

# GŁÓWNE KIERUNKI PRZEMIAN SŁUŻBY ZDROWIA I ZDROWOTNOŚCI POLAKÓW PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ

## Ustawodawstwo

Bezpośrednio po zakończeniu II wojny światowej, do końca lat 40-tych formalnie obowiązywał w Polsce stan prawny i rozwiązania organizacyjne przyjęte w okresie międzywojennym<sup>1</sup>. W pierwszych latach funkcjonowanie i działalność służby zdrowia oparto na ustawie o ubezpieczeniu społecznym z 28 marca 1933 roku<sup>2</sup> (tzw. ustawa scalenkowa). Ustawa ta określała takie rodzaje ubezpieczeń społecznych jak: ubezpieczenia na wypadek choroby i macierzyństwa oraz ubezpieczenia na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej .

Charakteryzując podstawy prawne organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej i wpływ przedwojennego ustawodawstwa należy podkreślić także znaczenie ustawy o publicznej służbie zdrowia z 15 czerwca 1939 roku<sup>3</sup>, na której oparto działalność administracyjną służby zdrowia w pierwszych latach po wyzwoleniu. W myśl tej ustawy publiczna służba zdrowia miała na celu: sprawowanie opieki nad zdrowiem ludności, zapobieganie i zwalczanie chorób, objęcie opieką higieniczno-lekarską matki i dziecka, higienę szkolną, zaopatrywanie ludności w wodę oraz dozór sanitarny nad artykułami żywnościowymi. Obejmowała także sprawy związane z zakładami leczniczo – uzdrowiskowymi. Władza wykonawcza należała do Ministra Opieki Społecznej, władz administracji ogólnej, samorządu terytorialnego, samorządu gospodarczego, instytucji ubezpieczeń społecznych oraz innych organizacji publicznych i społecznych<sup>4</sup>. Jednak ten wielosektorowy system opieki zdrowotnej tkwiący korzeniami w II Rzeczypospolitej nie sprawdził się w powojennej rzeczywistości. Uznano nawet, że przyczynił się w konsekwencji do narastających z biegiem lat trudności w społecznej służbie zdrowia<sup>5</sup>. Zwolennicy nowej

---

1 S. Paździoch, Regulacje prawne w dziedzinie zdrowia publicznego w Polsce, (w:) *Zdrowie publiczne: wybrane zagadnienia: praca zbiorowa T.2*, pod red. A. Czupryny, Kraków 2001, s. 313.

2 Ustawa z dnia 28 marca 1933r. o ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. 1933, nr 51 poz.396.

3 Ustawa z dnia 15 czerwca 1939r. o publicznej służbie zdrowia, Dz. U. 1939, nr 54, poz. 342.

4 K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 22.

5 J. Sadowska, *Lecznictwo ubezpieczeniowe w wielosektorowej służbie zdrowia opieki zdrowotnej w II Rzeczypospolitej*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1992, nr 1, s. 106.

władzy krytykowali ustrój Polski przedwrześniowej odrzucając tym samym wiele rozwiązań prawnych<sup>6</sup>. Ustawa o powszechnej służbie zdrowia z 1939 roku obowiązywała do roku 1948.

W Polsce do 1939 roku istniejące nieliczne zakłady opieki zdrowotnej podporządkowane były różnorodnym instytucjom i organizacjom samorządowym, społecznym, charytatywnym, religijnym, ubezpieczeniowym, przemysłowym. Nie istniał wyodrębniony organ, który rozwiązywałby problemy zdrowia publicznego. W ten sposób państwo przekazało troskę o zdrowie obywateli w ich własne ręce. Polska Ludowa za swe sztandarowe zadanie uznało ochronę zdrowia całej ludności<sup>7</sup>. W nowych warunkach ustrojowych sprawą podstawową było ujęcie działalności w zakresie ochrony zdrowia w jednolity system, umożliwiający planową i skoordynowaną politykę zdrowotną i społeczną oraz utworzenie jednolitego kierownictwa<sup>8</sup>. W tym celu 11 kwietnia 1945 roku uchwalono dekret Krajowej Rady Narodowej o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia na podstawie którego zniesiono Ministerstwo Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia tworząc Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (MPiOS) oraz Ministerstwo Zdrowia (MZ)<sup>9</sup>. W ten sposób państwo przejęło odpowiedzialność za sprawy zdrowia Polaków. Lecznictwo ubezpieczeniowe - najważniejszy dział służby zdrowia podlegało Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej. To ministerstwo zajmowało się też ochroną zdrowia dziecka do lat trzech<sup>10</sup>. Według zamierzeń ówczesnej władzy utworzenie Ministerstwa Zdrowia miało przyczynić się do ujednoczenia polityki i jednolitego programu działalności, dać podwaliny dla rozwoju ochrony zdrowia. Zdrowie przestało być sprawą jednostki, a stało się przedmiotem troski państwa<sup>11</sup>. Powołanie Ministerstwa było przejawem zasadniczych zmian, jakie się wówczas dokonały. Chodziło o objęcie ochroną zdrowia szerokich mas społeczeństwa i zbudowania „socjalistycznej” służby zdrowia, która w swych założeniach miała gwarantować wszystkim obywatelom dostęp do opieki zdrowotnej i upowszechnić świadczenia socjalne<sup>12</sup>.

---

6 J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s.193.

7 *Ochrona zdrowia w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej*, pod red. Z. Ehrmanna, Warszawa 1978, s. 7.

