecki, *U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej*, „Medycyna Nowożytna” 2016, t. 22, nr 1, s. 55-78.

⁵ Por.: F. Snowden, *Epidemics and Society: From the black death to the present*, Yale 2019; D. Parker, *Health, civilisation and the state. A history of public health from ancient to modern times*, London – New York 2005.

⁶ W modelu Bismarcka, funkcjonującym od 1881 r., finansowanie sektora ochrony zdrowia odbywało się z obowiązkowych składek wpłacanych przez pracowników i pracodawców. Środki te były znacząco uzupełniane z budżetu państwa. Środkami przeznaczanymi na ochronę zdrowia zarządzały kasy chorych, pełniące funkcję funduszu ubezpieczeniowego. W modelu Beveridge’a, stworzonym w 1948 r., sektor opieki zdrowotnej był w całości finansowany z budżetu państwa, ze środków uzyskiwanych z podatków. Model Siemaszki, wzorowany co do celów (powszechna ochrona zdrowia obywateli) na Bismarckowskim, został stworzony w 1917 r. w ZSRR. Finansowanie sektora ochrony zdrowia odbywało się bezpośrednio z budżetu państwa, a wszystkie placówki świadczące usługi lecznicze były własnością państwa. Różniło to model Siemaszki od modeli Bismarcka i Beveridge’a, w których obok sektora publicznego funkcjonował także prywatny sektor usług zdrowotnych.

i dobrowolnych składkach ubezpieczeniowych⁷. Władze polskie zdecydowały się jednak skorzystać z wzorców europejskich, co warunkowała także ówczesna sytuacja polityczna. Polska znalazła się bowiem w 1945 r. w obszarze wpływów ZSRR. Model Siemaszki nie został jednak w Polsce aplikowany w takim kształcie, w jakim obowiązywał w ZSRR. W Polsce w latach 1945-1952 zachowano bowiem niektóre własne rozwiązania (nadal obowiązywały ustawy uchwalone przed 1939 r.). Utrzymano także istnienie prywatnego sektora służby zdrowia (gabinety i spółdzielnie lekarskie), które w ZSRR nie funkcjonowały.

Podstawowym ówczesnym problemem, przed którego koniecznością rozwiązania stanęły polskie władze, było zapewnienie opieki lekarsko-medycznej społeczeństwu, w szczególności osobom przemieszczającym się na obszarach już wyzwolonych. Repatrianci, osoby powracające z obozów i przymusowych robót czy reemigranci wymagali podstawowej kompleksowej opieki zdrowotnej. Stan ich zdrowia wymagał radykalnych działań leczniczych. W tamtym okresie rozwiązywanie tych problemów zostało powierzone Państwowemu Urzędowi Repatriacyjnemu, powołanemu dekretem PKWN z dnia 7 października 1944 r.⁸ Urząd ten stał się głównym dysponentem środków materialnych i organizatorem jednostek służby zdrowia zajmujących się świadczeniami medycznymi na rzecz repatriantów, przesiedleńców oraz osób powracających z obozów. W 1945 r. konieczne okazało się oparcie działań władz państwowych w obszarze zdrowia publicznego nie tylko na wiarygodnych podstawach naukowych, lecz także na już sprawdzonych wcześniej procedurach. Warunkiem efektywności ich zastosowania była ich powszechność, niekiedy z zastosowaniem elementów przymusu. Tego rodzaju efektywność musiała się wiązać z zapewnieniem dostatecznego finansowania powoływanych przez ustawy i zarządzenia instytucji i zapewnieniem kadry dla ich działalności⁹. Z tych właśnie względów po II wojnie światowej polskie władze państwowe korzystały z wzorców organizacji publicznej opieki medycznej wypracowanych w innych krajach europejskich, zarówno przed wybuchem I wojny światowej (od lat 80. XIX w.) jak i w jej trakcie i po jej zakończeniu, a także z ustawodawstwa medycznego obowiązującego do 1939 r. na obszarze II RP¹⁰. Opanowanie masowo występujących w 1945 r.

⁷ Por. H.L. Wilensky, C.N. Lebeaux, *Industrial society and social welfare: the impact of industrialization on the supply and organization of social welfare services in the United States*, New York – London 1965.

⁸ Dz.U. 1944 nr 7, poz. 32.

⁹ Dekret z dnia 14 maja 1946 r. o powołaniu pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami (Dz.U. 1946 nr 23, poz. 150); Uchwała Rady Ministrów z dnia 29 września 1948 r. w sprawie zasad i wysokości zaopatrzenia i odszkodowania dla osób zatrudnionych stale przy zwalczaniu chorób zakaźnych lub powołanych do ich zwalczania oraz dla rodzin pozostałych po tych osobach (M.P. 1948 nr 73, poz. 635).

¹⁰ Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. 1935 nr 27, poz. 198) – uchylona w dniu 18 listopada 1963 r.

w polskiej populacji chorób zakaźnych nie było możliwe do zrealizowania na podstawie rozwiązań prawnych i organizacyjnych, które miały być dopiero dyskutowane i wprowadzane w życie. Należało działać szybko i wdrażać te, które zostały już opracowane i sprawdziła się ich efektywność w działaniu¹¹. Priorytetem w pierwszych latach powojennych było zachowanie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji zagrożonej przez epidemie, zabezpieczenie ludności kraju przed masowymi zgonami z ich powodu, stworzenie podstaw wzrostu demograficznego populacji, przez położenie szczególnego nacisku na opiekę nad kobietami w okresie ciąży, porodu i pójogu oraz nad dziećmi w pierwszych latach życia. W tych właśnie grupach śmiertelność z powodu różnego rodzaju zakażeń była bowiem szczególnie wysoka.

Wszystkie te czynniki zadecydowały o wprowadzeniu na szerszą skalę obowiązków szczepień dla ludności oraz określonych grup zawodowych. Stąd też od 1945 r. wznowiono na obszarze państwa polskiego szczepienia przeciw durowi brzuszemu (objęto nimi osoby od 5 roku życia do ukończenia 60 lat)¹². Łącznie zaszczepiono 3 300 000 osób (głównie była to ludność miejska). W Warszawie i kilku innych miejscowościach przeprowadzono szczepienia przeciw czerwoncem (45 000 pracowników służby zdrowia oraz przemysłu i handlu spożywczego). Pod koniec 1945 r. rozpoczęto szczepienia przeciw durowi wysypkowemu (ok. 10 000 osób, głównie pracowników służby zdrowia). Wznowiono także szczepienia przeciw ospie prawdziwej (634 000 dzieci). Od 1951 r. szczepiono obowiązkowo dzieci od 2 do 6 miesiąca życia i w 7 roku życia oraz osoby narażone do 60 lat. Stosunkowo małą liczbę szczepień przeciw błonicy zrealizowano w Poznaniu, Łodzi i woj. warszawskim. W latach 1946–1949 szczepiono rocznie 170 000 do 500 000 dzieci, ale do 1954 r. szczepienia te wykonywane były w sposób niesystematyczny i bez należytego prowadzenia dokumentacji. Od 1946 r. wprowadzono ograniczone próby szczepień przeciw gruźlicy. Pod koniec lat 50. XX w. stopniowo wprowadzano szczepienia akcyjne¹³ przeciw *poliomyelitis*¹⁴.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 1948 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Żeglugi, Przemysłu i Handlu, Skarbu, Administracji Publicznej, Ziemi Odzyskanych, Rolnictwa i Reform Rolnych oraz Odbudowy – przepisy sanitarne w morskich portach handlowych i przystaniach (Dz.U. 1948 nr 45, poz. 335); Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 26 września 1935 r. o utrzymaniu porządku i czystości w miejscach publicznych i niektórych miejscach prywatnych (Dz.U. 1935 nr 76, poz. 476) – uchylone z dniem 14 sierpnia 1951 r.; Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 9 maja 1936 r. o zakładach kąpielowych (Dz.U. 1936 nr 44, poz. 327) – uchylone z dniem 1 stycznia 2002 r.; Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 13 maja 1937 r. w sprawie przepisów sanitarnych dla publicznych miejsc spożycia (Dz.U. 1937 nr 41, poz. 327) – uchylone z dniem 21 lipca 2000 r.

¹² Dane pochodzą ze strony: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/ciekawostki/historia-szczepien-w-pigulce>, (01.10.2022).

¹³ Od autorów: szczepienia akcyjne, to szczepienia o charakterze interwencyjnym, które wykonuje się w sytuacji wystąpienia na określonym terenie zwiększonej liczby zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną albo zwiększonego ryzyka ich wystąpienia.

¹⁴ Porażenie dziecięce lub choroba Heinego-Medina.

Wszystkie inne rodzaje zagrożeń zdrowia publicznego musiały ustąpić w pierwszych latach powojennych wobec tych priorytetów. W innych krajach europejskich władze państwowe podejmowały w 1945 r. i następnych podobne działania, nawiązując do osiągnięć naukowych i organizacyjnych wypracowanych od lat 80. XIX w.

Pierwsze efektywne systemy medycyny publicznej konstruowane były w taki sposób, by zmaksymalizować ochronę populacji przed epidemiami chorób zakaźnych. Zostały bowiem stworzone przede wszystkim w tym celu. Do głównych uwarunkowań umożliwiających ich stworzenie należało odkrycie w latach 70. XIX w. realnych przyczyn chorób zakaźnych, tj. faktu, że są one wywoływane przez bakterie. Znając rzeczywisty czynnik etiologiczny epidemii¹⁵, można było zaprojektować i wprowadzić w życie rozwiązania mające na celu ograniczenie jego oddziaływania w skali populacji. Zakaźny charakter epidemii stwarzał przesłanki do objęcia nadzorem medycznym i opieką lekarską wszystkich obywateli danego państwa, niezależnie od poziomu ich dochodów¹⁶. Różniło to nowoczesne europejskie systemy medycyny publicznej od istniejących wcześniej, opartych na koncepcji kwarantanny i ogólnej poprawy stanu higieny¹⁷. Wykazywały się one ograniczoną skutecznością, ponieważ nie tylko nie uwzględniały przyczyn epidemii, jaką były bakterie¹⁸ i wirusy (ich rolę poznano dopiero w XX w.), lecz także pozostawiały większość ludności bez dostępu do nadzoru medycznego i opieki lekarskiej. Gdy w wyniku badań Agostino Bassiego¹⁹, a przede wszystkim Roberta Kocha²⁰ i Ludwika Pasteura²¹ udowodniono rolę bakterii w etiopatogenezie chorób zakaźnych, konieczne stało się opracowywanie kompleksowego systemu ochrony przed ich rozpowszechnianiem. By system ten mógł objąć nadzorem całą populację lub jej większość, a zatem uzyskać efektywność, większą część kosztów jego zaprojektowania i realizacji musiało wziąć na siebie

¹⁵ Z. Gliński, A. Żmuda, *Epidemie i pandemie chorób zakaźnych*, „Życie Weterynaryjne” 2020, R. 95, nr 9, s. 554 i n.

¹⁶ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do roku 1948)*, Łódź 1995, s. 203 i n.

¹⁷ B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników wewnątrz naukowych i zewnątrz naukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie (na przykładzie wybranych państw)*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław 2013, s. 267-349.

¹⁸ U. Frevert, *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizey und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984.

