

ANNA CWIĄKAŁA-MALYS, PAWEŁ ŁAGOWSKI
Uniwersytet Wrocławski

EWOLUCYJNY OBRAZ PRZEKSZTAŁCENÍ SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

ZARYS ZMIAN POLITYKI SPOŁECZNEJ W EUROPIE

Organizacja systemu opieki zdrowotnej należy do obszaru zainteresowań polityki społecznej, której początki sięgają XVII wieku¹. Niemniej jednak to wiek XIX przyniósł prawdziwy rozkwit. Pierwsza rewolucja przemysłowa, a zwłaszcza jej efekty i oddziaływanie na rzeszę robotników i ich rodzin wymusiły zmianę priorytetów w dotychczasowej polityce zdrowotnej. Wiązało się to z pragmatycznym podejściem rządzących, zwłaszcza w kontekście możliwości wybuchu konfliktu zbrojnego, gdyż z grona robotników rekrutowali się w dużej ilości żołnierze czy rezerwiści².

Pierwsze ustawodawstwo socjalne dotyczyło przede wszystkim ograniczenia wyzysku robotników: zmniejszenia godzin pracy, uregulowania kwestii pracy nieletnich i dzieci, a także warunków i czasu pracy nocnej³. Poprawa warunków bytowych ludności musiała jednak się łączyć także z działaniami z zakresu ochrony zdrowia publicznego. Potrzebne było dążenie do ulepszenia warunków sanitarnych

¹ W 1601 roku wydano w Anglii *The Elizabethan Act for the Relief of the Poor*, na mocy którego na parafie nałożono obowiązek sprawowania opieki nad ubogimi.

² W 1828 roku gen. von Horn informował o złym stanie zdrowotnym robotników w Prusach. Podobne sygnały w tym samym czasie docierały do francuskiego Senatu, a mianowicie, że 89% poborowych z dzielnic robotniczych nie było zdalnych do służby, przy czym z okręgów rolniczych ten odsetek wynosił 40%. W Czechach zdalnych do służby wojskowej było natomiast 2,3–5,7%. Dane za: Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa: opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994, s. 16.

³ Anglia jako pierwsza wprowadziła zakaz pracy nieletnich, potwierdzając to ustawami z 1802, 1819, 1825, 1833 oraz 1844 roku. W 1847 roku wprowadzono dziesięciogodzinny dzień pracy. W Niemczech 6 kwietnia 1839 roku przyjęto zarządzenie ograniczające regularne zatrudnianie dzieci. Nie można było zatrudniać dzieci poniżej 9. roku życia, zakazana była praca nocna, niedzielna i świąteczna, a także ograniczono dzienny wymiar pracy do 10 godzin aż do uzyskania 16. roku życia. Przepisy ograniczające pracę nieletnich wprowadzone zostały we Francji w 1841 roku, w Austrii w 1842 oraz we Włoszech 1843 roku.

oraz wyeliminowania zagrożeń epidemiologicznych. To właśnie epidemie cholery⁴, jakie nawiedzały dziewiętnastowieczną Europę, były największymi reformatorami systemów opieki zdrowotnej⁵. W ich wyniku m.in. w Anglii uchwalono w 1848 roku Public Health Act. Ustawa ta powoływała organizacje publicznej opieki zdrowotnej jedynie w miejscach, w których notowano wysoką umieralność lub na wniosek 10% ludności płacącej podatki. Zmiany te nie objęły więc wszystkich mieszkańców. Dopiero przyjęcie 11 sierpnia 1875 roku tzw. ustawy sanitarnej (the Public Health Act 1875) ustanowiło obligatoryjne okręgi sanitarne na terenie Anglii i Walii. Okręgi miały być zarządzane przez lekarza sanitarnego, który miał do dyspozycji personel pomocniczy. Do jego głównych zadań należały działania profilaktyczne, wczesne wykrywanie ognisk epidemiologicznych oraz ich zwalczanie.

Trzecia część ustawodawstwa socjalnego w dziewiętnastowiecznej Europie dotyczyła zabezpieczenia kwestii utraty zarobków z powodu choroby, wypadku przy pracy, inwalidztwa czy śmierci. W tej kwestii prym wiodło ustawodawstwo niemieckie: w 1854 roku wprowadzono przymusowe ubezpieczenia w górnictwie, a w 1883 roku uchwalono ustawę o przymusowych ubezpieczeniach na wypadek choroby⁶. W kolejnych latach zakres ustawodawstwa socjalnego w Niemczech powiększał się — wprowadzono odszkodowania za wypadki przy pracy, a także ochroną objęto pracowników administracji, kolei, poczty, zakładów zbrojeniowych oraz zatrudnionych w rolnictwie i leśnictwie.

Kiedy dokonywały się największe zmiany w polityce socjalnej na kontynencie europejskim, Polska nie istniała jako samodzielne, suwerenne państwo. Społeczeństwo polskie zdane było jedynie na łaskę zaborców, którzy decydowali o tym, czy owe pozytywne zmiany będą miały wpływ także na tereny okupowane.

KSZTAŁT SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA ZIEMIACH POLSKICH DO 1918 ROKU

Polska jako suwerenne państwo przestała istnieć w 1795 roku — w wyniku III rozbioru. Zaborcy zajęte ziemie wcielili bezpośrednio do swoich terytoriów⁷,

⁴ Cholera (*Cholerae*) — ostra i zaraźliwa choroba zakaźna przewodu pokarmowego, której przyczyną jest spożycie pokarmu lub wody skażonej Gram-ujemną bakterią — szczepami przecinkowca cholery (*Vibrio cholerae*) produkującego enterotoksynę. Cholerę cechuje śmiertelność około 1% (skrajnie do 20%) przypadków prawidłowo leczonych i 50% przy braku leczenia. Źródło: wikipedia.pl (data dostępu: 2.05.2013).