8 Tamże, s. 17.

9 K. Prętki, *Przekształcenia ...*, op. cit., s. 25.

10 *Osiągnięcia służby zdrowia w Polsce Ludowej*, Warszawa 1953, s. 8.

11 Z. Grynberg, *Pięciolecie służby zdrowia*, „Zdrowie Publiczne” 1949, nr 7-8, s. 11.

12 A. Pacho, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972, s. 14.

Proces kształtowania się społecznej służby zdrowia, który przypadł na lata 1944 – 1952 można podzielić na dwa etapy. Pierwszy z nich to etap tworzenia organizacji ochrony zdrowia w oparciu o przepisy prawne pochodzące z okresu II Rzeczypospolitej oraz wprowadzania do nich modyfikacji dostosowujących normy prawne do nowych warunków powojennego państwa. Etap ten trwał od przyjęcia manifestu Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego (PKWN) w 1944 roku do czasu uchwalenia przez Sejm ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia w 1948 roku<sup>13</sup>.

22 lipca 1944 roku PKWN wydał manifest, który przewidywał między innymi odbudowę i rozbudowę instytucji ubezpieczeń społecznych na wypadek choroby, inwalidztwa, bezrobocia i ubezpieczenia na starość. W zakresie działań było także uruchomienie szpitali, tworzenie publicznej służby zdrowia na poziomie powiatów i województw oraz szkolenie kadr medycznych. Ochrona zdrowia obywateli i sprawy zdrowotności zostały zaliczone do zadań sztandarowych w wyzwolonej Polsce. Osiągnięcia PKWN były bardzo duże, zorganizowano od podstaw lecznictwo zamknięte i otwarte, a także rozszerzono zasięg służby zdrowia i jej dostępność<sup>14</sup>. Drugim etapem było wprowadzenie gospodarki planowej i etatyzacji w opiece zdrowotnej<sup>15</sup>.

Fundamentalnym aktem prawnym na którym oparto funkcjonowanie służby zdrowia była ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z 1948 roku, na mocy której upaństwowiono wszystkie zakłady opieki zdrowotnej prowadzone wcześniej przez gminy, kasy ubezpieczenia chorobowego, kościoły, fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe. Od tej chwili państwo posiadało wyłączny i pełny monopol na tworzenie nowych i prowadzenie istniejących już zakładów opieki zdrowotnej. Ich tworzenie i rozbudowa podlegała rygorom centralnego planowania, często sprzecznym z rzeczywistym stanem potrzeb. Zakłady opieki zdrowotnej utraciły swą samodzielność i autonomię. Ich finansowanie oparto na podstawie wydatków poniesionych w poprzednim roku budżetowym. To rozwiązanie nie było racjonalnym doprowadzając w konsekwencji w latach następnych do narastającego kryzysu<sup>16</sup>. Z chwilą wejścia w życie ustawy zawód

---

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

14 K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 24.

15 Tamże, s. 44.

16 *Zdrowie Publiczne: wybrane zagadnienia: praca zbiorowa*. T. 2, pod red. A. Czupryny, Kraków 2001, s. 313.

lekarza przestał być w zasadzie wolnym zawodem. Nałożono bowiem na wszystkich fachowych pracowników obowiązek pracy w zakładach społecznych służby zdrowia, a praktyka prywatna mogła stanowić jedynie częściowe uzupełnienie ich funkcji<sup>17</sup>. Wykonywanie prywatnej praktyki spotykało się z różnego rodzaju utrudnieniami. W latach 1945 -1947 większość lekarzy udzielało porad we własnych gabinetach prywatnych za niewielką opłatą. W nowych warunkach ustrojowych krytykowano lecznictwo prywatne jako przejaw godzenia w poczucie nierówności społecznej i materialnej ludności<sup>18</sup>. Ówczesny minister zdrowia Jerzy Sztachelski jasno wyraził swój pogląd: *”Inteligencję nie rozumiejącą społecznej służby zdrowia bić bez miłosierdzia, bronić lekarzy społeczników”*<sup>19</sup>. Z chwilą wejścia w życie ustawy państwo przejęło pełną kontrolę nad służbą zdrowia.

22 lipca 1952 roku uchwalono Konstytucję Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej<sup>20</sup>. Zgodnie z jej zasadami obywatele mieli prawo do ochrony zdrowia oraz pomocy w razie choroby czy niezdolności do pracy. Prawo miało być realizowane poprzez rozwój ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy, rozbudowę różnorodnych form pomocy społecznej, podnoszenia poziomu zdrowotności Polaków, bezpłatną pomoc lekarską dla wszystkich ludzi pracy i ich rodzin, ochronę i higienę pracy, zapobieganie chorobom, opiekę nad inwalidami, a także rozbudowę szpitali, sanatoriów, ośrodków zdrowia i urzędzeń sanitarnych. W konsekwencji prawo konstytucyjne do ochrony zdrowia obywateli nie wprowadziło całkowitej równości do świadczeń społecznej służby zdrowia. Szczególnie w latach pięćdziesiątych stosowano politykę klasową, co w praktyce oznaczało większą „troskę” o robotników i członków spółdzielni produkcyjnych<sup>21</sup>.