¹⁹ R.H. Major, *Agostino Bassi and parasitic theory of disease*, „Bulletin of the History of Medicine” 1944, nr 16, s. 97-107.

²⁰ S.M. Blevins, M.S. Bronze, *Robert Koch and the 'golden age' of bacteriology*, „International Journal of Infectious Diseases” 2010, t. 14, nr 9, s. e744-e751.

²¹ Z.A. Kwiatkowski, *Ludwik Pasteur (1892–1895). Życie i Dzieło*, s. 6 i następne; <https://www.microbiologia.pl/wp-content/uploads/2017/03/Ludwik-Pasteur-1822-1895.pdf>

państwo²². Koszty powszechnej opieki lekarskiej, nawet w podstawowym zakresie, nie były bowiem w końcu XIX w. możliwe do samodzielnego opłacenia przez większość mieszkańców państw europejskich.

Pierwsze systemy medycyny publicznej w Europie zostały wprowadzone w państwach o silnej władzy politycznej i wysokich dochodach budżetowych, a zarazem o wysokiej gęstości zaludnienia, równie wysokim współczynniku urbanizacji i dobrze rozwiniętej sieci dróg i szlaków kolejowych, co zagrażało szybkim rozprzestrzenianiem się epidemii, tj. w Niemczech i w Austro-Węgrzech. Tworzenie tych systemów we wskazanych państwach miało charakter odgórny. Odbywało się wprawdzie z udziałem lekarzy, ale konstrukcja tych systemów wykraczała poza cele medyczne. Ich skuteczne funkcjonowanie miało bowiem wywierać skutki demograficzne (zagwarantowanie wzrostu populacji), militarne (miały zapewniać licznych zdrowych rekrutów) i gospodarcze (wydłużenie życia robotników wykwalifikowanych, co zwiększało motywację pracodawców do ponoszenia nakładów na ich kształcenie). Dokonana w początkach XX w. ewaluacja skuteczności systemów medycyny publicznej wprowadzonych w Niemczech i Austrii wykazała ich wysoką skuteczność. Doświadczenia I wojny światowej udowodniły zarazem, że w krajach, w których systemy takie nie zostały do 1914 r. wprowadzone, sytuacja epidemiczna wymknęła się spod kontroli, niosąc za sobą wysokie straty demograficzne. Wskutek tych obserwacji od początku XX w. do końca 1945 r. zaczęto wprowadzać w wielu państwach europejskich rozwiązania prawno-organizacyjne wzorowane na wcześniejszych rozwiązaniach niemieckich i austriackich²³. Rozwiązania te były jednak zróżnicowane co do szczegółów, co wynikało z różnic w poziomie środków budżetowych, jakie dane państwo mogło przeznaczać na tworzenie masowej opieki medycznej oraz od liczby lekarzy, które mogło w nich zatrudnić.

Odrodzona po rozbiorach Polska w 1918 r. zaczęła tworzyć system medycyny publicznej zachowując na obszarach byłego zaboru pruskiego i austriackiego dotąd tam istniejące rozwiązania prawne²⁴. W byłym zaborze rosyjskim

²² B. Płonka-Syroka, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 7, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2007, s. 161-178.

²³ J. Sadowska, *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX i na początku XX wieku*, „Zdrowie Publiczne” 1989, nr 100, s. 324.

²⁴ J. Sadowska, *Tendencje rozwojowe publicznej służby zdrowia na ziemiach polskich przed i po 1918 r.*, „Przegląd Lekarski” 1994, nr 53, s. 276; W. Korpalska, J. Szmytkowski, *Procesy modernizacyjne w państwie pruskim i ich wpływ na kształtowanie modelu ochrony zdrowia publicznego na ziemiach zaboru pruskiego w XIX wieku na przykładzie rejencji bydgoskiej*, [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 8, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2004, s. 119-132; P. Franaszek, *Publiczna ochrona zdrowia w Galicji w dobie autonomii*, [w:] *Przełom nowożytny...*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, s. 133-157.

należało je dopiero stworzyć, do 1918 r. w Rosji podobny system nie powstał²⁵. Scalanie obowiązujących w Polsce przepisów dotyczących medycyny publicznej w jeden system było skomplikowane i trwało aż do 1939 r.²⁶ W pierwszym etapie starano się w miarę wiernie przenieść do polskiego ustawodawstwa medycznego rozwiązania występujące wcześniej w państwach niemieckich²⁷. Kontekstem dla wykorzystania w polskim prawie medycznym gotowych rozwiązań zagranicznych była bardzo trudna sytuacja epidemiczna Polski²⁸. Wyzwaniem były także ruchy migracyjne na terenie kraju, w tym związane z wojną polsko-radziecką. W latach 1923–1933 przy ich tworzeniu zagraniczne wzorce prawa medycznego musiały ulec ograniczeniu, na rzecz tymczasowych rozwiązań własnych. Polski Skarb Państwa nie był bowiem w stanie ponosić tak wysokich nakładów na cele zdrowotne, jak przed 1914 r. europejskie potęgi polityczne, Niemcy i Austro-Węgry. Brak było także w Polsce odpowiedniej liczby lekarzy²⁹. W latach 1933–1939 wypracowano wreszcie własne rozwiązania prawno-medycznej, oparte na realnych podstawach ekonomicznych i realnych możliwościach kadrowych. To one właśnie stały się podstawą reaktywacji systemu opieki medycznej w Polsce zaraz po zakończeniu II wojny światowej³⁰.

Tworzenie systemu medycyny publicznej w Polsce odbywało się w latach 1945–1950 w bardzo podobnej sytuacji do tej, która panowała w latach 1918–1923. Jej cechą podstawową była bardzo wysoka zachorowalność na choroby

²⁵ E. Więckowska, *Początki opieki zdrowotnej nad ludnością Królestwa Polskiego na przełomie XIX/XX wieku w świetle czasopisma „Zdrowie” (1895–1914)*, „Zdrowie Publiczne” 1985, nr 5-6, s. 227-237; B. Płonka-Syroka, *Spoleczny ruch higieniczny w Królestwie Polskim i jego rola w zapobieganiu i zwalczaniu chorób społecznych*, [w:] *Brud: idee – dylematy – sprawy. Stromata Anthropologica*, t. 8, red. M. Sztandara. Opole 2012, s. 299-316.

²⁶ B. Płonka-Syroka, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska*, [w:] *Medycyna i rehabilitacja w Polsce w latach 1918–2018. Cz. I. Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, red. M. Migąła, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś, Opole 2019, s. 25-54.

²⁷ J. Górny, *Pierwsze Ministerstwo Zdrowia Publicznego Rzeczypospolitej Polskiej 1919–1923*, „Zdrowie Publiczne” 1976, nr 6, s. 489-492; J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Łódź 2002.

²⁸ E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w pierwszym roku istnienia Polski niepodległej 1918–1919*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 1-2, s. 211-220.

²⁹ J. Fijałek, J. Machalski, *Publiczna opieka medyczna u początków Polski Niepodległej*, „Archiwum Historii Medycyny” 1978, nr 4, s. 393-404; W. Więckowska, *Państwowy Urząd do Spraw Powrotu Jeńców, Uchodźców i Robotników (grudzień 1918 – połowa roku 1924)*, [w:] *Lekarze czasów wojny: medycyna polska w pierwszych latach II Rzeczypospolitej i w okresie II wojny światowej*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 3, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2000, s. 7-14; J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Łódź 2002; B. Urbanek, *Medycyna w II RP*, [w:] *Medycyna polska. Złota księga medycyny polskiej*, Bydgoszcz 2018, s. 136-155.

³⁰ J. Sadowska, *Świadczenia lecznicze w ubezpieczalniach społecznych w Polsce (1933–1951)*, Łódź 2006.

zakaźne³¹. Opanowanie powszechnego zagrożenia epidemicznego stało się z tego względu priorytetem dla organizacji i funkcjonowania systemu opieki medycyny w Polsce³². W ówczesnej sytuacji kraju wystąpiły jednak dodatkowe zagrożenia. Powojenna Polska odrodziła się w nowych granicach, istotnie przesuniętych na zachód. Stało się to przyczyną większych niż w końcu I wojny światowej masowych migracji ludności³³. W wyniku przesiedlenia na tzw. Ziemie Odzyskane kilkunastu milionów ludzi, sytuacja epidemiczna na tym obszarze wymagała pilnej ingerencji państwa opartej na wcześniej sprawdzonych wzorcach³⁴. Podobnie jak po I wojnie światowej nadzór nad repatriacją do Polski objął specjalnie utworzony urząd (PUR), którego placówki na Śląsku i Pomorzu pełniły także rolę instytucji ochrony zdrowia³⁵. Intensywne działania przeciwepidemiczne podjęte przez polskie instytucje medycyny publicznej okazały się skuteczne. Do 1948 r. epidemie chorób zakaźnych w Polsce istotnie ograniczono, a do 1950 r. większość (poza gruźlicą) w skali masowej opanowano. Istotna poprawa sytuacji zdrowotnej nastąpiła zarówno w Polsce centralnej i wschodniej, jak i na terenach województw przyłączonych do Polski w 1945 r. Umożliwiło to scalenie Ziem Zachodnich z całością gospodarki kraju³⁶. W całej Polsce odnotowano ponadto przyrost demograficzny.

Opanowanie powojennych zagrożeń epidemicznych stwarzało podstawę dla rozpoczęcia procesu restrukturyzacji systemu medycyny publicznej w Polsce i dostosowania go do zmieniającej się sytuacji politycznej i określenia nowych priorytetów w opiece zdrowotnej nad populacją. Kierunek procesowi zmian w polskim ustawodawstwie medycznym po 1948 r. nadała tendencja do utrwalenia (także po opanowaniu epidemii chorób zakaźnych) masowego

³¹ E. Więckowska, *Wpływ na stan zdrowia ludności epidemii ostrych chorób zakaźnych występujących na ziemiach polskich w latach 1916–1924 i 1940–1949*, [w:] *Spoleczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych XVIII–XX wieku*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 5, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2002, s. 321–344.

³² E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce...*; O Buraczewski, A. Jachewicz, H. Rudzińska, *Walka z gruźlicą w Polsce*, Warszawa 1961.

³³ K. Kersten, *Repatriacja ludności polskiej po II wojnie światowej (Studium historyczne)*, Wrocław 1974.

³⁴ G. Gościński, E. Lonc, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*, [w:] *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesora Tadeusza M. Lachowicza*, red. G. Bugła-Płoskońska, E. Lonc, Wrocław 2015, s. 89–114; B. Płonka-Syroka, *Organizacja opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej. Zarys zagadnienia*, „Pamięć i Przyszłość” 2013, t. 21, nr 3, s. 6–20; U. Kozłowska, *Organizacja zwalczania chorób zakaźnych jako element polityki zdrowotnej państwa na Pomorzu Zachodnim (1944/45–1972)*, Szczecin 2013.

³⁵ D. Sula, *Działalność przesiedleńczo-repatriacyjna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w latach 1944–1951*, Lublin 2002; E. Więckowska, *Państwowy Urząd Repatriacyjny jako instytucja ochrony zdrowia*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać...*, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, s. 283–310.

