

ANNA ĆWIAKAŁA-MAŁYS

ORCID: 0000-0001-9812-2118

Uniwersytet Wrocławski

[anna.cwiakala-malys@uwr.edu.pl](mailto:anna.cwiakala-malys@uwr.edu.pl)

MAŁGORZATA DURBAJŁO-MROWIEC

ORCID: 0000-0003-0977-0960

Uniwersytet Wrocławski

[malgorzata.durbajlo-mrowiec@uwr.edu.pl](mailto:malgorzata.durbajlo-mrowiec@uwr.edu.pl)

## Zakłady opieki zdrowotnej w czasach PRL (dygresja do monografii)

**Słowa kluczowe:** służba zdrowia, finansowanie zakładów służby zdrowia, szpitale, budżet

HEALTH CARE INSTITUTIONS IN THE PEOPLE'S REPUBLIC OF POLAND  
(DIGRESSION TO THE MONOGRAPH)

### Abstract

After the Second World War, at the time of totalitarian government in Poland, the health care of Polish people was taken care of by the socialist authorities, obviously in a planned and centralized manner. However, the need of citizens for medical assistance was outside the plan. A network of social health care institutions and the Minister of Health was entrusted with most of the duties from this field of the socialist economic plan. Standardisation of employment and payment was introduced. The aim of this article is to present the rules of health care system functioning in a totalitarian country under the control of the society and to examine if the capacity of the new system was sufficient enough to meet the needs of the society and whether social resources were rationally allocated, according to the system's assumptions. The article complements the research that was published in the monograph by Anna Ćwikała-Małys, Anna, Małgorzata Durbajło-Mrowiec, Paweł Łagowski; Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów lecznictwa szpitalnego. The research was conducted with the usage of qualitative, comparative and praxeological method.

**Keywords:** health care system, financing of health care institutions, hospitals, budget

## Wprowadzenie

Po drugiej wojnie światowej wraz z gospodarką socjalistyczną wprowadzono społeczną służbę zdrowia. Zastąpiła ona odpłatną służbę zdrowia z czasów międzywojennych. Czasy PRL można podzielić przynajmniej na dwa etapy budowy systemu opieki zdrowia obywateli: bezpośrednio powojenny, odpłatny i socjalistyczny, centralnie planowany, powszechny i bezpłatny.

Celem artykułu jest przedstawienie zasad funkcjonowania służby zdrowia w państwie totalitarnym pod kontrolą społeczeństwa i zbadanie, czy wydolność nowego systemu była wystarczająca do potrzeb społecznych oraz czy środki społeczne wydatkowano racjonalnie, zgodnie z założeniami systemu. Artykuł jest uzupełnieniem badań opublikowanych w monografii autorstwa Anny Cwiąkały-Małys, Małgorzaty Durbajło-Mrowiec, Pawła Łagowskiego *Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów lecznictwa szpitalnego*<sup>1</sup>. Badania przeprowadzono metodą jakościową, porównawczą i prakseologiczną.

### 1. Przedwojenna odpłatna służba zdrowia

Po zakończeniu drugiej wojny światowej obowiązywały regulacje przedwojenne: rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych<sup>2</sup> zmienione rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 roku o zakładach leczniczych<sup>3</sup>.

Prezydent RP przewidział trzy formy jednostek udzielających świadczenia dla obywateli: szpitale, gdy są prowadzone bez zamiaru osiągnięcia zysków (ogólne i specjalne), lecznice, gdy są utworzone i prowadzone z zamiarem osiągnięcia zysku, i przychodnie dla przychodzących. Szpitale dodatkowo podzielono na publiczne i niemające prawa publiczności. Przewidziano również działanie klinik na uczelniach wyższych.

Szpital publiczny były utrzymywane przez państwo oraz przez związki komunalne. Szpital publiczny był zobowiązany przyjmować każdą osobę bez względu na przynależność państwową lub gminną, wyznanie, stan majątkowy i zawód, jeśli została skierowana przez instytucję/urzędy publiczne. Szpital publiczny miał również obowiązek przyjąć chorych zakaźnie.

Obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych i specjalnych szpitali zakaźnych ciążył na powiatowych związkach komunalnych i miastach, wydzielo-

<sup>1</sup> A. Cwiąkała-Małys, M. Durbajło-Mrowiec, P. Łagowski, *Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów lecznictwa szpitalnego*, Wrocław 2020, 162 s.

<sup>2</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych, Dz.U. 1928 Nr 38, poz. 382.

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 roku o zakładach leczniczych, Dz.U. 1931 Nr 29, poz. 195.

nych z powiatów. Do zakładania zaś szpitali specjalnych, w tym psychiatrycznych, zostały zobowiązane wojewódzkie związki komunalne.

Szpitaly publiczne działały na podstawie zatwierdzanych budżetów. Budżety szpitali działających pod nadzorem związków komunalnych były wyodrębniane z ogólnego budżetu związku komunalnego i mogły ujmować wyłącznie kwotę poniesioną na utrzymanie szpitala. Budżety i zamknięcia rachunkowe innych szpitali publicznych podlegały zatwierdzeniu i kontroli wojewody.