Reasumując, w założeniach ideowych służba zdrowia miała być państwowa, realizująca założenia polityki zdrowotnej państwa i finansowana z państwowego budżetu. Cechować ją miała: kompleksowość, jednolitość, a także charakter społeczny, co w praktyce

---

17 T. Nasierowski, *Świat lekarski w Polsce: (II połowa XIX w. I połowa XX w.): idee, postawy, konflikty*, Warszawa 1992r., s. 138 - 139.

18 J. Sadowska, *Zmiany systemowe w służbie zdrowia 1945-1955 (na przykładzie Łodzi)*, Łódź 2002, s. 63.

19 J. Sztachelski, *Zagadnienie podstaw ustrojowych służby zdrowia. Służba zdrowia wobec uchwał plenum sierpniowego*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 3-4, s. 7-8.

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

21 K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 44.

miało oznaczać, że wszystkie instytucje służby zdrowia miały stanowić całość organizacyjną i funkcjonalną, skupioną pod jednym kierownictwem<sup>22</sup>.

## **Główne problemy służby zdrowia po II wojnie światowej**

Działania wojenne spowodowały olbrzymie straty w całym kraju jak również w skromnym stosunkowo stanie posiadania służby zdrowia. Szczególne znaczenie dla jej kondycji miała wyniszczająca polityka okupanta, który przejął w swoje ręce obiekty, przede wszystkim szpitale, zagarnął zapasy sprzętu medycznego, leków, więził i mordował pracowników służby zdrowia. Straty wojenne i ogólne pogorszenie stanu zdrowotnego społeczeństwa wymagały wytężonej pracy dla jego poprawy. Nasz kraj znalazł się w sytuacji, w której zdrowotność społeczna radykalnie się pogorszyła. Zmniejszyło się zaplecze, brakowało sprzętu medycznego, wstrzymano wszelkie inwestycje. Ubezpieczenia zostały utrzymane, ale tylko pozornie, gdyż świadczenia zostały radykalnie ograniczone, a cała działalność ubezpieczeń została podporządkowana polityce bezwzględного wycisku ze strony hitlerowskiego okupanta<sup>23</sup>. Wycofujące się wojska niemieckie stosowały taktykę „spalonej ziemi”. 80 procent istniejących wówczas szpitali zostało częściowo lub całkowicie zniszczonych. Niszczono aparaty rentgenowskie, każdy nawet drobny sprzęt medyczny, laboratoria, księgozbiory lekarskie. Wymordowano prawie 50 procent lekarzy<sup>24</sup>.

Ogólna liczba lekarzy, która w 1938 roku wynosiła 12 917 osób, zmniejszyła się w do 7 732 w 1946 roku<sup>25</sup>. Istniały również ogromne dysproporcje w rozmieszczeniu lekarzy na terenie kraju.

W ramach systematycznie przeprowadzanej akcji opieki nad zdrowiem polskiej ludności na pierwszy plan wysunęła się potrzeba odbudowy zakładów leczniczych, zorganizowanie pomocy w chorobie, zajęcie się organizacją lecznictwa zamkniętego i otwartego oraz kształcenie personelu<sup>26</sup>. Dla zapewnienia fachowej opieki i pomocy chorym przybywającym w ilościach przekraczających możliwości zakładów leczniczych trzeba było zniszczone budynki naprawić i znaleźć nowe, choćby prowizoryczne. Zaraz po wojnie

22 J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 29.

23 A. Pacho, *Organizacja...*, op. cit., s. 10-11.

24 *Osiągnięcia służby...*, op. cit., s. 6.

25 *Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945-1967*, Warszawa 1969, s. 485-486

26 *Dziesięciolecie medycyny...*, op. cit., s. 8.

przystąpiono do intensywnej odbudowy i rozbudowy instytucji opieki zdrowotnej i społecznej, a w kolejnych planach pięcioletnich przeznaczono poważne nakłady na realizację inwestycji służby zdrowia i opieki społecznej. Do podstawowych zadań ówczesnej polityki zdrowotnej należała odbudowa i modernizacja starych obiektów, a następnie budowa nowych. Zaczęto od odbudowy, gdyż wymagało to mniejszych nakładów finansowych i wykorzystano tym samym istniejące już założenia i rozwiązania. Z odbudową łączono również zabiegi modernizacyjne, które w krótkim czasie pozwalały przystosować warsztaty pracy do wymagań ówczesnej wiedzy medycznej i stworzyć lepsze warunki pobytu pacjentów w placówkach leczniczych. Takie rozwiązanie miało również swoje minusy. Odbudowa nie dawała zupełnie nowych, nowoczesnych obiektów służby zdrowia. Takie rozwiązanie uniemożliwiało rozmieszczenie obiektów tam gdzie były najpotrzebniejsze ze względów organizacyjnych. Odbudowa nie zapewniała powstania obiektów odpowiadających nowym wyzwaniom. Niejednokrotnie koszty odbudowy i utrzymania starego budownictwa przewyższały koszty budowy nowych. Prace nad odbudową hamowały również osiągnięcie pierwszych sukcesów w dziedzinie ochrony zdrowia. W 1938 roku wskaźnik łóżek szpitalnych wynosił 20,1 na 10 tysięcy mieszkańców, w 1948 roku podniósł się do 35,3 na 10 tysięcy mieszkańców, a w roku 1952 do 45,3 na 10 tysięcy mieszkańców<sup>27</sup>.

