

SZYMON OSOSIŃSKI
Collegium Medicum UJK

IWONA KOZŁOWSKA
Szpital Specjalistyczny
im. L. Rydygiera w Krakowie

DOI: 10.4467/12311960MN.24.039.20097

Od lekarza fabrycznego do przemysłowej służby zdrowia – początki pomocy medycznej w zakładach pracy w PRL (1945–1953)

**From factory doctor to industrial health care –
the beginnings of medical assistance in workplaces
in the Polish People’s Republic (1945–1953)**

Summary

After the end of World War II, it became necessary to provide medical assistance to the growing number of workers. First, they returned to pre-war solutions, trying to create outpatient clinics and employ factory doctors wherever possible. Unfortunately, due to huge shortages of medical and nursing staff, this was an impossible task. Additionally, creating medical assistance for employees was not a priority. However, when the industry began to develop rapidly, it became clear that it was necessary to provide people working in it with basic medical assistance and to take preventive measures to reduce the number of accidents and the incidence of occupational diseases. The foundations of on-site medical care in Poland were created during the first eight post-war years. The aim of this text is to show how the first model of company medical assistance was developed, how the first legal solutions were created and what shape they took, and subsequent steps leading to the creation of the first industrial health service in history.

Słowa kluczowe: Polska, pomoc medyczna w zakładach pracy, lekarz fabryczny, przemysłowa służba zdrowia, medycyna pracy, PRL

Keywords: Poland, medical assistance in workplaces, factory doctor, industrial health service, occupational medicine, Polish People's Republic

Wprowadzenie

Medycyna pracy to jedna z młodszych gałęzi medycyny. Jej prawdziwy rozwój nastąpił dopiero w drugiej połowie XX w., jednak związek między wykonywaną pracą oraz warunkami, w jakich ona się odbywała, a zdrowiem dostrzegany był już od starożytności. Pierwsze pisane dowody na to, że praca może wywoływać zaburzenia zdrowia u pracowników fizycznych, zawarte były np. w papirusie chirurgicznym Edwina Smitha¹, w dziele Hipokratesa *O powietrzach, wodach i miejscach*, w którym przedstawił objawy chorobowe u ludzi wydobywających rudy metali, u marynarzy i tragarzy², czy z początku naszej ery w pracy Pliniusza, który pisał o śmiertelnym pyłu w rzymskich kopalniach cynobru i siarki i o konieczności noszenia przez robotników zasłon na twarzach, a także w pismach lekarza rzymskich gladiatorów – Galena, który dostrzegał zdrowotne skutki wdychania pyłu gipsowego³.

Wiele rozpraw poruszających tematykę szkodliwych warunków pracy pojawiło się w okresie renesansu. Pierwszym człowiekiem, który opublikował drukowaną rozprawę doktorską dotyczącą związku zdrowia z wykonywanym zawodem, był żyjący w wieku XV austriacki lekarz Ulrich Ellenbog. W swojej pracy pisał o toksycznym działaniu tlenku węgla, ołowiu, kwasu azotowego, podkreślał, że choroby płuc są efektem m.in. wdychania oparów rtęci i azbestu⁴. Później na temat związku wykonywanej pracy z zachorowalnością na pewne choroby wypowiedzieli się m.in. Paracelsus (dostrzegł związek między pracą górników i hutników a pojawianiem się u nich niektórych chorób)⁵,

¹ M. Gochweld, *Chronologic History of Occupational Medicine*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2005, vol. 47, nr 2, s. 96.

² Hipokrates dawał ponadto wskazówki swoim następcom, aby podczas rozmowy ze swoimi pacjentami koniecznie zapytali o to, czym się zajmują, jaką pracę wykonują. P. Macewicz, *Higiena pracy i zawodownawstwo*, „Życie Techniczne” 1938, nr 4, s. 111, https://bcpw.bg.pw.edu.pl/Content/1601/02zt38_nr4_higiena.pdf [dostęp: 12.11.2023].

³ M. Gochweld, op. cit., s. 96.

⁴ D. Gagliardi, A. Marinaccio, A. Valenti, S. Iavicoli, *Occupational safety and health in Europe: lessons from the past, challenges and opportunities for the future*, „Industrial Health” 2012, vol. 50, nr 1, s. 7.

⁵ Pisał o tym następująco: „Ci, którzy pracują przy przemywaniu rudy srebra lub złota, rudy soli, alunu i rudy siarki lub wrzenia wotriolu, ołowiu, miedzi, rud mieszanych, rud żelaza lub rtęci, ci, którzy kopią takie rudy, zapadają na chorobę płuc, or-

Georgius Agricola (pisał o szkodliwym wpływie pyłów w kopalniach i sugerował zapewnienie górnikom odzieży ochronnej – butów, rękawic i „luźnych welonów” zasłaniających twarz oraz lepszej wentylacji w miejscach wydobywania rud metali)⁶ i Martin Pansa (napisał przewodnik po uciążliwych chorobach górnych dróg oddechowych i płuc, w którym wyróżnił czynniki przyczyniające się do powstawania tych schorzeń)⁷. Ogromny wkład w badanie związków warunków wykonywania pracy z pojawiającymi się chorobami położył, żyjący na przełomie wieku XVII i XVIII, włoski lekarz Bernardino Ramazzini (nazywany ojcem medycyny pracy), który usystematyzował istniejącą wówczas wiedzę i opisał w traktacie *De Morbis Artificum Diatriba* (*Choroby pracowników*) 52 zawody pod kątem chorób występujących u ludzi. W pracy tej dostrzegł nie tylko wpływ „złego powietrza” na zdrowie pracowników, ale także zauważył, że niektóre zaburzenia w postawie ciała są wynikiem dźwigania wielkich ciężarów i powtarzalności ruchów⁸.

W XVIII i XIX w. nastąpił prawdziwy wysyp rozpraw poruszających tematykę wpływu warunków pracy na zdrowie. Swoje zasługi w tej dziedzinie położyli m.in. Percival Pott, który odkrył związek między pracą kominarzy a powstawaniem raka moszny⁹, James Lind, który dostrzegł zależność między skorbutem wśród marynarzy a brakiem witaminy C, Charles Turner Thackrah opisujący wpływ warunków, w jakich pracowali irlandzcy imigranci przy budowie kolei, na ich zdrowie oraz negatywne skutki zdrowotne u dzieci pracujących w fabrykach bawełny¹⁰, William Farr, który obliczył współczynniki umieralności ludzi pracujących w różnych zawodach i pokazał ich związek ze specyfiką i warunkami pracy, Rudolf Virchow – ojciec me-

ganizmu i wrzody żołądka, wiadomo, że na te choroby wpływa choroba górnicza”. Za J.K. Corn, *Historical Perspective to a Current Controversy on the Clinical Spectrum of Plumbism*, „Health and Society” 1975, vol. 53, nr 1, s. 97.

⁶ K. Maślankiewicz, *Georgius Agricola (1494–1555)*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1956, nr 1, s. 678.

⁷ Pisał, że „Wszyscy, którzy kopią rudy złota lub srebra, sól, alun, siarkę, ołów, miedź, cyng, żelazo lub rtęć, są na nią [chorobę – przyp. S.O.] narażeni”. J.K. Corn, op. cit., s. 98.