Szpitałem kierował dyrektor-funkcjonariusz państwowy lub komunalny. Stanowiska dyrektorów, ich zastępców i ordynatorów mogły być obsadzone tylko na podstawie publicznego konkursu. W każdym szpitalu działała rada szpitala, w której zasiadali głównie przedstawiciele władzy publicznej, a w klinikach również przedstawiciele wydziału lekarskiego danego uniwersytetu. Do kompetencji rady należało wydawanie opinii w ważnych sprawach, w tym głównie w zakresie budżetu i gospodarki szpitala, przebudowy i rozszerzenia szpitala oraz opłat za leczenie.

Szpitaly zostały zobowiązane do prowadzenia statystyki ruchu chorych oraz przygotowywania sprawozdań sanitarnych.

Świadczenia szpitala publicznego były odpłatne. Szpitaly publiczne zostały zobowiązane do udzielania wszystkim chorym jednakowej pomocy i opieki lekarskiej, właściwej do rodzaju choroby. Szpital publiczny dostarczał leki, pożywienie i pomieszczenia. Był zobowiązany do pochowania zmarłego, jeśli nie mogła tego zrobić inna osoba. Warunki pobytowe (pomieszczenia i żywienie) mogły być zróżnicowane. Szpital mógł dzielić się na klasy, przy czym liczba łóżek klas wyższych nie mogła przekroczyć jednej czwartej liczby łóżek klasy najniższej w szpitalu. Koszty leczenia nie obejmowały kosztów przewozu chorego do i ze szpitala oraz kosztów pomocniczych przyrządów leczniczych (na przykład okulary, protezy itp.) z wyjątkiem tych niezbędnych dla osób ubogich. Na podstawie kosztów leczenia ustalano opłatę dzienną. Ustalano ją z góry na dany rok. Opłata musiała być taka sama dla chorych umieszczonych w danej klasie bez względu na oddział. Opłata na oddziałach chirurgicznych mogła być zwiększona o 20%. Opłatę dzienną w klasie najniższej określano w wysokości przeciętnych kosztów własnych szpitala. W opłacie nie można było uwzględnić kosztów rozbudowy lub przebudowy szpitala oraz większych inwestycji. Opłata dzienna w klasach wyższych mogła ujmować 10% dodatek na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny. Zmiana opłaty mogła nastąpić pod wpływem zmiany warunków utrzymania chorych lub prowadzenia szpitala. W statucie szpitala mogło być przewidziane pobieranie dodatkowych opłat w pierwszej klasie za specjalne zabiegi lecznicze. Koszty leczenia w szpitalach publicznych były należnościami publiczno-prawnymi, a co za tym idzie zaległe opłaty podlegały egzekucji administracyjnej. Opłatę pobierano z góry, za okres przynajmniej dwóch tygodni. Przyjęcia chorego do klasy najniższej nie można warunkować wniesieniem opłaty. Osoba uboga nie była zobowiązana do wniesienia opłaty, jeśli urząd komunalny wydał świadectwo ubóstwa.

W szpitalach chorych mogli leczyć tylko lekarze mający prawo praktyki w państwie polskim. Na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego musiał wyrazić zgodę chory. W przypadkach zagrożenia życia stosowną decyzję podejmował dyrektor szpitala. Lekarze zostali zobowiązani do prowadzenia historii choroby dla każdego pacjenta i odnotowywania w niej wyników badań, obserwacji oraz przebiegu leczenia. Historie choroby musiały spełniać wytyczne instytucji ubezpieczeń społecznych i wymiaru sprawiedliwości oraz zaspokajać potrzeby nauki. Chory po zakończeniu leczenia był wypisywany ze szpitala. Osoby wymagające opieki szpital przekazywał gminie. Zadania, środki do osiągnięcia celów, ustrój wewnętrzny regulował statut szpitali publicznych.

Oprócz szpitali publicznych funkcjonowały szpitale bez prawa publiczności, których wszelkie dochody miały być przeznaczone na potrzeby szpitala. Wszystkie kwestie przyjmowania chorych, zakresu świadczeń, wnoszenia opłat regulował statut zatwierdzany przez wojewodę jeszcze przed rozpoczęciem działalności szpitala. Wojewoda sprawował stały nadzór nad tymi szpitalami, a szpitale były zobowiązane dostarczać budżety, sprawozdania z wykonania budżetu, sprawozdania roczne z działalności szpitala, szczegółowe wyjaśnienia dotyczące zarządu, prowadzenia szpitala i ruchu chorych. Szpitale te mogły od zamożnych chorych pobierać wyższe opłaty i zmniejszone od niezamożnych. Mogły również pobierać dodatkowe opłaty za specjalne świadczenia.

Przychodnie mogły być bezpłatne lub płatne. Przychodnie przeznaczone dla ubogich chorych winny udzielać pomocy bezpłatnie. Budynki i urządzenia lecznicze szpitala, lecznicy, przychodni musiały odpowiadać warunkom sanitarno-policijnym i współczesnym wymaganiom lecznictwa.

Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 roku do podmiotów leczniczych włączono przychodnie o charakterze leczniczo-zapobiegawczym, których zadaniem było nie tylko udzielanie pomocy lekarskiej, lecz także prowadzenie działań zapobiegawczych i propagandowych oraz prowadzenie nadzoru sanitarno-lekarskiego nad osobami zgłaszającymi się i ich otoczeniem. Zakłady lecznicze, które nie osiągają zysku, zakwalifikowano do szpitali, bez względu na podmiot utrzymujący taki szpital i przyjętą nazwę. Zalecono szpitalom przyjmowanie przede wszystkim chorych z okręgu szpitala.

Wprowadzono możliwość dzielenia szpitala tylko na trzy klasy, przy czym jeśli szpital ma tylko jedną klasę, jest to klasa trzecia, jeśli dwie klasy, to trzecią i drugą. Liczba łóżek w klasie drugiej lub drugiej i pierwszej nie mogła przekroczyć jednej czwartej części liczby łóżek w klasie trzeciej, a liczba łóżek w klasie pierwszej nie mogła wynosić więcej niż połowę liczby łóżek klasy drugiej.

Określono rodzaj chorych, którym leczenie powinny zapewnić szpitale ogólne — do ich założenia są obowiązane powiatowe związki komunalne oraz miasta wydzielone z powiatów, a mianowicie co najmniej na choroby wewnętrzne, chirurgiczne, kobiece z akuszerką oraz zakaźne. Dopuszczono możliwość utrzymywania przez związek komunalny zamiast jednego szpitala ogólnego kilku szpitali

ogólnych lub specjalnych, które razem zabezpieczą leczenie w czterech określonych grupach chorób. Utrzymywana liczba i wielkość szpitali musi zabezpieczyć w pełni potrzeby miejscowe chorych.

Doprecyzowano zasady sporządzania, zatwierdzania, zmiany statutu szpitali oraz określono zakres danych, który obowiązkowo musi być podany przez szpital publiczny, a mianowicie<sup>4</sup>:

- a) nazwa, adres, charakter i rodzaj szpitala (publiczny, ogólny, specjalny), liczba łóżek, przeznaczenie (bez różnicy płci, dla mężczyzn, kobiet, dzieci), na jakie choroby chorych przyjmuje, rozmiar świadczeń na rzecz chorych, właściciel i utrzymujący szpital, majątek szpitala, prawna podstawa prawa publiczności, ewentualny okrąg szpitalny;
- b) urządzenie wewnętrzne szpitala, t. j. podział na oddziały i klasy ze wskazaniem liczby pokoi i łóżek, przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów i klas, specjalne urządzenia lecznicze (pracownie, apteka, sale operacyjne i t. p.);
- c) środki na utrzymanie i prowadzenie szpitala, środki na zaspokojenie nadzwyczajnych potrzeb szpitala (fundusz rezerwowy, inwestycyjny);
- d) zasady obliczania opłat dziennych oraz ewentualne opłaty dodatkowe na I-jej klasie, udzielanie ulg;
- e) zakres działania organów, zarządzających szpitalem (organ uchwalający i kontrolujący, organ wykonawczy, dyrektor szpitala, rada szpitalna);
- f) kategorie pracowników, ich zasadnicze prawa i obowiązki, dopuszczalność zajęć ubocznych pracowników, sposób obsadzania stanowisk lekarskich i innych, wymagane kwalifikacje, przepisy o konkursach;
- g) ewentualny stosunek do klinik uniwersyteckich i innych instytucji, współdziałanie w kształceniu lekarzy, a zwłaszcza przyjmowanie do szpitala lekarzy dla odbycia jednorocznej obowiązkowej praktyki szpitalnej;
- h) miejsce i data sporządzenia statutu, podpis władzy lub organu zarządzającego szpitalem, a jeśli szpital już jest czynny, także dyrektora szpitala.

Doprecyzowano też kwestie obowiązków dyrektora szpitala, zasady nadawania stanowisk dyrektora szpitala, jego zastępców i ordynatorów, obowiązki sprawozdawcze szpitali, powoływania członków rad szpitali, przechowywania historii choroby.

Podmioty zobowiązano do szczegółowego sporządzania spisu opłat. Ustalono otwartą listę wydatków, które szpital może uwzględnić w opłacie dziennej. Zastrzeżono, że muszą to być wydatki wynikające z normalnej gospodarki szpitala. Poza kosztami na bieżące wynagrodzenia personelu szpitalnego wraz z bieżącymi składkami na ubezpieczenia społeczne i emerytalne, lekarstwa, opatrunki, zabiegi lecznicze, utrzymanie laboratorium chemicznego i rentgenologicznego, na kąpiele, żywienie chorych oraz pościel z bielizną (uzupełnienie, pranie, naprawa), wodę, opał, światło, kanalizację, wywóz nieczystości, utrzymanie w czystości podwórza i skwerów zaliczono również koszty na:

— utrzymanie posiadanego majątku: zwyczajne wydatki na utrzymanie w należyтым stanie budynku szpitalnego, zabudowań pomocniczych i gospodar-

<sup>4</sup> Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 roku o zakładach leczniczych, § 10.

czych, sal dla chorych i innych pomieszczeń szpitalnych oraz urządzeń łącznie z ich normalnym uzupełnieniem; koszty na utrzymanie w dobrym stanie i zwyczajne uzupełnienie przyrządów i narzędzi leczniczych oraz wydatki na utrzymanie w dobrym stanie i uzupełnienie inwentarza gospodarczego, o ile nie idzie o inwentarz, należący do dochodowych majątków rolnych, leśnych i innych przedsiębiorstw dochodowych;

— wydatki na administrację, czyli na prowadzenie kancelarii szpitalnej, kasy i rachunkowości, czytelnicy, biblioteki i archiwum;

— wydatki na organizację i prowadzenie zajęć i rozrywek dla chorych;

— koszty najprostszych, niezbędnych przyrządów i opatrunków, dostarczanych ubogim chorym, bez których nie mogliby opuścić szpitala;

— wydatki na niepokryte przez zobowiązanych koszty zwykłych pogrzebów osób zmarłych w szpitalu, tym samym przeniesiono te koszty na innych chorych.