³⁶ T. Głowiński (red.), *Kresy Zachodnie. Gospodarcze i społeczne znaczenie polskich Kresów*, Wrocław 2015.

dostępu większości polskiej populacji do bezpłatnej opieki lekarskiej. Za grupy, w których zapewnienie dostępu do bezpłatnej opieki medycznej miało charakter szczególnie uzasadniony, uznano pracowników zakładów przemysłowych, kobiety w ciąży i pójgu oraz dzieci. Ze względu na ograniczone środki, które Polska mogła przeznaczyć na sfinansowanie systemu medycyny publicznej i brak dostatecznej liczby kadr lekarskich zdecydowano się na ich komasację w placówkach finansowanych ze środków państwowych. Ustawa z 1948 r.³⁷ przyznawała priorytet w zaopatrzeniu placówkom leczniczym będącym własnością państwa, zapewniano także środki na płace zatrudnianych w tych placówkach lekarzy³⁸. Obrano w ten sposób kierunek na etatyzację systemu medycyny publicznej³⁹, co przeprowadzono w formie ustawowej do 1951 r. Argumentem dla wprowadzenia tego systemu miała być jego efektywność i zapewnienie jak największej liczbie obywateli dostępu do leczenia w standardzie klinicznym⁴⁰. W systemie publicznej opieki medycznej bezpośrednio finansowanym przez państwo możliwe było bowiem planowe ustanowienie priorytetowych kierunków działań, na które przeznaczano w pierwszej kolejności deficytowe środki finansowe. Do tych kierunków należały (obok ochrony zdrowia matki i dziecka oraz nadzoru nad zdrowiem robotników i ogólnie ludności zamieszkującej obszary wysoko zurbanizowane): wprowadzenie i sfinansowanie powszechnych szczepień ochronnych⁴¹, upowszechnienie leczenia chorób zakaźnych za pomocą (importowanych jeszcze wówczas) antybiotyków⁴², upowszechnienie stacjonarnej opieki psychiatrycznej⁴³, upowszechnienie diagnostycznych badań

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

38 K. Kersten, *Narodziny systemu władzy. Polska 1943–1948*, Poznań 1990.

39 Z. Jastrzębowski, op. cit., s. 203–205 i in.

40 W. Łuczak, *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, nr 3, s. 279–280; K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.

41 Szczepienia wprowadzono po raz pierwszy na mocy rozporządzeń państwowych w państwach niemieckich. Z początku szczepiono przeciw ospie (C. Huerkamp, *The History of smallpox vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization on the General Public*, „Journal of The Contemporary History” 1985, t. 20, s. 617–635; S. Plotkin, *History of vaccination*; <https://www.pnas.org/doi/pdf/10.1073/pnas.1400472111>). W początkach XX w. wprowadzono we Francji szczepienia przeciw gruźlicy. Do 1939 r. znano i stosowano także inne szczepionki przeciw chorobom zakaźnym.

42 Antybiotyki wykorzystywano w terapii wielu ostrych chorób zakaźnych, a także chorób o przebiegu przewlekłym, takich jak gruźlica i kiła. W Polsce pierwszym antybiotykiem wprowadzonym do terapii była penicylina, a następnie upowszechniła się streptomycyna. O antybiotykach i ich historii por. G.A. Durand, D. Raoult, G. Dubourg, *Antibiotic discovery: history, methods and perspectives*, „International Journal of Antimicrobial Agents” 2019, t. 53, nr 4, s. 371–382; S.Y. Tan, Y. Tatsumura, *Alexander Fleming (1881–1855): Discoverer of penicillin*, „Singapore Medical Journal” 2014, t. 56, nr 7, s. 366–367.

43 Do 1939 r. stacjonarna opieka psychiatryczna nie była dostępna dla większości pacjentów. Po II wojnie światowej objęto stacjonarnym leczeniem psychiatrycznym setki tysięcy pacjentów,

przesiewowych w kierunku rozpoznania gruźlicy wykorzystujących aparaty RTG⁴⁴, upowszechnienie masowych diagnostycznych badań krwi⁴⁵. Wspomniana już ustawa z 1948 r. utrzymywała uprawnienia do prowadzenia działalności leczniczej przez podmioty prywatne, świadczące dla ludności usługi komercyjne. W warunkach priorytetowego finansowania i zaopatrzenia w leki i inne środki niezbędne do działania, komercyjne podmioty lecznicze szybko zaczęły napotykać trudności, zarówno finansowe, jak i kadrowe. Część z nich w związku z tym była likwidowana przez właścicieli, a część wykupowana przez państwo. Kadry dla polskiego systemu opieki medycznej zapewniało polskie wyższe szkolnictwo medyczne. W 1945 r. wznowiono działalność 3 z 5 przedwojennych wydziałów lekarskich, a do 1947 r. powołano nowe. Od 1950 r. państwo finansowało kształcenie kadr lekarskich w 11 nowo powołanych uczelniach specjalistycznych – akademiach medycznych⁴⁶. Ich absolwenci byli kierowani do pracy w placówkach państwowego systemu medycyny publicznej, szpitalach i przychodniach, w miarę równomiernie na terenie całego kraju⁴⁷. W prywatnych placówkach leczniczych pracowali więc w tym okresie głównie lekarze wykształceni jeszcze przed wojną, podczas gdy absolwenci uzyskujący bezpłatne wykształcenie w państwowych uniwersytetach, a następnie akademiach medycznych byli kierowani do pracy w sektorze publicznym. Wprowadzane w Polsce między 1945 a 1952 r. zmiany w stanie prawnym dotyczącym opieki medycznej, wychodziły od ustawy z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia. Przewidywała ona istnienie wielosektorowego systemu lecznictwa. Obok instytucji państwowych, finansowanych bezpośrednio z budżetu z II RP, miały w Polsce istnieć i świadczyć usługi lecznicze także instytucje prywatne, spółdzielcze,

powielając schemat organizacji lecznictwa psychiatrycznego obowiązujący wówczas w krajach zachodnich. O historii psychiatrii por. J. Cookson, *A brief history of psychiatry*; <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/history-of-psychiatry>

44 Do 1939 r. w Polsce aparaty RTG znajdowały się w posiadaniu tylko niektórych poradni przeciwgruźliczych. Po 1945 dla skutecznego diagnozowania tej choroby konieczne było systematyczne wykonywanie masowych badań z wykorzystaniem aparatów Roentgena. Diagnostyka ta była finansowana przez państwo. O historii tej metody por. A. Assmus, *Early History of X Rays*; <https://www.slac.stanford.edu/pubs/beamline/25/2/25-2-assmus.pdf>

45 Masowa diagnostyka prewencyjna miała korzystać ze sterylizowanych narzędzi. O historii sterylizacji por. W.B. Hugo, *A brief history of heat and chemical preservation and disinfection*, „Journal of Applied Bacteriology” 1991, nr 71, s. 10; <https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2672.1991.tb04657.x>

46 B. Płonka-Syroka, *75 lat polskiej medycyny i farmacji we Wrocławiu. Wybrane elementy historii wrocławskich wyższych uczelni. Część pierwsza (1945–1949)*, „Medycyna Nowożytna” 2022, t. 28, nr 1, s. 109–150; J. Chodakowska, *Rozwój szkolnictwa wyższego w Polsce Ludowej w latach 1944–1951*, Wrocław 1981; H. Hübner, *Polityka naukowa w Polsce w latach 1944–1953. Geneza systemu*, cz. I, Warszawa 1992.

47 M. Paciorek, *Studenci Wydziałów Lekarskich w Polsce w latach 1944/1945–1948/1949. Kształtowanie i rozwój środowiska*, Warszawa 2016.

samorządowe, należące do kościołów i związków wyznaniowych itp.⁴⁸ Prowadząc działalność komercyjną, powinny były się utrzymywać z własnych środków. Państwo mogło im zlecać wykonywanie określonych świadczeń, uznając je za ważne dla interesu publicznego (np. dofinansowując sanatoria⁴⁹). Etapem przejściowym w procesie etatyzacji opieki medycznej w Polsce była ustawa z 1948 r., w której zapewniono instytucjom publicznym priorytetowe zaopatrzenie i finansowanie. Punktem końcowym procesu etatyzacji stała się Konstytucja PRL z 22 lipca 1952 r.⁵⁰, w której wprowadzono uprawnienia dla obywateli Polski do korzystania z państwowego systemu opieki medycznej. Wiązało się to z ograniczeniem możliwości działania lecznictwa na zasadach komercyjnych oraz upaństwowieniem aptek i hurtowni farmaceutycznych oraz etatyzacją ich personelu (1951).

Zanim omówimy kolejne ustawy, zmieniające stan prawny w zakresie podstaw opieki medycznej w Polsce, przyjrzyjmy się wybranym problemom, które polskie władze musiały rozwiązać w pierwszych latach powojennych. W 1945 r. najpoważniejszym z nich były choroby zakaźne.

Tabela 1. Zagrożenie epidemiczne w Polsce w okresie powojennym (styczeń–grudzień 1945 r.)

Choroba	Liczba chorych
Dur brzuszny	69 631
Dur plamisty	14 888
Czerwonka	5 892
Płonica	11 573
Błonica	19 548

Źródło: A. Bujko, *Stan sanitarno-epidemiczny na Warmii i Mazurach w latach 1945-1950: wybrane zagadnienia*, „Komunikaty Mazursko-Warmińskie” 2011, t. 272, nr 2, s. 256.

Tabela nie obejmuje zagrożenia ze strony gruźlicy. Według szacunków, chorobą tą było zainfekowanych do 70% polskiej populacji. Opanowanie związanego z tym zagrożenia wymagało wprowadzenia skoordynowanych działań

⁴⁸ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. 1939 r. nr 54, poz. 342) – uchylona z dniem 1 stycznia 2003 r.; „Art. 4 (1) Władze administracji rządowej i samorządu terytorialnego działają w sprawach publicznej służby zdrowia przez lekarzy i inne organa”.

⁴⁹ Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach (Dz.U. 1922 nr 31, poz. 254); obowiązywała do dnia 1 stycznia 1967 r.

⁵⁰ Dz.U. 1952 nr 33, poz. 232. Uchylona z dniem 17 października 1997 r. przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwaloną przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjętą przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisaną przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483).

i przeznaczenia znacznych środków finansowych na działania zaplanowane w skali całego kraju.

Bardzo poważnym problemem był w pierwszych latach powojennych brak leków i problemy z ich dystrybucją. W II RP przemysł farmaceutyczny w Polsce był słabo rozwinięty, większość leków produkowano w aptekach albo importowano. W związku z tym były one bardzo drogie i niedostępne dla większości chorych⁵¹. Po II wojnie światowej wprowadzenie bezpłatnego leczenia, obejmującego określone grupy czynnych zawodowo obywateli Polski, spowodowało zwiększenie zapotrzebowania na leki. Konieczne więc było odbudowanie przedwojennych wytwórni farmaceutycznych oraz stworzenie nowych. Należało też opracować technologię produkcji leków, które miały być wytwarzane w warunkach przemysłowych. W 1945 r. do znajdujących się w nowych granicach Polski wytwórni i fabryk farmaceutycznych delegowano pełnomocników Ministerstwa Przemysłu i Handlu. Ich zadaniem był zarząd tymi przedsiębiorstwami i uruchamianie w nich produkcji. Do największych uruchomionych zakładów należały przedsiębiorstwa w Tarchominie⁵², Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne⁵³, Starogardzkie Zakłady Farmaceutyczne⁵⁴, a także fabryka w Jeleniej Górze. W 1952 r. upaństwowione zakłady farmaceutyczne stworzyły możliwość zaopatrzenia polskiego lecznictwa we wszystkie leki uznawane za podstawowe w opanowaniu większości schorzeń. Produkcja była zarządzana i finansowana przez państwo.