Zwrócono też dużą uwagę na rozbudowę oddziałów pediatrycznych i zakaźnych, które praktycznie nie istniały, a jeśli były to w stanie bardzo dużego zaniedbania. Wśród zakładów pomocy zamkniętej należy zwrócić uwagę na izby porodowe, powstające po wojnie. Porody w ciasnych i niekiedy brudnych domach wiejskich, w otoczeniu nieodpowiadającym najprostszym wymogom higieny były przyczyną bardzo dużej śmiertelności matek. Zdecydowano się więc tworzyć w rejonach wiejskich pomieszczenia kilkuizbowe pod kontrolą wyszkolonych położnych i lekarza. Izby porodowe spotkały się z dużą przychylnością rodzących. Z każdym rokiem zwiększała się także liczba zakładów psychiatrycznych. W 1939 roku na oddziałach psychiatrycznych liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców wynosiła – 4,7 natomiast w 1953 – 6,4. Dzięki temu chorzy psychicznie otrzymali fachową pomoc<sup>28</sup>.

Po zakończeniu działań wojennych obok pomocy w zakładach zamkniętych zajęto się opieką otwartą. Tu napotkano na jeszcze większe trudności, głównie natury materialnej – znalezienie odpowiednich pomieszczeń, ich urządzenie, wyposażenie w sprzęt oraz aparaturę

---

27 *Osiągnięcia służby...*, op. cit., s. 23.

28 *Dziesięciolecie medycyn...*, op. cit., s. 9.

i oczywiście personel medyczny, który liczebnie był rażąco niewystarczający, fachowo nieprzygotowany, nie dość wyszkolony<sup>29</sup>. W odbudowie Polski po zakończeniu wojny pomagały organizacje charytatywne wielu krajów. Największej pomocy dostarczyła międzynarodowa organizacja United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA). Pierwsze transporty nadeszły już w maju 1945 roku. Dostawy towarów zamówionych przez Ministerstwo Zdrowia i Państwowy Urząd Repatriacyjny (PUR) zaspokoły najpilniejsze potrzeby sanitarne państwa i placówek PUR. Były to przede wszystkim lekarstwa, szczepionki oraz wszelkiego typu wyposażenie szpitalne. Natomiast żywność dostarczona przez UNRRA pozwoliła szpitalom, chociaż częściowo pokryć zapotrzebowanie na żywność oraz podnieść kaloryczność posiłków w sanatoriach leczących gruźlików. Dary dostarczone Polsce pozwoliły uzupełnić dotkliwe braki sprzętu i wyposażenia szpitalnego, co wpłynęło skutecznie na obniżenie zachorowań na ostre choroby zakaźne, pomogło zorganizować leczenie szpitalne chorych zakaźnych i przeprowadzić szczepienia ochronne, zapobiegające nowym. Do końca 1945 roku kraj nasz otrzymał ponad pół miliona jednostek surowicy przeciw błonicy do walki z tą chorobą. Pomoc UNRRA otrzymał również PUR dla wsparcia repatriacji i ruchów migracyjnych ludności. Było to w szczególności wyposażenie sanitarne dla obozów repatriantów i szpitali, a więc żywność, wyposażenie piekarni, środki higieny osobistej dla schronisk, koce, łóżka żelazne i polowe<sup>30</sup>.

Dużej pomocy przy zwalczaniu chorób zakaźnych udzieliły Polsce rząd i organizacje szwedzkie, które przysłały 8000 łóżek szpitalnych całkowicie wyposażonych, lekarstwa, środki opatrunkowe oraz surowicę do zwalczania ostrych chorób zakaźnych. Swojej pomocy udzieliły również Szwajcaria i Wielka Brytania ofiarowując sprzęt medyczny i leki<sup>31</sup>.

W latach 1950-1955 polska służba zdrowia wkroczyła w okres planu sześcioletniego. W myśl ówczesnych założeń miała rozwijać się ilościowo i przekształcać w służbę socjalistyczną a więc gwarantującą pełną równość w dostępie wszystkim obywatelom. Miała ją cechować: powszechność, łatwa dostępność, wysoki poziom kwalifikacji pracowników fachowych, bezpłatność. Podkreślano, że by sprostać tym wszystkim wymaganiom służba zdrowia musi ulec poważnym przeobrażeniom<sup>32</sup>. Prowadzono kampanię propagandową

---

29 Tamże.

30 *Sprawozdanie z działalności Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemiami za lata 1944-1945*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1947 nr 1, s. 58.

31 E. Więckowska, *Międzynarodowa pomoc udzielona Polsce przy odbudowie ochrony zdrowia w latach 1945-1950*, „Zdrowie Publiczne” 2001, nr 5-6, s. 358-363.

32 A. Pachol, *Organizacja...*, op. cit., s.19.

w celu zjednoczenia środowiska medycznego w popieraniu nowego - zgodnego z wzorami radzieckimi systemu opieki zdrowotnej. Wyrażano wówczas pogląd, że dokonujące się zmiany w sferach: ekonomicznej, politycznej i społecznej powinny uwzględniać doświadczenia radzieckie<sup>33</sup>. Reguły te wyznaczały również funkcjonowanie służby zdrowia. Na łamach prasy branżowej - „Zdrowie Publiczne”, „Przegląd Lekarski”, „Służba Zdrowia” ukazywały się artykuły upatrujące w systemie wielosektorowości przyczyny wszelkich niepowodzeń w służbie zdrowia. Wskazywano, że jej wielotorowość, rozpraszała i zmniejszała wyniki pracy i znacznie opóźniała rozwój<sup>34</sup>.