⁸ G. Franco, *Bernardino Ramazzini and the new epidemics of work-related disorders*, „Medicina nei Secoli: Arte e Scienza” 2011, vol. 23, nr 2, s. 425–427; G. Franco, *Bernardino Ramazzini: The Father of Occupational Medicine*, „American Journal of Public Health” 2001, vol. 91, nr 9, s. 1382.

⁹ J.R. Brown, J.L. Thornton, *Percivall Pott (1714–1788) and Chimney Sweeper Cancer of the Scrotum*, „British Journal of Industrial Medicine” 1957, vol. 14, nr 1, s. 68–70.

¹⁰ H.K. Abrams, *A Short History of Occupational Health*, „Journal of Public Health Policy” 2001, vol. 22, nr 1, s. 42.

dycyny społecznej i inni¹¹. Z tego okresu (1802) pochodzi też pierwsza w dziejach ustawa o higienie pracy, uchwalona przez parlament angielski – *O ochronie zdrowia i moralności terminatorów*. Na lata 30. XIX w. przypadają także początki inspekcji pracy (1833)¹². Wraz z pojawianiem się nowych wynalazków i zastosowaniem ich w przemyśle pojawiały się kolejne zagrożenia dla robotników i konieczne stało się wyłonienie nowej gałęzi medycyny, która zajmowałaby się badaniem warunków pracy i ich wpływem na zdrowie, ochroną zdrowotną robotników i kierowaną do nich pomocą medyczną. Jak pisze Michael Gochweld: „Na przestrzeni dziejów zagrożenia w miejscu pracy i medycyna pracy były kształtowane przez siły kształtujące samą pracę, ewolucję społeczną, zmieniające się sposoby produkcji, zmieniające się siły gospodarcze i zmiany demograficzne siły roboczej”¹³. To zaś było jasnym sygnałem, że należy zintensyfikować działania nad zapewnieniem higienicznych warunków pracy, zapewnić robotnikom odpowiednią pomoc medyczną, ale też stworzyć system, który weryfikowałby, czy dana jednostka może wykonywać daną pracę, a tym samym nie dopuszczać do pracy osób z wadami i chorobami obniżającymi wydajność lub mogącymi przyczynić się do pogorszenia zdrowia robotnika lub jego śmierci. Pierwszymi konkretnymi rozwiązaniami w tej kwestii było utworzenie w 1906 r. pierwszego międzynarodowego stowarzyszenia naukowo-zawodowego *Commission Internationale Permanente pour l’Etude des Maladies du Travail*, powołanie do życia w 1910 r. w Mediolanie pierwszej kliniki chorób zawodowych, otwarcie w 1913 r. w Berlinie Instytutu Fizjologii Pracy, ufundowanie w 1916 r. w Paryżu Instytutu Higieny Społecznej¹⁴. Od tego momentu nastąpił w wielu krajach szybki rozwój instytucji przyfabrycznych, zatrudniających personel medyczny, którego zadaniem była nie tylko pomoc w razie nagłych wypadków i selekcja zdrowotna pracowników, ale przede wszystkim zapobieganie występowaniu szkodliwych warunków pracy oraz prowadzenie badań nad związkiem chorób z wykonywaną pracą.

Na ziemiach polskich pierwsze wzmianki o chorobach zawodowych pojawiły się na początku XIX w. Zaczęto wtedy dostrzegać związki

¹¹ M. Gochweld, op. cit., s. 102–108.

¹² B. Nowakowski, *Nowe prądy w organizacji higieny pracy*, [w:] *Służba lekarska w zakładach pracy. Referaty wygłoszone na konferencji lekarzy fabrycznych zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w dniach 2 i 3 marca 1935 roku*, Warszawa 1935, s. 13–14.

¹³ M. Gochweld, op. cit., s. 96.

¹⁴ P. Macewicz, op. cit., s. 111–112; D. Gagliardi, A. Marinaccio, A. Valenti, S. Iavicoli, op. cit., s. 7–8.

między wykonywaną pracą a objawami chorobowymi oraz zwracać uwagę na konieczność zapewnienia odpowiednich warunków pracy. W wieku XIX powstały także pierwsze ambulatoria zakładowe, zwłaszcza przy kopalniach, których celem była pomoc medyczna dla robotników i ich rodzin¹⁵. Lekarze, którzy nieśli im pomoc, nazywani byli wówczas lekarzami fabrycznymi. Ta nazwa obowiązywała bardzo długo, bo aż do stworzenia pierwszych w dziejach formalnych struktur pomocy medycznej obejmującej swoim zasięgiem dany zakład pracy. Celem niniejszego tekstu jest pokazanie, jakie działania podjęto w celu zapewnienia lekarskiej pomocy medycznej dla robotników w Polsce w okresie międzywojennym, jak przebiegało wypracowywanie pierwszego modelu medycznej pomocy zakładowej w Polsce po zakończeniu II wojny światowej, jak tworzone i jaki kształt miały pierwsze rozwiązania prawne oraz kolejne kroki prowadzące do utworzenia pierwszej w dziejach przemysłowej służby zdrowia. Z uwagi na to, że w okresie międzywojennym tylko w nielicznych zakładach pracy istniała pomoc medyczna, sprowadzająca się do zatrudniania lekarza fabrycznego, ciężar tworzenia zrębów medycyny pracy przypada na pierwsze lata powojenne, dlatego w niniejszym tekście szczegółowo opisano lata 1945–1953, bo to właśnie w tym okresie kształtowała się pierwsza w dziejach, mająca usankcjonowanie prawne – przemysłowa służba zdrowia.

Kształt opieki medycznej nad robotnikami w Polsce w okresie międzywojennym

Pierwsze załączki medycyny pracy i fabrycznej pomocy medycznej pojawiły się w Polsce w okresie międzywojennym. W nielicznych zakładach przemysłowych funkcjonowały ambulatoria, w których pracownikami byli felczerzy lub lekarze fabryczni. Najlepiej sytuacja w tym zakresie przedstawiała się na terenie śląskich kopalń i hut objętych opieką Spółki Brackiej¹⁶, która dzięki wieloletnim tradycjom, ale też odrębnym przepisom prawnym, a także zabiegom górników i hutników oraz dążeniom właścicieli tych przedsiębiorstw do pomniejszania wydatków na świadczenia ubezpieczeniowe i większej

¹⁵ Szerzej na ten temat zob. A. Cwiąkała-Małys, P. Łagowski, *Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji” 2013, t. 93, s. 91–93.

