

JAN SOBIECH

EKONOMICZNO-FINANSOWA PROBLEMATYKA ROZWOJU  
ROLI RAD NARODOWYCH W OCHRONIE ZDROWIA  
W POLSCE LUDOWEJ

I. SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W OKRESIE SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO  
ORAZ KONCEPCJE PRZEBUDOWY TEGO SYSTEMU

1. W pierwszych latach po drugiej wojnie światowej organizacja i sposób funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia oparty był na koncepcji tzw. służb publicznych, pochodzących z okresu międzywojennego<sup>1</sup>. Koncepcja służb publicznych polegała na włączeniu do procesu zaspokajania potrzeb społecznych (publicznych) obok organów administracji państwowej także i innych związków społecznych, przedsiębiorstw i osób prywatnych oraz różnych zrzeszeń cywilnoprawnych osób prywatnych<sup>2</sup>. Koncepcja ta znalazła wyraz w ustawie z dnia 15 VI 1939 r. o publicznej służbie zdrowia<sup>3</sup>, której wdrażanie do praktyki przerwał wybuch wojny.

Ustawa ta szeroko zakreślała krąg zagadnień, jakimi miały zajmować się publiczne służby zdrowia. Obok zwalczania chorób i zapobiegania chorobom do zadań służb zdrowia zaliczano m.in. zaopatrywanie ludności w wodę i usuwanie nieczystości, wychowanie fizyczne i higienę szkolną, higienę bytowania i pracy, nadzór sanitarny nad artykułami żywnościowymi i przedmiotami użytku itp. Zagadnienia te miały być rozwiązywane przez państwo, samorząd terytorialny, samorząd zawodowy kadr medycznych (izby lekarskie, lekarsko-dentystyczne i aptekarskie), instytucje ubezpieczeń społecznych oraz inne organizacje publiczne i społeczne. Uprawnienia koordynacyjne w tym zakresie należały do Ministra Opieki Społecznej, a na obszarze województwa bezpośrednio do wojewody.

Wielotorowość, która cechowała ochronę zdrowia okresu międzywojennego, została utrzymana w pierwszych latach po wojnie. Jakkolwiek udział każdego z pionów organizacyjnych ochrony zdrowia w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych w pierwszych latach po wyzwoleniu jest trud-

<sup>1</sup> L. Krotkiewska, *Rozwój administracji służb zdrowia w PRL*, Warszawa 1968, s. 27.

<sup>2</sup> J. Starościk, *Decentralizacja administracji*, Warszawa 1960, s. 106 i nast.

<sup>3</sup> Dz. U. 1939, nr 54, poz. 342.

ny do dokładnego ustalenia, nie ulega wątpliwości, że szczególną rolę odegrały tu ubezpieczenia społeczne, związki samorządu terytorialnego i centralne resorty państwowe. Uprawnienia koordynacyjne w tym zakresie przypadły nowo powstałemu Ministerstwu Zdrowia<sup>4</sup>, a na obszarze województw — począwszy od roku 1946 — radom koordynacji lecznictwa i zapobiegania<sup>5</sup>, w skład których wchodziłi przedstawiciele ubezpieczalni społecznych, samorządu terytorialnego, izb lekarskich i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia.

Według ówczesnych szacunków J. Piotrowskiego<sup>6</sup>, roczne wydatki ubezpieczeń na ochronę zdrowia wynosiły około 7,1 mld zł, samorządów terytorialnych — około 5-6 mld zł, różnych resortów państwowych — około 6,2 mld zł, Polskiego Czerwonego Krzyża i innych stowarzyszeń — około 0,7 - 0,8 mld zł. Łączne roczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia szacował J. Piotrowski na około 20 mld zł.

2. Rozpatrując rolę, jaką w organizowaniu ochrony zdrowia w Polsce Ludowej odgrywał samorząd terytorialny, należy zwrócić uwagę na szczególną pozycję centralnych organów państwowych w okresie likwidacji skutków wojny i zarazem budowy nowych podstaw ustrojowych. W tych warunkach znaczenie organów lokalnych we wszystkich dziedzinach działalności państwa było bardzo ograniczone. Uwzględniając ten czynnik, wysiłek dokonany przez samorząd terytorialny w zakresie ochrony zdrowia należy uznać za ogromny. Samorządy terytorialne prowadziły w 1948 r. 396 szpitali (ok. 68% ogólnej liczby szpitali) o 53 784 łóżkach (ok. 62% ogólnej liczby łóżek, jakimi dysponowały ówczesne szpitale)<sup>7</sup> i nadzorowały większość istniejących ośrodków zdrowia. Wydatki związków samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia były znaczne i wynosiły w 1947 r. około 3154 mln zł w ramach budżetów zwyczajnych (stanowiąc ok. 11,8% budżetów zwyczajnych) oraz około 479 mln zł w ramach budżetów nadzwyczajnych (tj. 6,6% ogółu wydatków nadzwyczajnych)<sup>8</sup>. Udział wydatków (zwyczajnych i nadzwyczajnych) na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych wzrastał z roku na rok. Podczas gdy w 1946 r. wynosiły one 10,1%, a w 1947 r. 10,5%, to w 1948 r. już 19,6%, a w 1949 r. 21,0%, aby zmniejszyć się nieco w 1950 r. do 19,1%<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> Ministerstwo Zdrowia zostało utworzone dekretem z 15 IV 1945 r. o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, utworzonego ustawą z dnia 31 XII 1944 r. (Dz. Ust. 1945, nr 12, poz. 63).

<sup>5</sup> Rady te powołane zostały okólnikiem Ministerstwa Zdrowia z dnia 16 XI 1946 r., Dziennik Zdrowia 1946, nr 2, poz. 14.

<sup>6</sup> J. Piotrowski, *Ubezpieczenie chorobowe a publiczna służba zdrowia*, Przegląd Ubezpieczeń Społecznych 1947, nr 5, s. 6.

<sup>7</sup> Rocznik Statystyczny 1949, Warszawa 1950, tab. 3, s. 234- 235.

<sup>8</sup> Tamże, tab. 28, s. 173.

<sup>9</sup> A. W. Zawadzki, *Statystyka budżetów terenowych 1945 -1951*, Instytut Finansów, Prace Zakładu Budżetu Państwa, Warszawa grudzień 1966, tab. 12, s. 24.

Należy przy tym zwrócić uwagę na to, że większość zadań w interesującym nas zakresie podejmowały samorządy terytorialne początkowo samodzielnie, co wynikało m. in. z braku w pierwszych latach powojennych powiązania budżetów samorządowych z budżetem państwa i planowania w organach samorządowych z ogólnopaństwowym planowaniem gospodarczym. Objęcie ochrony zdrowia planowaniem gospodarczym nastąpiło dopiero po roku 1948, do tego czasu trudno bowiem mówić o rozwiniętej procedurze planowania gospodarczego<sup>10</sup>.

3. System organizacyjny opieki zdrowotnej stał się już od pierwszych lat po wyzwoleniu przedmiotem ożywionych i kontrowersyjnych dyskusji. W wyniku tych dyskusji nie powstał wprawdzie w Polsce zwarty ustrój służby zdrowia, niemniej ze względu na szeroki wachlarz zaprezentowanych koncepcji i niejako podstawowy charakter dyskusji, warto się z nią zapoznać.

Wspólne u wszystkich dyskutantów było przeświadczenie o konieczności ujednoczenia służby zdrowia (zerwania z istniejącą wówczas wielotorowością) i upowszechnienia opieki zdrowotnej drogą stworzenia publicznej służby zdrowia. Upowszechnienie ochrony zdrowia traktowane było przy tym jako cel ostateczny, do którego służba zdrowia miała stopniowo zmierzać. Przeważał bowiem pogląd, że sytuacja gospodarcza kraju, a w szczególności liczba kadr medycznych i stan urzędów zdrowotnych, nie pozwala na natychmiastowe wprowadzenie powszechnej, publicznej służby zdrowia. Znamienne dla tej dyskusji było również podkreślanie, że działalność w zakresie ochrony zdrowia ma charakter kolektywny a nie indywidualny i polega nie tylko na leczeniu, ale i zapobieganiu chorobom (leczenie i zapobieganie chorobom traktowano jako jedność).

Wśród zabierających głos w omawianej dyskusji najwnikliwiej przedstawił swoje stanowisko J. Piotrowski<sup>11</sup>. Autor ten wychodzi z założenia, że prawo do korzystania ze społecznego lecznictwa może być przyznawane tylko w granicach istniejących środków na realne zaspokojenie potrzeb w tej dziedzinie, a ówczesny stan tych środków nie pozwalał, jego zdaniem, na stworzenie pełnej powszechnej służby zdrowia. Należało jednak do niej dążyć, kierując się jedną z następujących zasad: równomiernego rozdziału usług, specjalizacji usług, zasadą ludnościową, terytorialną lub zasadą organizacji samorzutnej.

Zasada równomiernego rozdziału usług polega na zapewnieniu wszystkim takiego poziomu usług ochrony zdrowia, na jaki w danej chwili stać

<sup>10</sup> S. Jędrychowski, *O kilku warunkach wykonania planu sześcioletniego*, *Ekonomista* 1950, nr 3, s. 31 - 33.