W latach 1945 - 1947 obowiązywał w Polsce system wielosektorowości służby zdrowia. System ten składał się z sektora samorządowego, ubezpieczeniowego i państwowego, któremu podległe były instytucje publiczne dostępne dla ogółu ludności oraz instytucje wydzielone dla pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dla wojska, kolei oraz sektor prywatny i zrzeszeniowy. Zmiany systemowe jakie dokonały się po 1947 roku wynikające z centralizacji władz miały na celu całkowite podporządkowanie wszystkich instytucji państwowemu kierownictwu<sup>35</sup>. Konieczność tych zmian wynikała z socjalistycznej koncepcji opieki zdrowotnej, a ich motywem miała być odpowiedzialność za sprawy zdrowotności klasy robotniczej.

W latach pięćdziesiątych bezpłatnie leczono choroby zakaźne, psychiczne, choroby weneryczne i jaglicę. Zaczęto również przestrzegać polityki klasowej przyznając prawo do bezpłatnego leczenia członkom spółdzielni produkcyjnych wraz z rodzinami, rodzinom odbywających służbę wojskową, uczestnikom walk o niepodległość i socjalizm wraz z rodzinami, zaś chłopom małym i średniorolnym przyznano ulgi w opłatach. Przekształceniom strukturalnym towarzyszyło upaństwowienie służby zdrowia. Oznaczało to przejście przez państwo wszystkich jednostek organizacyjnych wraz z personelem fachowym. W ten sposób przejęto między innymi około 60 placówek lecznictwa zamkniętego będących własnością Kościoła katolickiego<sup>36</sup>.

Polska Zjednoczona Partia Robotnicza (PZPR) wnikała swą działalnością we wszystkie dziedziny życia przywiązując dużą wagę do tworzenia ideowego wizerunku służby zdrowia. Upartyjnienie służby zdrowia polegało między innymi na utworzeniu stanowiska

---

33 N. Kołomejczyk, N. Malinowski, *Polska Partia Robotnicza 1942 – 1948*, Warszawa 1986, s. 454.

34 J. Sadowska, *Zmiany...*, op. cit., s. 78.

35 T. Nasierowski, *Świat lekarski...*, op. cit., s. 139.

36 J. Sadowska, *Zmiany...*, op. cit., s. 103-105.



wicedyrektorów szpitali, które obsadzone były przez przeszkolonych aktywistów związkowych i partyjnych. Finansowanie, organizacja i praca personelu były pod ścisłą kontrolą PZPR. Niejednokrotnie zwracano uwagę na to, że zbyt dużo czasu poświęca się sprawom nie związanym z działalnością leczniczą służby zdrowia stawiając za cel nadrzędny pozyskiwanie dla nowej ideologii pracowników fachowych. Głośno krytykowano dyrektorów szpitali, którzy godzili się na istnienie w ich placówkach kaplic i przedmiotów kultu religijnego. Pod ścisłym nadzorem znajdowali się lekarze uczęszczający do kościoła i uczestniczący w pielgrzymkach. Dążono wszelkimi możliwymi sposobami do ich laicyzacji. Panował pogląd, iż lekarze są w małym stopniu uświadomieni politycznie. Powszechnym było szykanowanie personelu medycznego o odmiennych poglądach politycznych uznając ich za wrogów klasowych. W odmiernej sytuacji byli lekarze-członkowie partii. Otaczano ich większą troską, chroniąc na przykład przed pracą na prowincji. Byli również stawiani za wzór socjalistycznego pracownika w opiece zdrowotnej<sup>37</sup>.

Dla pełniejszego zrozumienia idei społecznej służby zdrowia zalecano pracownikom studiowanie marksizmu-leninizmu. Na początku lat pięćdziesiątych tematami szkoleń ideologicznych było omawianie osiągnięć radzieckiej służby zdrowia<sup>38</sup>. Całkowite przejęcie przez władze odpowiedzialności za sprawy zawodowe i ideologiczne odrzucało zrzeszenia samorządowe i stowarzyszenia lekarskie. W 1950 roku zostały zlikwidowane Izby Lekarskie, które integrowały całe środowisko<sup>39</sup>.

Pomimo, że obserwowano wzrost zasobów kadrowych i materialnych społecznej służby zdrowia, same usługi zdrowotne budziły wiele zastrzeżeń. Brakowało lokali i sprzętu lekarskiego odpowiedniej jakości. Gwarantowana dostępność do świadczeń leczniczych okazała się w praktyce złudna. Notowano wysokie wskaźniki wypadków przy pracy, pogarszały się warunki bezpieczeństwa i higieny pracy, wzrosła absencja chorobowa. W latach następnych przekonano się, iż nowe rozwiązania organizacyjne, które miały usprawnić funkcjonowanie służby zdrowia przyczyniły się w konsekwencji do niewydolności organizacyjnej i funkcjonalnej<sup>40</sup>.

Również warunki socjalno bytowe nie były zadawalające. Zwłaszcza problem mieszkaniowy był bardzo dotkliwy. Rzadko zdarzało się by na lekarza czekało mieszkanie.

---

37 Tamże, s. 124.

38 Tamże, s. 130.

39 *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2009, s. 180.

40 J. Sadowska, *Zmian...*, op. cit., s. 113.

Bywało, iż lekarzy kwaterowano na terenie szpitali. Dopiero rok 1955 przyniósł poprawę sytuacji, kiedy podjęto decyzję, że każdy nowo wybudowany szpital będzie posiadał oddzielny budynek z przeznaczeniem na cele mieszkaniowe<sup>41</sup>.