Ważnym problemem były braki kadrowe w personelu medycznym, uniemożliwiające osiągnięcie przez Polskę parametrów charakterystycznych dla krajów wysoko rozwiniętych. W 1945 r. na 10 tys. mieszkańców Polski w nowych granicach przypadało zaledwie 3,2 lekarza⁵⁵. W wyniku upowszechnienia w 1945 r. szkolnictwa medycznego i wprowadzenia bezpłatnych studiów medycznych udało się podnieść ten współczynnik do 1960 r. ponad 3 razy. W 1974 r. sięgał on już 16,8. Problemem utrudniającym sprawne funkcjonowanie publicznej opieki zdrowotnej w PRL okazało się nierównomierne rozmieszczenia lekarzy w granicach Polski. W latach 1945–1952 (a także później) najniższe

51 A. Drygas, *Zaopatrzenie ludności w leki i sprzęt medyczny (sanitarny) w Polsce w pierwszym okresie po zakończeniu drugiej wojny światowej*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1995, nr 2, s. 171, 189.

52 Produkowały początkowo maść przeciwwierzbową. Wkrótce stały się krajowym potentatem w produkcji antybiotyków.

53 Produkowały początkowo leki przeciwbólowe, później szeroki asortyment leków.

54 Zaczynały od produkcji wody destylowanej w ampulkach. Później rozwinęły produkcję szerokiej gamy leków. K. Kurkowska-Bondarecka, *Historia polskiego przemysłu farmaceutycznego. Tom 3*, Warszawa 1995, s. 75.

55 Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz.U. 1932 nr 81, poz. 712); obowiązywało do dnia 29 października 1950 r.; ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1950 nr 50, poz. 458).

wskaźniki dostępności do opieki lekarskiej występowały na obszarach wiejskich. Priorytetem było bowiem (ze względu na większe zagrożenie epidemiczne i zagrożenia związane z pracą w przemyśle) zapewnienie dostępu do opieki medycznej ludności miejskiej (podobnie jak wcześniej w Europie Zachodniej). Sektor przemysłowy w 1950 r. zatrudniał 25%, a w 1960 już 33% pracowników. W przemyśle ciężkim zatrudnienie w latach 1949–1953 wzrosło 2,5-krotnie (681 tys. i 1 mln 424 tys. pracowników)⁵⁶. W hutach, stoczniach, kopalniach stworzono przychodnie zakładowe, w których zatrudniono lekarzy fabrycznych. W 1946 r. zatrudniono na tych stanowiskach 435 lekarzy⁵⁷, co stanowiło potrojenie ich liczby w stosunku do 1938 r. W następnych latach liczba personelu przychodni zakładowych wzrastała bardzo znacznie.

Niezwykle ważnym zadaniem stojącym przed pracownikami sektora medycznego był w latach 1945–1952 szeroko pojęty nadzór sanitarny. Zgodnie z ustawą z dnia 15 czerwca 1939 r. do zadań publicznej służby zdrowia należało zwalczanie chorób i zapobieganie chorobom, zaopatrywanie ludności w wodę i usuwanie nieczystości, wychowanie fizyczne i higiena szkolna, higiena bytowania i pracy, nadzór sanitarny nad artykułami żywnościowymi i przedmiotami użytku itp. Zadania te w założeniach miały być realizowane w ramach wielosektorowości służby zdrowia przez takie podmioty jak: państwo, samorząd terytorialny, samorząd zawodowy (izby lekarskie, lekarsko-dentystyczne i aptekarskie), instytucje ubezpieczeń społecznych oraz inne organizacje publiczne i społeczne. W pierwszych latach po II wojnie światowej, wielotorowość w wypełnianiu tych funkcji została wprowadzić ustawowo zachowana, jednakże udział poszczególnych podmiotów był zróżnicowany. W praktyce szczególną rolę odegrały ubezpieczenia społeczne, związki samorządu terytorialnego i centralne resorty państwowe. Podwaliny dla odbudowy instytucji ubezpieczeń społecznych i stworzenia polskich ubezpieczeń na ziemiach zachodnich i północnych po zakończeniu II wojny były zawarte w tzw. ustawie scaleniowej z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym⁵⁸. Pod koniec lat 40. i na początku 50. XX w. władze wprowadziły zmianę modelu ochrony medycznej i socjalnej pracowników z systemu ubezpieczeniowego na system zaopatrzeniowy. Zlikwidowano poszczególne fundusze ubezpieczeniowe⁵⁹, w ich miejsce

⁵⁶ U. Kozłowska, *Organizacja ochrony zdrowia robotników na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1955. Wprowadzenie do problematyki*, s. 122; <https://wnus.edu.pl/pzp/pl/issue/616/article/9571>

⁵⁷ W. Bednarski, *Lekarz przemysłowy, jego rola w służbie zdrowia i w zakładach pracy*, „Zdrowie Publiczne” 1958, nr 2, s. 118–119.

⁵⁸ Dz.U. 1933 nr 51, poz. 396; uchylona z dniem 1 stycznia 1999 r. ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 153).

⁵⁹ Po uchwaleniu ustawy scaleniowej rozpoczęto prace nad jej nowelizacją. W dniu 24 października 1934 r. Prezydent Ignacy Mościcki podpisał rozporządzenie o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1934 nr 95, poz. 855). Zlikwidowano oddzielne zakłady oraz

wprowadzając zintegrowanie składki. Połączono finansowanie świadczeń z budżetem państwa, lecznictwo zostało włączone w pion administracji państwowej i zaopatrzeniowe zasady przyznawania świadczeń. Niestety, przepisy ustawy scaleniowej w stosunkowo krótkim czasie utraciły swój charakter normatywny.

Przemiany modelu państwa, jakie zachodziły w Polsce po 1945 r., ukierunkowane w stronę wzrostu centralizacji struktur państwa i upaństwowienia lub wprowadzenia państwowego nadzoru nad wieloma obszarami działalności produkcyjnej, usługowej i aktywności społecznej, stanowiły kontekst do wprowadzenia uprawnień koordynacyjnych nadanych nowo powstałemu Ministerstwu Zdrowia⁶⁰, natomiast na szczeblu wojewódzkim – od 1946 r. – tworzone rady koordynacji lecznictwa i zapobiegania⁶¹. Do 1952 r. uprawnienia te były stale zwiększane. W kształtującym się nowym ustroju państwa priorytetem było zapewnienie powszechnego nadzoru medycznego, bezpłatnego leczenia i tanich leków jak największej liczbie uprawnionych. Model ten był ukierunkowany na masowego odbiorcę usług medycznych, a jego głównym celem była ochrona zdrowia w skali populacji. Powszechne prawo do opieki medycznej świadczonej w wymiarze podstawowym było traktowane jak wypełnienie ustrojowych zobowiązań państwa wobec obywateli, których potrzeby zdrowotne uległy upodmiotowieniu. Etycyzacja świadczeń medycznych i upaństwowienie farmacji (przemysł, hurtownie, apteki⁶²) odbyła się jednak z naruszeniem interesów właścicieli prywatnych instytucji medycznych i farmaceutycznych, a także ograniczeniem swobody wykonywania pracy zawodowej przez pracowników sektora medycznego. Konstrukcja systemu opieki medycznej stworzona w 1952 r. nie okazała się jednak stabilna. Do 1989 r. podlegała stałym modyfikacjom, a po 1990 r. została zastąpiona przez system prawny oparty na całkowicie odmiennych zasadach ustrojowych.

Izbę Ubezpieczeń Społecznych. W ich miejsce utworzono Zakład Ubezpieczeń Społecznych i pięć wyposażonych w osobowość prawną funduszy ubezpieczeniowych (dodany art. 17a):

- Fundusz Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników,
- Fundusz Ubezpieczenia Emerytalnego Pracowników Umysłowych,
- Fundusz Ubezpieczenia od Wypadków i Chorób Zawodowych,
- Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Braku Pracy dla Pracowników Umysłowych,
- Ogólny Fundusz Ubezpieczenia na Wypadek Choroby i Macierzyństwa.

⁶⁰ Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone: Dekret z dnia 11 kwietnia 1945 r. o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, utworzonego ustawą z dnia 31 grudnia 1944 r. (Dz.U. 1945 nr 19, poz. 99, Dz.U. 1945 nr 12, poz. 63); uchylony z dniem 1 kwietnia 1999 r. ustawą z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. 1997 nr 141, poz. 943).

⁶¹ Okólnik Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 listopada 1946 r. (Dziennik Zdrowia 1946 nr 2, poz. 14).

⁶² Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o przejęciu aptek na własność Państwa (Dz.U. 1951 nr 1, poz. 1); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 1951 r. w sprawie zasad i trybu postępowania w zakresie przejmowania aptek na własność Państwa (Dz.U. 1951 r. nr 23, poz. 182).

Struktura służby zdrowia 1945–1952

Punktem wyjścia dla rozważań odnośnie do struktury służby zdrowia jest pojęcie „prawa do ochrony zdrowia”⁶³, posiada ono stosunkowo szeroki zakres na gruncie prawa polskiego. Funkcjonowało – w badanym okresie – w:

- ustawodawstwie ustrojowym regulującym podstawy i zakres funkcjonowania organów i podmiotów publicznych⁶⁴ w sferze służby zdrowia,
- ustawach prawa materialnego normujących kompetencje i formy działania tychże organów i instytucji.

Ewolucyjnie – zadania publiczne⁶⁵ wykonywane w ramach służby zdrowia obejmowały w szczególności zagwarantowanie opieki zdrowotnej poprzez udzielanie świadczeń pacjentom w ramach tej opieki, dostęp do leków, specyfików farmaceutycznych, szczepionek jak również eliminowanie zagrożeń dla zdrowia (w związku z obowiązkiem zwalczania np. chorób epidemicznych). Jak wspomniano wcześniej, podstawowym problemem tego okresu była zbyt mała liczba lekarzy w stosunku do liczby mieszkańców.

W początkowej części opracowania autorzy wskazywali na fakt, iż po II wojnie światowej w Polsce reaktywowana została struktura lecznictwa wielosektorowego funkcjonująca wcześniej w okresie II Rzeczypospolitej (1918–1939). Cechą wielosektorowości było prawne uregulowanie prawa własności placówek opieki zdrowotnej. Właścicielem sektora publicznego służby zdrowia było państwo oraz samorządy. Równolegle funkcjonował sektor ubezpieczeniowy, kongregacyjny – zrzeszeń charytatywnych i wyznaniowych oraz sektor prywatny. Sektory te oddzielnie finansowały własne placówki lecznictwa otwartego i zamkniętego, podlegając w zakresie nadzoru fachowego jedynie Ministerstwu Zdrowia, natomiast po 1924 r. odpowiednim Departamentom Lekarskim usytuowanym przy Ministerstwie Opieki Społecznej i Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. Ze względu na to, iż państwo polskie po II wojnie światowej straciło swą niezależność polityczno-ekonomiczną podporządkowując się regułom ustroju państwa socjalistycznego – nowa rzeczywistość wymagała również określenia zgodnej z ówczesnymi tendencjami ustrojowymi polityki zdrowotnej. Tak więc w zaistniałych warunkach struktura lecznictwa wielosektorowego ze względu na swą przeszłość wywodzoną z ustroju kapitalistycznego nie miała

⁶³ Pojęcie „ochrona zdrowia” zastąpiło „służbę zdrowia” w okresie reformy systemu w 1999 r. Współcześnie obowiązującym zwrotem jest „ochrona zdrowia”, ale w praktyce oba stosowane są naprzemiennie.