⁵ G.M. Trevelyan, *Historia społeczna Anglii. Od Chaucera do Wiktorii*, Warszawa 1961, s. 504.

⁶ Ustawa zakładała, że składka na ubezpieczenie będzie płacona w 2/3 przez robotnika, a w 1/3 przez pracodawcę. Początkowo ubezpieczenie objęło jedynie robotników zatrudnionych w fabrykach, a w ramach świadczeń pracownik otrzymywał bezpłatną opiekę lekarską, środki medyczne oraz zasiłek chorobowy wypłacany przez 13 tygodni. Podmiotem odpowiedzialnym za zarządzaniem składkami ubezpieczeniowymi były kasy chorych.

⁷ Wyjątek stanowi powołane w 1807 roku z inicjatywy Napoleona I Księstwo Warszawskie, które po klęsce wyprawy francuskiej przeciwko Rosji przekształcone zostało w 1815 roku w Królestwo Polskie związane unią personalną z Rosją.

przy czym narzucili im także swoje ustawodawstwo. Nie wszystkie jednak dobre — z punktu widzenia społeczeństwa — zmiany dokonywane na macierzystym terytorium były przenoszone na ziemie zajmowane przez zaborców. Często ograniczano przywileje dla ludności polskiej lub wprowadzano długie okresy przejściowe. Sytuacja ta różniła się w poszczególnych zaborach.

W organizacji systemu opieki zdrowotnej w zaborze rosyjskim należy wyróżnić dwa okresy. Pierwszy jest związany z rozkwitem lecznictwa oraz ustawodawstwa sanitarnego, a drugi to regres związany z represjami po powstaniu styczniowym z 1863 roku.

Przed wybuchem powstania zagadnienia z zakresu zdrowia publicznego były skoncentrowane w Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, na której czele stał lekarz w roli Głównego Inspektora Służby Zdrowia⁸. Swoje zadania wykonywał, dysponując siecią urzędów lekarskich oraz we współpracy z władzami lokalnymi. Do pomocy zgodnie z dekretem z 19 września 1809 roku powołano policję medycynalną oraz Radę Ogólną Lekarską. W kolejnych latach prawo uzupełniano. W 1817 roku ukazała się ustawa, dzięki której przytułki zmieniały się w zakłady lecznicze, a mocą ukazów z 18 lutego i 2 marca 1842 roku szpitale parafialne zostały przekształcone w domy schronienia dla starców i kalek.

Upadek powstania styczniowego wpłynął bardzo negatywnie na kształt systemu opieki zdrowotnej w zaborze rosyjskim. W latach 1867–1870 mocą wydanych ukazów zniesiono wszystkie instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne. Represje ze strony władz rosyjskich były odczuwane także w ordynacjach⁹, które do tej pory mogły się poszczycić dobrze zorganizowanymi wewnętrznymi systemami ochrony zdrowia. W ordynacji Potockich na przykład działał szpital św. Aleksandra, który poziomem dorównywał lecznicom europejskim. W skład jego personelu wchodził najwybitniejszy polski lekarz, m.in. Henryk Łuczkiwicz i Władysław Ściborowski. Szpital zapewniał bezpłatną opiekę na przykład chłopom pańszczyźnianym, komornikom oraz służbie. Ordynacje były jednymi z nielicznych miejsc, w których dostęp do opieki zdrowotnej mieli także zwykli chłopcy¹⁰. Sytuacja zdecydowanie pogorszyła się w wyniku przeprowadzonego uwłaszczenia chłopów.

Ochrona zdrowia robotników w zaborze rosyjskim doczekała się uregulowania ustawowego w 1866 roku, nakazującego właścicielom fabryk udostępnienie pomocy lekarskiej (ambulatoryjnej i szpitalnej) pracownikom. Ten obowiązek w zaborze rosyjskim miał jednak zacząć obowiązywać dopiero w latach 90. XIX

⁸ W. Chodźko, *Polskie ustawodawstwo sanitarne w rozwoju historycznym*, Warszawa 1917, s. 45.

⁹ Ordynacja rodowa, powiernictwo rodowe, fideikomis familijny (łac. *fidei commissum* — w wiarygodne ręce oddaje) — rządzący się swoimi własnymi prawami dotyczącymi dziedziczenia majątek ziemski, posiadający swój własny statut (akt fundacyjny), zapobiegający rozdrobnieniu dóbr. Źródło: wikipedia.pl (data dostępu: 2.05.2013).

¹⁰ W ordynacji Zamoyskich w 1847 roku lekarz Tadeusz Wieniawski (ojciec wybitnego polskiego kompozytora Henryka Wieniawskiego) w szpitalu ordynackim w Szczepieszynie podczas operacji zastosował uśpienie eterowe.

wieku. Pod naciskami Inspekcji Fabrycznej, działającej od 1885 roku, w niektórych zakładach powołano placówki służby zdrowia — były to jednak nieliczne i rzadkie wypadki.

Ogólny stan publicznej czy przyfabrycznej opieki zdrowotnej był zdecydowanie gorszy w granicach zaboru rosyjskiego niż w pozostałej części Rosji. Często był to wynik nie braku przepisów prawnych, tylko represji towarzyszących przeganemu powstaniu styczniowemu. W wyniku tego wydarzenia nie respektowano większości przepisów, które dawały przywileje robotnikom czy zwykłym mieszkańcom¹¹ zaboru.