Uposażenie lekarzy w omawianym okresie nie było wysokie, dysproporcje dostrzegano już na studiach gdzie stypendium było najniższe-porównując z innymi kierunkami studiów<sup>42</sup>. Młodym lekarzom, kierowanym głównie do pracy na wsi brakowało pieniędzy by zaspokoić podstawowe potrzeby, choćby zakup obuwia<sup>43</sup>.

## **Walka z epidemiami**

Już w okresie międzywojennym stan sanitarny naszego kraju pozostawiał dużo do życzenia. Na wielu terenach nie rozwiązano spraw zaopatrzenia ludności w dobrą wodę i produkty żywnościowe, źle przedstawiał się problem usuwania nieczystości. Konsekwencją tego było szerzenie się chorób zakaźnych przewodu pokarmowego. Każdego roku rejestrowano kilkanaście zachorowań na dur brzuszny, poważne zagrożenie stanowił również dur plamisty, malaria i błonica. Pierwsze powojenne lata jeszcze bardziej pogorszyły sytuację. Wśród ludności polskiej, niedożywionej i wymęczonej przez okupanta nagminna była gruźlica. Żołnierze frontowi przynieśli ze sobą choroby weneryczne. Rozpowszechniła się wszawica i świerzb<sup>44</sup>.

Poza zniszczeniem miast, wsi, dóbr materialnych, w tym również urządzeń sanitarnych na pogorszenie stanu sanitarnego wpłynęło również niedożywienie, złe warunki życia i migracja dużych grup społecznych. W pierwszych latach po II wojnie światowej gruźlica osiągnęła w Polsce takie rozmiary, że stała się prawdziwą klęską społeczną, atakowała w znacznej mierze ludzi młodych w wieku produkcyjnym, a także dzieci. Była to wówczas choroba o wysokiej śmiertelności i najczęstsza przyczyna zgonów. W 1947 roku mieliśmy najwyższą zachorowalność na gruźlicę w całej Europie. Sytuacja poprawiła się z końcem lat pięćdziesiątych, kiedy to wprowadzono obowiązkowe

---

41 *Mieszkania dla pracowników przy nowo wznoszonych szpitalach*, „Służba Zdrowia” 1955, nr 15, s. 2.

42 *Krzywdy które trzeba naprawić*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 42, s. 3.

43 *W obronie zwykłego lekarza*, „Służba Zdrowia” 1956, nr16, s. 4.

44 H. Florkowski, *Służba zdrowia w Kościanie w okresie PRL (1945-1989)*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2000 nr 3-4, s. 128.

szczepienia dzieci i młodzieży. Ogromnym osiągnięciem na polu walki z gruźlicą w Polsce było opracowanie, a następnie uchwalenie w 1959 roku ustawy o zwalczaniu gruźlicy<sup>45</sup>.

W 1954 roku została powołana Państwowa Inspekcja Sanitarna, która wywodziła się z działającego od 1944 roku Naczelnego Nadzwyczajnego Komisariatu do Walki z Epidemiami. Do głównych zadań Inspekcji należało opracowanie norm sanitarnych ochrony powietrza, gleby, wody, ustalanie norm dotyczących artykułów żywnościowych. Sprawowała również nadzór sanitarny nad miejscami zamieszkania, szkołami, zakładami pracy. Inspekcja zajęła się zwalczaniem chorób zakaźnych i zawodowych, zatruc, zajęła się kontrolą szczepień ochronnych. Stworzyła oświatę zdrowotną mającą na celu popularyzowanie higieny życia codziennego<sup>46</sup>.

W 1948 roku służba zdrowia rozpoczęła walkę z chorobami wenerycznymi, którą nazwano akcją „W”. Była to pierwsza w Polsce planowo zorganizowana na tak szeroką skalę akcja leczniczo-profilaktyczna. Rozpoczęto wówczas systematyczną rejestrację zachorowań na kiłę i rzeżączkę, które wykazywały bardzo wysokie wskaźniki. Opracowano wówczas program walki z chorobami wenerycznymi. Od 1945 do 1948 roku powiększono wielokrotnie sieć otwartej pomocy lekarskiej, rząd dostarczył niezbędnych środków. Kliniki przeszkoliły odpowiednie kadry specjalistów. Ministerstwo Zdrowia kierowało bezpośrednio akcją, która opierała się na ściśle określonych metodach leczniczych, które polegały na wykrywaniu źródła zakażeń i kontaktów, ewidencji i okresowej kontroli chorych, na badaniach masowych oraz szerokiej akcji oświatowo-sanitarnej<sup>47</sup>. Gruntownie przygotowano poradnie przeciwweneryczne, które umożliwiły bezpłatne leczenie wszystkim chorym z zachowaniem tajemnicy służbowej<sup>48</sup>.

## **Ochrona zdrowia robotników**

Robotnik w stalinowskiej propagandzie umieszczany był na czołowym miejscu<sup>49</sup>, stąd służba zdrowia otoczyła ich szczególną opieką. Każdy zakład pracy liczący ponad 500

---

45 *Zdrowie Publiczne*, pod red. J. Indulskiego, Łódź 2000, s. 234.

46 H. Florkowski, *Służba zdrowia...*, op.cit.

47 *Osiągnięcia służby...*, op. cit., s. 20.