⁶⁴ Od autorów: w badanym okresie formalnie funkcjonowały również związki samorządu terytorialnego, a zakłady społeczne służby zdrowia były prowadzone przez fundacje, związki i stowarzyszenia religijne oraz inne osoby prawne, stąd też zasadne jest określenie „podmiot publiczny”.

⁶⁵ W tamtym okresie zadania państwa, związków samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów prowadzących zakłady służby zdrowia.

większych szans na dalszy rozwój. Tym samym podjęto wówczas działania mające na celu etapowe wprowadzanie nowych zasad socjalistycznych, wzorowanych na modelu radzieckim w sferze służby zdrowia.

Przełomowe znaczenie dla wprowadzania zmian w organizacji struktury służby zdrowia w Polsce po II wojnie światowej miała powoływana już ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia⁶⁶. Formalnie przepisy ustawy utrzymywały zasadę prowadzenia zakładów leczniczych przez podmioty publiczne, takie jak: Państwo, instytucje państwowe, związki samorządu terytorialnego oraz instytucje ubezpieczeń społecznych (art. 1 ust. 1). Przyznano również prawo do prowadzenia tych zakładów takim podmiotom jak: fundacje, kongregacje, stowarzyszenia religijne czy też inne podmioty prawa (art. 1 ust. 3). Jednocześnie ustawa wprowadziła klasyfikację zakładów służby zdrowia na następujące grupy:

- 1) zakłady lecznicze o charakterze specjalistycznym działające na obszarze co najmniej jednego województwa, np. instytuty przeciwrakowe, sanatoria dla chorych na gruźlicę, szpitale psychiatryczne, kliniczne (art. 3);
- 2) szpitale wojewódzkie z rozwiniętą specjalizacją usytuowane w miastach wojewódzkich lub miastach wydzielonych z powiatowych związków samorządu terytorialnego⁶⁷. Celem działania tych podmiotów była pomoc specjalistyczna dla ludności zamieszkałej na obszarze województwa lub części, jak również doksztalcanie lekarzy i pozostałego personelu fachowego służby zdrowia (art. 4);
- 3) szpitale kliniczne, w których wszystkie lub większość oddziałów użytkowana była jako kliniki szkół wyższych (art. 5 ust. 1);
- 4) okręgowe ośrodki zdrowia – świadczenia zdrowotne dla ludności zamieszkującej część, jedną lub kilka gmin (art. 6 ust. 1 pkt 1);
- 5) powiatowe ośrodki zdrowia – specjalistyczne świadczenia zdrowotne stanowiące formę działalności uzupełniającej (art. 6 ust. 1 pkt 2);
- 6) szpitale powiatowe – np. leczenie mieszkańców w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych, kobiecych i położnictwa, chorób dziecięcych i zakaźnych (art. 6 ust. 1 pkt 3).

Podkreślenia wymaga fakt, iż do „zakładów społecznej służby zdrowia” zaliczano również apteki, niezależnie od ich formy własności w tamtym okresie.

Pierwsze zmiany w strukturze służby zdrowia wynikające z nowych założeń ustrojowych pojawiają się w 1950 r. Nowa „władza ludowa” rozpoczęła reformy

⁶⁶ Dz.U. 1948 nr 55, poz. 434. Ustawa ta obowiązywała stosunkowo długo, bo aż do przemian ustrojowych i została uchylona z dniem 15 stycznia 1992 r. Ustawa uchylająca: ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91, poz. 408).

⁶⁷ Współcześnie odpowiednik powiatów grodzkich.

struktur lokalnych, ogłaszając budowę tzw. demokracji wyższego typu⁶⁸, co przełożyło się na formę własności części zakładów społecznej służby zdrowia. Dokonano tego ustawą z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej⁶⁹, która zniósła związki samorządu terytorialnego, a ich majątek został przejęty na własność państwa (art. 32). Konsekwencją wprowadzonych zmian była likwidacja organów wykonawczych samorządu terytorialnego (art. 33) oraz przejście pracowników samorządowych do służby państwowej (art. 39). W praktyce oznaczało to, że zakłady prowadzone przez związki samorządu terytorialnego stały się zakładami państwowymi. Zatem świadczeń zdrowotnych pacjentom udzielały podmioty państwowe.

Prawo pacjentów do ochrony zdrowia stało się w tamtym okresie zasadniczo obowiązkiem państwa wzorowanym na modelu radzieckim. Model centralnego planowania wprowadzony w całej gospodarce zastosowano również w sferze świadczeń zdrowotnych w służbie zdrowia. Unormowanie w Konstytucji PRL w 1952 r.⁷⁰ prawa do ochrony zdrowia jednoznacznie rozstrzygnęło problem odpowiedzialności za zdrowie obywateli⁷¹. Jedynym podmiotem odpowiedzialnym było państwo. Transformacja w sferze prawa do ochrony zdrowia polegała na przejściu od zasad, które zostały jeszcze ukształtowane przed wojną i były podstawą funkcjonowania służby zdrowia po odzyskaniu niepodległości do systemu opartego na centralizacji, państwowości oraz zasadzie planowania. Rozwiązania te były wzorowane na rozwiązaniach sowieckich, bowiem stanowiły ważny element systemu państwa socjalistycznego w Polsce.

⁶⁸ I. Lewandowska-Malec, „Rewolucyjna” ustawa z 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej [w:] *Ustrój i prawo w przeszłości dalszej i bliższej. Studia historyczne o prawie dedykowane Prof. Stanisławowi Grodzkiemu w pięćdziesiątą rocznicę pracy naukowej*, red. J. Malec, W. Uruszczak, Kraków 2001, s. 306.

⁶⁹ Dz.U. 1950 nr 14, poz. 130; uchylona z dniem 29 stycznia 1958 r. ustawą z dnia 25 stycznia 1958 r. o radach narodowych (Dz.U. 1958 nr 5, poz. 16).

⁷⁰ Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r. (Dz.U. 1952 nr 33 poz. 232).

⁷¹ Art. 60 ust. 1. Obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy. ust. 2. Coraz szerszemu urzeczywistnieniu tego prawa służą:

1) rozwój ubezpieczenia społecznego robotników i pracowników umysłowych na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy oraz rozbudowa różnych form pomocy społecznej,

2) rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności, rozbudowa urzędzeń sanitarnych i podnoszenie stanu zdrowotnego miast i wsi, stałe polepszanie warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy, szeroka akcja zapobiegania chorobom i ich zwalczania, coraz szersze udostępnianie bezpłatnej pomocy lekarskiej, rozbudowa szpitali, sanatoriów, ambulatoriów, wiejskich ośrodków zdrowia, opieka nad inwalidami.

Dostępność produktów leczniczych w latach 1945–1952

Zdaniem autorów, realizacja dostępności do leków stanowiła element realizacji prawa do ochrony zdrowia. Pierwszoplanową jednostką organizacyjną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych był ośrodek zdrowia. Zgodnie z art. 6 (1) ustawy z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia był on podstawową jednostką zapewniającą ludności realizację prawa do ochrony zdrowia oraz sprawującą pieczę nad warunkami higienicznymi bytowania mieszkańców. W latach 1946–1950 wspomniana regulacja ustawowa w zakresie służby zdrowia została rozwinięta w aktach wykonawczych rangi rozporządzeń. Unormowano w nich sprawy ważne dla zdrowia ówczesnej ludności. Autorzy podkreślają, że zapewnienie dostępu do leków, tzw. specyfików farmaceutycznych i preparatów, wymagało ujednolicenia, stąd też zasadne było podjęcie aktów wykonawczych, które regulowały:

- 1) wyrób i obrót preparatami organoterapeutycznymi⁷² i witaminowymi⁷³ – preparaty te mogły być wydawane wyłącznie w aptekach na receptę lekarską (§ 13); już w tamtym okresie gwarantowano ludności bezpieczeństwo tych produktów poprzez ograniczenie ich reklamy do czasopism lekarskich i farmaceutycznych (§ 14);
- 2) ponowna rejestracja specyfików farmaceutycznych⁷⁴ – niewątpliwie jest to kolejny przykład porządkowania obrotu tzw. specyfikami farmaceutycznymi. Rozporządzenie to normowało rejestrację tych specyfików – krajowych i zagranicznych – rejestrowanych przed dniem 9 maja 1945 r. (§ 1). Natomiast w zakresie samej definicji specyfiku farmaceutycznego odsyłało ono do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. o wyrobie i obrocie specyfików farmaceutycznych⁷⁵. Rozporządzenie z 1926 r. zdefiniowało specyfiki farmaceutyczne – § 2 – jako przetwory lecznicze w dawkach lub formach lekarskich w opakowaniach lub przeznaczonych bezpośrednio dla „spożywców” lub używanych przez lekarzy i lekarzy weterynarii przy wykonywaniu ich zawodu. Wyjątki in minus uregulowano w lit. a) do d) przepisem;

⁷² § 1 – preparaty organoterapeutyczne – środki lecznicze, w których skład wchodzi hormony pochodzenia zwierzęcego lub syntetycznie przygotowane oraz przetwory przygotowane z organów, wydzielin i wydaliny zwierzęcych.

⁷³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 1946 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych w sprawie wyrobu i obrotu preparatów organoterapeutycznych i witaminowych (Dz.U. 1946 nr 54, poz. 307), uchylone z dniem 8 stycznia 1951 r. ustawą z dnia 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U. 1951 nr 1, poz. 4).

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 1947 r. o ponownej rejestracji specyfików farmaceutycznych, Dz.U. 1947 nr 37, poz. 180, uchylone z dniem 8 stycznia 1951 r. ustawą z dnia 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U. z 1951 nr 1, poz. 4).

⁷⁵ Dz.U. 1926 nr 70, poz. 406.