W zaborze austriackim kształt systemu opieki zdrowotnej był nierozdzielnie związany z ogólną poprawą sytuacji robotniczej. 20 grudnia 1859 roku ukazała się ordynacja przesyłowa, która nakazywała przystąpienie do kas chorych lub założenie własnej wszystkim zatrudniającym powyżej 20 pracowników. Kolejne duże reformy polityki socjalnej następowały w latach 1885–1889. W ich wyniku m.in. ograniczono dzień pracy do 11 godzin (w kopalniach do 10) i zakazano pracy dzieciom poniżej 11. roku życia. Rozszerzono ubezpieczenie oraz zwiększono zasięg na kolejne grupy, jak: pracownicy przemysłu, kolejnictwa, żegluga i handlu¹².

Robotnicy będący członkami kas chorych mieli zapewnioną opiekę lekarską, zasiłki chorobowe oraz pogrzebowe. Pomoc udzielana była maksymalnie przez 20 tygodni, a w wypadku porodu — przez 4 tygodnie. Składka do funduszu kas chorych była opłacana w 2/3 przez pracownika, a w pozostałej części przez pracodawcę. Dużym problemem było rozdrobnienie systemu kas chorych — w 1905 roku istniało 566 powiatowych kas chorych, 1268 fabrycznych, 879 cechowych i 148 brackich¹³ — oraz częsty brak egzekwowania należności od pracodawców na rzecz funduszu kas chorych. Zdarzały się częste wypadki umarzania zobowiązań lub wręcz zwolnienia, jeżeli pracodawca zobowiązał się, że w razie choroby zapewni pracownikowi takie samo świadczenie, jakie przysługiwałoby mu z kasy chorych. Takie wypadki miały miejsce w Galicji (teren zaboru austriackiego), a to z powodu słabo rozwiniętej inspekcji pracy¹⁴.

W wyniku porozumień zawartych w latach 1860–1873 Galicja otrzymała częściową autonomię w sferze polityki wewnętrznej oraz kultury¹⁵. Jako organy władzy wewnętrznej na terenie Galicji powstały: Sejm Krajowy, Wydział Krajowy oraz Rada Szkolna Krajowa. Wśród przekazanych uprawnień znalazły się także te dotyczące polityki zdrowotnej. W latach 1866–1900 wydatki na ochronę zdrowia

¹¹ Na terenie Królestwa Polskiego nie została wprowadzona przez władze carskie ustawa o instytucjach ziemskich, która w innych guberniach odegrała dużą rolę przy organizacji służby zdrowia na wsi. L. Bazyłow, *Historia Rosji*, t. 2, Warszawa 1983, s. 307.

¹² W Austrii przymus ubezpieczenia nie objął pracowników rolnych, leśnych oraz służby domowej, tak jak to miało miejsce w Niemczech.

¹³ E. Grabowski, *Ubezpieczenia społeczne w państwach współczesnych*, Warszawa 1911, s. 22–23.

¹⁴ W. Najdus, *Szkice z historii Galicji*, t. 2. *Galicja w latach 1905–1907*, Warszawa 1958, s. 198.

¹⁵ W 1869 roku wprowadzono język polski jako urzędowy w organach administracyjnych i sądach.

stanowiły 1/3 budżetu krajowego Galicji¹⁶. Uchwalono wiele ustaw z zakresu ochrony zdrowia — do najważniejszych należy zaliczyć ustawę z 1891 roku, ustanawiającą sanitarne okręgi gminne (na każde 15 tys. mieszkańców tworzone jeden okręg) z lekarzem gminnym na czele oraz gminną komisją sanitarną¹⁷. Przyjęto również zasadę, że krajowe organy władzy przejmują nadzór nad sprawami sanitarnymi i leczniczymi. Do wykonywania zadań nadzorczych powołano instytucję lekarzy powiatowych oraz rady zdrowia wielu szczebli na czele z centralną Komisją Krajową Rady Zdrowia. Mimo skromnych zasobów finansowych oraz nielicznego personelu służba zdrowia w zaborze austriackim była dobrze zorganizowana.

W zaborze pruskim obowiązywały niemalże wszystkie przepisy dotyczące ochrony zdrowia, przyjmowane w Cesarstwie. Do najważniejszych należy zaliczyć wyżej wymienione reformy kanclerza Bismarcka z 1883 roku oraz ich modyfikacje w kolejnych latach. Dzięki tym zmianom liczba osób objętych ubezpieczeniem socjalnym tylko w Wielkopolsce wzrosła w latach 1885–1913 z 46 tys. do 177 tys., czyli prawie czterokrotnie¹⁸. Dane generalne dla Niemiec wskazują, że w 1885 roku tylko 10% ludności było ubezpieczonych, przy czym już w roku 1910 odsetek ten wzrósł do 21,5%¹⁹.

Z przedstawionego obrazu organizacji służby zdrowia na terenach poszczególnych zaborów wyłania się wniosek, że najlepiej zorganizowana opieka zdrowotna istniała w zaborze niemieckim i austriackim, a najgorzej — w Królestwie Polskim (zabór rosyjski). Wynika to nie tylko z faktu represji, jakie były stosowane na terenie zaboru rosyjskiego w drugiej połowie XIX wieku, ale w dużej mierze także ze struktury społecznej, w której dominowała warstwa chłopów i niska gęstość zaludnienia. Obszar Królestwa nie był aż tak bardzo uprzemysłowiony jak choćby tereny pozostałych zaborów, co w początkowej fazie reform socjalnych determinowało organizację służby zdrowia.

I WOJNA ŚWIATOWA I ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA W NIEPODLEGŁEJ POLSCE

Rok 1914 przyniósł wojnę. Już w jej czasie wielu reprezentantów polskiej inteligencji było zaangażowanych w przygotowywanie podstaw organizacji systemu prawnego w nowej Polsce²⁰.