48 *Dziesięciolecie medycyny...*, op. cit., s. 7-8.

49 D. Jarosz, *Polacy a stalinizm*, Warszawa 2000, s. 62.

pracowników posiadał własną placówkę służby zdrowia, która obejmowała całość opieki zdrowotnej nad robotnikami. Zaczęto tworzyć przyfabryczne izby chorych, najczęściej przy kopalniach. Z roku na rok wzrastała liczba godzin przyjęć lekarzy w przychodniach zakładów pracy. Zaczęto szczegółowo analizować dane statystyczne zachorowań robotników, następnie opracowano wspólnie z naukowcami z Instytutu Pracy wytyczne do podniesienia stanu zdrowotnego robotników przemysłowych. Ochrona zdrowia w przemyśle wymagała rozpoznania nieznanych dotąd szkodliwości, wykrywania ich w środowisku, ustalenia szkodliwego wpływu na człowieka, oceny tych szkodliwości i postępowania leczniczego. W całym kraju utworzono przy zakładach pracy ambulatoria –placówki te nazwano później zakładami leczniczo-zapobiegawczymi przy zakładach pracy<sup>50</sup>. Były to ambulatoria ogólne, a w miarę możliwości również specjalistyczne oraz gabinety dentystyczne. Zwiększenie opieki lekarskiej, izb chorych, rozwinięcie akcji zapobiegania chorobom wpłynęło w znacznym stopniu na zmniejszenie zachorowalności wśród robotników. Gwarantowano także pierwszeństwo przy przyjmowaniu do szpitali, sanatoriów i uzdrowisk; niektóre z nich były przeznaczone tylko dla robotników. Zdecydowanie największą troską otoczono górników kopalni węgla<sup>51</sup>. Istniały wówczas pól-sanatoria dla cierpiących na choroby przewlekłe, jak gruźlica, gościec, choroba wrzodowa. Działania te miały na celu zapewnić jak najlepszą opiekę lekarską nie odrywając robotników od pracy zawodowej. Placówki te, miały obowiązek niesienia pomocy nie tylko w chorobie, czy nagłym wypadku, lecz też poza zakładem przemysłowym<sup>52</sup>.

## **Ochrona zdrowia na wsi**

Jednym z głównych zadań polityki zdrowotnej państwa po 1945 roku było zapewnienie opieki zdrowotnej na wsi. Podkreślano dobitnie, że społeczna służba zdrowia stoi w obliczu szczególnie ważnych zadań i której sprawne funkcjonowanie było jednym z warunków wykonania planów gospodarczych, chodziło głównie o plan sześcioletni na lata 1950 - 1955, który przewidywał wzrost produkcji przemysłowej o 85- 95 procent, a produkcji rolnej o 35-45 procent w stosunku do roku 1949<sup>53</sup>. Rolnictwo miało być bazą rozwoju

50 A. Pacho, *Organizacja...* op. cit., s. 134.

51 *Osiągnięcia służby zdrowia...*, op. cit., s. 24-25.

52 *Dziesięciolecie medycyny...*, op. cit., s. 10.

53A. Dudek, Z. Zblewski, *Utopia nad Wisłą. Historia Peerelu*, Warszawa - Bielsko - Biała 2008, s. 92.

przemysłu, a sprawa zdrowotności wsi przedmiotem troski lekarza i państwa<sup>54</sup>. Sztandarowym zadaniem było "szersze wkroczenie" na tereny wiejskie, ze szczególnym uwzględnieniem wsi spółdzielczych i Państwowych Gospodarstw Rolnych (PGR)<sup>55</sup>. Podjęto próby zbadania stanu zdrowotnego wsi. Zwracano szczególną uwagę na choroby tarczycy, zmiany krzywicze - głównie u najmłodszych, świerzb i wszawicę. Próbowano ustalić rozmiar zachorowalności na gruźlicę płuc, która stanowiła wówczas duży problem zdrowotny i społeczny. Badano wzrok, powszechna była jaglica - choroba oczu powstała w skutek braku odpowiedniej higieny i profilaktyki (wspólna miska do mycia, ręcznik, łóżko). Prowadzono także badania ginekologiczne kobiet<sup>56</sup>.

Jako generalną zasadę polityki zdrowotnej przyjęto, że opieka ta powinna opierać się na opiece otwartej, a więc ośrodkach zdrowia. Niestety napotkano na duże trudności w realizacji zamierzeń, które związane były z brakiem personelu, zaopatrzeniem, a także z pewnymi oporami mieszkańców wsi do korzystania z pomocy lekarskiej<sup>57</sup>. W 1945 roku przystąpiono do uruchomienia tych, które istniały jeszcze w okresie międzywojennym. Powstało punkty sanitarne w adoptowanych do tych celów budynkach<sup>58</sup>.

Ogółem do końca 1946 roku zorganizowano 832 ośrodki zdrowia. Najwięcej, bo 105 było w województwie warszawskim, najmniej na Ziemiach Odzyskanych - w województwie szczecińskim istniało 41 placówek, a w olsztyńskim zaledwie 23. Przeciętnie jeden ośrodek zdrowia musiał obsługiwać ludność mieszkającą na obszarze 378 km<sup>2</sup>. Najgorsza pod tym względem była sytuacja w województwach: poznańskim-688 km<sup>2</sup> i białostockim-625 km<sup>2</sup> <sup>59</sup>.