¹⁶ Więcej na ten temat zob. B. Danowska-Prokop, *Ubezpieczenia brackie i ich funkcjonowanie na Górnym Śląsku w okresie międzywojennym*, „Optimum. Economic Studies” 2019, nr 2, s. 83–93.

kontroli nad absencją robotników, była najlepiej zorganizowaną instytucją pomocy medycznej dla pracujących i ich rodzin¹⁷. Na pozostałym obszarze kraju mimo wielu zabiegów nie udało się w tym czasie zaspokoić potrzeb zdrowotnych robotników. Brakowało przede wszystkim odpowiednich uregulowań prawnych, w których znalazłyby się zapisy o szkodliwych warunkach pracy, o profesjonalnej pomocy medycznej czy też o konieczności zapewnienia odpowiedniej odzieży ochronnej. O stanie pomocy medycznej na terenie zakładów pracy w tym okresie pisał następująco Henryk Mierzecki:

Opieka zdrowotna świata pracy sprowadzała się w okresie międzywojennym w głównej mierze do bezpieczeństwa technicznego, a służba zdrowia do doraźnego i raczej formalnego nadzoru nad zakładami pracy, sprawowanego przez lekarzy urzędowych (powiatowych). Działalność zatrudnionych w przemyśle lekarzy ograniczała się właściwie tylko do leczenia. Lekarskie przychodnie fabryczne wyodrębnione z terenów fabrycznych były przeważnie luźno związane z terenem fabrycznym. Lekarz na terenie fabrycznym był rzadkim gościem i badał chorego robotnika w oderwaniu od środowiska fabrycznego. Liczba zakładów przemysłowych o dobrze zorganizowanej służbie lekarskiej dała się w tym czasie policzyć na palcach ręki¹⁸.

Według danych z 1934 r. na terenie ówczesnej Polski funkcjonowało 115 przychodni przyfabrycznych, z czego 32 w zakładach państwowych i komunalnych, pozostałe przy instytucjach prywatnych. W przychodniach tych było zatrudnionych 160 lekarzy. Większość ambulatoriów obsługiwał jeden lekarz ogólny, tylko w niektórych pracowali lekarze specjaliści. W dwóch przychodniach był zatrudniony tylko personel pomocniczy, który zajmował się udzielaniem pierwszej pomocy w wypadkach przy pracy. W większości przychodni lekarze pracowali od 1 do 3 godzin dziennie, a np. w cukrowniach przychodnie uruchamiane były sezonowo¹⁹.

¹⁷ W 1937 r. do korzystania ze świadczeń oferowanych przez Spółkę Bracką uprawnionych było 317 124 osoby. „Spółka dysponowała 11 szpitalami [...] i kilkoma klinikami specjalistycznymi – razem 3500 łóżek; dwoma domami uzdrowiskowymi dla dzieci i dorosłych (200 łóżek); 190-łóżkowym zakładem przeciwgruźliczym; 9 ambulatoriami dentyściami z 9 lekarzami stomatologami; 90 lekarzami okręgowymi i 10 specjalistami”, J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971, s. 401.

¹⁸ H. Mierzecki, *Czasy i klimaty. Starania o utworzenie Klinicznego Instytutu Pracy w latach 1946–1948*, „Analecta: studia i materiały z dziejów nauki” 2006, nr 1–2, s. 369.

¹⁹ E. Paluch, *Współczesny stan Służby Lekarskiej w przemyśle polskim*, [w:] *Służba lekarska w zakładach pracy. Referaty wygłoszone na konferencji lekarzy fabrycznych zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w dniach 2 i 3 marca 1935 roku*, Warszawa 1935, s. 33.

Ten zły stan rzeczy nie świadczył bynajmniej o niewiedzy i nieświadomości ówczesnych lekarzy i władz państwowych co do zagrożeń występujących w różnych miejscach wykonywania pracy zawodowej. Kwestia zapewnienia robotnikom zakładowej pomocy medycznej była dostrzegana np. przez utworzony w 1931 r. Instytut Spraw Społecznych. Z jego inicjatywy w dniach 2–3 marca 1935 r. w Warszawie miała miejsce pierwsza w dziejach konferencja lekarzy fabrycznych. W obradach, w trakcie których poruszano właśnie kwestię zorganizowania lekarskiej służby w fabrykach, kopalniach i hutach, wzięło udział 66 uczestników, wśród których znalazło się zaledwie 11 lekarzy fabrycznych „i to w przeważnej liczbie z wojskowych zakładów pracy”²⁰. Konieczność zatrudnienia w zakładach pracy lekarzy, doskonale znających się na specyfice pracy w podległej im instytucji i mogących prowadzić badania nad związkami wykonywanej pracy z chorobami robotników, próbowali też upowszechniać sami medycy. W 1926 r. na łamach „Robotnika” ukazał się artykuł (napisany prawdopodobnie przez lekarza), w którym sugerowano „uświadomionym” pracownikom, aby sami zabiegali u pracodawców o zatrudnienie lekarza fabrycznego. Tekst ten zawierał bardzo precyzyjnie sformułowany zakres pomocy medycznej, jaka powinna być gwarantowana wszystkim zatrudnionym. Zapisy te wyglądały następująco:

1. Każdy zakład pracy powinien być pod stałym nadzorem lekarsko-higienicznym Inspekcji pracy i Kas Chorych. Jeżeli pracuje więcej niż 500 robotników lub robotnic, lekarz musi być co dzień w fabryce od 2 do 8 godzin (stosownie do liczby pracowników), a pielęgniarka fachowa – przez cały przeciąg pracy. Jeżeli pracuje robotników więcej niż 20, lekarz musi codziennie odwiedzić fabrykę, a pielęgniarka (choćby osoba obeznana nieco z ratownictwem) powinna stale w niej przebywać.
2. Robotnicy mają prawo zasięgać porady lekarskiej podczas pracy lub w przerwach.
3. Lekarz fabryczny obowiązany jest wydawać bezpłatnie świadectwa lekarskie robotnikom młodocianym i dorosłym na zasadzie swych oględzin.
4. Lekarz fabryczny obowiązany jest czuwać nad higieną pracowni, pracowników, metod pracy, narzędzi, surowców. Wszystkie swe spostrzeżenia i uwagi powinien on komunikować inspektorowi pracy.

²⁰ H. Mierzecki, op. cit., s. 370; *Lista uczestników konferencji, [w:] Służba lekarska w zakładach pracy. Referaty wygłoszone na konferencji lekarzy fabrycznych zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w dniach 2 i 3 marca 1935 roku*, Warszawa 1935, s. 162–164.

5. Lekarz fabryczny obowiązany jest co dwa tygodnie mieć dla robotników pogawędkę z higieny pracy.
6. Każdy lekarz fabryczny powinien uczęszczać na kursy dokształcające z higieny pracy i mieć odpowiednie świadectwo.
7. Każdy lekarz fabryczny, każda pielęgniarka na umotywowane żądanie robotników zakładu pracy powinien(na) być zmieniony(a) przez Kasy Chorych. Lekarz fabryczny musi posiadać zaufanie robotników. Nie jest on ich stróżem ani żandarmem, lecz doradcą i powiernikiem²¹.

W okresie międzywojennym w zakresie ochrony zdrowia robotników rzeczywiście zrobiono niewiele. Udało się jedynie w 1920 r. na mocy ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym objąć takimi ubezpieczeniami 5,5% obywateli²², co zresztą okazało się bardzo obciążające dla państwa wyniszczonego po rozbiorach i skutkowało ostatecznie wprowadzeniem w 1933 r. nowej, mniej kosztocłonnej ustawy o ubezpieczeniu społecznym, na mocy której ubezpieczano tylko „na wypadek choroby i macierzyństwa, niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej wskutek wypadku w zatrudnieniu lub choroby zawodowej, wskutek wszelkich przyczyn”²³.