Szpitalom pozostawiono swobodę w zakresie wyłączenia niektórych wymienionych wydatków z opłaty dziennej. Wskazano wydatki, które nie mogą być uwzględniane w opłacie szpitalnej, a mianowicie: wydatki inwestycyjno-remontowe budynków, sal chorych, gabinetów, ich pierwsze wyposażenie łącznie z pościelą i bielizną, przyrządy lecznicze, na zakup nowych, kosztownych, do tej pory niestosowanych w szpitalu przyrządów i urządzeń leczniczych, wydatki na emerytury i zaopatrzenie personelu szpitalnego i ich rodzin, wszelkie niedobory, w tym powstałe wskutek przyznawania ulg w opłacie kosztów leczenia. Do ustalenia opłaty dziennej należy przyjąć wielkość przeciętną kosztów własnych szpitala z trzech ostatnich lat, oddzielnie dla każdej z klas. Zastrzeżono również, że w klasie trzeciej i drugiej nie mogą być pobierane żadne inne opłaty poza opłatą dzienną. W klasie pierwszej mogą być pobierane dodatkowe opłaty za specjalne zabiegi lecznicze jak zabiegi dużej chirurgii, odma sztuczna, zabiegi fizykalne (rentgen, rad) itp. Opłaty dodatkowe za specjalne zabiegi nie mogą przekraczać wysokości poborów lekarza wynikającego z norm cennika poborów lekarskich ustalonego przez wojewódzkie władze administracji ogólnej<sup>5</sup>. Dochód z tych opłat dodatkowych pomniejszony o koszty szpitala i 10% na fundusz rezerwowy lub inwestycyjny, może być wykorzystany na dodatki dla lekarzy i personelu pomocniczego wykonującego te zabiegi. Wysokość opłat szczegółowo muszą określać statuty szpitali. Okres, po którym opłaty zostaną uznane za zaległe, ustalono na 14 dni od daty otrzymania rachunku.

W 1939 roku zmieniono dotychczasowe regulacje, uchwalając ustawę z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, w której zapisano, że celem publicznej służby zdrowia jest sprawowanie pieczy nad zdrowiem ludności, a do publicznej służby zdrowia zaliczono<sup>6</sup>:

<sup>5</sup> Zob. ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, Dz.U.R.P. Nr 105, poz. 762, art. 21.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. 1939 Nr 54, poz. 342, art. 1 ust. 2.



w szczególności sprawy: zwalczania chorób i zapobiegania im, zakładów leczniczych i leczniczo-zapobiegawczych, uzdrowisk, cmentarzy, opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i dzieckiem, zwłaszcza w szkołach powszechnych i doksztalających, higieny szkolnej, wychowania fizycznego, opieki nad koloniami i półkoloniami, zaopatrywania ludności w wodę i usuwania nieczystości, dozoru sanitarnego nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, higieny bytowania i pracy, kąpielisk, higieny środków lokomocji, nadzoru sanitarnego nad wyrobem i obrotem środków leczniczych i zapobiegawczych, aptek i drogerii, nadzoru nad zakładami czynnymi w zakresie służby zdrowia.

Wykonywanie zadań z zakresu publicznej służby zdrowia powierzono ministrowi opieki społecznej. Gminom przypadło wykonywanie czynności sanitarno-porządkowe, w szczególności w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i społecznym oraz ich zwalczania (zadanie zlecone przez administrację rządową). Do realizacji tych zadań należy powoływać lekarzy powiatowego i gminnego. Postanowiono, że podstawową jednostką zapewniającą ludności opiekę zdrowotną będzie ośrodek zdrowia. Do jego zadań należy krzewienie higieny i poprawa stanu zdrowotnego ludności, a w szczególności: sprawowanie opieki higieniczno-lekarskiej nad matką i niemowlętami, dziećmi w wieku przedszkolnym i szkolnym, zwalczanie chorób zakaźnych i społecznych, piecza nad higieną otoczenia oraz udzielanie pomocy leczniczej w nagłych przypadkach i udzielanie pomocy leczniczej i położniczej ubogim. Główną grupą chorych, którym ośrodki mają udzielać pomocy, są ubezpieczeni w ubezpieczalniach społecznych. Dodatkowo przewidziano, że ośrodki zdrowia mogą udzielać pomocy leczniczej i położniczej funkcjonariuszom państwowym i pracownikom samorządowym.