¹⁶ K. Bartosiewicz, *Dzieje Galicji. Jej stan przed wojną i „wyodrębnieniem”*, Kraków 1917, s. 179.

¹⁷ H. Bunsch-Konopka, *Historia ochrony zdrowia w Polsce*, Warszawa 1980, s. 48.

¹⁸ *Dzieje Wielkopolski*, t. 2. 1793–1918, red. W. Jakóbczyk, Poznań 1973, s. 443.

¹⁹ W.H. Dawson, *Social Insurance in Germany 1883–1911 Its History, Operations, Result and Comparison with the National Insurance Act 1911*, London-Leipzig 1912, s. 11–12.

²⁰ Już w trakcie I wojny światowej polscy lekarze, higieniści przedstawiali różne koncepcje organizacji służby zdrowia po wojnie. Należy wymienić stanowisko dra Tomasza Janiszewskiego, który nawoływał: „Nie naśladowmy ślepo obcych wzorów. Większy będzie pożytek dla nas samych

Koniec wojny był pomyślny dla społeczności polskiej. Nowa droga nie była jednak łatwa: ogromne straty w ludziach, zniszczenia i grabieże wojenne nie stanowiły dobrego początku. Kolejna trudność polegała na odmiennych systemach prawnych, które trzeba było ujednoczyć i scalić w ramach nowego organizmu państwowego.

Zmiany musiały nastąpić także w obrębie polityki zdrowotnej. Tymczasowy Rząd Ludowy Republiki Polskiej pod przewodnictwem Ignacego Daszyńskiego 7 listopada 1918 roku wydał Manifest, w którym wskazywano na pilną potrzebę przygotowania ustaw i dekretów dotyczących m.in. „prawa o ochronie pracy, ubezpieczeniu od bezrobocia, chorób i na starość[...]”²¹. Mimo iż rząd lubelski²² zakończył swe urzędowanie pięć dni później, realizacja zapowiedzi zawartych w Manifestie była kontynuowana. W krótkim czasie przygotowano i wprowadzono trzy dekrety z zakresu polityki socjalnej: 23 listopada 1918 roku dekret o ośmiogodzinnym dniu pracy²³, 3 stycznia 1919 roku dekret tymczasowy o utworzeniu i działalności inspekcji pracy²⁴ oraz 11 stycznia 1919 roku dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby²⁵. Wprowadzone prawo zostało odebrane pozytywnie przez społeczeństwo, zwłaszcza że ogólny stan jego zdrowia był zły. W latach 1919–1920 zanotowano w Polsce ponad 480 tys. przypadków samego tylko duru płamistego²⁶.

Dekret z 11 stycznia 1919 roku w niezmienionej formie został włączony do wydanej w dniu 19 maja 1920 roku ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym²⁷. Ustanawiała ona terytorialny charakter kas chorych, likwidując tym samym kasy fabryczne. Zgodnie z zapisami tworzone przynajmniej jedną kasę w powiecie i osobne w miastach liczących więcej niż 50 tys. mieszkańców. Ubezpieczeniowym przymusem zostali objęci wszyscy pracownicy najemni z nielicznymi wyjątkami pracowników rolnych. Wskazano katalog obowiązkowych świadczeń, do których zaliczono: świadczenia w czasie choroby, zasiłek chorobowy dla kobiet w okresie połogu, zasiłek pogrzebowy oraz zasiłek dla rodzin wielodzietnych. Ubezpieczony miał zagwarantowane bezpłatne świadczenie lekarskie przez okres 26 tygodni,

i dla obcych, gdy pracę naszą oprzemy na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach, chociaż byśmy mieli okupić to pewnymi błędami i ofiarami, niż w razie niewolniczego naśladownictwa obcych wzorów, czy to angielskich czy niemieckich [...]”; źródło: T. Janiszewski, *Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego (zadania, zasady organizacji i zakres działania zarządu spraw zdrowotnych w państwie polskim)*, Kraków 1917, s. 3.

²¹ Jeden z punktów Manifestu Tymczasowego Rządu Ludowego Republiki Polskiej z dnia 7 listopada 1918 roku.

²² Zwyczajowa nazwa Tymczasowego Rządu Ludowego Republiki Polskiej jest związana z miejscem utworzenia i urzędowania.

²³ Dz.U. z 1918 r., Nr 17, poz. 42.

²⁴ Dz.Pr.P.P. z 1919 r., Nr 5, poz. 90.

²⁵ Dz.U. z 1919 r., Nr 9, poz. 122.

²⁶ Dane za: Z. Jastrzębowski, *op. cit.*, s. 96.

²⁷ Dz.U. z 1920 r., Nr 44, poz. 272.

z możliwością przedłużenia do 39 tygodni. Również bezpłatnie był wyposażony w leki i inne środki medyczne. Wraz z ubezpieczonym uprawniona do korzystania z darmowej opieki w wymiarze 13 tygodni była rodzina pracownika, której też przysługiwały bezpłatne lekarstwa. Ubezpieczonemu w wypadku choroby przysługiwał także zasiłek chorobowy, wynoszący 60%²⁸ wynagrodzenia, jednak gdy pracownik był osobą samotną i nie musiał utrzymywać rodziny, zasiłek chorobowy wynosił tylko 40%. Kobiety w okresie połogu otrzymywały 100% płacy. Fundusz kas chorych był zasilany ze składek płaconych przez pracownika i pracodawcę. Składka ubezpieczeniowa wynosiła 5% płacy ustawowej, płatnej w 2/5 przez pracownika, a w 3/5 przez pracodawcę. Taki system premiował pracowników i przerzucał ciężar składki na pracodawcę.