Zabiegi zmierzające do stworzenia przyzakładowej pomocy medycznej po zakończeniu działań wojennych

Przepisy przedwojenne regulujące kwestie ubezpieczenia społecznego obowiązywały także bezpośrednio po zakończeniu II wojny

²¹ J.Z., *Lekarze fabryczni*, „Robotnik” 1926, nr 245, s. 3.

²² „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, 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% 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”, A. Cwiakała-Malys, P. Łagowski, op. cit., s. 94–96.

²³ U. Kozłowska, *Organizacja ochrony zdrowia robotników na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1955. Wprowadzenie do problematyki*, „Przegląd Zachodniopomorski” 2018, z. 1, s. 122.

światowej. Jednak już w 1945 r. ubezpieczeniami objęto wszystkich pracowników, a co najważniejsze – nastąpiły zmiany w opłacaniu składek. Przede wszystkim ciężar ich opłacania przeniesiono na pracodawców, a co za tym idzie, wszyscy ubezpieczeni mieli mieć zapewnioną powszechną pomoc leczniczą. Pomoc ta świadczona była jednak ze względów oczywistych poza miejscem zatrudnienia²⁴.

Jednak przy szybko tworzonych i rozwijających się zakładach pracy w zasadzie trzeba było pomoc medyczną budować od podstaw. Dla wyniszczonego wojną kraju, w którym brakowało niemal wszystkiego, nie mówiąc o ogromnym niedoborze kadr medycznych, nie były to jednak działania priorytetowe. Władze w pierwszych powojennych latach zdecydowały, że w pierwszej kolejności należy zabezpieczyć pomoc medyczną do walki z epidemiami społecznymi, odbudować zniszczoną bazę szpitalną, rozbudować szkolnictwo medyczne. Zrozumiałe zatem jest to, że ochrona zdrowia w zakładach pracy zajmowała dalsze miejsce w hierarchii zagadnień związanych ze zdrowiem ludności²⁵. Przeszkodą w organizowaniu lekarskiej służby zakładowej było także protekcyjne podejście administracji zakładowej do kwestii zdrowia robotników i chorób zawodowych²⁶.

Jednak mimo licznych przeszkód już w 1945 r. rozpoczęły się prace nad stworzeniem i kształtem zakładowych służb medycznych. Na wniosek ministra pracy i opieki społecznej w porozumieniu z Ministerstwami Zdrowia i Przemysłu powołano Centralną Komisją Bezpieczeństwa i Higieny Pracy, w ramach której istniały trzy podkomisje: ochrony zdrowia, programów i metod pracy. Jednym z zadań Komisji był nadzór i koordynacja Centralnych Zarządów Przemysłowych (tworzonych odrębnie dla każdej gałęzi przemysłu) w zakresie opieki zdrowotnej w zakładach pracy²⁷. Na przełomie 1945 i 1946 r. dokonano inspekcji uruchomionych zakładów przemysłowych i okazało się, że praktycznie w ogóle nie funkcjonują w ich strukturach lekarze czy też inny personel medyczny. Doktor Henryk Mierzecki, który dokonywał tej kontroli, jednoznacznie stwierdził, że lekarska służba przemysłowa w zasadzie nie istnieje. W swoim sprawozdaniu pisał, że nie ma nawet:

zrozumienia dla ochrony zdrowia pracowniczego zarówno u czynników administracyjnych, jak technicznych, nadzorczych i wykonawczych,

²⁴ P. Makarzec, *Ubezpieczenia społeczne w Polsce Ludowej*, „Zeszyty Naukowe WSEI, seria: Administracja” 2013, nr 1, s. 104.

²⁵ U. Kozłowska, op. cit., s. 125; J. Indulski, J. Leowski, op. cit., s. 402–403.

²⁶ H. Mierzecki, op. cit., s. 370.

²⁷ Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994, s. 221.

brak lekarskiego czynnika nadzorującego hale fabryczne, warsztaty i ludzi pracy, brak pomocniczej przemysłowej służby lekarskiej, brak lekarskiego czynnika wykonawczego w przemyśle, brak przygotowania społecznego i fachowego lekarskiego personelu przemysłowego²⁸.

Z pomocą w tworzeniu zaplecza medycyny przemysłowej przysłała ideologia socjalistyczna, a zwłaszcza jej podejście do pracy fizycznej, traktowanej jako swego rodzaju służba dla narodu. Wraz z zachodzącymi wówczas w Polsce przemianami społecznymi i gospodarczymi związanymi z odbudową zniszczonego kraju, rozbudową miast, rozwojem przemysłu, przekształceniami w ramach struktury społeczno-zawodowej polskiego społeczeństwa, a przede wszystkim gwałtownym wzrostem liczby robotników (w 1950 r. w przemyśle zatrudniona była 1/4 wszystkich pracujących), będących dla władz socjalistycznych główną „siłą narodu”, trzeba było zadbać o zapewnienie odpowiedniego zaplecza leczniczego²⁹. Propaganda komunistyczna kreowała robotników na najważniejszą grupę społeczną, gotową osiągać wyśrubowane cele. Nagrodą dla najlepszych był tytuł przodownika pracy, który to miał stanowić wzór dla innych pracujących, a co za tym idzie, musiał uosabiać pewne cechy – także zdrowotne, pozwalające pracować szybciej, lepiej oraz osiągać wysokie wyniki³⁰. Ta ogromna masa ludzi pracująca w różnego rodzaju fabrykach, hutach, stoczniach, kopalniach bezsprzecznie wymagała odpowiedniego zabezpieczenia socjalnego i zdrowotnego, a w myśl socjalistycznych haseł należało zapewnić taką opiekę medyczną głównej sile narodu – robotnikom, by zapewnić „maksymalną długość wieku produkcyjnego ludzi [...], a w razie potrzeby na skutek choroby lub [...] wypadku przywrócić w jak najkrótszym czasie człowieka pracy ponownie procesom produkcyjnym”³¹. Zadanie to miały realizować medyczne służby funkcjonujące przy zakładach pracy.

W 1946 r. w Ministerstwie Zdrowia został opracowany projekt Polskiej Organizacji Służby Sanitarnej w Przemysle, w którym doprecyzowano, czemu miała służyć opieka zdrowotna w zakładach pracy. Jej celem „winno być uzyskanie najwyższej wydajności produkcyjnej pracownika i to w najlepszych warunkach zdrowotnych”. Uważano ponadto, że „wydajność pracy zależy od fizycznego stanu zdrowia i od psychicznego stanu, a na to wszystko ma wpływ nie tylko stan

²⁸ H. Mierzecki, op. cit., s. 372.

²⁹ U. Kozłowska, op. cit. s. 122.

³⁰ K. Florczyk, *Stalinizm jako stan wyjątkowy. Robotnicy i robotnice: budowniczo-wie socjalizmu czy więźniowie obozu?*, „Teksty Drugie” 2014, nr 5, s. 125–126.