W zakresie spraw organizacyjnych postanowiono, że kierownikiem ośrodka zdrowia jest lekarz gminny (miejski, okręgowy). Do zakładania ośrodków zostały zobowiązane powiatowe związki samorządowe, miasta i gminy wiejskie. Ośrodki miały być współfinansowane przez założycieli i instytucje ubezpieczeń społecznych. Na wojewodzie spoczywała odpowiedzialność za uzgodnienie działania wszelkich instytucji i organizacji w zakresie publicznej służby zdrowia, w tym ośrodków zdrowia i zakładów leczniczych. Minister opieki społecznej ustalał przepisy o organizacji i szczegółowym zakresie działania ośrodków zdrowia oraz ich współpracy, między innymi z instytucjami społecznymi, zakładami ubezpieczeń społecznych, leczniczymi. Powołano wiele organów doradczych i opiniodawczych: Państwową Naczelną Radę Zdrowia, wojewódzkie rady zdrowia, powiatowe, gminne, miejskie komisje zdrowia.

Ustawa z 1939 roku uchyliła działanie między innymi austriackiej ustawy z dnia 30 kwietnia 1870 roku (Dz.P.P.L. 68) o organizacji publicznej służby sanitarnej, ustawy pruskiej z dnia 16 września 1899 roku o stanowisku lekarza powiatowego (Zb. Pr. str. 172), galicyjskiej ustawy z dnia 2 lutego 1891 roku (Dz. Ust. Kr. L. 17) o urządzeniu służby zdrowia w gminach i obszarach dworskich.

## 2. Planowa społeczna służba zdrowia

Ustawą z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia zapoczątkowano nowy etap kształtowania polskiej służby zdrowia, uchylając poprzednie regulacje. We wskazanej ustawie uregulowano:

- funkcjonowanie zakładów społecznych służby zdrowia,
- planowanie i gospodarkę w służbie zdrowia i jej zakładach społecznych,
- funkcjonowanie aptek,
- zabezpieczenie pracowników służby zdrowia,
- władztwo w służbie zdrowia.

Zgodnie z treścią ustawy służba zdrowia tworzyła element narodowego planu gospodarczego. Centralnie planowana, a jej fundamentem były społeczne zakłady służby zdrowia, do których zaliczono zakłady lecznicze i apteki utrzymywane przez państwo, instytucje państwowe, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych. Zaliczono do nich również szpitale, mające prawo publiczności na podstawie art. 6 i 78 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych. Na podstawie decyzji ministra zdrowia do zakładów społecznych mogły zostać zaliczone zakłady lecznicze utrzymywane przez fundacje, kongregacje, związki i stowarzyszenia religijne oraz inne, nieobliczone na zysk. W ustawie zdefiniowano pojęcie zakładu leczniczy — należy przez to rozumieć zarówno zakłady i urzędy do udzielania pomocy leczniczej, jak i prowadzenia akcji zapobiegania chorobom. Wyodrębniono zakłady państwowe, czyli zakłady lecznicze o charakterze socjalistycznym obsługujące co najmniej jedno województwo, w tym instytuty przeciwrakowe, sanatoria dla chorych na gruźlicę, szpitale psychiatryczne, sanatoria dla nerwowo chorych, szpitale wojewódzkie, szpitale kliniczne i inne zakłady lecznicze służące zaspokojeniu szczególnych potrzeb państwowych. Szpitale wojewódzkie zostały powołane w celu udzielania pomocy specjalistycznej ludności całego województwa lub znacznej jego części. Do ich zadań należało doksztalcanie lekarzy oraz szkolenie i doksztalcanie innych fachowych pracowników służby zdrowia. Szpitale kliniczne to te, w których przynajmniej część oddziałów użytkuje się na cele klinik szkół wyższych. W zakresie funkcjonowania oddziałów klinicznych nadal miało obowiązywać rozporządzenie Prezydenta RP z 1928 roku. Szpitalom klinicznym szczegółową regulację mieli wydać ministrowie zdrowia i oświaty. Szpitale kliniczne realizują jednocześnie zadania szpitali wojewódzkich.

Do zadań powiatowych związków samorządu terytorialnego pozostawiono zakładanie i utrzymywanie okręgowych ośrodków zdrowia, obejmujących swą działalnością jedną lub więcej gmin albo ich części, powiatowych ośrodków zdrowia, które miały uzupełniać zakresem specjalistycznym działalność okręgowych ośrodków zdrowia i szpitali powiatowych, zapewniających leczenie co najmniej



w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych, kobiecych i położnictwa oraz chorób dziecięcych i zakaźnych. Zadania okręgowych ośrodków zdrowia, miejskich, gminnych praktycznie odpowiadają zadaniom ośrodków zdrowia z ustawy z 1939 roku. Nie określono jednak, jakim chorym ośrodki mają udzielać świadczenia, pominięto kwestię odpłatności za świadczenia i ubezpieczenia chorych. Wskazano zaś kompetencje rad narodowych do nakładania na gminy, miasta obowiązku udzielania pomocy w utrzymaniu ośrodków zdrowia. Radzie Państwa zaś przypisano prawo nakładania obowiązku na związki samorządu terytorialnego w zakresie utworzenia i utrzymywania zakładu leczniczego, między innymi dla przewlekle chorych, sanatorium dla chorych na gruźlicę, sanatorium nocnego i dziennego dla takich chorych, prewentorium i innych zakładów. Rada Państwa mogła też nałożyć na związek samorządu terytorialnego obowiązki w zakresie szkolenia i dokształcania pracowników służby zdrowia czy nałożyć obowiązek przejścia przez szpitale miejskie zadań szpitala wojewódzkiego.