- 3) obowiązkowego utrzymywania przez apteki publiczne niektórych surowic i szczepionek⁷⁶ – akt wykonawczy gwarantował dostęp do określonych leków szczególnie istotnych dla zdrowia ludności⁷⁷. W tamtym okresie były to produkty niezbędne dla ratowania życia mieszkańców (okres powojenny). Specyfika tych produktów wynikała z powszechnych problemów zdrowotnych obywateli, takich jak: błonica, szkarlatyna, tężec. Jednym z podstawowych celów służby zdrowia w okresie po 1945 r. było zwalczenie wielu epidemii;
- 4) określania cen aptecznych⁷⁸ – w omawianym okresie obowiązywało rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1938 r. o określaniu cen aptecznych. Wysokość taksy aptecznej określał Załącznik nr 1 do rozporządzenia, który w części I regulował taksę za środki lecznicze; część II – taksa za naczynia; część III – taksa za pracę. Ważnym elementem wspomnianego rozporządzenia z 1938 r. był Załącznik nr 4, który zawierał wykaz środków leczniczych pojedynczych i złożonych, przeznaczonych do przepisywania przez lekarzy dla ubogich chorych⁷⁹;
- 5) wydawania z aptek środków lekarskich⁸⁰ – rozporządzenie wprowadzało zmiany w zakresie oznaczenia mieszanek ziołowych, poprzez dodanie obligatoryjnych elementów korzystnych dla pacjentów: sposób użycia, datę produkcji oraz datę ważności (§ 1 pkt 1). Zwiększało to bezpieczeństwo stosowania tych produktów przez pacjentów;

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 1948 r. o obowiązkowym utrzymywaniu przez apteki publiczne niektórych surowic i szczepionek (Dz.U. 1948. nr 56, poz. 448); uchylone z dniem 5 października 1956 r. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 1956 r. w sprawie wydawania przez apteki otwarte i kolejowe leków i innych artykułów dozwolonych do obrotu aptecznego (Dz.U. 1956 nr 42, poz. 197).

Szczepionki są preparatami do sztucznego uodpornienia czynnego, zawierającymi określone antygeny, które po wprowadzeniu do organizmu uodparniają go na zakażenia jednym lub kilkoma drobnoustrojami chorobotwórczymi. Poza koniecznymi do uodpornienia antygenami szczepionki zawierają również inne składniki, które muszą być brane pod uwagę przy kwalifikacji do szczepień (możliwość uczulenia na składniki szczepionki).

⁷⁷ Np. § 1 – Każda z aptek publicznych została zobowiązana do posiadania nie mniej niż:

- 50.000 jednostek surowicy przeciwbłonicznej,
- 90 cm³ surowicy przeciwplonicznej,
- 3 flakony po 3.000 jednostek surowicy przeciwżółcowej,
- 1 pudełko szczepionki przeciw wścieklicznie.

⁷⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 1949 r. o zmianie rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1938 r. o określaniu cen aptecznych (Dz.U. 1949 nr 8, poz. 44), uchylone z dniem 4 stycznia 1951 r. ustawą z dnia 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U. 1951 nr 1, poz. 4).

⁷⁹ Farmakopea dla ubogich – *Farmacopea pro paupere*.

⁸⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 1949 r. o zmianie rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich (Dz.U. 1949 nr 8, poz. 45), uchylone z dniem 5 października 1956 r. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 1956 r. w sprawie wydawania przez apteki otwarte i kolejowe leków i innych artykułów dozwolonych do obrotu aptecznego (Dz.U. 1956 nr 42, poz. 197).

- 6) wyrobu i obrotu antybiotykami⁸¹ – kolejny przykład gwarantowania mieszkańcom prawa do bezpiecznych antybiotyków, poprzez: zapewnienie właściwego nadzoru nad produkcją ze strony: lekarza, biologa, farmaceuty lub chemika posiadającego wykształcenie uniwersyteckie lub politechniczne (§ 8 ust. 1). Stosowanie antybiotyków, w początkowym okresie sprowadzanych z zagranicy, a później produkowanych już w Polsce, było związane z prowadzoną polityką szczepień, „propagandą” higieny i profilaktyki chorób, badaniami przesiewowymi u dzieci i młodzieży. Wszystkie te działania skutkowały szybkim wygaszaniem sporej grupy chorób zakaźnych i chorób związanych z niedoborem witamin, czy też wynikających z niedożywienia. Autorzy po analizie wprowadzonych rozwiązań jak i danych statystycznych⁸² wysuwają zasadny wniosek, iż nowy ustrój państwa socjalistycznego wykazywał w tych działaniach wysoką skuteczność. Na pozytywny skutek działań podejmowanych w walce z chorobami zakaźnymi miało ogromny wpływ zaangażowanie środowiska medycznego;
- 7) urzędowego spisu leków⁸³ – ustalany przez Ministra Zdrowia wykaz leków i surowców farmaceutycznych, które były wyrabiane i wprowadzane do obrotu w celach leczenia i profilaktyki.

Model ochrony zdrowia w latach 1945–1952

Pierwsze lata po II wojnie światowej cechowały się dużymi trudnościami w sferze ochrony zdrowia w Polsce. Zakończenie okupacji i początek działań związanych z powojenną odbudową przyniosły zasadnicze zmiany pod względem realizacji prawa do ochrony zdrowia, a przyjmowane nowe rozwiązania stanowiły duże wyzwanie. Ówczesnym problemem były ogromne zniszczenia wojenne oraz dramatyczne straty w personelu medycznym. Działania dotyczące odbudowy kraju w sferze zdrowia społecznego zostały oparte – w początkowym okresie – na modelu służby zdrowia ukształtowanym jeszcze w okresie międzywojennym.

⁸¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 1950 r. w sprawie wyrobu i obrotu antybiotyków (Dz.U. z 1950 nr 20, poz. 177), uchylone z dniem 1 września 1987 r. ustawą z dnia 28 stycznia 1987 r. o środkach farmaceutycznych, artykułach sanitarnych i aptekach (Dz.U. 1987 nr 3, poz. 19).

⁸² E. Więckowska, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce...*; W. Goździk, *Zimmica w Polsce w 1945 roku*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1947, nr 4, s. 115 i n.; F. Przesmycki, *Choroby epidemiczne w Polsce w latach 1945–1948*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 1949, nr 1, s. 8 i n.

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 października 1950 r. w sprawie urzędowego spisu leków (Dz.U. 1950 nr 47, poz. 433), uchylone z dniem 4 lutego 1952 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 1951 r. w sprawie urzędowego spisu leków oraz innych wykazów surowców farmaceutycznych i leków gotowych (Dz.U. 1951 nr 63, poz. 435).

Nowa władza ludowa stanęła przed problemem poszukiwania i opracowania koncepcji zorganizowania systemu służby zdrowia w zgodzie z założeniami systemowymi nowego ustroju. Pierwszy okres tzw. przejściowy to lata 1945–1948. Społeczna opieka zdrowotna została oparta na ubezpieczeniach społecznych okresu międzywojennego, co stanowiło punkt wyjścia dla dalszego rozwoju ubezpieczeń w PRL. W okresie lat 1945–1955 stopniowo objęto zakresem ubezpieczenia wszystkich pracowników (tzw. masy pracujące miast i wsi). W praktyce wprowadzono ubezpieczenie rodzinne z funduszem zasiłków rodzinnych, wyposażonym w osobowość prawa publicznego. Nabrało to dużego znaczenia w nowym systemie, bowiem łącznie z ubezpieczeniem rodzinnym wprowadzono do polskiego ubezpieczenia społecznego zasadę koordynacji świadczeń ze świadczeniami innych rodzajów ubezpieczeń, jak również z wynagrodzeniami pracowniczymi. Nowatorskie zmiany w zakresie organizacji i finansowania ubezpieczeń wprowadziła ustawa z dnia 1 marca 1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych⁸⁴. Ustawa ta zniosła odrębność finansową ubezpieczenia:

- na wypadek choroby i macierzyństwa,
- od wypadku i chorób zawodowych,
- emerytalnego robotników i pracowników umysłowych.

Z wejściem w życie przepisów ustawy, ZUS zarządził wspólnym funduszem tych ubezpieczeń. Pozytywnie należy ocenić zniesienie ograniczeń okresu uprawnienia do pomocy leczniczej⁸⁵. Nowa zasada głosiła, iż po ustaniu stosunku pracy pomoc w sferze świadczeń zdrowotnych udzielana była przez okres 26 tygodni (art. 2 ust. 1). Natomiast ustawą z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych⁸⁶, dokonano likwidacji odrębnych funduszy ubezpieczeniowych ZUS-u z funduszem ubezpieczenia rodzinnego włącznie. W rzeczywistości ubezpieczenie społeczne stało się jedną instytucją z różnymi świadczeniami, uwarunkowanymi realizacją różnych ryzyk. Nowa polityka państwa socjalistycznego w sferze gospodarki uspołecznionej odrzuciła wymóg indywidualnego zgłaszania pracowników do ubezpieczenia i jednocześnie usankcjonowano zasadę obliczania składki w uspołecznionych zakładach pracy od sumy wypłat miesięcznych z funduszu płac na rzecz ogółu pracowników⁸⁷.

⁸⁴ Dz.U. 1949 nr 18, poz. 109, uchylona z dniem 1 stycznia 1999 r. ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. z 1997 nr 28, poz. 153).

⁸⁵ Art. 95 ust. 1 pkt 1 i art. 110 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1933 nr 51, poz. 396, ze zm).

⁸⁶ Dz.U. 1950 nr 36, poz. 333, uchylona z dniem 1 marca 1955 r. dekretem z dnia 2 lutego 1955 r. o przekazaniu wykonywania ubezpieczeń społecznych związkom zawodowym (Dz.U. 1955 nr 6, poz. 31).

⁸⁷ Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1951 r. o trybie zgłoszeń w zakresie ubezpieczeń społecznych, uiszczania składek i kontroli czynności zakładów pracy (Dz.U. 1951 nr 7, poz. 60).

Pierwsze akty normatywne wprowadziły świadczenia rentowe w jednolitej w zasadzie wysokości⁸⁸. W późniejszym okresie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 stycznia 1953 r. w sprawie wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym⁸⁹, dokonało zmian w tym zakresie, zastępując renty jednolite świadczeniami obliczanymi według VIII grup zarobkowych (§ 4 i § 8) z jednoczesnym uwzględnieniem posiadania określonego okresu zatrudnienia w PRL-u. Nowy system emerytalny wprowadzony dekretem z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin⁹⁰ nie nawiązał w swych rozwiązaniach do modelu z okresu XX-lecia międzywojennego.

Zatem ostatecznie oparto się na modelu radzieckim (tzw. model Siemaszki), wprowadzonym w ZSRR w 1917 r. W tym modelu świadczenia zdrowotne były finansowane wyłącznie z budżetu państwa, a ochrona zdrowia była planowana centralnie. Na nim opierały się systemy ochrony zdrowia w wielu krajach bloku socjalistycznego, w tym w PRL-u. W efekcie dokonano skoordynowania placówek leczniczych i stopniowego ich przejmowania przez struktury państwowe. Ostatecznie właścicielem wszystkich zakładów publicznej służby zdrowia zostało państwo. W Polsce zachowano jednak możliwość prowadzenia prywatnej praktyki w gabinetach i spółdzielniach lekarskich, a także prywatnej produkcji leków w spółdzielniach produkcyjnych (wytwarzających przede wszystkim preparaty ziołowe). Prywatna działalność lecznicza i wytwórcza, istniejąca w Polsce w latach 1945-1950, którą utrzymano po 1950 r. stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń leczniczych dostępnych w ramach systemu medycyny publicznej. Odróżniało to system medycyny publicznej od systemu funkcjonującego w ZSRR.

⁸⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 13 czerwca 1946 r. o tymczasowym ustaleniu wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1946 nr 26, poz. 172); Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 9 listopada 1946 r. o zmianie rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 13 czerwca 1946 r. o tymczasowym ustaleniu wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1946 nr 64, poz. 363); Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 12 maja 1947 r. o tymczasowym ustaleniu wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1947 nr 42, poz. 213).

⁸⁹ Dz.U. 1953 nr 8, poz. 20.