³¹ *Etyka socjalistycznej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3, s. 1.

zdrowotny i psychiczny pracownika, ale także otoczenie. I dlatego nie można opiekować się pracownikiem przemysłowym w oderwaniu od rodziny i jedynie tylko pod kątem jego pracy fabrycznej i warsztatowej³². Do realizacji tego celu państwo stworzyło „instytucję lekarza przemysłowego, którego zadaniem powinno być czuwanie nad zachowaniem przez zakłady przemysłowe należytego stosunku pomiędzy maszyną, organizacją i czynnikiem ludzkim”³³.

3 stycznia 1946 r. weszła w życie ustawa o państwowym nadzorze nad lecznictwem, uzupełniona dekretem z 8 stycznia 1946 r. o jednolitych formach lecznictwa. Na mocy tych aktów prawnych kwestie ochrony zdrowia robotników pozostawały w gestii Centralnych Zarządów Przemysłu (dalej: CZP), których działalność pozostawała poza jakąkolwiek kontrolą i w efekcie doprowadziła do tego, że każda dziedzina przemysłu miała inaczej zorganizowaną służbę zdrowia. Osobą odpowiedzialną za jej kształt był Lekarz CZP podlegający bezpośrednio Naczelnemu Dyrektorowi CZP. Do jego obowiązków należało kontrolowanie pracy lekarzy, prowadzenie badań nad szkodliwością warunków pracy, zapewnianie badań, opracowywanie instrukcji i planów pracy, organizacja placówek medycznych, punktów opatrunkowych, zakup leków i środków sanitarnych.

Podlegali mu lekarze przemysłowi, zatrudnieni w poszczególnych zakładach pracy, odpowiadający za prowadzenie badań pracowników, stan sanitarny zakładu, kontrolę stanowisk pracy, wyposażenie zakładu i osiedli robotniczych. Prowadzili szkolenia i udzielali pierwszej pomocy. Lekarzowi przemysłowemu podlegały przemysłowe przodownice pracy sanitariusze i pielęgniarki przemysłowe³⁴.

W szumnych planach, jakie wówczas się pojawiały, zapowiadano, że podstawą planu opieki zdrowotnej warstw pracowniczych staną się: zapewnienie bezpiecznych warunków pracy, propagowanie higieny osobistej i higieny pracy, profilaktyka, leczenie chorób zawodowych, chorób przewlekłych, ale też innych, na które w trakcie pracy i w domu zapadać będą pracownicy. Celem tych zabiegów miało być wydłużenie „produktywności” każdej pracującej jednostki, a tym samym zmniejszenie obciążenia budżetu państwa z tytułu długotrwałego leczenia i przedwczesnego inwalidztwa. Opieką medyczną obie-

³² Z. Jastrzębowski, op. cit., s. 221.

³³ J. Zagrodzki, *Lekarz przemysłowy na tle współczesnej polityki społecznej*, [w:] *I Zjazd lekarzy przemysłowych hutniczych w Katowicach 26–27 X 1946 r.*, Cieszyn b.d.w., s. 32–33.

³⁴ A. Frużyński, *Przemysłowa służba zdrowia w Zabrzu w latach 1945–1989*, „Kroniki Miasta Zabrze” 2018, nr 8, s. 10–11.

cywano objąć pracowników zdrowych, „zrehabilitowanych inwalidów wojennych, [...] inwalidów pracy i wreszcie wysoko kwalifikowanych ozdrowieńców, a nawet starców”. Z uwagi na brak lekarzy odpowiednio przygotowanych do pracy na stanowiskach lekarzy zakładowych zdecydowano się na szybkie uruchomienie odpowiednich kursów administracyjno-higienicznych i klinicznych w ośrodkach badawczo-leczniczych przy klinikach uniwersyteckich w Krakowie i Wrocławiu, dla medyków mających podjąć pracę w przemyśle morskim i spożywczym w Gdańsku, a w przemyśle rolnym w Lublinie³⁵. Henryk Mierzecki w swoich wspomnieniach o tych pierwszych kursach pisał:

Dla uzupełnienia wiadomości klinicznych z dziedziny medycyny pracy zorganizowałem kursy kliniczne dla lekarzy przede wszystkim przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie [...], a następnie w innych ośrodkach uniwersyteckich. Utworzyłem wydawnictwo „Biblioteka lekarza przemysłowego” [...]. Działania te jednak nie rozwiązały zasadniczego zagadnienia opracowania etiologii, leczenia i profilaktyki schorzeń związanych ze szkodliwością pracy w polskim przemyśle. Żadna z klinik uniwersyteckich nie była przygotowana do opracowania tych zagadnień i dlatego zorganizowałem przy klinikach uniwersyteckich ośrodki badawczo-lecznicze, których zadaniem było leczenie schorzeń pracowniczych i ich naukowe opracowanie oraz udzielanie konsultacji lekarzom przemysłowym. Rozwój ośrodków badawczo-leczniczych wskazał na potrzebę zorganizowania klinicznych instytutów medycyny pracy³⁶.

Podstawą organizacji służby zdrowia w przemyśle miał być „lekarz przemysłowy i jego personel pomocniczy – przemysłowa przodownica zdrowia i pielęgniarka, względnie sanitariusz przemysłowy”³⁷.

W 1946 r. ukazała się Instrukcja dla lekarzy Centralnych Zarządów Przemysłowych, lekarzy przemysłowych, przemysłowych przodownic zdrowia oraz pielęgniarek i sanitariuszy przemysłowych, opracowana przez Ministerstwo Zdrowia, a uzgodniona z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej oraz Ministerstwem Przemysłu, która miała obowiązywać do momentu „ostatecznego ustalenia form organizacyjnych Przemysłowej Służby Zdrowia”.

W myśl zapisów w niej zawartych na czele każdego zespołu lekarzy, którym podlegali pracownicy tej samej gałęzi przemysłu, stał lekarz CZP, który powinien posiadać odpowiednie przygotowanie lekarskie

³⁵ H. Mierzecki, *Służba zdrowia w przemyśle*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 12, s. 723–724.

³⁶ H. Mierzecki, *Czasy i klimaty...*, op. cit., s. 373.