Równie istotnymi podmiotami nowej ustawy były zakłady instytucji ubezpieczeń społecznych. Nadano im prawo korzystania w jak najszerszym zakresie z ośrodków zdrowia, szpitali i innych urządzeń leczniczych w celu udzielania pomocy leczniczej ubezpieczonym. Instytucje ubezpieczeń społecznych mogły też zakładać nowe zakłady lecznicze, w tym wspólnie ze związkami samorządu terytorialnego. Szczegółowe rozporządzenie określiło:

- zasady organizacji zakładów leczniczych instytucji ubezpieczeń społecznych oraz ich współdziałania z państwową i samorządową służbą zdrowia,
- warunki korzystania przez instytucje ubezpieczeń społecznych z innych społecznych zakładów służby zdrowia,
- zasady i warunki udzielania przez instytucje ubezpieczeń społecznych pomocy leczniczej osobom nieuprawnionym do korzystania ze świadczeń tych instytucji,
- sposób i terminy rozrachunków za świadczenia,
- zasady i warunki wspólnego prowadzenia przez instytucje ubezpieczeń społecznych i związki samorządu terytorialnego zakładów i urządzeń leczniczych.

Zadania zakładów społecznych służby zdrowia określał minister zdrowia. Rada Ministrów mogła decydować o przejmowaniu zakładów w zarząd państwowy, na przykład od fundacji, jeśli utrzymywanie takiego zakładu w myśl niniejszej ustawy należy do zadań państwa, przejmowaniu przez związek samorządu terytorialnego w zarząd lub na własność zakładu społecznego służby zdrowia, jeżeli jest to niezbędne do prawidłowej realizacji sieci zakładów lub jeżeli właściciel nie może utrzymać zakładu na odpowiednim poziomie, mogła również zmieniać przeznaczenie zakładu.

Plan odcinkowy w zakresie służby zdrowia był przygotowywany przez ministra zdrowia zgodnie z instrukcją prezesa Centralnego Urzędu Planowania. Minister sprawował nadzór nad realizacją planu, ustalał rozmieszczenie (sieć)

zakładów społecznych służby zdrowia. Nowe zakłady mogły być tworzone tylko w ramach sieci. Zgodnie z przepisami ustawy zakłady społeczne służby zdrowia tworzą łącznie jednolitą całość, której celem jest zapewnienie ludności pomocy leczniczej na najwyższym poziomie wiedzy lekarskiej. Podkreślono racjonalność wykorzystania w tych celach środków materialnych i sił fachowych. Zgodnie z przyjętymi założeniami społeczne zakłady służby zdrowia miały łączyć leczenie z zapobieganiem chorobom, współpracować i wzajemnie się uzupełniać zwłaszcza w zakresie pomocy otwartej i zamkniętej oraz fachowego nadzoru zakładów o bardziej zróżnicowanej specjalizacji nad innymi zakładami leczniczymi. W szpitalach-zakładach społecznych służby zdrowia zakazano podziału na klasy. Minister zdrowia miał delegację do wydania rozporządzenia określającego organizację, zasady działalności oraz warunki korzystania ze świadczeń zakładów leczniczych państwowych i samorządowych. Miał też decydować, w porozumieniu z ministrem skarbu, o wysokości odpłat w państwowych szpitalach publicznych minister zdrowia. Dla zakładów społecznych służby zdrowia i innych w zakresie lecznictwa i zapobiegania chorobom ustala się budżety. Minister zdrowia określał dla zakładów społecznych normy obsady personalnej, zasady regulaminów wewnętrznych, wytyczne z zakresu statystyki i planowania. Zakłady były finansowane z budżetu państwa, związków samorządu terytorialnego i instytucji ubezpieczeń społecznych. Gdyby wydatki na służbę zdrowia przekroczyły możliwości finansowe wskazanych instytucji, skarb państwa mógł udzielić kredytu związkom samorządu terytorialnego w ramach funduszu wyrównawczego zgodnie z ustawą z dnia 9 marca 1948 roku o samorządowym funduszu wyrównawczym (Dz.U. R.P. Nr 16, poz. 111).

Kwalifikacje wymagane od fachowych pracowników w zakładach społecznych służby zdrowia oraz zasady ich podnoszenia, w tym pracowników administracji, zostały określone w rozporządzeniu ministra zdrowia. Uposażenie pracowników społecznych zakładów służby zdrowia zostało unormowane i było uchwalane przez Radę Ministrów. Pracownicy służby zdrowia byli zatrudniani według planowanego rozmieszczenia lekarzy, lekarzy dentyków, felczerów, techników i uprawnionych techników dentystrycznych oraz położnych do zapewnienia należytej obsady personalnej społecznym zakładom. Zarządzeniem wojewódzkiej władzy administracji ogólnej pracownicy służby zdrowia niezatrudnieni w zakładach społecznych lub zatrudnieni nie w pełnym wymiarze czasu mogli być zobowiązani do pracy w miejscowości ich zamieszkania bądź wykonywania zawodu, pod groźbą zawieszenia wykonywania zawodu. Minister zdrowia prowadził rejestr uprawnień do wykonywania praktyki lekarskiej i innych zawodów służby zdrowia.