<sup>11</sup> W artykułach: *Ubezpieczenie chorobowe a publiczna służba zdrowia*, wyd. cyt. i *Drogi realizacji powszechnej służby zdrowia*, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1947, nr 8 oraz w opracowaniu: *Od ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia*, *Polski Instytut Służby Społecznej*, Łódź (bez daty).

państwo. Byłby to poziom niski, ale jednakowy dla wszystkich. Pewną odmianą tej zasady jest zasada specjalizacji usług, która głosi, że należy skoncentrować się na kilku działach ochrony zdrowia uznanych za ważne i zabezpieczyć pomoc leczniczą wszystkim członkom społeczeństwa w tych właśnie dziedzinach. Zasadę ludnościową sprowadzić można do stopniowego obejmowania publiczną służbą zdrowia poszczególnych kategorii ludności. Zasada terytorialna głosi, że publicznej służby zdrowia nie należy rozbudowywać równocześnie na całym terytorium kraju, ale stopniowo tam, gdzie stan urządzeń i liczba kadr jest najwyższa a potrzeby zdrowotne najsilniej odczuwane (co często idzie w parze). Zasada organizacji samorządnej polegała na nieinterwencji państwa w sferę opieki zdrowotnej. Państwo co najwyżej wspomagałoby rozwój powstających samorządnie — z inicjatywy prywatnej czy społecznej — instytucji ochrony zdrowia.

Spośród przedstawionych wyżej możliwych dróg rozwoju ochrony zdrowia w kierunku powszechnej służby zdrowia J. Piotrowski uznał za najbardziej odpowiednią dla ówczesnej sytuacji Polski zasadę terytorialną, sprzężoną z pewną odmianą zasady specjalizacji usług, tj. akcjami sanitarnymi obejmującymi cały kraj, a mającymi na celu walkę z chorobami społecznymi (np. gruźlicą). Zadania tak pomyślanej służby zdrowia miałyby być wykonywane bądź przez instytucje ochrony zdrowia, działające w ramach ubezpieczenia chorobowego, bądź przez stworzenie nowego, wyodrębnionego i samoistnie funkcjonującego zespołu zakładów ochrony zdrowia.

Inne projekty systemu organizacji i zarządzania sprawami zdrowia, jakie w ramach dyskusji wysunięto, sprowadzić można do następujących alternatywnych koncepcji: przyjęcia całości instytucji zdrowotnych przez państwo, oparcie służby zdrowia jedynie na samorządzie lokalnym, oparcie służby zdrowia na zasadach organizacji ubezpieczeniowej, utrzymanie organizacji ubezpieczeniowej w miastach, a zapewnienie opieki zdrowotnej ludności wiejskiej drogą rozwoju spółdzielni zdrowia i wreszcie stworzenia systemu państwowo-samorządowego ochrony zdrowia.

Projekt przejścia całości zagadnień ochrony zdrowia przez państwo został wysunięty jeszcze przed wojną przez Zjednoczenie Lekarzy, a następnie w czasie okupacji rozwinięty przez Koło Lekarzy Demokratów i po zakończeniu wojny przyjęty przez Izbę Lekarską warszawsko-białostocką jako oficjalny projekt tej Izby<sup>12</sup>. Projekt ten zakładał objęcie pomocą lekarską i akcją sanitarno-zapobiegawczą całej ludności kraju na zasadach: organizacyjnej jednolitości, całkowitości i w dalszych perspektywach bezpłatności (bezpłatność miała w początkowym okresie dotyczyć

<sup>12</sup> J. Rutkowski, L. Rostkowski, *Odbudowa opieki lekarskiej w Polsce na nowych podstawach*, W Służbie Zdrowia 1946, nr 1, s. 3-6 oraz tychże autorów: *Zakłady lecznicze i lekarze na wsi*, Zdrowie Publiczne 1946, nr 1.

jedynie usług szpitali i to tylko w odniesieniu do leczenia pewnych schorzeń). W myśl tego projektu, podstawowymi instytucjami ochrony zdrowia miały być: szpitale zespolone z ośrodkami zdrowia (w mieście) i ośrodki zdrowia połączone z izbą chorych (na wsi). Autorzy projektu domagali się upaństwowienia przemysłu farmaceutycznego i utworzenia sieci aptek państwowych i samorządowych oraz ustawowego zobowiązania wszystkich lekarzy i całego personelu pomocniczo-lekarskiego do uczestniczenia w państwowej służbie zdrowia. Ponadto wypowiadali się oni za ubezpieczeniem ludności wiejskiej do chwili powstania państwowego systemu ochrony zdrowia.

Propozycja oparcia służby zdrowia jedynie na samorządzie terytorialnym nawiązywała do ustawy z 15 VI 1939 r. o publicznej służbie zdrowia. Propozycja ta została opracowana przez M. Kacprzaka i przyjęta przez Państwową Radę Zdrowia, będącą organem doradczym Ministerstwa Zdrowia<sup>13</sup>. Zwolennicy tego projektu postulowali przyjęcie wspomnianej ustawy jako ogólnych ram organizacji ochrony zdrowia oraz jej uzupełnienie przez wyraźne sprecyzowanie obowiązków samorządu terytorialnego w dziedzinie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności.

Inni autorzy, biorąc pod uwagę ówczesny potencjał ekonomiczny różnych pionów zajmujących się zdrowiem ludności, proponowali oparcie służby zdrowia na najsilniejszym ekonomicznie pionie ubezpieczeniowym<sup>14</sup>. Wraz z tym postulowano dołączenie do sieci ubezpieczeniowych zakładów służby zdrowia instytucji zdrowotnych prowadzonych przez samorządy lokalne, kolejniectwo itp. Rzecznicy „modelu ubezpieczeniowego” wyobrażali sobie jego realizację przez powszechne ubezpieczenie całej ludności kraju. Sprzeczność między chęcią wprowadzenia jednorodności i jednolitego kierownictwa sprawami zdrowia z jednej strony oraz dążeniem do zachowania samorządności w ramach zakładów ubezpieczeń społecznych z drugiej strony wywoływała kontrowersje i rozbieżności wśród zwolenników tej koncepcji<sup>15</sup>.

Szczególną uwagę organizatorów ochrony zdrowia przyciągało w pierwszych latach po wojnie zagadnienie sposobów organizacji opieki zdrowotnej na wsi. Wieś była bowiem praktycznie niemal zupełnie pozbawiona opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów rozwiązania tego problemu było dalsze rozwijanie spółdzielni zdrowia na wsi<sup>16</sup>, które by stanowiły

<sup>13</sup> *Zdrowie Publiczne* 1947, nr 1 - 2 - 3, s. 67 i nast. oraz *Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia 1945*, Warszawa 1945, s. 135 i nast.

<sup>14</sup> K. Ryder, *Projekt organizacji powszechnej służby zdrowia*, Służba Zdrowia nr 9, s. 1 - 5; J. Piotrowski, *Drogi realizacji...*, op. cit.

<sup>15</sup> A. Krygier, *O nowym projekcie powszechnej służby zdrowia*, *Przegląd Ubezpieczeń Społecznych* 1947, nr 9, s. 15 - 17; J. Zaborowski, *W sprawie projektu organizacji powszechnej służby zdrowia*, Służba Zdrowia 1947, nr 10.

<sup>16</sup> Pierwsza spółdzielnia zdrowia w Polsce powstała w 1935 r. we wsi Markowa w powiecie przeworskim; W. Ciekot, *Spółdzielnia zdrowia w Markowej w świetle dotychczasowych doświadczeń*, *Zdrowie Publiczne* 1939, nr 2, s. 69 i nast.

formę samorządowego organizowania dla siebie i swych rodzin opieki zdrowotnej przez zrzeszających się w tym celu rolników<sup>17</sup>, z ograniczeniem ubezpieczeń do mieszkańców miast.

Najbardziej zbliżony do realizowanego w latach następnych systemu organizacji ochrony zdrowia był system państwowo-samorządowy. Zwolennicy tego systemu uważali, że instytucje o zasięgu lub znaczeniu ogólnokrajowym powinny być pod bezpośrednim kierownictwem państwa i utrzymywane z budżetu państwa, natomiast instytucje o znaczeniu lokalnym należy podporządkować samorządom terytorialnym i finansować z budżetów samorządowych<sup>18</sup>.

Ustawa z dnia 28 X 1948 r. o zakładach społecznych służb zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia<sup>19</sup> nie wprowadziła — wbrew oczekiwaniom — nowego ustroju organizacji ochrony zdrowia. Utrzymane zostały wszystkie istniejące do 1948 r. piony organizacyjne ochrony zdrowia, z tym że włączono je w system jednolitego planowania w ramach narodowych planów gospodarczych<sup>20</sup>. Postanowienia tej ustawy realizowane były stopniowo, stając się w pełni właściwą podstawą działania ochrony zdrowia dopiero po 1950 r.