³⁷ H. Mierzecki, *Służba zdrowia w przemyśle...*, op. cit., s. 725.

oraz znać specyfikę tegoż przemysłu. Do jego obowiązków należało: koordynowanie pracy lekarzy przemysłowych, badanie warunków pracy w zakładzie, ich szkodliwości dla zdrowia, opracowywanie instrukcji z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz „zdrowotności pracowniczej”, systematyczne badanie pracowników, analizowanie wypadków mających miejsce w podległym mu zakładzie, zachorowalności załogi oraz przyczyn niezdolności do pracy, uczestnictwo w inwestycjach i unowocześnieńiach wprowadzanych w zakładzie w celu zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy, opracowywanie programu odżywiania pracowników (w szczególności matek i dzieci) oraz racjonalnego podziału pracy z uwzględnieniem przerw na spożycie posiłku i dla krótkiego odpoczynku, czuwanie nad ogólnym stanem sanitarnym zakładu, wentylacją i oświetleniem, przeprowadzanie okresowych inspekcji zakładu, opracowywanie wzorów sprawozdań z pracy lekarzy fabrycznych, organizowanie punktów pierwszej pomocy i punktów opatrunkowych na terenie zakładu pracy, zakup leków i środków opatrunkowych do ww. punktów, popularyzacja zasad higieny osobistej i życia codziennego, organizacja wystaw higienicznych, dostarczanie do bibliotek lub świetlic zakładowych odpowiednich wydawnictw z zakresu higieny, systematyczne i cykliczne przeprowadzanie spotkań/konferencji z podległymi mu lekarzami przemysłowymi, pozostawanie w stałym kontakcie z naukowym instytutem danej gałęzi przemysłu, inspekcją pracy, instytucjami ubezpieczeniowymi, urzędami zdrowia, radami załogowymi, związkami zawodowymi, organizowanie kursów dla przemysłowych przodownic zdrowia, sanitariuszy i pielęgniarek zakładowych, ale też organizacja opieki nad matką i dzieckiem, sportem robotniczym oraz współpraca w tym zakresie z innymi zewnętrznymi podmiotami, opracowywanie higienicznych wytycznych dla wczasów pracowniczych³⁸.

Zakładano, że bezpośredni kontakt z pracownikami danego zakładu będą mieć lekarze przemysłowi, od których oprócz odpowiedniego przygotowania klinicznego do pracy na tym stanowisku wymagano wiedzy z zakresu medycyny społecznej „(higieny społecznej, higieny pracy, patologii i kliniki chorób warstw pracowniczych) oraz z technologii produkcji danego zakładu”. Do ich zadań należało: czuwanie nad zdrowiem robotników oraz warunkami zdrowotnymi w zakładzie, „nadzór nad racjonalną gospodarką materiałem ludzkim zakładu (zastrudnienie robotników w sposób korzystny dla warsztatu pracy, z możliwym obniżeniem ryzyka utraty ich zdrowia)”, nadzorowanie metod

³⁸ Ibidem.

produkcji pod kątem szkodliwości dla zdrowia, a co za tym idzie – wpływanie na sposoby i metody produkcji, przeprowadzanie selekcji nowo przyjmowanych pracowników pod kątem lekarskim i psychologicznym, orzekanie o możliwości wykonywania przez nich różnych prac na terenie zakładu oraz ewentualne wnioskowanie o przeniesienie do innego rodzaju pracy lub wydawanie opinii o możliwości wykonywania pracy cięższej, organizowanie okresowych badań pracowniczych (rodzaj i częstotliwość badań miały być zależne od rodzaju pracy i jej szkodliwości dla zdrowia), regularne kontrolowanie stanu zdrowia pracowników, zwłaszcza tych, którzy zatrudnieni byli w działach zagrażających utratą zdrowia, nadzór i kontrolowanie stanu odzieży ochronnej (okulary, maski, ubrania) oraz stanu urządzeń higieniczno-sanitarnych na terenie zakładu i wyżywienia robotników (stan sanitarny kuchni, magazynów żywnościowych, stołówek itp.) oraz higieny i zdrowia zatrudnionego tam personelu, współpraca z tym personelem w układaniu jadłospisów, organizowanie i nadzorowanie wszystkich punktów higienicznych i opatrunkowych na terenie zakładu, kontrola stanu ambulatoriów, apteczek i sprzętu sanitarnego, zaopatrywanie ich w materiał opatrunkowy i leki, organizowanie pierwszej pomocy w sytuacji zaistnienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terenie zakładu pracy, a nawet leczenie lżejszych przypadków chorobowych, prowadzenie księgi chorych oraz opracowywanie miesięcznych sprawozdań merytorycznych i statystycznych, szkolenie niższego personelu medycznych służb zakładowych, propagowanie higieny pracy i życia (organizowanie pogadarek, odczytów, zaopatrywanie bibliotek i świetlic zakładowych w stosowne materiały i literaturę, wykonywanie ściennych gazetek tematycznych), współpraca z inspekcją pracy, instytucjami ubezpieczeń społecznych, związkami zawodowymi, radą zakładową, organizacjami partyjnymi, samorządowymi urzędami zdrowia w celu ujednoliconego stymulowania robotników do przestrzegania higieny ogólnej, udział w posiedzeniach z dyrekcją zakładu poświęconych przeróbkom, instalacjom i odbudowie warsztatów pracy. W jego gestii pozostawało ponadto kontrolowanie mieszkań robotniczych, ich stanu sanitarnego, w sytuacjach gdy wymagało tego zdrowie pracownika lub jego rodziny, wydawanie opinii odnośnie do wczasów pracowniczych, kierowanie akcjami opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem³⁹.

Niższy personel medyczny zakładowej służby zdrowia stanowiły przemysłowe przodownice zdrowia oraz sanitariusze i pielęgniarki.

³⁹ Ibidem, s. 726.

Przemysłowe przodownice zdrowia powinny mieć obok wykształcenia ogólnopielęgniarskiego także przygotowanie specjalistyczne „przewidziane dla przodownic przemysłowych”, posiadać wiedzę na temat chorób, z którymi można najczęściej zetknąć się w swojej pracy w zakładzie. Do ich obowiązków należały: codzienny obchód wszystkich miejsc pracy, obserwacja spraw związanych z higieną osobistą i higieną pracy, opieka nad ozdrowieńcami, osobami przewlekle chorymi, inwalidami, kobietami ciężarnymi będącymi pracownikami zakładu, nadzór nad czystością i higieną w przyzakładowych żłobkach i przedszkolach, badanie warunków zdrowotnych w mieszkaniach pracowniczych oraz propagowanie higieny wśród robotników i ich rodzin, prowadzenie „ewidencji zdrowotnej wszystkich pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem rekonwalescentów, a przede wszystkim wszystkich pracowników, których ze względu na pewne niedomagania fizyczne przeznaczono do prac specjalnych”, niezwłoczne informowanie lekarza przemysłowego o zaniedbaniach higienicznych.

Na sanitariuszach i pielęgniarkach przemysłowych spoczywał obowiązek: niesienia pomocy sanitarnej pracownikom w sytuacji zaistnienia wypadku przy pracy, uszkodzenia ciała lub nagłego zachorowania, wykonywania wszystkich prac pomocniczych w ambulatoriach zakładowych, zarządzania punktami opatrunkowymi, dbałości o ambulatoria, prowadzenia ewidencji „chorych pracowników od chwili zgłoszenia się aż do zakończenia leczenia”, kierowania zakładowymi drużynami ratowniczymi, nadzoru i zarządzania apteczkami w salach fabrycznych⁴⁰.