W tabeli 1 zestawiono szczegółowe, istotne regulacje systemu służby zdrowia w PRL, na podstawie których można stwierdzić, że powszechny bezpłatny system opieki zdrowotnej nad obywatelem budowano, stopniowo włączając do systemu szpitale, przychodnie poradnie przyzakładowe, rehabilitacyjne, ośrodki reso-

cializacyjne oraz punkty konsultacyjne dla narkomanów i grup społecznych, na przykład rolników, dziennikarzy, sportowców itp. System z 1948 roku był wielokrotnie reformowany (w roku 1967, 1973, 1975, 1982 i 1989)<sup>7</sup>.

Tabela 1. Szczegółowy wykaz aktów prawnych regulujących funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w latach 1948–1990

1.	Ustawa z dnia 2 lipca 1947 r. o Planie Odbudowy Gospodarczej
2.	Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia
3.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 1948 r. wydane w porozumieniu z ministrami: administracji publicznej, Ziemi Odzyskanych i Skarbu oraz za zgodą Rady Państwa o ustaleniu wysokości opłat dziennych w niektórych zakładach społecznych służby zdrowia
4.	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 1948 r. wydane w porozumieniu z ministrem skarbu o ustaleniu wysokości opłat dziennych w państwowych szpitalach publicznych
5.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 lutego 1949 r. w sprawie uposażenia pracowników zatrudnionych w społecznych zakładach służby zdrowia
6.	Ustawa z dnia 7 kwietnia 1949 r. o pokrywaniu opłat w szpitalach, będących zakładami społecznymi służby zdrowia
7.	Rozporządzenie Ministrów Administracji Publicznej i Zdrowia z dnia 12 maja 1949 r. w sprawie ulgowych opłat szpitalnych za leczenie niektórych kategorii rzemieślników i rybaków morskich
8.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 1949 r. w sprawie przejmowania przez Państwo samorządowych zakładów leczniczych
9.	Ustawa z dnia 18 lipca 1950 r. zmieniająca ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia
10.	Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego
11.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 1950 r. w sprawie nakazów podjęcia pracy w zakładach społecznych służby zdrowia
12.	Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza
13.	Ustawa z dnia 8 stycznia 1951 r. o aptekach
14.	Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia
15.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 1952 r. zmieniające rozporządzenie o obowiązku pracy lekarzy, lekarzy dentyistów i farmaceutów w zakładach społecznych służby zdrowia
16.	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 października 1952 r. w sprawie niektórych norm w zakresie gospodarki zakładów społecznych służby zdrowia.
17.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lutego 1953 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych przy zakładach pracy

<sup>7</sup> M. Raduła, *Podmioty służby zdrowia w PRL*, „Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem” 43, 2021, nr 2, s. 347.

18.	Dekret z dnia 3 czerwca 1953 r. o ustalaniu cen, opłat i stawek taryfowych ceny urzędowe na usługi służby zdrowia
19.	Instrukcja Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 1954 r. w sprawie stwierdzenia konieczności dokonania zabiegu przerwania ciąży ze względu na zdrowie kobiety ciężarnej
20.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 26 października 1954 r. w sprawie uposażenia lekarzy i lekarzy dentyków
21.	Dekret z dnia 11 marca 1955 r. zmieniający ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia
22.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 czerwca 1956 r. zmieniające rozporządzenie z dnia 18 czerwca 1955 r. w sprawie uposażenia niektórych pracowników, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
23.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 1957 r. w sprawie ustalania kandydatur na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia
24.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 grudnia 1958 r. w sprawie uposażenia niższego personelu pomocniczo-lekarskiego
25.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 grudnia 1958 r. w sprawie uposażenia pracowników administracyjnych zatrudnionych w niektórych jednostkach organizacyjnych resortu zdrowia
26.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 1959 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od lekarzy w zakładach opieki zdrowotnej zamkniętej
27.	Ustawa z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy
28.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 sierpnia 1959 r. w sprawie ustalenia stanowisk, kwalifikacji i zaszeregowania pracowników administracyjnych zatrudnionych w niektórych jednostkach organizacyjnych resortu zdrowia
29.	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 1960 r. w sprawie wynagrodzenia dla pracowników zakładów społecznych służby
30.	Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 grudnia 1961 r. w sprawie zasad obliczania stażu pracy niektórych pracowników służby zdrowia
31.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 sierpnia 1962 r. w sprawie bezpłatności niektórych świadczeń zakładów społecznych służby zdrowia
32.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1962 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych przemysłowej służby zdrowia
33.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 lipca 1963 r. w sprawie udzielania świadczeń przez zakłady społeczne służby zdrowia dziennikarzom zrzeszonym w Stowarzyszeniu Dziennikarzy Polskich
34.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 września 1963 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyków oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
35.	Ustawa z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych
36.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyków oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
37.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie uposażenia pracowników farmaceutycznych oraz uposażenia innych pracowników zatrudnionych w aptekach otwartych i kolejowych