Zgodnie z zapisami traktatu wersalskiego²⁹ ustawa nie objęła terenów Górnego Śląska, gdzie w dalszym ciągu miały obowiązywać ustawy niemieckie z 1911 roku (Ordynacja ubezpieczeniowa) oraz z 1912 roku o spółkach brackich. Zapis o ograniczoności stosowania prawa został powtórzony w Ustawie konstytucyjnej z 15 lipca 1920 roku, zawierającej statut organiczny Województwa Śląskiego (Dz.U.R.P. nr 73, poz. 494). Dualizm prawny miał trwać do momentu, gdy

ustawodawstwo państwowe nie zapewni klasie robotniczej, względnie inwalidom, wdowom i sierotom wojennym w całej Rzeczypospolitej Polskiej lepszego lub przynajmniej takiego samego zaopatrzenia co ustawy na Śląsku obowiązujące³⁰.

Wprowadzenie owej ustawy w życie postawiło Polskę okresu międzywojennego w grupie państw określanych jako *Welfare State*³¹. Państwo dobrobytu gwarantowało swoim obywatelom przywileje socjalne m.in. z zakresu ochrony zdrowia robotników i ich rodzin. Troska o zapewnienie bytu socjalnego znalazła także odzwierciedlenie w normie konstytucyjnej. W art. 102 Konstytucji z dnia 17 marca 1921 roku czytamy:

Każdy Obywatel ma prawo do opieki Państwa nad jego pracą, a w razie braku pracy, choroby, nieszczęśliwego wypadku i niedołęstwa — do ubezpieczenia społecznego, które ustali osobna ustawa [...] ³².

²⁸ Ustawa dopuszczała możliwość podwyższenia świadczeń do 75%, a także wydłużenia pomocy lekarskiej do 52 tygodni w wypadkach, kiedy fundusze kasy chorych na to pozwalały.

²⁹ Traktat wersalski — główny układ pokojowy kończący I wojnę światową, podpisany 28 czerwca 1919 roku przez Niemcy, mocarstwa Ententy i państwa sprzymierzone i stowarzyszone. Został ratyfikowany 10 stycznia 1920 roku i z tą datą wszedł w życie. Traktat ustalił wiele granic między państwowych w Europie oraz wprowadził nowy ład polityczny. Źródło: wikipedia.pl (data dostępu: 2.05.2013).

³⁰ Ustawa konstytucyjna z 15 lipca 1920 roku, zawierająca statut organiczny Województwa Śląskiego (Dz.U.R.P. nr 73, poz. 494).

³¹ *Welfare State* to koncepcja przekształcenia państwa liberalnego w państwo, które jest regulatorem życia społeczno-ekonomicznego.

³² Ustawa z dnia 17 marca 1921 roku — Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1921 r., Nr 44, poz. 267).

Naczelnik państwa, Józef Piłsudski, tak uzasadniał wprowadzenie reform:

Gdy przeprowadzamy reformę socjalną przeciwnicy nasi wołają: To bolszewizm! To nie bolszewizm, to nawet nie socjalizm — to demokracja. Chciałem po prostu przerzucić Polskę z XVIII do XX wieku. Należało przeskoczyć całe stulecie i to było przyczyną wielu trudności i kłopotów wszelkiego rodzaju, gdyż ten skok był zbyt wielki. Wykonano skok — mówią mi — zbyt wysoki i zbyt daleki, jednak ten skok był konieczny, gdyż trzeba było udzielić ludowi nieco więcej sprawiedliwości socjalnej [...]³³.

W wyniku działania ustawy ubezpieczeniowej liczba kas chorych wzrosła ze 112 w 1921 roku do 287 w 1928, obejmujących swoim zasięgiem cały obszar II Rzeczypospolitej Polskiej³⁴ — tym samym liczba osób ubezpieczonych wzrosła z ponad 1,5 mln w 1921 do 5,2 mln w 1928 roku³⁵. Na dzień 30 września 1921 roku, zgodnie z danymi z pierwszego spisu powszechnego, liczba ludności wynosiła prawie 27,2 mln³⁶, co oznacza, że obowiązkowym ubezpieczeniem objętych było ok. 5,5% obywateli.

Ustawa ubezpieczeniowa z 1920 roku miała liczną grupę przeciwników, składającą się przede wszystkim z pracodawców. Przez całe lata 20. XX wieku toczyła się debata nad jej reformą. Dodatkowych argumentów przeciwnikom ustawy dostarczył Wielki Kryzys z lat 1929–1933³⁷. Państwo polskie nie mogło sobie pozwolić na utrzymanie kosztownych przywilejów socjalnych, dlatego w dniu 28 marca 1933 roku Sejm uchwalił Ustawę o ubezpieczeniach społecznych³⁸. Zamiast dotychczasowych kas chorych wprowadzała ona ubezpieczalnie społeczne. W wyniku zmian obniżono zasiłek chorobowy z 60 do 50%, zasiłek połogowy także obniżono do 50% wynagrodzenia, a do 26 tygodni został ograniczony okres pobierania zasiłku. Ustawa scaleniowa miała obowiązywać na całym obszarze

³³ W. Pobóg-Malinowski, *Najnowsza historia polityczna Polski*, t. 2. 1914–1939, Gdańsk 1990, s. 193.

³⁴ Dane za: J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce 1920–1933*, Łódź 2002, s. 33.

³⁵ Dane za: *ibidem*, s. 36–37.

³⁶ *Historia Polski w liczbach. Ludność. Terytorium*, Warszawa 1994, s. 134, 151–152.