W praktyce z tych szeroko zakrojonych planów niewiele doczekało się realizacji. Mimo zabiegów, odezw na łamach prasy robotniczej, pogadanek radiowych mających na celu ich popularyzację, organizacja zaplecza medycznego funkcjonującego przy zakładach pracy przebiegała bardzo powoli. H. Mierzecki, doszukując się przyczyn tego stanu rzeczy, pisał:

Przerzedzona przez okupanta kadra lekarska była zbyt szczupła, by mogła zaspokoić potrzeby całego kraju, a przy tym lekarze niechętnie obejmowali stanowiska w przemyśle. Wprowadzenie lekarzy do przemysłu było rzeczą bardzo pilną, zarówno ze względu na zdrowotność, jak i wydajność produkcyjną załóg fabrycznych. Dzięki odpowiedniej propagandzie o wielkim znaczeniu społecznym medycyny pracy zdolano wprowadzić do lecznictwa przemysłowego znaczną, jakkolwiek jeszcze niewystarczającą liczbę lekarzy fabrycznych. Z 11 lekarzy przemysłowych w pierwszej połowie 1945 r. liczba ich wzrosła z po-

⁴⁰ Ibidem, s. 727.

czątkiem 1947 r. do 435. Obsadziłem nimi z ramienia Ministerstwa Zdrowia przede wszystkim zakłady o dużych załogach. Zakłady powyżej 1000 robotników obsadzono w 88%, powyżej 500 robotników w 62%, a powyżej 100 robotników w 13%. Lekarze przemysłowi byli z zakładami tylko luźno związani, byli tylko kierownikami gabinetów lekarskich na terenie lub obok terenów fabrycznych. Lekarz badał w tych gabinetach chorego pracownika. Lekarze przemysłowi otrzymywali z różnych ośrodków dyspozycyjnych przemysłowych i administracyjnych często sprzeczne zarządzenia, co spowodowało rozbieżności. Brak było instrukcji dla służby zdrowia w przemyśle. Poza tym lekarze nie przygotowani do pełnienia odpowiedzialnej służby nie mieli możliwości uzupełniania wiadomości z zakresu medycyny pracy⁴¹.

Utworzenie przemysłowej służby zdrowia

Wraz z nasileniem się w kraju tendencji do centralizacji wszystkich dziedzin życia społeczno-gospodarczego podjęto też działania zmierzające do utworzenia jednolitej społecznej służby zdrowia. Integrację w resorcie służby zdrowia placówek opieki zdrowotnej – w tym istniejących w zakładach pracy – zapoczątkowała ustawa z 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, w której znalazł się zapis o konieczności „zwalczania chorób zawodowych”⁴². Kolejnym etapem było uchwalenie w 1950 r. ustawy powołującej do życia Zakład Lecznictwa Pracowniczego (dalej: ZLP)⁴³. Od momentu wejścia w życie nowych przepisów w gestii ZLP pozostawała organizacja i realizacja opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin. W celu sprawnej realizacji wszystkich zadań powołano oddziały wojewódzkie i obwodowe ZLP, których zadaniem było m.in. zapewnianie opieki lekarskiej i dentystrycznej pracownikom i ich rodzinom, orzekanie o niezdolności do pracy uzasadniającej prawo do pobierania świadczeń pieniężnych z powodu choroby, prowadzenie badań lekarskich, organizowanie i realizowanie opieki i nadzoru lekarskiego w zakładach pracy w zakresie higieny pracy, profilaktyka chorób zawodowych⁴⁴.

⁴¹ H. Mierzecki, *Czasy i klimaty...*, op. cit., s. 373.

⁴² Ustawa z dnia 28.10.1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. nr 55, poz. 434, art. 6.

⁴³ Ustawa z dnia 20.07.1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego, Dz.U. z 1950 r. nr 36, poz. 333 i 334.

⁴⁴ W. Majorowska, *Powołanie do życia Zakładu Lecznictwa Pracowniczego*, „Praca i Opieka Społeczna” 1950, nr 3, s. 125–126; P. Grata, *Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15, s. 17.

Na mocy tej ustawy nastąpiło przejście przez ZLP majątku należącego do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i środków przeznaczonych na cele medyczne⁴⁵.

Organizacja opieki medycznej przy zakładach pracy w takim kształcie była niestety tylko przez rok. W grudniu 1951 r. doszło do uchwalenia nowej ustawy, na mocy której zlikwidowano Zakład Lecznictwa Pracowniczego, włączono lecznictwo pracownicze do państwowej administracji służby zdrowia (na szczeblu centralnym za lecznictwo pracownicze odpowiedzialne było Ministerstwo Zdrowia, na szczeblu lokalnym prezydium rad narodowych). Lecznictwo pracownicze mogło być od tej pory powierzane przez upoważnioną do tego Radę Ministrów różnym instytucjom, organizacjom społecznym lub innym organom⁴⁶.

Kres chaosowi, jaki panował w tworzeniu zrębów zakładowej opieki medycznej, położyło wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lutego 1953 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych, na mocy którego doszło do oficjalnego powołania przemysłowej służby zdrowia. Rozporządzenie to weszło w życie w trakcie realizacji planu sześcioletniego. Był to okres ogromnego rozwoju przemysłu, mającego wpływ na przeobrażenia gospodarczo-społeczne wyniszczzonego wojną kraju. Wraz z powstawaniem nowych zakładów pracy konieczne było tworzenie zaplecza socjalnego dla migrujących, często nieprzyuczonych do pracy robotników. Wzrost liczby ludności w rejonach przyfabrycznych powodował nasilenie zapotrzebowania na opiekę zdrowotną. Stworzenie tego zaplecza często przekraczało realne możliwości ówczesnych władz. Rozwiązania tego problemu dopatrywano się właśnie w stworzeniu przemysłowej służby zdrowia⁴⁷.

Rozporządzenie to wprowadziło cztery rodzaje zakładów leczniczo-zapobiegawczych (ZLZ), które mogły być tworzone w zakładach pracy. Ich zadania przedstawiono w tabeli 1.

⁴⁵ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4.10.1950 r. w sprawie ustalenia warunków i terminów przejścia przez Zakład Lecznictwa Pracowniczego zakładów leczniczych prowadzonych dla swych pracowników przez przedsiębiorstwa uspołecznione, M.P. z 1950 r. nr A-112.

⁴⁶ Ustawa z dnia 15.12.1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, Dz.U. z 1951 r. nr 67, poz. 466.

⁴⁷ A. Pacho, *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972, s. 134.