## II. ROLA RAD NARODOWYCH W FINANSOWANIU I PLANOWANIU OCHRONY ZDROWIA W LATACH 1950 - 1957

1. W 1950 r. dokonana została w Polsce reforma ustrojowa polegająca na zniesieniu organizacyjnej odrębności między organami administracji rządowej i samorządowej oraz wprowadzeniu jednolitych organów władzy i administracji państwowej<sup>21</sup>. Konsekwencją tej reformy były zasadnicze zmiany w systemie budżetowym, które określane są powszechnie mianem reformy budżetowej z 1950 r. Obie te reformy przyczyniły się także do zmian w systemie ochrony zdrowia.

Działalność terenowych organów władzy i administracji państwowej oparta została na zasadzie centralizmu demokratycznego. Wprowadzono podwójne podporządkowanie organów terenowych, mające służyć osiągnięciu zgodności działań tych organów z celami ogólnospołecznymi<sup>22</sup>.

<sup>17</sup> H. Babiniak, *Działalność Samopomocy Chłopskiej w dziedzinie opieki lekarskiej*, Zdrowie Publiczne 1946, nr 1, s. 1966 i nast.

<sup>18</sup> J. Sztachelski, *Zagadnienia podstaw ustrojowych służby zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1948, nr 3-4; R. Gosiewski, *O właściwą instytucją lecznictwa otwartego*, Zdrowie Publiczne 1948, nr 7 - 8, s. 76.

<sup>19</sup> Dz. Ust. 1948, nr 55, poz. 434.

<sup>20</sup> W ciągu 1949 r. państwo i samorządy terytorialne przejęły jedynie zakłady służby zdrowia od organizacji społecznych, charytatywnych i kongregacji.

<sup>21</sup> Ustawa z dnia 20 III 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej (Dz. Ust. 1950, nr 14, poz. 130).

<sup>22</sup> W. Madurowicz, *Podwójne podporządkowanie — z zagadnień centralizmu demokratycznego w systemie rad narodowych*, Problemy Rad Narodowych 1974, z. 28 s. 5.

Stworzyło to określone warunki zarówno dla planowania gospodarczego, jak i dla gospodarki budżetowej — planowanie terenowe stało się ogniwem centralnego planowania, a budżety terenowe weszły w skład jednolitego systemu budżetowego państwa. Zasada centralizmu demokratycznego godzić ma wymagania centralnego planownia z określoną samodzielnością działania organów niższego szczebla, tak w planowaniu gospodarczym i budżetowym, jak i w wykonywaniu planów i budżetów<sup>23</sup>.

Zmiany w systemie ochrony zdrowia po 1950 r. trzeba rozpatrywać w szerszym aspekcie polityki gospodarczej i społecznej zmierzającej konsekwentnie do unowocześnienia ekonomicznej bazy ustroju socjalistycznego w Polsce drogą szybkiej industrializacji kraju i socjalizacji wsi. W tym okresie przywiązywano też szczególne znaczenie do przestrzegania we wszystkich dziedzinach życia społecznego polityki klasowej, która w zakresie ochrony zdrowia wyrażała się w dążeniu do zaspokojenia w pierwszej kolejności potrzeb zdrowotnych robotników i członków spółdzielni produkcyjnych. Zasadą rozwoju ochrony zdrowia przestała więc być — używając terminologii J. Piotrowskiego — stosowana dotychczas zasada równomiernego rozdziału usług, a stała się raczej odmianą zasady ludnościowej, którą starano się ściśle wiązać z bieżącymi procesami społecznymi i gospodarczymi, a głównie z potrzebą realizacji zadań planu 6-letniego<sup>24</sup>.

2. Wśród zmian, jakie nastąpiły w tym okresie w systemie zdrowia, do najistotniejszych można zaliczyć likwidację lecznictwa ubezpieczeniowego i utworzenie Zakładu Lecznictwa Pracowniczego, a następnie włączenie organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia. Oznacza to poważny krok w kierunku odstąpienia od dotychczasowej wielotorowości systemu organizacyjnego ochrony zdrowia.

Odrębność swą zachowały jedynie wojskowa i kolejowa służba zdrowia oraz opieka zdrowotna organizowana przez resort bezpieczeństwa publicznego. Ponadto istniała nadal prywatna praktyka lekarska. Ukształtowana wówczas struktura organizacyjna ochrony zdrowia zachowała się — z niewielkimi korektami — do dzisiaj. Dotychczas istniejące w ramach pionu ubezpieczeniowego zakłady ochrony zdrowia włączone zostały do jednolitego systemu organizacyjnego służby zdrowia. Nastąpiła także likwidacja pochodzącej z okresu międzywojennego instytucji lekarzy domowych.

Zakład Lecznictwa Pracowniczego już w chwili swego powstania pomysłany był jako instytucja tymczasowa i istniał zaledwie kilkanaście

<sup>23</sup> J. Wierzbiński, *W sprawie przebudowy zasad gospodarki budżetowej państwa socjalistycznego*, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny* 1967, nr 1, s. 127 - 128.

<sup>24</sup> J. Sztachelski, *Artykuł wstępny*, *Zdrowie Publiczne* 1949, nr 11 -12; tegoż autora: *Plan sześćcioletni w służbie zdrowia*, *Zdrowie Publiczne* 1950, nr 9 - 12.

miesiący, do chwili włączenia lecznictwa pracowniczego w ramy państwowej służby zdrowia. Wydatki i dochody Zakładu Lecznictwa Pracowniczego zostały objęte w całości centralnym budżetem państwa, a jego strukturę organizacyjną dostosowano do podziału administracyjnego kraju.

Z powstaniem Zakładu Lecznictwa Pracowniczego można łączyć — jak się wydaje — powstanie w Polsce Ludowej rozwiniętego systemu przemysłowej służby zdrowia (jakkolwiek zakłady leczniczo-zapobiegawcze przy zakładach pracy zostały formalnie utworzone dopiero w roku 1953)<sup>25</sup>. Lecznictwo przyzakładowe powiązane zostało z radami narodowymi i podporządkowane wydziałom zdrowia prezydiów powiatowych i dzielnicowych rad narodowych. Wydatki związane z prowadzeniem zakładów leczniczo-zapobiegawczych przy zakładach pracy pokrywane były z budżetów tych rad. Fakt ścisłego powiązania przemysłowej służby zdrowia z radami narodowymi wynikał ze znaczenia tego lecznictwa w ówczesnym systemie organizacyjnym ochrony zdrowia i przy tym również z chęci uniezależnienia lekarzy przemysłowych od kierownictwa zakładów pracy.

Pomimo że zadaniem lecznictwa przyzakładowego było nie tylko leczenie, ale i — lub nawet przede wszystkim — profilaktyka, to po roku 1950 działalność profilaktyczna została w zakładach pracy prawie zupełnie zlikwidowana<sup>26</sup>. Lecznictwo przyzakładowe borykało się w tym czasie z trudnościami kadrowymi — praca w zakładach leczniczo-zapobiegawczych przy zakładach pracy była mało popularna wśród lekarzy. Zmuszało to wydziały zdrowia do narzucania lekarzom pracy w lecznictwie przyzakładowym przez uzależnienie od tego ich zatrudnienia w bardziej intratnych zamkniętych i otwartych instytucjach lecznictwa powszechnego, możliwości specjalizacji itp.<sup>27</sup> Warunki lokalowe i stan wyposażenia technicznego zakładów leczniczo-zapobiegawczych przy zakładach pracy również był zły. Za jedną z przyczyn tego stanu rzeczy uważa się brak w omawianym tu okresie prawnego zobowiązania zakładów pracy do świadczenia na rzecz instytucji lecznictwa przyzakładowego z jednej strony<sup>28</sup> oraz nagminne przypadki samowolnego dysponowania przez wydziały zdrowia rad narodowych sprzętem i urządzeniami medycznymi zakupowanymi przez zakłady pracy dla istniejących przy zakładach instytucji zdrowotnych<sup>29</sup>.

<sup>25</sup> Dz. Ust. 1953, nr 13, poz. 50.

<sup>26</sup> W. Bednarski, *Lekarz przemysłowy i jego rola w służbie zdrowia i w zakładach pracy*, Zdrowie Publiczne 1958, nr 2, s. 119 i nast.

<sup>27</sup> Ibidem, s. 117.

<sup>28</sup> J. Kamiński, *Sytuacja w zakresie opieki medycznej nad robotnikami zakładów przemysłowych w Polsce*, Zdrowie Publiczne 1960, nr 6, s. 461 - 481.

<sup>29</sup> M. Sokołowska, *Aktualna problematyka przemysłowej służby zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1957, nr 3, s. 265.

3. Wśród innych zmian, jakich dokonano w systemie ochrony zdrowia w latach pięćdziesiątych, na szczególną uwagę zasługuje nacjonalizacja aptek oraz przejęcia przez państwo nadzoru nad produkcją i dystrybucją leków<sup>30</sup>. Istotne było również powołanie dekretem z dnia 14 VIII 1954 r. Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>31</sup>.

W wyniku zmian organizacyjnych dokonanych w latach pięćdziesiątych w systemie organizacji ochrony zdrowia ukształtował się trwały w zasadzie podział zadań między organy centralne i rady narodowe różnych szczebli — w powiązaniu z podziałem zadań obejmowanych planowaniem centralnym i terenowym.