Wydatki na ośrodki zdrowia w omawianym okresie stanowiły poważną inwestycję w budżecie Ministerstwa Zdrowia stanowiąc drugą pozycję po wydatkach na szpitalnictwo. Taki stan rzeczy pozwolił na zwiększenie liczby ośrodków zdrowia w 1947 roku do 934 oraz punktów sanitarnych do 80. Dalszy rozwój ośrodków zdrowia był przewidziany w planie sześcioletnim. Podkreślano również związek pomiędzy poprawą opieki zdrowotnej na wsi,

---

54 M. Spiss, *Medycyna społeczna: Pomoc lekarska na wsi*, "Zdrowie Publiczne" 1953, nr 19, s.853.

55 *W PGR-ach i na wsi*, "Służba Zdrowia" 1956, nr 13, s.1.

56 *Stan zdrowotny wsi Borowy pow. piotrkowskiego*, "Zdrowie Publiczne" 1946, nr 1, s. 15-17.

57 Z. Jastrzębowski, *Rola i zadania ośrodków zdrowia w Polsce w latach 1945-1955*, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 6, s. 235.

58 *Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz działalność urzędów i instytucji zdrowia publicznego w roku 1946*, Warszawa 1949, s. 79-82.

59 W. Mazurek, J. Macierowicz, N. Łyżwańska, *Zasady organizacji otwartej opieki zdrowotnej dla miast i wsi*, „Zdrowie Publiczne” 1951, nr 5, s. 25.

a kolektywizacją. Głównym zadaniem społecznej służby zdrowia miało być „szersze wkroczenie” na tereny wiejskie, ze szczególnym uwzględnieniem wsi spółdzielczych i PGR. Negatywny wpływ na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia miało wprowadzenie ustawy z 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, która likwidowała samorząd terytorialny, a jego zadania powierzono prezydiom rad narodowych. Zlikwidowano wówczas lecznictwo Ubezpieczalni Społecznej, a jej funkcję przejął Zakład Lecznictwa Pracowniczego w skład, którego weszły również ośrodki zdrowia stając się zakładami leczniczo-zapobiegawczymi. Przychodnie wiejskie mogły prowadzić przychodnie lekarskie, felczerskie lub pielęgniarskie punkty zdrowia. Mogły też prowadzić izby chorych oraz izby porodowe<sup>60</sup>.

Niestety nie zrealizowano zadań planu sześcioletniego w zakresie poprawy opieki zdrowotnej na wsi. Powrócono do idei spółdzielczości zdrowia, a zamiast nakazów pracy dla lekarzy zaczęto stosować inne środki zachęty do pracy na wsi. Na łamach prasy branżowej informowano, iż lekarze pracujący społecznie i osiągający dobre wyniki będą brani pod uwagę w pierwszej kolejności jako kandydaci do awansu, studiów specjalistycznych, stypendiów czy nagród<sup>61</sup>.

Nastąpiło również zahamowanie wzrostu liczby ośrodków zdrowia, nie zapewniono dostatecznej opieki medycznej mieszkańcom skolektywizowanych wsi i pracownikom PGR. Część ośrodków sprowadzono do roli punktów felczerskich<sup>62</sup>.

Problem braku lekarzy i dużej odległości do jakiegokolwiek pomocy medycznej rozwiązało w znacznym stopniu utworzenie po wojnie w większości powiatów stacji pogotowia, które wyposażone w karetki i odpowiednio wyszkolony personel niosły pomoc ludności wiejskiej. Wszystkie te działania przyczyniły się w konsekwencji do zmniejszenia umieralności głównie niemowląt, chorych na gruźlicę i choroby zakaźne<sup>63</sup>.

Przez co najmniej dwadzieścia lat po zakończeniu II wojny światowej stan zdrowia ludności Polski ulegał systematycznej poprawie. Zachodzące w kraju przemiany dawały znaczące efekty zdrowotne: spadek umieralności niemowląt, ograniczenie chorób zakaźnych, wydłużenie średniego czasu życia. Korzystne zmiany sytuacji zdrowotnej wynikały głównie z ogólnej poprawy warunków bytowych i sanitarnych, podniesienia poziomu oświaty,

---

60 Tamże, s. 26.

61 *Blaski i cienie pracy na wsi- na spotkaniu ministra z lekarzami wiejskimi*, „Służba Zdrowia” 1954, nr 48, s.3.

62 Z. Jastrzębowski, *Rola...*, op. cit., s.234-236.

63 *Dziesięciolecie medycyny...*, op. cit., s. 13.

udostępnienia opieki lekarskiej w stopniu dotychczas niespotykanym, rozwoju działań profilaktycznych poprzez opiekę nad matką i dzieckiem, upowszechnienie szczepień, powstanie sprawnej służby sanitarno-epidemiologicznej oraz zorganizowanie przemysłowej służby zdrowia. Wszystko to oddziaływało pozytywnie na różne wskaźniki stanu zdrowia, co szczególnie uwydatniło się w znacznym opanowaniu chorób zakaźnych. W ten sposób z pewnym opóźnieniem w stosunku do zachodnich krajów Europy została u nas zakończona „pierwsza rewolucja zdrowotna”<sup>64</sup>.

*Beata Postołowicz*  
*Główna Biblioteka Lekarska w Warszawie*  
*Oddział w Ciechanowie*

---

64 *Promocja zdrowia, pod red. J. Karskiego, Warszawa 1999, s.82.*