⁹⁰ Dz.U. 1954 nr 30, poz. 116, uchylony z dniem 1 stycznia 1968 r. ustawą z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. 1968 nr 3, poz. 6).

Bibliografia

Akty prawne

- Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z dnia 22 lipca 1952 r. (Dz.U. 1952 nr 33, poz. 232).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483).
- Ustawa z dnia 23 marca 1922 r. o uzdrowiskach (Dz.U. 1922 nr 31, poz. 254).
- Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1933 nr 51, poz. 396).
- Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu (Dz.U. 1935 nr 27, poz. 198).
- Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz.U. 1939 r. nr 54, poz. 342).
- Dekret z dnia 11 kwietnia 1945 r. o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, utworzonego ustawą z dnia 31 grudnia 1944 r. (Dz.U. 1945 nr 19, poz. 99, Dz.U. 1945 nr 12, poz. 63).
- Dekret z dnia 14 maja 1946 r. o powołaniu pracowników służby zdrowia do walki z epidemiami (Dz.U. 1946 nr 23, poz. 150).
- Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz.U. 1948 nr 55, poz. 434).
- Ustawa z dnia 1 marca 1949 r. o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych (Dz.U. 1949 nr 18, poz. 109).
- Ustawa z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej (Dz.U. 1950 nr 14, poz. 130).
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 1950 nr 36, poz. 333).
- Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1950 nr 50, poz. 458).
- Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych (Dz.U. 1951 nr 1, poz. 4).
- Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o przejściu aptek na własność Państwa (Dz.U. 1951 nr 1, poz. 1).
- Dekret z dnia 25 czerwca 1954 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. 1954 nr 30, poz. 116).
- Dekret z dnia 2 lutego 1955 r. o przekazaniu wykonywania ubezpieczeń społecznych związkom zawodowym (Dz.U. 1955 nr 6, poz. 31).
- Ustawa z dnia 25 stycznia 1958 r. o radach narodowych (Dz.U. 1958 nr 5, poz. 16).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 1968 r. o powszechnym zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz.U. 1968 nr 3, poz. 6).

- Ustawa z dnia 28 stycznia 1987 r. o środkach farmaceutycznych, artykułach sanitarnych i aptekach (Dz.U. 1987 nr 3, poz. 19).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91, poz. 408).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 153).
- Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. 1997 nr 141, poz. 943).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (Dz.U. 2002 nr 166, poz. 1360).
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. o wyrobie i obrocie specyfików farmaceutycznych (Dz.U. 1926 nr 70, poz. 406).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz.U. 1932 nr 81, poz. 712).
- Rozporządzenie Prezydenta RP o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1934 nr 95, poz. 855).
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 26 września 1935 r. o utrzymaniu porządku i czystości w miejscach publicznych i niektórych miejscach prywatnych (Dz.U. 1935 nr 76, poz. 476).
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 9 maja 1936 r. o zakładach kąpielowych (Dz.U. 1936 nr 44, poz. 327).
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 13 maja 1937 r. w sprawie przepisów sanitarnych dla publicznych miejsc spożycia (Dz.U. 1937 nr 41, poz. 327).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 13 czerwca 1946 r. o tymczasowym ustaleniu wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1946 nr 26, poz. 172).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 1946 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Rolnictwa i Reform Rolnych w sprawie wyrobu i obrotu preparatów organoterapeutycznych i witaminowych (Dz.U. 1946 nr 54, poz. 307).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 9 listopada 1946 r. o zmianie rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 13 czerwca 1946 r. o tymczasowym ustaleniu wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1946 nr 64, poz. 363).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 1947 r. o ponownej rejestracji specyfików farmaceutycznych (Dz.U. 1947 nr 37, poz. 180).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 12 maja 1947 r. o tymczasowym ustaleniu wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1947 nr 42, poz. 213).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 1948 r. wydane w porozumieniu z Ministrami: Żeglugi, Przemysłu i Handlu, Skarbu, Administracji Publicznej, Ziemi Odzyskanych, Rolnictwa i Reform Rolnych oraz Odbudowy – przepisy sanitarne w morskich portach handlowych i przystaniach (Dz.U. 1948 nr 45, poz. 335).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 1948 r. o obowiązkowym utrzymywaniu przez apteki publiczne niektórych surowic i szczepionek (Dz.U. 1948 nr 56, poz. 448).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 1949 r. o zmianie rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 24 czerwca 1938 r. o określaniu cen aptecznych (Dz.U. 1949 nr 8, poz. 44).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 1949 r. o zmianie rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 28 sierpnia 1930 r. o wydawaniu z aptek środków lekarskich (Dz.U. 1949 nr 8, poz. 45).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 1950 r. w sprawie wyrobu i obrotu antybiotyków (Dz.U. 1950 nr 20, poz. 177).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 1950 r. zmieniające rozporządzenie o obowiązkowym utrzymywaniu przez apteki publiczne niektórych surowic i szczepionek (Dz.U. 1950 nr 30, poz. 276).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 października 1950 r. w sprawie urzędowego spisu leków (Dz.U. 1950 nr 47, poz. 433).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1951 r. o trybie zgłoszeń w zakresie ubezpieczeń społecznych, uiszczania składek i kontroli czynności zakładów pracy (Dz.U. 1951 nr 7, poz. 60).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 1951 r. w sprawie zasad i trybu postępowania w zakresie przejmowania aptek na własność Państwa (Dz.U. 1951 nr 23, poz. 182).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 1951 r. w sprawie urzędowego spisu leków oraz innych wykazów surowców farmaceutycznych i leków gotowych (Dz.U. 1951 nr 63, poz. 435).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 stycznia 1953 r. w sprawie wysokości świadczeń rentowych w ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. 1953 nr 8, poz. 20).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 1956 r. w sprawie wydawania przez apteki otwarte i kolejowe leków i innych artykułów dozwolonych do obrotu aptecznego (Dz.U. 1956 nr 42, poz. 197).
- Uchwała Rady Ministrów z dnia 29 września 1948 r. w sprawie zasad i wysokości zaopatrzenia i odszkodowania dla osób zatrudnionych stale przy zwalczaniu chorób zakaźnych lub powołanych do ich zwalczania oraz dla rodzin pozostałych po tych osobach (M.P. 1948 nr 73, poz. 635).
- Okólnik Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 listopada 1946 r. (Dziennik Zdrowia 1946, nr 2, poz. 14).

Opracowania

- Assmus A., *Early History of X Rays*; <https://www.slac.stanford.edu/pubs/beamline/25/2/25-2-assmus.pdf>
- Bednarski J., *Spostrzeżenia z przebiegu tegorocznej epidemii tzw. grypy hiszpańskiej*, „Przegląd Lekarski” 1919, nr 1.
- Bednarski W., *Lekarz przemysłowy, jego rola w służbie zdrowia i w zakładach pracy*, „Zdrowie Publiczne” 1958, nr 2.

- Blevins S.M., Bronze M.S., *Robert Koch and the 'golden age' of bacteriology*, „International Journal of Infectious Diseases” 2010, t. 14, nr 9.
- Bujko A., *Stan sanitarno-epidemiczny na Warmii i Mazurach w latach 1945-1950: wybrane zagadnienia*, „Komunikaty Mazursko-Warmińskie” 2011, t. 272, nr 2.
- Buraczewski O., Jachewicz A., Rudzińska H., *Walka z gruźlicą w Polsce*, Warszawa 1961.
- Chodakowska J., *Rozwój szkolnictwa wyższego w Polsce Ludowej w latach 1944–1951*, Wrocław 1981.
- Cookson J., *A brief history of psychiatry*; <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/history-of-psychiatry>
- Cremera H., Pestieaub P., *Social insurance competition between Bismarck and Beveridge*, „Journal of Urban Economics” 2003, t. 54, nr 1.
- Drygas A., *Zaopatrzenie ludności w leki i sprzęt medyczny (sanitarny) w Polsce w pierwszym okresie po zakończeniu drugiej wojny światowej*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1995, nr 2.
- Durand G.A., Raoult D., Dubourg G., *Antibiotic discovery: history, methods and perspectives*, „International Journal of Antimicrobial Agents” 2019, t. 53, nr 4.
- Fijałek J., Machalski J., *Publiczna opieka medyczna zdrowotna u początków Polski Niepodległej*, „Archiwum Historii Medycyny” 1978, nr 4.
- Franaszek P., *Publiczna ochrona zdrowia w Galicji w dobie autonomii*, [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 8, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2004.
- Frevert U., *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Untersichten in Preussen zwischen medizinischer Polizey und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen 1984.
- Gliński Z., Żmuda A., *Epidemie i pandemie chorób zakaźnych*, „Życie Weterynaryjne” 2020, R. 95, nr 9.
- Głowiński T. (red.), *Kresy Zachodnie. Gospodarcze i społeczne znaczenie polskich Kresów*, Wrocław 2015.
- Gościński G., Lonc E., Okulewicz A., Płonka-Syroka B., *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*, [w:] *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz*, red. G. Bugla-Płoskońska, E. Lonc, Wrocław 2015.
- Goździk W., *Zimnica w Polsce w 1945 roku*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1947, nr 4.
- Guinnane T.W., Streb J., *The Introduction of Bismarck's Social Security System and its Effects on Marriage and Fertility in Prussia*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/padr.12426>
- Huerkamp C., *The History of smallpoxvaccination in Germany: A First Step in the Medicalization on the General Public*, „Journal of The Contemporary History” 1985, t. 20.
- Hugo W.B., *A brief history of heat and chemical preservation and disinfection*, „Journal of Applied Bacteriology” 1991, no. 71; <https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2672.1991.tb04657.x>
- Hübner H., *Polityka naukowa w Polsce w latach 1944–1953. Geneza systemu*, cz. 1, Warszawa 1992.

- Kersten K., *Repatriacja ludności polskiej po II wojnie światowej (Studium historyczne)*, Wrocław 1974.
- Kersten K., *Narodziny systemu władzy. Polska 1943–1948*, Poznań 1990.
- Korpalska W., Szmytkowski J., *Procesy modernizacyjne w państwie pruskim i ich wpływ na kształtowanie modelu ochrony zdrowia publicznego na ziemiach zaboru pruskiego w XIX wieku na przykładzie rejencji bydgoskiej*, [w:] *Przełom nowożytny w nauce europejskiej i jego kontekst społeczno-kulturowy*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 8, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2004.
- Kozłowska U., *Organizacja ochrony zdrowia robotników na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1955. Wprowadzenie do problematyki*; <https://wnus.edu.pl/pzp/pl/issue/616/article/9571>
- Kozłowska U., *Organizacja zwalczania chorób zakaźnych jako element polityki zdrowotnej państwa na Pomorzu Zachodnim (1944/45–1972)*, Szczecin 2013.
- Krokiewicz A., *Spostrzeżenia nad epidemią grypy hiszpańskiej*, „Przegląd Lekarski” 1919, nr 27.
- Krotkiewska L., *Rozwój administracji służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1968.
- Kurkowska-Bondarecka K., *Historia polskiego przemysłu farmaceutycznego. Tom 3*, Warszawa 1995.
- Kwiatkowski Z.A., *Ludwik Pasteur (1892–1895). Życie i Dzieło*, <https://www.microbiology.pl/wp-content/uploads/2017/03/Ludwik-Pasteur-1822-1895.pdf>
- Lewandowska-Malec I., „Rewolucyjna” ustawa z 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej [w:] *Ustrój i prawo w przeszłości dalszej i bliższej. Studia historyczne o prawie dedykowane Prof. Stanisławowi Grodzkiemu w pięćdziesiątą rocznicę pracy naukowej*, red. J. Malec, W. Uruszczak, Kraków 2001.
- Łopatecki K., *U genezy państwowej opieki społecznej i zdrowotnej*, „Medycyna Nowożytna” 2016, t. 22, nr 1.
- Łuczak W., *Kształtowanie się zasad prawnych socjalistycznego systemu opieki zdrowotnej w PRL*, „Archiwum Historii Medycyny” 1974, nr 3.
- Major R.H., *Agostino Bassi and parasitic theory of disease*, „Bulletin of the History of Medicine” 1944, no. 16.
- Paciorek M., *Studenci Wydziałów Lekarskich w Polsce w latach 1944/1945–1948/1949. Kształtowanie i rozwój środowiska*, Warszawa 2016.
- Parker D., *Health, civilisation and the state. A history of public health from ancient to modern times*, London – New York 2005.
- Plotkin S., *History of vaccination*; <https://www.pnas.org/doi/pdf/10.1073/pnas.1400472111>
- Płonka-Syroka B., *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 7, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2007.
- Płonka-Syroka B., *Organizacja opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej. Zarys zagadnienia*, „Pamięć i Przyszłość” 2013, t. 21, nr 3.