Planowanie ochrony zdrowia miało charakter szczególnie scentralizowany — niemal wszystkie wskaźniki ujęte planem gospodarczym ustalone były centralnie. W sposób centralny ustalano w szczególności: liczbę łóżek w szpitalach wszystkich typów, liczbę osobodni leczenia i średnie wykorzystanie łóżek w tych szpitalach, liczbę godzin pracy lekarzy i zatrudnienie w poszczególnych grupach pracowniczych itp.<sup>32</sup> Zakres spraw, jakie były rozstrzygane na szczeblu centralnym, był tak szeroki, że organy terenowe ograniczały się do przyjmowania wskaźników i wytycznych centralnych jako swego planu i następnie do ścisłej jego realizacji.

Jako przyczyny tego stanu wymienia się w literaturze — obok centralistycznego systemu zarządzania i planowania we wszystkich dziedzinach — scalenie w jeden system kilku dotychczas odrębnie funkcjonujących pionów ochrony zdrowia i trudności organizacyjne związane z kierowaniem nowo powstałym systemem<sup>33</sup>. Wydaje się, że istotne znaczenie miało tu również dążenie do oszczędności wobec silnej presji nie zaspokojonych potrzeb zdrowotnych i ograniczonych możliwości ich zaspokojenia. Im niższy bowiem poziom zaspokojenia potrzeb w danej dziedzinie, tym silniejsza jest zawsze skłonność do centralizacji tej dziedziny działalności. Tendencję do centralizacji zarządzania ochroną zdrowia usprawiedliwiano niekiedy szczególną fachowością zagadnień, jakie w niej występują. Utrudnia ona planowanie usług zdrowotnych na podstawie potrzeb miejscowych i wyłącza tę działalność spod kontroli społecznej miejscowej ludności i jej organów przedstawicielskich.

4. Zmiany, jakie przeprowadzono w latach 1950 - 1951 w systemie budżetowym, dotyczyły rozszerzenia zakresu gospodarki budżetowej (co wyrażało się w objęciu budżetem wydatków finansowanych do 1950 r. z funduszy pozabudżetowych, jak i w włączeniu budżetów terenowych

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 8 I 1950 r. o środkach farmaceutycznych, artykułach sanitarnych i środkach odurzających (Dz. Ust. 1950, nr 1, poz. 4); Ustawa z dnia 8 I 1951 r. o aptekach (Dz. Ust. 1951, nr 1, poz. 3).

<sup>31</sup> Dz. Ust. 1954, nr 37, poz. 160.

<sup>32</sup> K. Chrzanowski, *Tryb i sposób opracowania planów gospodarczych zakładów służby zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1953, nr 4, s. 36 - 46.

<sup>33</sup> L. Krotkiewska, op. cit., s. 92.

do budżetu państwa), ściślejszego powiązania budżetu z narodowym planem gospodarczym i podporządkowania budżetów organów niższych szczebli budżetom organów wyższych szczebli (co znalazło odpowiedni wyraz w trybie planowania budżetowego oraz w systemie równoważenia budżetów terenowych).

Budżety rad narodowych weszły w skład zbiorczego budżetu państwa, a budżety rad narodowych niższego szczebla weszły, zgodnie z zasadą jedności budżetu państwa, w skład budżetów rad narodowych wyższych szczebli pełnymi sumami dochodów i wydatków. Odpowiadało to najlepiej — przy objęciu narodowym planem gospodarczym, i to w sposób szczegółowy, całej działalności państwa oraz szerokim udziale budżetu w finansowaniu tej działalności — zasadzie ścisłego powiązania budżetu państwa z narodowym planem gospodarczym. Warunkom tym z kolei odpowiadał odgórny tryb planowania budżetowego, przy czym podstawową metodą planowania wydatków budżetowych w dziedzinie usług socjalno-kulturalnych (a w tym zakresie ochrony zdrowia) stała się metoda bezpośredniego ustalania wydatków poszczególnych instytucji na podstawie szczegółowych limitów i norm budżetowych (ograniczenie zasięgu budżetowania pośredniego w dziedzinie usług socjalno-kulturalnych spowodowało przekształcenie m. in. ośrodków zdrowia oraz szpitali — dotychczas powiązanych z budżetem netto — w jednostki budżetowe). W tych warunkach trzeba było odstąpić od uzależniania wydatków budżetów terenowych od dochodów rad narodowych. Metodą równoważenia budżetów terenowych stało się dostosowywanie dochodów, z szerokim udziałem środków wyrównawczych, do planowego poziomu wydatków budżetowych.

Przeprowadzona reforma budżetowa sprawiła, że budżet państwa w latach pięćdziesiątych realizował w sposób nad wyraz konsekwentny tradycyjne zasady jedności formalnej i materialnej gospodarki budżetowej. Konsekwencją tej reformy było pozostawienie radom narodowym niewielkich możliwości samodzielnego podejmowania decyzji planowych oraz kształtowania wysokości i struktury wydatków na usługi socjalno-kulturalne. Do 1955 r. rady narodowe nie miały niemal żadnej swobody ani w podejmowaniu zadań, ani w kształtowaniu wydatków swych budżetów<sup>34</sup>.

Obowiązujący w tym czasie system planowania budżetowego charakteryzował się znacznym stopniem scentralizowania. Podstawą opracowania projektów budżetów przez rady narodowe były, obok założeń terenowych planów gospodarczych, normy budżetowe, liczby etatów i limity inwestycyjne, a także górne granice kwot (tzw. limity kontrolne), w jakich powinny się mieścić planowane w budżetach terenowych wydatki

<sup>34</sup> J. Wierzbicki podaje, że liczba wskaźników dyrektywnych, jakie w tym okresie wiązały gospodarkę terenową niższego szczebla, dochodziła do 2 tys. (*Budżety terenowe w Polsce Ludowej*, Poznań 1967, s. 59).

w poszczególnych działach, rozdziałach, a nawet tytułach ówczesnej klasyfikacji budżetowej<sup>35</sup>.

Wydatki bieżące budżetu państwa i budżetów terenowych na ochronę zdrowia w latach 1951 - 1957 ukazuje tabela 1. Udział budżetów terenowych w finansowaniu ochrony zdrowia w całym omawianym okresie był znaczny, wzrost tego udziału w 1952 r. z 42,3% do 61,8% (a więc o 19,5%) wynikał z przejścia w tym roku przez rady narodowe lecznictwa przyzakładowego i likwidacji Zakładu Lecznictwa Pracowniczego objętego budżetem centralnym. Poważniejszy wzrost udziału budżetów terenowych w pokrywaniu wydatków bieżących budżetu państwowego o 16,0% nastąpił następnie dopiero w 1957 r. Było to związane z przekazaniem w tym roku radom narodowym szpitali i sanatoriów dla nerwowo i psychicznie chorych oraz obowiązku ponoszenia tzw. dopłat do leków dla uprawnionych. To ostatnie zadanie stało się bardzo uciążliwe dla rad narodowych, zarówno ze względu na rozmiary dopłat<sup>36</sup>, jak i na brak możliwości precyzyjnego zaplanowania wielkości tych dopłat (dopłaty do leków dla uprawnionych znacznie na ogół przekraczały zaplanowane wielkości, obciążające — w latach następnych — nadwyżki budżetowe rad narodowych).

Dynamika wzrostu wydatków bieżących na ochronę zdrowia była w omawianym okresie wysoka, przy czym wzrost wydatków ponoszonych z budżetów terenowych był ponad dwukrotnie szybszy niż wzrost wydatków budżetu centralnego na ten cel. Na tej podstawie nie można jednak wnioskować o realnym wzroście wydatków budżetowych na ochronę zdrowia, gdyż umieszczone w tabeli 1 wskaźniki ilustrują jedynie ruch wydatków bieżących, nie uwzględniając zmian w sile nabywczej pieniądza.

5. Rola rad narodowych w realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia była w rozpatrywanym okresie niewielka, mimo dość znacznego udziału budżetów terenowych w finansowaniu instytucji zdrowotnych. Panował wówczas pogląd o pionowym tylko podporządkowaniu administracji zdrowia (w ramach resortu zdrowia) ze względu na specjalistyczny, fachowy charakter spraw, którymi się służba zdrowia zajmuje<sup>37</sup> (niekiedy jeszcze i dzisiaj można spotkać się z wypowiedziami, że skoro kierownikiem wydziału zdrowia jest lekarz, to ze względu na swe facho-

<sup>35</sup> Tryb i metody planowania budżetowego w tym okresie omawiają m. in.: Z. Wyrozębski i inni, *Budżety terenowe, dochody państwowe, podatki*, Warszawa 1954, s. 111-152; J. Kaleta, *Terenowe planowanie budżetowe w Polsce Ludowej*, Warszawa 1968, s. 42 - 48.

<sup>36</sup> Dopłaty do leków dla uprawnionych stanowiły w 1957 r. około 17,6% wydatków bieżących budżetów terenowych na ochronę zdrowia; *Rocznik Statystyczny Finansów*, tab. 34/57, s. 64 i tab. 59/73, op. cit. s. 76,

<sup>37</sup> P. Szarejko, *Wydział Zdrowia w strukturze prezydium powiatowej rady narodowej i jego współpraca z organizacjami i instytucjami w powiecie*, *Zdrowie Publiczne* 1952, nr 6.