38.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyistów oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
39.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie uposażenia średniego personelu medycznego.
40.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie dodatkowego wynagrodzenia dla pracowników zajmujących określone stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia
41.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie zasad stosowania odpowiednich szczebli stawek uposażenia lekarzy, lekarzy dentyistów i innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
42.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie zasad stosowania w zakładach społecznych służby zdrowia odpowiednich szczebli stawek uposażenia podstawowego pracowników farmaceutycznych
43.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 maja 1966 r. w sprawie zasad zaszeregowania średniego personelu medycznego, kontrolerów sanitarnych i techników dentyistycznych do odpowiednich szczebli uposażenia podstawowego
44.	Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym
45.	Uchwała nr 295 Rady Ministrów z dnia 6 września 1966 r. w sprawie opieki zdrowotnej nad pracownikami rolnymi oraz członkami ich rodzin
46.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 listopada 1968 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad stosowania odpowiednich szczebli stawek uposażenia lekarzy, lekarzy dentyistów i innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
47.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1970 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie uposażenia lekarzy, lekarzy dentyistów oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia
48.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej
49.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 października 1980 r. w sprawie bezpłatnego zaopatrzenia w leki pracowników służby zdrowia i opieki społecznej
50.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1982 r. w sprawie zasad i trybu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia
51.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej
52.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 czerwca 1983 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad i trybu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia
53.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 kwietnia 1985 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie uposażenia pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, zakładów pomocy społecznej i zakładów rehabilitacji zawodowej inwalidów
54.	Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 października 1987 r. w sprawie obowiązków sprawozdawczych zakładów służby zdrowia i pomocy społecznej w zakresie sprawozdawczości rocznej

55.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 września 1988 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpłatności niektórych świadczeń zakładów społecznych służby zdrowia
56.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 marca 1989 r. w sprawie upoważnienia organów administracji państwowej do określania zasad opracowywania norm kosztorysowych i ich wydawania oraz ustalania niektórych cen urzędowych
57.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 kwietnia 1990 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad i trybu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://www.lex.pl/> (dostęp: 10–30.10.2023).

## Podsumowanie

Państwo socjalistyczne, jakim była Polska Republika Ludowa, w 1948 roku podjęło działania służące opracowaniu nowoczesnego systemu służby zdrowia i jego organizacji<sup>8</sup>. Do tego czasu ludność mogła korzystać ze świadczeń, głównie odpłatnych, oferowanych przez zakłady prowadzone przez instytucje pozarządowe, kościelne, społeczne. Ochrona zdrowia przyjęła charakter działalności państwowej, ściśle wzorując się na modelu radzieckim (model Siemaszki)<sup>9</sup>. Podporządkowano służbę zdrowia partyjno-państwowemu kierownictwu<sup>10</sup>. Państwo przejęło odpowiedzialność za zdrowie obywateli.

Na podstawie badań zrealizowanych w ramach projektu badawczego finansowanego przez NCS nr UMO-2015/17/B/HS3/00170, którym objęto listy do władz w latach 1950–1961, można stwierdzić, że funkcjonowanie zbudowanego systemu służby zdrowia w tych latach nie spełniało oczekiwań ludności, system był korupcyjny i niewydolny, brakowało leków<sup>11</sup>.

Finansowanie służby zdrowia z budżetu centralnego i gospodarka planowa odsuwały w cień kwestie racjonalnego wykorzystywania środków publicznych.

<sup>8</sup> M. Bielecka, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce (1989–2003)*, „Res Historica” 54, 2022, s. 556.

<sup>9</sup> Więcej zob. A. Lutrzykowski, *Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” 3, 2001, s. 255–267.

<sup>10</sup> Więcej *ibidem*, s. 255–267.

<sup>11</sup> Obszerniej E. Szpak, *Zdrowie na peryferiach. Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL na przykładzie listów do władz*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 16, 2018, s. 227–243.



## Bibliografia

### Literatura

- Bielecka M., *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce (1989–2003)*, „Res Historica” 54, 2022, s. 556.
- Ćwiąkała-Małys A., Durbajło-Mrowiec M., Łagowski P., *Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów lecznictwa szpitalnego*, Wrocław 2020.
- Frąckiewicz L., *Polityka ochrony zdrowia*, [w:] *Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 1991, s. 9–10.
- Lutrzykowski A., *Podstawy prawne opieki zdrowotnej w pierwszych latach po zakończeniu II wojny światowej*, „Piotrkowskie Zeszyty Historyczne” 3, 2001, s. 255–267.
- Raduła M., *Podmioty służby zdrowia w PRL*, „Studia nad Autorytaryzmem i Totalitaryzmem” 43, 2021, nr 2, s. 343–349.
- Szpak E., *Zdrowie na peryferiach. Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL na przykładzie listów do władz*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 16, 2018, s. 227–243.

### Akty prawne

- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 roku o zakładach leczniczych, Dz.U. 1928 Nr 38, poz. 382.
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14 lutego 1931 roku o zakładach leczniczych, Dz.U. 1931 Nr 29, poz. 195.
- Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim, Dz.U. R.P. Nr 105, poz. 762.
- Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. 1939 Nr 54, poz. 342.
- Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. 1948 Nr 55, poz. 434.