³⁷ Wielki Kryzys, określane też mianem wielkiej depresji — najprawdopodobniej największy kryzys gospodarczy w XX wieku, który według większości historyków miał miejsce w latach 1929–1933 i objął, zgodnie z opinią większości ekspertów, wszystkie kraje (oprócz ZSRR) oraz praktycznie wszystkie dziedziny gospodarki. Tradycyjnie przyjmuje się, iż kryzys ujawnił się w Stanach Zjednoczonych po tzw. czarnym czwartku (a według niektórych źródeł już kilka miesięcy wcześniej), czyli po panice na giełdzie nowojorskiej na Wall Street 24 października 1929 roku, kiedy to, zgodnie z zachowanymi informacjami, gwałtownie spadły ceny wszystkich akcji, pociągając za sobą łańcuch bankructw i zadłużenia, które rozprzestrzeniły się stopniowo na prawie wszystkie kraje (oprócz wspomnianego ZSRR). Skutkiem kryzysu była też utrata pracy przez miliony ludzi — w USA bezrobocie sięgnęło, według dostępnych danych, 1/3 siły roboczej. Spadek produkcji przemysłowej sięgnął w niektórych krajach 50% (Polska, USA), a szczególnie silnie odczuło kryzys rolnictwo. Wolumen handlu światowego zmalał z 3 mld (ówczesnych) dolarów w 1929 do mniej niż 1 mld w 1933 roku. Poprawa sytuacji gospodarczej nastąpiła w 1933 roku. Źródło: wikipedia.pl (data dostępu: 2.05.2013).

³⁸ Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym Dz.U. z 1933 r., Nr 51, poz. 396, zwana także ustawą scaleniową.

Rzeczypospolitej i ujednoczyć działające wcześniej różne systemy ubezpieczeniowe. Zamiar ten nie został zrealizowany — na przykład na Górnym Śląsku dalej poza systemem pozostały ubezpieczenia chorobowe i inwalidzkie. Ustawę scaleńniową krytykowali zwłaszcza przedstawiciele robotników. W wyniku jej wprowadzenia ograniczony został odsetek osób objętych ubezpieczeniem, a od przymusu ubezpieczeniowego zwolniono robotników rolnych, którym to właściciele ziemscy mieli zapewniać na własną rękę świadczenia zastępcze.

Ustawa scaleńniowa uwsteczniła Polskę w kwestii zdobyczy socjalnych. Zwłaszcza środowiska lekarskie postulowały, aby historycznie połączone z sobą kwestie ubezpieczenia i lecznictwa w końcu od siebie oddzielić. Jednym z głównych propagatorów tej idei był Konstanty Krzeczkowski³⁹, wybitny naukowiec zajmujący się polityką społeczną. Tak pisał, przedstawiając swoją koncepcję:

Połączenie lecznictwa z ubezpieczeniami jest niewątpliwie przypadkowe — wynikało z pewnych historycznych warunków. Ma za sobą świetną przeszłość. Instytucje ubezpieczeń społecznych stworzyły masowe lecznictwo i powszechną profilaktykę zdrowotną. Dalszy rozwój zarówno lecznictwa powszechnego, jak i ubezpieczeń pójdzie prawdopodobnie odrębnymi drogami. Przypuszczamy, że ubezpieczenia ograniczą się tylko do świadczeń pieniężnych, natomiast służba lecznicza stanie się funkcją państwa lub samorządu. Współczesny rozwój medycyny domaga się przekształcenia dzisiejszych form pomocy lekarskiej dla ludności. Pomoc ta musi być powszechna i wszelkie separatyzmy byłyby kosztowne i niepotrzebne. Organizacja powszechna służby zdrowia jest potrzebą pilną i prowadzi do jedynie racjonalnego rozwiązania zagadnienia [...]⁴⁰.

W wyniku toczącej się debaty w 1938 roku przygotowano projekt, który następnie został uchwalony przez Sejm jako ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia⁴¹. Głównym celem i zadaniem publicznej służby zdrowia miała być wszelka działalność zmierzająca do zwalczania i zapobiegania chorobom. Wykonywanie tych zadań miało odbywać się na terenie kraju w utworzonych w tym celu ośrodkach zdrowia, które swoim zasięgiem miały obejmować 2–3 gminy. Obowiązek utrzymania instytucji publicznej służby zdrowia został delegowany na powiatowe związki samorządowe, miasta i gminy, przy możliwej pomocy finansowej państwa. Ośrodki zdrowia mogły udzielać odpłatnych świadczeń beneficjentom ubezpieczalni społecznych. *Vacatio legis* ustawy zakładało wprowadzenie przepisów w dwóch terminach, tj. 1 kwietnia i 1 lipca 1940 roku. Niestety, wybuch II wojny światowej udaremnił te plany.

³⁹ Za prace naukowe w zakresie polityki społecznej i komunalnej Konstanty Krzeczkowski otrzymał w 1937 roku nagrodę naukową miasta stołecznego Warszawy i w tym też roku został wybrany na członka-korespondenta Towarzystwa Naukowego Warszawskiego — Sekcja Nauk Prawniczych i Ekonomicznych. Źródło: http://www.sgh.waw.pl/ogolnouczelniarne/biblioteka/informacje_ogolne/wystawa_biblio/ (data dostępu: 2.05.2013).

⁴⁰ K. Krzeczkowski, *Polityka społeczna. Wybór pism*, Łódź 1947, s. 99–100.

⁴¹ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, Dz.U. z 1939 r., Nr 54, poz. 342.

ORGANIZACJA SŁUŻBY ZDROWIA PO II WOJNIE ŚWIATOWEJ

Państwo polskie ponownie zostało naznaczone piętnem wojny. Jej koniec nie był końcem zmartwień — społeczeństwo polskie było wyniszczone i okaleczone sześćioletnim konfliktem zbrojnym. W tych okolicznościach przywrócenie sprawnie funkcjonującego aparatu ochrony zdrowia było koniecznością, z drugiej strony ogromne zniszczenia ograniczały finansowe możliwości państwa polskiego.