Tabela 1

Wydatki bieżące budżetu państwa i budżetów terenowych  
na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1951 - 1957

Lata	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia						Wskaźnik wzrostu wydatków bieżących na ochronę zdrowia (rok 1951 = 100)	
	w mln zł			w odsetkach			budżet państwa	budżety terenowe
	budżet państwa	budżet centralny	budżety terenowe	budżet państwa	budżet centralny	budżety terenowe		
1951	2990	1716	1274	100,0	57,7	42,3	100,0	100,0
1952	3168	1212	1956	100,0	38,2	61,8	105,9	156,7
1953	4335	1610	2725	100,0	39,5	60,5	144,9	213,9
1954	4802	1671	3231	100,0	34,3	65,7	163,9	253,6
1955	5599	1949	3650	100,0	34,8	65,3	187,2	286,5
1956	6587	2128	4459	100,0	32,3	67,7	223,6	365,7
1957	8127	1327	6800	100,0	16,3	83,7	271,8	534,5

Źródło: Rocznik Statystyczny Finansów 1945-1967, Warszawa 1968, tab. 34/57, s. 64.

w przygotowanie może on podlegać tylko czynnikom fachowym wyższego szczebla)<sup>38</sup>. Komisje zdrowia rad narodowych nie spełniały swych zadań, a ich rola była opacznie traktowana. Uważano np., że kierunki pracy odpowiednich komisji rad narodowych powinny być wyznaczane przez wydziały zdrowia, co spowodowało zanik aktywności tych komisji<sup>39</sup>.

Znaczenie rad narodowych w zabezpieczeniu opieki zdrowotnej wzrosło w latach 1956-1957 nie tylko ze względu na powiększenie zakresu zadań, za które rady narodowe stały się odpowiedzialne, ale także z uwagi na dokonane w tym czasie zmiany w systemie terenowego planowania gospodarczego i budżetowego. W tym okresie poczęły się już bowiem pojawiać zmiany w tym zakresie, zmierzające do podniesienia rangi rad narodowych w planowaniu i finansowaniu ochrony zdrowia. Zmniejszono liczbę wskaźników dyrektywnych dla planów terenowych, resort zaniechał ustalania wskaźników dyrektywnych, zastępując je wytycznymi o charakterze zasadniczo tylko orientacyjnym, które jednak okazywały się w praktyce często niemniej wiążące od dyrektyw planowych<sup>40</sup>. W 1957 r. zniesiono limitowanie wielkości budżetów terenowych przez organy centralne oraz wprowadzono zasady uchwalania budżetów przez rady narodowe przed uchwaleniem budżetu państwa przez Sejm<sup>41</sup>, związk-

<sup>38</sup> Z. Zajączkowski, *Rola kierownika Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w systemie zarządzania rad narodowych*, Zdrowie Publiczne 1966, nr 11 - 12, s. 768.

<sup>39</sup> P. Szarejko, op. cit.; J. Krupiński, *Metodyka pracy wydziałów zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1955, s. 3.

<sup>40</sup> J. Wierzbicki, op. cit., s. 60.

<sup>41</sup> Dekretem z dnia 31 XII 1956 r. o zmianie dekretu o uchwaleniu i wykonywaniu budżetu państwa (Dz. Ust. 1957, nr 1, poz. 5).

szając tym samym samodzielność finansową rad narodowych oraz stwarzając warunki do uchwalenia budżetów terenowych przed rozpoczęciem roku budżetowego<sup>42</sup>.

### III. OCHRONA ZDROWIA NA TLE WZROSTU UPRAWNIEN RAD NARODOWYCH PO 1957 R.

1. Rolę odgrywaną przez rady narodowe w zarządzaniu gospodarką terenową po roku 1958 określała ustawa z dnia 25 I 1958 r. o radach narodowych<sup>43</sup>. Wyznaczony tą ustawą podział zadań w zakresie ochrony zdrowia między organy centralne i rady narodowe zachował ważność do chwili obecnej. Mogą o tym świadczyć podane w tabeli 2 wydatki bieżące budżetu państwa i budżetów terenowych na ochronę zdrowia w latach 1959 - 1970. Niewielki, trzyprocentowy wzrost udziału budżetów terenowych w finansowaniu ochrony zdrowia, jaki wystąpił w tym okresie, spowodowany był w większym stopniu szybszym rozwojem urządzeń z zakresu ochrony zdrowia podporządkowanych radom narodowym od urządzeń bezpośrednio podległych organom centralnym aniżeli zwiększeniem zakresu działania rad narodowych drogą przejęcia nowych zadań w dziedzinie ochrony zdrowia. Dynamika wzrostu wydatków budżetów terenowych na ochronę zdrowia przewyższa nieznacznie (o 8,6%) dynamikę wzrostu wydatków budżetu państwa na ten cel, trudno jednak ustalić, w jakim stopniu dynamika ta świadczy o rozszerzaniu zakresu usług zdrowotnych i podnoszeniu ich jakości, a w jakim stopniu wynika ze zmian w sile nabywczej pieniądza.

Ustawa z 1958 r. wymieniała szczegółowo zadania rad narodowych poszczególnych szczebli, m. in. zadania w zakresie ochrony zdrowia, było to jednak usankcjonowanie ukształtowanego już w okresie poprzednim rozkładu zadań. Jedyną zmianą było nadanie określonych uprawnień w zakresie ochrony zdrowia radom narodowym najniższego szczebla przez przekazanie im prowadzenia ośrodków zdrowia, punktów felczerskich i pielęgniarskich oraz żłobków.

Ścisłe wyliczenie w ustawie o radach narodowych zakładów ochrony zdrowia podporządkowanych radom narodowym rozmaitych szczebli wzbudziło pewne kontrowersje. Niektórzy wyrażają pogląd, że ustawowe określenie profilu zadań organów każdego stopnia stanowi przeszkodę dla przejmowania zadań przez organy wyższych stopni od organów niższych stopni, a więc jest gwarantem decentralizacji<sup>44</sup>. Inni sądzą, że ustawa powinna ustalać generalne kryteria podziału zadań, a nie ograniczać się do wyliczania instytucji podporządkowanych poszczególnym orga-

<sup>42</sup> J. Kaleta, op. cit., s. 49 - 50.

<sup>43</sup> Dz. Ust. 1963, nr 328, poz. 172 (jednolity tekst).

<sup>44</sup> J. Starościak, *Decentralizacja administracji*, op. cit., s. 156.

Tabela 2

Wydatki bieżące budżetu państwa i budżetów terenowych  
na ochronę zdrowia w latach 1959 - 1970

Lata	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia						Wskaźnik wzrostu wydatków na ochronę zdrowia (rok 1959 = 100)	
	w mln zł			w odsetkach			budżet państwa	budżety terenowe
	budżet państwa	budżet centralny	budżety terenowe	budżet państwa	budżet centralny	budżety terenowe		
1959	11 334	1916	9 418	100,0	16,9	83,1	100,0	100,0
1960	12 324	2058	10 266	100,0	16,7	83,3	108,7	109,0
1961	13 820	2599	11 221	100,0	18,8	81,2	121,9	119,1
1962	15 061	2506	12 555	100,0	16,6	83,4	132,9	133,3
1963	16 222	2686	13 536	100,0	16,6	83,5	143,1	143,7
1964	17 388	2851	14 537	100,0	16,4	83,6	153,4	154,3
1965	18 579	3046	15 533	100,0	16,4	83,6	163,9	164,9
1966	20 626	3217	17 409	100,0	15,6	84,4	181,9	184,8
1967	22 749	3361	19 388	100,0	14,8	85,2	200,7	205,9
1968	23 730	3582	20 148	100,0	15,9	84,1	209,4	213,9
1969	25 178	3558	21 620	100,0	13,9	86,1	222,1	229,5
1970	26 881	3737	23 144	100,0	13,9	86,1	237,1	245,7

Źródło: Rocznik Statystyczny Finansów 1945 - 1967, tab. 34/57, s. 64 - 65; Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1971, Warszawa 1971, tab. 1/164, s. 460-461.

nom — wymienianie zadań, jakie mają być realizowane przez określone organy, nie sprzyja podejmowaniu innych zadań i tworzeniu nowych form działalności i nie może stać się skuteczną przeszkodą dla centralizacji, np. w przypadku zmiany nomenklatury instytucji i zakładów podporządkowanych poszczególnym radom narodowym<sup>45</sup>.

Należy dodać, że ustawa o radach narodowych z 1958 r. przewidywała możliwość przekazywania zadań przez organy wyższych stopni organom niższych stopni<sup>46</sup>. Przekazywanie to mogło nastąpić za zgodą rady narodowej, która miała przejąć zadania, przy równoczesnym przekazaniu środków służących do wykonania tych zadań.

Korzystanie z możliwości przekazywania zadań przez organy wyższych szczebli organom niższych szczebli doprowadziło do niejedności w rozdziale kompetencji rad narodowych różnych stopni w skali kraju. W zakresie ochrony zdrowia dotyczyło to szczególnie podziału zadań między powiatowe rady narodowe i rady narodowe najniższych szczebli. Nie można jednak tego zjawiska uznać za negatywne, przynajmniej w przy-

<sup>45</sup> M. Jaroszyński, *Zagadnienia rad narodowych*, Warszawa 1961, s. 27 i 107; L. Krotkiewska, op. cit., s. 107 - 109.