- Płonka-Syroka B., *Wpływ czynników wewnątrz naukowych i zewnątrz naukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie (na przykładzie wybranych państw)*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław 2013.
- Płonka-Syroka B., *75 lat polskiej medycyny i farmacji we Wrocławiu. Wybrane elementy historii wrocławskich wyższych uczelni. Część pierwsza (1945–1949)*, „Medycyna Nowożytna” 2022, t. 28, nr 1.
- Prętki K., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.
- Przesmycki F., *Choroby epidemiczne w Polsce w latach 1945–1948*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej” 1949, nr 1.
- Rzętkowski K., *W sprawie tzw. „grypy hiszpańskiej”, grasującej obecnie w Warszawie*, „Gazeta Lekarska” 1920, nr 7-8.
- Sadowska J., *Europejskie koncepcje ubezpieczenia na wypadek choroby w XIX i na początku XX wieku*, „Zdrowie Publiczne” 1989, nr 100.
- Sadowska J., *Tendencje rozwojowe publicznej służby zdrowia na ziemiach polskich przed i po 1918 r.*, „Przegląd Lekarski” 1994, nr 53.
- Snowden F., *Epidemics and Society: From the black death to the present*, Yale 2019.
- Sula D., *Działalność przesiedleńczo-repatriacyjna Państwowego Urzędu Repatriacyjnego w latach 1944–1951*, Lublin 2002.
- Tan S.Y., Tatsumura Y., *Alexander Fleming (1881–1955): Discoverer of penicillin*, „Singapore Medical Journal” 2015, t. 56, nr 7.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w pierwszym roku istnienia Polski niepodległej 1918–1919*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, nr 1-2.
- Więckowska E., *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Historia” 2001, nr 148.
- Więckowska E., *Wpływ na stan zdrowia ludności epidemii ostrych chorób zakaźnych występujących na ziemiach polskich w latach 1916–1924 i 1940–1949*, [w:] *Społeczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych XVIII–XX wieku. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 5, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2002.
- Więckowska E., *Państwowy Urząd Repatriacyjny jako instytucja ochrony zdrowia*, [w:] *Leczyć, uzdrawiać, pomagać. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 7, red. B. Płonka-Syroka, A. Syroka, Wrocław 2007.
- Wielicka K., *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 1909.
- Wilensky H.L., Lebeaux C.N., *Industrial society and social welfare: the impact of industrialization on the supply and organization of social welfare services in the United States*, New York – London 1965.

STRESZCZENIE

Prawo do ochrony zdrowia a organizacja systemu opieki medycznej

w Polsce powojennej (1945–1952)

Podstawy prawne systemu medycyny publicznej obowiązujące w Polsce w latach 1945–1953 były początkowo oparte na ustawach z lat 1933 i 1939. Ich utrzymanie umożliwiało szybkie uruchomienie placówek leczniczych na terytorium całego kraju, co w warunkach wysokiego zagrożenia epidemicznego było bezwzględnie koniecznością. Tworząc ten system korzystano z doświadczeń krajów zachodnioeuropejskich, gdzie jego elementy wykazały swoją skuteczność, głównie w ograniczeniu zapadalności na choroby zakaźne. Było to możliwe dzięki zorganizowaniu przez państwo opieki lekarskiej łatwo dostępnej dla wszystkich obywateli, finansowanej lub współfinansowanej ze środków budżetowych i wprowadzeniu przymusu w egzekwowaniu zarządzeń przeciwepidemicznych i profilaktycznych. Drugim źródłem systemu medycyny publicznej w PRL były egalitarne zasady ustrojowe, zgodnie z którymi opieka medyczna miała być dla obywateli nie tylko szeroko dostępna, lecz także bezpłatna. Ze względu na brak kadr lekarskich i niedostatek środków budżetowych, w 1948 r. wprowadzono priorytetowe finansowanie placówek leczniczych należących do podmiotów państwowych. Leczenie w nich miało być bezpłatne, a personel miał otrzymywać państwowe pensje. W tej sytuacji większość prywatnych placówek leczniczych nie była w stanie zachować płynności działania, ponieważ wielu ich dotychczasowych pacjentów nie chciało korzystać z leczenia na zasadach komercyjnych. Nie mogąc uzyskać środków na bieżące funkcjonowanie, placówki te ulegały stopniowej likwidacji, część była przejmowana przez państwo. Po 1948 r. państwo szybko tworzyło rozbudowaną sieć placówek leczniczych, obejmując bezpłatną opieką lekarską mieszkańców miast, a na wsi osoby zatrudnione na etatach, np. w PGR. Bezpłatnymi świadczeniami leczniczymi objęto także pracowników wojska, służb mundurowych i ich rodziny. Pracownicy państwowego systemu medycyny publicznej zatrudniani byli na etatach, lekarze zachowali jednak możliwość prowadzenia po pracy etatowej prywatnych gabinetów. Kadre tworzyli początkowo lekarze wykształceni w II RP, po kilku latach większość stanowili już jednak powojenni absolwenci kształceni na bezpłatnych studiach. Otrzymywali następnie skierowania do pracy w placówkach medycyny publicznej, zapewniając ich kadre we wszystkich województwach. Jednolity państwowy system ochrony zdrowia obejmował średnie i wyższe szkolnictwo medyczne, przychodnie, szpitale, sanatoria, medycynę szkolną i fabryczną oraz produkcję i dystrybucję leków (fabryki, hurtownie, apteki). System okazał się bardzo efektywny. W efekcie uzyskano istotne ograniczenie śmiertelności okołoporodowej kobiet i dzieci do 7 roku życia, opanowano najpoważniejsze epidemie ostrych i przewlekłych (gruźlica, polio, choroby weneryczne) chorób zakaźnych. Nastąpił poważny wzrost demograficzny, uległa znacznemu wydłużeniu przeciętna długość życia. Podstawą skuteczności systemu były bezpośrednie finansowanie z budżetu, powszechność leczenia i profilaktyki i przymus administracyjny w obszarze profilaktyki i terapii chorób zakaźnych. System okazał się jednak bardzo kosztowny. W budżecie państwa brak było dostatecznych środków na pokrycie kosztów bezpłatnego leczenia wszystkich obywateli, którzy tego wymagali i mieli do tego prawo. By

umożliwić wypełnienie egalitarnych założeń państwowej polityki zdrowotnej, od lat 60. XX w. wprowadzano stopniowo zmiany zmierzające do komercjalizacji wybranych obszarów usług leczniczych. Zmiany te przyspieszyły w okresie kryzysu ekonomicznego lat 80., gdy system stał się trwale niewydolny. Po transformacji ustrojowej Polski egalitarny system bezpłatnych świadczeń leczniczych stworzony w latach 50. zlikwidowano. Wprowadzono w jego miejsce nowy system, oparty na liberalnym modelu społecznym. Obowiązuje w nim oparcie działania placówek leczniczych na rachunku kosztów i zasada współfinansowania przez pacjentów wielu obszarów specjalistycznych usług medycznych. Powszechnie dostępne i bezpłatnie są jedynie świadczenia standardowe.

SUMMARY

The Right to Health Protection and Organization of the Polish Health Care System. The Post-War Period (1945–1952)

The legal foundations of the Polish public health care system binding in the years 1945–1953 initially drew from the statutes of 1933 and 1939. This continuation made it possible to quickly launch medical facilities all over the country, which was an absolute necessity due to a high epidemic risk. That system drew from the experience of Western European countries, where it had proved to be effective, mainly in limiting the incidence of infectious diseases. This was possible owing to the fact the state had organized health care easily accessible to all citizens, financed or co-financed from the budget, and had enforced anti-epidemic and preventive orders. The health care system in the People's Republic of Poland also drew from the egalitarian system founding rules, according to which health care was to be not only generally accessible to citizens but also free of charge. In 1948, due to the lack of medical staff and the lack of budgetary resources, the financing of state medical entities was given priority. The treatment in such entities was to be free, and the staff were to receive state salaries. Thus most of the private health care facilities were unable to operate, as many of their existing patients did not want to receive treatment on commercial terms. Unable to obtain funds for the current operation, such facilities were gradually being shut down or taken over by the state. After 1948, the state rapidly established a complex chain of medical facilities, providing free medical care to residents of cities, and in the countryside to the full-time employees of e.g. State Agricultural Enterprises. Free health care was also provided to employees of the army, to uniformed services, and to their families. Employees of the public health care system were employed on a full-time basis, however doctors were allowed to practice medicine in private offices after hours. The medical staff initially consisted of doctors educated in the Second Polish Republic, but soon they were aided by post-war graduates who had received free medical education. They then received referrals to work in public health care facilities in all voivodeships. The uniform state health care system included secondary and higher medical education, clinics, hospitals, sanatoria, health care in schools and

factories, and the production and distribution of medicines (factories, wholesalers, pharmacies). The system turned out to be very effective. As a result, there was a significant reduction in the perinatal mortality of women and children under 7 years of age, and the most serious epidemics of acute and chronic infectious diseases such as: tuberculosis, polio, venereal diseases, got under control. It resulted in a significant increase in the demographic growth and life expectancy. The effectiveness of the system was based on direct funding from the budget, on universality of treatment and prevention, and on the administrative coercion in the area of prevention and treatment of infectious diseases. Nevertheless, the system turned out to be very expensive. The state budget could not afford to cover the cost of free treatment for all entitled citizens in need. In order to enable the fulfillment of the egalitarian assumptions of the state health policy, in the 1960s certain changes aimed at commercializing selected areas of health care were being gradually introduced. This process accelerated during the economic crisis of the 1980s, when the system became permanently inefficient. After the political transformation of Poland, the egalitarian system of free health care created in the 1950s was abolished. A new system which was based on the liberal social model was introduced in its place. In the new system, the operation of medical facilities is based on cost accounting and on the principle of co-financing a variety of specialist medical services by patients. Only standard services are generally available and free of charge.