Wielu spodziewało się kontynuowania dziedzictwa pozostawionego przez II Rzeczpospolitą i organizacji opieki zdrowotnej w myśl ustawy z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia⁴². Niestety, strefa wpływów, w jakiej znalazła się powojenna Polska, odrzucała tradycję międzywojenną. Model, który jak się później okazało, uformował kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce na blisko pół wieku, został zaczerpnięty wprost z koncepcji ZSRR.

Na 48 posiedzeniu Sejmu Ustawodawczego została przyjęta jednogłośnie ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia⁴³. Ustanawiała ona ministra zdrowia odpowiedzialnym za realizację planowej polityki zdrowotnej, konsolidowała wszystkie instytucje służby zdrowia, z możliwością ich upaństwowienia włącznie. Zgodnie z przepisami ustawy minister mógł wpływać na obsadę lekarską w regionach, a także, pod groźbą utraty prawa do wykonywania zawodu, nakazać pracę w odpowiednim wymiarze godzin w placówkach społecznej służby zdrowia.

Przez cały okres trwania PRL-u organizacja służby zdrowia opierała się w głównej mierze na zaprezentowanej wyżej ustawie, przez wielu ocenianej jako destrukcyjna w stosunku do dorobku międzywojennego. Wprowadzała ona nadmierną centralizację i biurokratyzację oraz powodowała nieefektywność w alokacji zasobów nie tylko finansowych. Taki stan rzeczy został utrwalony na wiele lat.

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE PO 1989 ROKU

Kres systemu socjalistycznego, jaki panował w Polsce od zakończenia II wojny światowej, przypadł na rok 1989. W wyniku obrad Okrągłego Stołu⁴⁴ doszło do pokojowej zmiany u sterów władzy. W krótkim okresie trzeba było przeprowadzić

⁴² *Ibidem*.

⁴³ Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r., Nr 55, poz. 434.

⁴⁴ Rozmowy Okrągłego Stołu — rozmowy prowadzone od 6 lutego do 5 kwietnia 1989 roku przez przedstawicieli władz PRL, opozycji solidarnościowej oraz kościelnej (status obserwatora — Kościół Ewangelicko-Augsburski oraz Kościół rzymskokatolicki). Prowadzone były w kilku miejscach, a ich rozpoczęcie i zakończenie odbyło się w siedzibie Urzędu Rady Ministrów PRL w Pałacu Namiestnikowskim (obecnie Pałac Prezydencki) w Warszawie. W obradach wszystkich zespołów brały udział 452 osoby. Źródło: wikipedia.pl (data dostępu: 2.05.2013).

bardzo trudne i społecznie wymagające reformy gospodarcze. Zmiany w systemie ochrony zdrowia, jak dzisiaj można ocenić z perspektywy czasu, nie okazały się priorytetem nowych, demokratycznych rządów RP.

Oczywiście zapewnienie zabezpieczenia socjalnego, w tym opieki medycznej, było postulatem głośno podkreślanym przez ówczesnych decydentów, jednak nie potrafiąco w krótkim czasie wypracować kompromisowego projektu, który mógłby zreformować odziedziczony budżetowy system finansowania jednostek opieki zdrowotnej. Udało się jedynie przyjąć ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁵, która wyodrębniła w sposób formalny działające jednostki systemowe, aby funkcjonowały na własny rachunek. Taka sytuacja miała doprowadzić chociaż do częściowej racjonalizacji wydatków oraz stworzyć odpowiedni grunt pod przyszłe reformy, w których ważnym aspektem miał być sprawnie działający wewnętrzny rynek usług medycznych. Wielu obserwatorów porównywało wprowadzenie tych zmian do wprowadzanej równolegle w Wielkiej Brytanii reformy w tamtejszym systemie Narodowej Służby Zdrowia⁴⁶.

Kompleksowa reforma systemu ochrony zdrowia została odłożona w czasie. Niestabilność rządów na początku lat 90. XX wieku nie sprzyjała wypracowaniu nowego modelu funkcjonowania i finansowania służby zdrowia⁴⁷. Pewną stabilizację uzyskano dopiero po wyborach w 1993 roku, kiedy to rządy objęła koalicja SLD-PSL⁴⁸.

W lipcu 1995 roku do Sejmu trafiły dwie propozycje ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁴⁹. Oba projekty zakładały zmianę dotychczasowego budżetowego sposobu finansowania na wydzielony model ubezpieczeniowy. Prace nad projektami trwały prawie dwa lata i zostały zakończone uchwaleniem rządowej propozycji w dniu 6 lutego 1997 roku⁵⁰. Ustawa w pierwotnym kształcie nigdy jednak nie zaczęła obowiązywać, została nazwana martwą ustawą.

W 1997 roku w wyniku wyborów do władzy doszła koalicja Akcji Wyborczej Solidarność z Unią Wolności. Te właśnie środowiska stały za prezydenckim projektem z 1995 roku, który przepadł w trakcie prac Sejmu II kadencji. Po zwycięskich wyborach powrócono do koncepcji zaprezentowanej w prezydenckim projekcie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustawą z dnia 18 lipca 1998 roku

⁴⁵ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1991 r., Nr 91, poz. 408.

⁴⁶ Por. A. Frąckiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską (Wybrane aspekty zachodzących zmian)*, Katowice 2001, s. 99.

⁴⁷ W okresie od 1989 do końca 1992 roku w Polsce było powołanych pięć gabinetów rządowych. Wynikało to z braku porozumienia w środowisku solidarnościowym.

⁴⁸ W trakcie II kadencji Sejmu powołano trzy gabinety. Pierwszy pod przewodnictwem Waldemara Pawlaka, drugi Józefa Oleksego i trzeci Włodzimierza Cimoszewicza.