<sup>46</sup> Możliwość ta została następnie rozwinięta uchwałą nr 469 Rady Ministrów z 4 XII 1959 r. w sprawie przekazywania dalszych zadań gospodarczych radom narodowym oraz rozszerzania ich uprawnień (Mon. Pol. 1960, nr 6, poz. 36).

padku uznania za słuszną tezy, że poszczególne zadania powinny być realizowane przez organy, które aktualnie są najlepiej do ich wykonania przystosowane<sup>47</sup>.

U podstaw tej tezy leżało dążenie do jak najbardziej efektywnej realizacji zadań organów terenowych, nawet kosztem jednolitości w zakresie działania rad narodowych w skali całego kraju. Zastosowanie jej w praktyce pozwalało uwzględnić czynniki regionalne, wynikające np. z charakteru gospodarczego, tempa rozwoju różnych terenów, w rozdziale zadań między organy terenowe.

Podział wydatków bieżących na ochronę zdrowia według szczebli rad narodowych i poszczególnych województw w 1970 r. podany został w tabeli 3. Zróżnicowanie regionalnego znaczenia budżetów terenowych różnych stopni w finansowaniu ochrony zdrowia było znaczne i zależało od urbanizacji województw, ich charakteru gospodarczego i stopnia rozwoju ekonomicznego.

Stosunkowo dużemu zakresowi działania rad narodowych poszczególnych stopni w dziedzinie ochrony zdrowia nie towarzyszyło stosowne zwiększenie ich uprawnień w dziedzinie planowania gospodarczego i budżetowego. Ingerencja Ministerstwa Zdrowia w sprawy lokalne, głównie właśnie w kształtowanie zadań planowych, była nadal duża, a nawet można było zaobserwować tendencję do jej rozszerzania się w miarę powiększania zadań rad narodowych niższego stopnia — w obawie przed tym, aby nie uchylały się one od realizacji pewnych zadań bądź realizowały je nie tak intensywnie jak, według resortu, powinny być realizowane<sup>48</sup>.

2. W latach 1957 - 1958 rozwinęła się dyskusja dotycząca stanu ochrony zdrowia w Polsce. Najwięcej zarzutów stawiano powstałej w 1953 r. przemysłowej służbie zdrowia, postulując w związku z tym przywrócenie ubezpieczeniowej metody finansowania ochrony zdrowia nad pracującymi oraz wprowadzenie zmian w organizacji instytucji ochrony zdrowia prowadzących działalność z tego zakresu<sup>49</sup>.

Ostra krytyka przemysłowej służby zdrowia — a więc tego działu ochrony zdrowia, który miał być w myśl założeń w poprzednim okresie szczególnie uprzywilejowany — wynikała nie tyle ze szczególnie niskiej jakości opieki zdrowotnej w tej służbie zdrowia na tle innych działów. co z siły, z jaką odczuwane były potrzeby zdrowotne, i z drażliwości tej kwestii w środowisku pracy. Wydaje się, że nacisk na przemysłową służbę zdrowia wynikał z niskiego poziomu powszechnej opieki zdrowotnej w mieście i na wsi i jej małej dostępności, spowodowanej m. in. ograni-

<sup>47</sup> J. Wierzbicki, op. cit., s. 35.

<sup>48</sup> L. Krotkiewska, op. cit., s. 112.

<sup>49</sup> Zarzuty te zebrane zostały w artykule W. Łobzowskiego, *Czy reaktywowanie Spółki Brackiej byłoby słuszne?*, *Zdrowie Publiczne* 1957, nr 4.

Wydatki bieżące budżetów terenowych na ochronę zdrowia  
według województw i szczebli rad narodowych w 1970 r.  
(w odsetkach)

Województwa	Ogółem	Rady narodowe						
		woje- wódzkie	powia- towe	miast		dzielni- cowe	osiedli	groma- dzkie
				stano- wiących powiaty	nie stano- wiących powia- tów			
Polska	100,0	33,3	32,8	22,7	2,9	6,6	0,1	1,5
M. st. Warszawa	100,0	71,7	—	—	—	28,3	—	—
M. Kraków	100,0	64,5	—	—	—	35,5	—	—
M. Łódź	100,0	73,4	—	—	—	26,6	—	—
M. Poznań	100,0	37,0	—	—	—	63,0	—	—
M. Wrocław	100,0	74,9	—	—	—	25,1	—	—
Białostockie	100,0	28,9	53,2	14,4	2,0	—	—	1,5
Bydgoskie	100,0	12,6	32,7	50,1	2,2	—	—	2,4
Gdańskie	100,0	51,7	18,5	27,7	1,6	4,7	0,0	0,5
Katowickie	100,0	19,2	19,0	53,2	3,4	—	0,1	0,4
Kieleckie	100,0	19,7	34,1	39,7	1,7	—	0,1	0,7
Koszalińskie	100,0	19,3	53,6	22,1	3,8	—	—	1,2
Krakowskie	100,0	24,4	50,5	18,1	2,8	—	0,1	4,1
Lubelskie	100,0	16,7	52,5	27,0	2,4	—	—	1,5
Łódzkie	100,0	17,8	50,4	26,2	4,4	—	0,0	1,2
Olsztyńskie	100,0	29,4	54,6	8,7	4,7	—	0,1	2,5
Opolskie	100,0	46,7	27,1	13,4	11,3	—	0,0	1,5
Poznańskie	100,0	19,7	54,0	20,0	3,9	—	0,1	2,1
Rzeszowskie	100,0	22,4	57,6	14,9	2,4	—	0,0	2,7
Szczecińskie	100,0	26,3	40,7	29,5	2,8	—	0,0	0,7
Warszawskie	100,0	27,4	45,3	19,5	4,0	—	0,0	3,8
Wrocławskie	100,0	30,0	47,8	15,1	5,5	—	0,3	1,3
Zielonogórskie	100,0	36,4	44,5	15,7	2,8	—	—	0,6

Źródło: Gospodarka rad narodowych, Seria Statystyka regionalna nr 29, tab. 26/37, s. 85.

zeniem działalności inwestycyjnej w ochronie zdrowia<sup>50</sup>. Doprowadziło to do zaniku działalności profilaktycznej przemysłowej służby zdrowia i spowodowało obniżenie jakości jej świadczeń.

Dyskusja ta przyniosła określone efekty. W latach sześćdziesiątych podjęto pewne kroki zmierzające do poprawy poziomu opieki zdrowotnej, a zwłaszcza do rozszerzenia rozmiarów i podniesienia poziomu opieki zdrowotnej w przemysłowej służbie zdrowia. W tym celu wprowadzono

<sup>50</sup> W latach 1950 - 1955 z zaplanowanych 75 obiektów szpitalnych o łącznej liczbie 13,3 tys. łóżek zrealizowano zaledwie 34 obiekty (ok. 45,4%) o łącznej liczbie 3330 łóżek (ok. 25,0%); J. Bielecki, H. Łyżwańska, *Próba oceny realizacji wieloletnich planów rozwoju służby zdrowia w Polsce*, Zdrowie Publiczne 1962; nr 6, s. 436.

dotądki dla pracujących w przemysłowej służbie zdrowia i położono większy nacisk na działalność profilaktyczną<sup>51</sup>. Wprowadzono również obowiązek udziału zakładów przemysłowych w organizowaniu i finansowaniu opieki nad zdrowiem pracowników<sup>52</sup> oraz utworzono w zakładach pracy rady zdrowia jako formę kontroli społecznej nad zakładami przemysłowej służby zdrowia<sup>53</sup>.

W wyniku tego nastąpiła pewna poprawa w zakresie opieki zdrowotnej nad pracującymi<sup>54</sup>. W zakładach przemysłowej służby zdrowia udało się skupić, ze względu na szczególnie korzystne warunki płacowe, personel o wysokich kwalifikacjach, a stan ich wyposażenia w urządzenia medyczne uległ znacznej poprawie w związku z wprowadzeniem obowiązku wyposażenia tych zakładów w sprzęt ze środków własnych przedsiębiorstw.

Nieco później podjęto także działania mające na celu poprawę opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską, wprowadzając dotądki dla lekarzy wiejskich. Działania te nie przyniosły jednak większych skutków, głównie ze względu na brak ośrodków zdrowia na wsi i niechęć lekarzy do osiedlania się tam. Powodowało to narastanie w omawianym okresie dysproporcji między zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych w mieście i na wsi<sup>55</sup>. W wyniku przeprowadzonych badań opracowano zasady organizacji opieki zdrowotnej nad ludnością wsi w formie wzorcowych rejonów leczniczo-zapobiegawczych na wsi<sup>56</sup>.

Poprawę stanu zdrowotnego wsi wiązano jednak z wprowadzeniem nieodpłatności za usługi zdrowotne również i dla mieszkańców wsi przez rozciągnięcie ubezpieczeń społecznych na całą ludność kraju<sup>57</sup>. Urzeczywistniono to w 1972 r. Z dniem 1 I tego roku wprowadzono powszechną bezpłatną opiekę lekarską dla mieszkańców wsi w zakresie i na zasadach

<sup>51</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 XI 1962 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych przemysłowej służby zdrowia (Dz. Ust. 1962, nr 60, poz. 293).

<sup>52</sup> Uchwała nr 35 Rady Ministrów z 19 XI 1962 r. w sprawie udziału zakładów przemysłowych w organizowaniu opieki nad zdrowiem pracowników (Mon. Pol. 1962, nr 82, poz. 384).

<sup>53</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 VIII 1964 r. w sprawie szczególnych zasad kontroli społecznej nad realizacją zadań zakładów przemysłowej służby zdrowia (Mon. Pol. 1964, nr 55, poz. 263).

<sup>54</sup> Zwraca na to uwagę J. Nofer, podkreślając, że przemysłowa służba zdrowia jest obecnie w najmniejszym stopniu przedmiotem krytyki; *Głos w dyskusji o funkcjonowaniu i reformie służby zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1972, nr 10, s. 893.

<sup>55</sup> H. Rafalski, *Ćwierćwiecze ochrony zdrowia wsi*, Zdrowie Publiczne 1969, nr 7.

<sup>56</sup> H. Rafalski, *Rejony leczniczo-zapobiegawcze na wsi*, Wieś Współczesna 1966, nr 6; H. Rafalski i inni, *Metody tworzenia sieci wiejskich rejonów leczniczo-zapobiegawczych w powiecie*, Zdrowie Publiczne 1966, nr 1.

<sup>57</sup> H. Rafalski, *Chłopskie zdrowie*, Polityka 1970, nr 10; E. Sadowy, *Problemy finansowania służby zdrowia na przykładzie gromad województwa warszawskiego*, Studia Finansowe 1970, nr 9, s. 131-133.

ustalonych dla zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej<sup>58</sup>. Uprawnionymi do świadczeń leczniczych stali się wszyscy rolnicy prowadzący gospodarstwa rolne na własny rachunek, bez względu na obszar gospodarstwa, tytuł własności, posiadania lub użytkowania. Równocześnie, aby uprawnieniom tym nadać charakter realny, wprowadzono system bodźców materialnych, mających skłaniać pracowników medycznych do podejmowania pracy w instytucjach świadczących usługi zdrowotne na rzecz ludności wiejskiej<sup>59</sup>.

Wraz z wprowadzeniem bezpłatnej opieki lekarskiej dla rolników i zniesieniem dostaw obowiązkowych dokonano reformy podatku gruntowego, uwzględniając w nim udział ludności rolniczej w pokrywaniu części kosztów świadczeń zdrowotnych na rzecz mieszkańców wsi.

Poważnym problemem jest niedostatek bazy technicznej lecznictwa na wsi. Szacuje się, że dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej dla ludności wiejskiej brak jest — w stosunku do stanu z 1971 r. — około 800 wiejskich ośrodków zdrowia oraz około 20 łóżek szpitalnych na 10 000 mieszkańców<sup>60</sup>. Wymaga to dosyć wysokich nakładów inwestycyjnych w ochronie zdrowia, których znaczna część ma być ponoszona z nowo powstałego funduszu parabudżetowego — Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia. Dzięki rozciągnięciu ogólnych zasad świadczenia usług zdrowotnych na mieszkańców wsi osiągnięta została pełna unifikacja systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W ostatnim czasie zaobserwować można również pewne starania zmierzające do zwiększenia pozycji rad narodowych w zakresie ochrony zdrowia przez ograniczenie instruktazowego kierowania terenowymi wydziałami zdrowia i systematyczne odbywanie kolegiów wyjazdowych Ministerstwa Zdrowia w poszczególnych wojewódzkich radach narodowych.

3. Zgodnie z intencjami prawa budżetowego z 1958 r.<sup>61</sup>, planowanie budżetowe powinno mieć charakter ogólny na szczeblu centralnym i w organach terenowych wyższego szczebla, a charakter szczegółowy w poszczególnych radach narodowych<sup>62</sup>. W praktyce planowanie ma charak-

<sup>58</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 14 XII 1971 r. w sprawie udzielania świadczeń leczniczych przez zakłady społecznej służby zdrowia osobom prowadzącym gospodarstwa rolne (Dz. Ust. 1971, nr 37, poz. 345).

<sup>59</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z 17 XII 1971 r. zmieniające niektóre przepisy w sprawie wynagradzania fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. Ust. 1971, nr 37, poz. 329) oraz Uchwała Rady Ministrów nr 289 z 17 XII 1971 r. w sprawie stworzenia warunków niezbędnych do zapewnienia bezpłatnej opieki zdrowotnej osobom prowadzącym gospodarstwa rolne (Mon. Pol. 1971, nr 60, poz. 401).

<sup>60</sup> J. Stańczyk, *Zabezpieczenie społeczne rolników w Polsce*, Warszawa 1973, s. 76 - 77.

<sup>61</sup> Ustawa z dnia 1 VII 1958 r. o prawie budżetowym (Dz. Ust. 1958, nr 45, poz. 221).

<sup>62</sup> A. W. Zawadzki, *Niektóre problemy usprawnienia planowania w budżetach terenowych*, *Finanse* 1970, nr 12, s. 57; J. Kaleta, *Niektóre problemy terenowego planowania budżetowego*, *Finanse* 1964, nr 2, s. 21 - 22.

ter szczegółowy już na szczeblu centralnym, co ogranicza swobodę kształtowania swych wydatków przez rady narodowe różnych szczebli. Wydłuża to cykl prac planistycznych na szczeblu centralnym i w województwach kosztem skrócenia czasu przeznaczanego na planowanie w organach terenowych niższych szczebli<sup>63</sup>. Swoboda kształtowania wydatków budżetów terenowych jest dodatkowo jeszcze ograniczona przez system dyrektywnych norm budżetowych.

Duża szczegółowość centralnego planowania budżetowego wynika z chęci zabezpieczenia zgodności budżetu z narodowym planem gospodarczym, utrzymania inwestycji i kapitalnych remontów oraz zatrudnienia i funduszu płac w określonych granicach (z uwagi na konieczność zapewnienia równowagi rynkowej) oraz dążenia do usuwania różnic w stopniu zaspokojenia potrzeb socjalno-kulturalnych na różnych terenach<sup>64</sup>.

Względy te, jakkolwiek istotne, nie uzasadniają dostatecznie przyjętego sposobu budżetowego planowania działalności nieprodukcyjnej. Za uproszczeniem i skróceniem planowania budżetowego na szczeblu centralnym przemawiają przede wszystkim względy ustrojowe, wymagające podniesienia rangi i roli rad narodowych w tej działalności, szczególnie w zakresie ochrony zdrowia. Można mieć jednak wątpliwości, czy tego rodzaju zmiany dałyby się pogodzić z dotychczasowym systemem równoważenia budżetów terenowych, który nie uległ zmianie w rozpatrywanym tu okresie. Zdaje się o tym świadczyć wyraźnie występująca w praktyce tendencja w kierunku przechodzenia do finansowania parabudżetowego, w przypadku gdy dąży się do zwiększenia uprawnień rad narodowych. Uczynienie centralnego planowania budżetowego bardziej ogólnym łączyć należy ze zmianami w systemie dochodów rad narodowych i doskonaleniem systemu równoważenia budżetów terenowych.

W omawianym tu okresie wskazywano wielokrotnie na dążności decentralistyczne lub nawet na stopniowe ich urzeczywistnienie, trudno jednak mówić o decentralizacji terenowej w zakresie ochrony zdrowia. Z przekazywaniem zadań organom niższych szczebli przez organy wyższych szczebli oraz związanych z realizacją tych zadań środków budżetowych nie było bowiem związane przesuwanie uprawnień w zakresie kształtowania rozmiarów, struktury i poziomu planowych zadań, jakkolwiek nastąpiło w tym czasie ograniczenie liczby dyrektywnych wskaźników planistycznych. Można więc mówić o pewnej dekoncentracji środków budżetowych w zakresie ochrony zdrowia, w znaczeniu, jakie temu pojęciu nadaje L. Adam, a nie o decentralizacji terenowej<sup>65</sup> (tym bar-

<sup>63</sup> K. Wiewióra, *Niektóre problemy planowania budżetów terenowych*, *Finanse* 1962, nr 4, s. 40 - 42.

<sup>64</sup> A. W. Zawadzki, *Niektóre problemy...*, op. cit., s. 57.

<sup>65</sup> L. Adam, *Zagadnienia ekonomiczne i prawne samodzielności finansowej rad narodowych*, *Roczniki Ekonomiczne* t. XV, Poznań 1969, s. 193; J. Wierzbicki, op. cit., s. 5.

dziej że działalności prowadzonej w tym zakresie na szczeblu terenowym nie wiązano z finansowaniem parabudżetowym).

Żadnych zmian w dziedzinie uprawnień rad narodowych w planowaniu ochrony zdrowia nie przyniosło prawo budżetowe z 1970 r.<sup>66</sup>, które stanowiło zresztą w głównej mierze kodyfikację przepisów prawnych rozproszonych w rozmaitych aktach prawnych<sup>67</sup>.