⁴⁹ Rządowy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (druk nr 1167 z dn. 17 lipca 1995 roku) oraz przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (druk nr 1192 z dn. 12 lipca 1995 roku).

⁵⁰ Nowe prawo miało wejść w życie 1 stycznia 1999 roku.

o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym⁵¹ wprowadzono do pierwotnego aktu około dwustu poprawek, zmieniając go zupełnie.

Reforma reformy pozostawiła ubezpieczeniowy sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej, dodając w szczególności zasady: solidarności społecznej, samorządności, samofinansowania, prawa wolnego wyboru lekarza i kasy chorych, zapewnienia równego dostępu do świadczeń, działalności kas chorych nie dla zysku, gospodarności i celowości działania⁵². W tym celu utworzono szesnaście kas chorych — po jednej w każdym województwie — i jedną Branżową Kasę Chorych, grupującą pracowników policji, wojska i innych służb mundurowych. Składka na ubezpieczenie zdrowotne została określona na 7,5% podstawy wymiaru.

Funkcjonowanie zdecentralizowanego modelu ubezpieczeniowego w systemie opieki zdrowotnej rozpoczęło się z dniem 1 stycznia 1999 roku. W tym samym momencie zaczęto formułować zarzuty pod jego adresem. Kasy chorych, wypełniając swoje ustawowe zadania — zwłaszcza samofinansowanie — musiały wprowadzić limity w wypadku kontraktowania usług medycznych. Okazało się, że istnieje bardzo duże zróżnicowanie w wycenie świadczeń udzielanych pacjentom pomiędzy regionami. Równie istotnym zarzutem, podnoszonym przez przeciwników kas chorych, było niewystarczające rozdzielenie roli ubezpieczyciela (płatnika) od świadczeniodawcy, ponieważ organem powołującym radę kasy chorych były sejmiki wojewódzkie, które także były organami założycielskimi wielu zakładów opieki zdrowotnej.

Wybory w 2001 roku ponownie zmieniły układ sił na scenie politycznej w Polsce, co miało swoje przełożenie na system ochrony zdrowia. Ówczesny minister zdrowia, Mariusz Łapiński, zaproponował w projekcie ustawy odwrócenie kierunku reformy, a więc ponowną centralizację. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia⁵³ powoływała w miejsce 16 regionalnych kas chorych oddziały wojewódzkie, a w miejsce Branżowej Kasy Chorych — Centralę NFZ. Ustawa została zaskarżona przez grupę posłów do Trybunału Konstytucyjnego, który w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 roku sygn. akt K 14/03⁵⁴ uznał większość jej przepisów za niezgodne z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, dając czas do 1 stycznia 2005 roku na przyjęcie nowej ustawy.

Ustawodawca zobligowany wyrokiem TK przyjął ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁵,

⁵¹ Ustawa z dnia 18 lipca 1998 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz.U. z 1998 r., Nr 117, poz. 756.

⁵² Zgodnie z art. 1a ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. z 1997 r., Nr 75, poz. 468; Dz.U. z 1998 r., Nr 117, poz. 756.

⁵³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391.

⁵⁴ Sentencja została ogłoszona dnia 15 stycznia 2004 roku w Dz.U. Nr 5, poz. 37. Jednym z głównych zarzutów było nieokreślenie przez ustawodawcę koszyka usług gwarantowanych dla uposażonych.

⁵⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r., Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

która statuuje obecnie działający system opieki zdrowotnej w Polsce. Najważniejszym podmiotem pozostał Narodowy Fundusz Zdrowia, który odpowiada za gromadzenie i wydatkowanie środków na świadczenia medyczne. Wysokość składki została określona na 9% podstawy wymiaru. Obecne rozwiązanie jednak także nie jest wolne od wad — na przykład NFZ jako zleceniodawca sam wycenia świadczenia medyczne, przez co wiele procedur jest niedoszacowanych.

Na rok 2013 zapowiadana jest kolejna reforma ochrony zdrowia w Polsce; najprawdopodobniej ponownie zostanie przesunięty ciężar decyzyjny z jednostek centralnych na niższy szczebel (decentralizacja). W tym momencie nie został przedstawiony jeszcze żaden projekt nowej ustawy czy zmiany tej obowiązującej.

PODSUMOWANIE

System ochrony zdrowia w Polsce w ciągu wielu lat podlegał wielu modyfikacjom. W okresie dwudziestolecia międzywojennego wykorzystano doświadczenia niemieckiego systemu kas chorych. Działał on sprawnie jak na ówczesne warunki i możliwości gospodarcze państwa, jednak w miarę upływu lat ochrona zdrowia stawała się coraz bardziej upolityczniona.

Kolejną odsłoną polskiej służby zdrowia było jej uspołecznienie w latach 1945–1989. Okres ten charakteryzował się próbą wprowadzenia centralnego planowania nawet do tak ważkiej kwestii, jak zdrowie. W tym systemie funkcjonowało budżetowe finansowanie jednostek, przez co promował on nieefektywność, przeciętność w działaniu. Z kolei w III Rzeczypospolitej ochrona zdrowia przez cały czas jest używana do rozgrywek politycznych. Brakuje spójnej koncepcji, wypracowanej ponad podziałami partyjnymi, którą można by wprowadzić i ewentualnie poprawiać w miarę upływu czasu.

EVOLUTIONARY IMAGE OF THE TRANSFORMATION OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND

Summary

In the article the evolution of the health care system in Poland over the last century is presented. The article contains a description of works and the shape of particular reform stages up to today. The essence of the reform of the inefficient budget system is emphasised. Moreover, in the article it is shown that different political options have made developing of the proper health care system in Poland unsuccessful.