W ostatnim czasie zaobserwować można pewne starania zmierzające do zwiększania pozycji organów terenowych w zakresie ochrony zdrowia. Ograniczono przede wszystkim instruktażowe kierowanie terenowymi wydziałami zdrowia, zastępując to systematycznym odbywaniem kolegiów wyjazdowych Ministerstwa Zdrowia w poszczególnych województwach itp. Zwrócono ponadto większą uwagę na koordynacyjne uprawnienia rad narodowych w stosunku do instytucji bezpośrednio im nie podporządkowanych, takich jak: szpitale kliniczne, spółdzielnie zdrowia, a nawet wydzielone służby zdrowia (kolejowa, wojskowa i resortu spraw wewnętrznych)<sup>68</sup>. Zespół tych poczynań spowodował w latach sześćdziesiątych pewne powiększenie roli rad narodowych (głównie ich prezydiów) w zaspokajaniu lokalnych potrzeb zdrowotnych. Rola rad narodowych w tym zakresie była jednak ciągle ograniczona daleko idącą ingerencją organów centralnych w ustalaniu planu gospodarczego i budżetu w zakresie ochrony zdrowia.

#### IV. KIERUNKI DYSKUSJI NAD SYSTEMEM OCHRONY ZDROWIA PO 1973 R.

Zagadnienia systemu organizacyjnego ochrony zdrowia stały się znowu przedmiotem szczególnego zainteresowania w ostatnim czasie<sup>69</sup>. Przedmiotem zapoczątkowanej po roku 1970 dyskusji stał się sposób funkcjonowania systemu organizacji ochrony zdrowia i efektywność tego systemu.

Efektywność obowiązującego systemu organizacji ochrony zdrowia uważa się za niską<sup>70</sup>. Za symptomy tej niskiej efektywności przyjmuje

<sup>66</sup> Wprowadzono ustawy z dnia 25 XI 1970 r. (Dz. Ust. 1970, nr 29, poz. 244).

<sup>67</sup> M. Krzak, *Nowe prawo budżetowe*, Życie Gospodarcze 1970, nr 30.

<sup>68</sup> L. Krotkiewska, op. cit., s. 124 - 132.

<sup>69</sup> Wyrazem rosnącego zainteresowania zagadnieniami ochrony zdrowia jest przede wszystkim rozwinięcie szerokiej dyskusji publicystycznej na łamach popularnych tygodników, jak: *Polityka*, *Kultura*, *Życie Literackie* oraz na łamach prasy codziennej, a także poświęcenie tej dziedzinie działalności państwa więcej niż dotąd uwagi przez czynniki rządowe, polityczne i społeczne.

<sup>70</sup> L. Głuszak, *O właściwy model organizacyjny opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce*, Zdrowie Publiczne 1972, nr 5. *Memoriał w sprawie sytuacji szpitalnictwa w Polsce zaakceptowany przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa w dniu 12 II 1971*. Szpitalnictwo Polskie, 1971, z. 4; J. Nofer, *Głos w dyskusji o funkcjonowaniu i reformie służby zdrowia* wyd. cyt., *List otwarty do Ministra Zdrowia Prof. Jana Kostrzewskiego*, *Polityka* 1972, nr 51/52, s. 5.

się: zbyt słabą integrację różnych pionów systemu ochrony zdrowia, głównie przemysłowej służby zdrowia i lecznictwa otwartego dla ogółu ludności, co m. in. spowodowało osłabienie środowiskowej opieki zdrowotnej, a także brak powiązania między lecznictwem otwartym i szpitalnictwem, niską wydajność pracy kadr medycznych, małą dostępność szpitali i niską jakość opieki szpitalnej (głównie ze względu na zaniedbania inwestycyjne w tym zakresie).

Dla zwiększenia stopnia integracji opieki zdrowotnej otwartej i zamkniętej następuje zespolenie szpitalnictwa z instytucjami działającymi w opiece otwartej oraz z pomocą doraźną. Formą tego zespolenia są Zespoły Opieki Zdrowotnej. Idea zespolenia opieki zdrowotnej otwartej i zamkniętej nie jest nowa. Powstała ona w ZSRR i wielokrotnie były już podejmowane próby zastosowania jej w warunkach Polski i innych krajów socjalistycznych<sup>71</sup>. Zespolenie to ma przynieść przede wszystkim korzyści ekonomiczne, wyrażające się w lepszym wykorzystywaniu aparatury i kadr medycznych, co ma przyczynić się do podniesienia jakości usług zdrowotnych i usprawnienia procesu świadczenia tych usług.

Model organizacyjny opieki zdrowotnej zespolonej musi być jednak powiązany ze współczesnymi tendencjami w ochronie zdrowia, wyrażającymi się w dążeniu do dekoncentracji oraz w pierwszoplanowym znaczeniu profilaktyki (z natury rzeczy w większym stopniu wykonywanej przez związane ze środowiskiem pracy i zamieszkania instytucje opieki otwartej) i położeniu nacisku na łatwą dostępność opieki zdrowotnej otwartej, wyrażającą się w lokalizacji przychodni i ośrodków zdrowia w pobliżu skupisk ludności z jednej strony oraz z drugiej strony w lokalizowaniu szpitali z dala od miast i dużych siedzib ludności<sup>72</sup>.

Przedmiotem dosyć ożywionej ostatnio dyskusji są również: efektywność pracy kadr medycznych, proporcje zatrudnienia lekarzy, personelu pomocniczego i innych pracowników w instytucjach opieki zdrowotnej oraz system płac w ochronie zdrowia. Znaczny przyrost liczby lekarzy, jaki nastąpił w okresie powojennym, nie spowodował odczuwalnego podniesienia poziomu opieki zdrowotnej. Polska pod względem liczby lekarzy na 10 000 mieszkańców wyprzedza wiele krajów europejskich i to nawet takich, w których poziom opieki zdrowotnej jest szczególnie wy-

<sup>71</sup> L. Gangel, *Połączenie otwartego i zamkniętego lecznictwa w ZSRR jako metoda usprawnienia i podwyższania jakości lecznictwa*, Zdrowie Publiczne 1949, nr 9-10; J. Krupiński, *Zespolenie lecznictwa otwartego i zamkniętego w ZSRR*, Zdrowie Publiczne 1952, nr 1; A. Majda, *Wnioski z zespolenia lecznictwa otwartego i zamkniętego w Sochaczewie*, Zdrowie Publiczne 1952, nr 6; *Symposium Ministerstw Zdrowia krajów socjalistycznych odbyte w Warnie w dniach 2 - 6 X 1956 r. poświęcone zespoleniu lecznictwa otwartego i zamkniętego*, Zdrowie Publiczne 1957, nr 1.

<sup>72</sup> J. Nofer, op. cit., s. 897.

soki (np. Szwecję), natomiast wskaźnik liczby łóżek szpitalnych przypadających w Polsce na 1 lekarza zatrudnionego w lecznictwie jest jeszcze dość niski<sup>73</sup>.

Za nieodpowiedni stan bazy technicznej oraz poziom opieki zdrowotnej wini się często system budżetowego finansowania ochrony zdrowia, a przede wszystkim rolę odgrywaną przez organy terenowe, do których należy zabezpieczenie właściwego poziomu ochrony zdrowia w gospodarce budżetowej z jednej strony oraz formy organizacyjne gospodarki finansowej instytucji ochrony zdrowia i związane z tym metody planowania finansowego instytucji ochrony zdrowia z drugiej strony. Przedmiotem szczególnej krytyki są stosowne w ochronie zdrowia normy budżetowe, związane w lecznictwie zamkniętym z takimi wskaźnikami budżetowymi, jak liczba posiadanych łóżek i liczba osobodni leczenia oraz liczba osób hospitalizowanych powodujące przedłużenie pobytu chorych w szpitalach i inne poważne wypaczenia w intensyfikacji działalności leczniczej<sup>74</sup>.

#### THE ROLE OF PEOPLE'S STATE COUNCILS IN THE HEALTH CARE IN THE POLISH PEOPLE'S REPUBLIC AND ITS ECONOMIC AND FINANCIAL IMPLICATIONS

##### Summary

The author of the paper deals with the changes in the financial sources and organization of health service in Poland after World War II. The special emphasis is put on the role of regional branches of health care. The actual position of these branches is based on central planning. Therefore, this article deals with the changes in the planning system and budgeting.

On the article the author presented most important conceptions connected with the problem and drew conclusions from discussions concerning the changes in planning.

<sup>73</sup> Ibidem, s. 900 - 901.

<sup>74</sup> W. Wiciński, *Propozycje w sprawie zasad finansowania działalności szpitali*, Zdrowie Publiczne 1971, nr 11; T. Serdakowski, *Zmiana systemu finansowania bodźcem intensyfikacji pracy w szpitalnictwie*, Zdrowie Publiczne 1971, nr 10; A. Dowgird i inni, *Propozycje zmian sposobu finansowania szpitali*, Zdrowie Publiczne 1972, nr 9; A. Lipiński, Z. Reysner, *Pozainwestycyjne źródła bazy szpitalnej*, Zdrowie Publiczne 1972, nr 10.