Tab. 1. Rodzaje zakładów leczniczo-zapobiegawczych i ich zadania

Rodzaj zakładu leczniczo-zapobiegawczego	Zadania
Punkt felczerski (pielęgniarski)	„Udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach nagłych zachorowań oraz w razie wypadków przy pracy, szerzenie oświaty sanitarnej, zapobieganie chorobom oraz prowadzenie akcji sanitarnej i przeciwepidemicznej, umożliwianie pracownikom korzystania z pomocy leczniczej przekraczającej zakres zadań punktu”, prowadzenie obserwacji pracowników podczas pracy w celu wykrywania wczesnych objawów chorobowych, podejmowanie działań zmierzających do obniżenia absencji w pracy z powodu choroby.
Punkt lekarski	Wszystkie zadania przewidziane dla punktu felczerskiego, a oprócz tego: „udzielanie pomocy leczniczej z wyłączeniem opieki nad obłożnie chorymi, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy, prowadzenie ewidencji wszystkich zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy wydanych pracownikom danego zakładu pracy, badanie nowo wstępujących do pracy, zapewnianie okresowych badań młodocianych, kobiet ciężarnych oraz pracowników zatrudnionych w gałęziach pracy szkodliwych dla zdrowia oraz okresowych kobiet ciężarnych oraz pracowników zatrudnionych w warunkach pracy szkodliwych dla zdrowia, zgłaszanie zgodnie z obowiązującymi przepisami wniosków o stale lub czasowe przeniesienie pracownika ze względu na jego stan zdrowia do innego rodzaju pracy, przeprowadzanie doraźnych kontroli obłożnie chorych w domu”, prowadzenie systematycznej walki o obniżenie absencji chorobowej (obserwacja osób często zwalnających się z pracy z powodu choroby itp.) oraz współdziałanie w tym zakresie z administracją zakładu pracy i z odpowiednimi ogólnymi związkowymi.
Przychodnie	Wszystkie zadania przewidziane dla punktu felczerskiego i lekarskiego, a oprócz tego: „zwalczanie chorób typowych dla danego środowiska j zapobieganie ich powstawaniu, współdziałanie z właściwymi władzami i instytucjami oraz kierownictwem zakładu pracy i zakładowa organizacja związku zawodowego w zakresie zwalczania chorób zakaźnych, udzielanie świadczeń leczniczych w zakresie właściwym dla danej przychodni, roztaczanie opieki nad zdrowiem mieszkańców osiedla lub dzielnicy, w której położony jest zakład pracy, o ile w danej miejscowości nie było innego zakładu opieki zdrowotnej otwartej”.
Pólsanatoria	Nie dookreślono w ustawie ich zadań

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lutego 1953 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych, Dz.U. z 1953 r. nr 12, poz. 50.

ZLZ miały świadczyć pomoc pracownikom zakładu, przy którym były zorganizowane, oraz rodzinom tych pracowników. Zalecano, aby zakłady te były czynne w takich godzinach, by wszyscy pragnący skorzystać z tych świadczeń mieli do nich swobodny dostęp. Organem prowadzącym dla ZLZ były wydziały zdrowia prezydów powiatowych lub miejskich czy też dzielnicowych rad narodowych (w zależności od lokalizacji zakładu), na których spoczywał obowiązek tworzenia sieci tych zakładów, ustalania liczby etatów i godzin zatrudnienia, obsadzania personelu oraz kontrolowanie ich pracy. Jeśli przy zakładzie pracy funkcjonował tylko punkt felczerski lub lekarski, to organizacyjne podlegał on miejscowej przychodni rejonowej. Rozporządzenie przewidywało możliwość organizacji pięciu typów przychodni zakładowych. W zależności od ich wielkości wchodziły w ich skład różne komórki organizacyjne. Szczegółowo pokazano to w tabeli 2.

Tab. 2. Typy przychodni zakładowych

Typ przychodni	Komórki składowe
Typ I	Poradnia ogólna
Typ II	Dwie poradnie: ogólna i higieny pracy, dwa gabinety: jeden specjalności właściwej dla danego zakładu pracy i dentystyczny, pracownia analityczna podręczna
Typ III	Dwie poradnie: ogólna i higieny pracy, pięć gabinetów: trzy specjalności właściwych dla danego zakładu pracy, fizykoterapeutyczny i dentystyczny oraz pracownia analityczna
Typ IV	Dwie poradnie: ogólna i higieny pracy, siedem gabinetów: cztery specjalności właściwych dla danego zakładu pracy, fizykoterapeutyczny, rentgenologiczny i dentystyczny oraz pracownia analityczna
Typ V	Poradnia higieny pracy gabinety: internistyczny, reumatologiczny, neurologiczny, ginekologiczny, laryngologiczny, okulistyczny, stomatologiczny, rentgenologiczny i fizykoterapeutyczny oraz pracownia analityczna

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lutego 1953 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych, Dz.U. z 1953 r. nr 12, poz. 50.

Rodzaj zakładu zapobiegawczo-leczniczego czy też przychodni, jaka mogła być utworzona na terenie zakładu pracy, zależny był od typu przemysłu i liczby zatrudnionych w zakładzie robotników.

Stworzenie przejrzystych regulacji prawnych nie zapewniło w rzeczywistości rozwiązania istniejących niedoborów w zakresie zakłado-

wej pomocy medycznej. Największy problem stanowił brak lekarzy i odpowiednich pomieszczeń, a te, które w ogóle istniały, zazwyczaj były wręcz prymitywne, słabo wyposażone w niezbędny sprzęt. „Kadra fachowa, przede wszystkim lekarska była nieliczna, a jej powiązanie z zakładem pracy krótkie i dorywcze. Kadra lekarska ochrony zdrowia w przemyśle była w dużej mierze przypadkowa, często bez właściwego przygotowania klinicznego, a zwłaszcza specjalistycznego – tradycja specjalności lekarza przemysłowego właściwie w kraju nie istniała”⁴⁸. Bariery dla ówczesnych lekarzy zatrudnianych w zakładach pracy był też brak wiedzy na temat możliwości pojawienia się niektórych chorób zawodowych. W okresie tym bowiem powstawało obok znanych i tradycyjnych gałęzi przemysłu wiele nowych, dotąd nieznanych, a więc niosących ze sobą niespotykane dotąd zagrożenia. Potrzeba było zatem czasu na rozpoznanie nieznanych do tej pory szkodliwości, ich wpływu na zdrowie człowieka, wypracowania modelu leczenia i profilaktyki⁴⁹. Mimo wymienionych wyżej kłopotów, z jakimi borykały się ówczesne zakłady próbujące sprostać wymogom ww. rozporządzenia, powołanie do życia przemysłowej służby zdrowia stało się przełomowym krokiem w uregulowaniu zasad pracy osób tworzących nowy pion w medycynie społecznej.

Podsumowanie

Zręby przyzakładowej pomocy medycznej dostępnej dla wszystkich pracujących robotników tworzono od podstaw w pierwszych ośmiu powojennych latach, w najtrudniejszym powojennym okresie, kiedy priorytetami były inne ważniejsze sprawy. Odziedziczone z okresu międzywojennego doświadczenia z tego zakresu były bardzo skromne. Po zakończeniu wojny nie sprzyjały rozwojowi tej dziedziny medycyny ogromne niedobory kadrowe, brak możliwości specjalistycznego poszerzania wiedzy lekarskiej, brak zaplecza sanitarnego. Wraz z gwałtownym rozwojem przemysłu, a zwłaszcza z pojawieniem się nowych jego gałęzi i napływem ogromnej liczby niewykwalifikowanych robotników oraz wyśrubowanymi planami politycznych osiągnięć pracy, stało się jasne, że należy jak najszybciej zapewnić przynajmniej elementarne zaplecze medyczne we wszystkich zakładach pracy. Wielu spraw nie udało się rozwiązać w tym okresie, ale niewątpliwie dzięki wielu zaangażowanym w to lekarzom, którzy, opierając się częściowo na wzorach wypracowanych w państwach Europy Zachodniej, a częściowo na

⁴⁸ Ibidem, s. 135.

⁴⁹ Ibidem.

narzuconych wzorcach radzieckich, stworzyli w bardzo szybkim czasie pierwszy w dziejach model przemysłowej służby zdrowia. Trudno dziś jednoznacznie ocenić, czy powstały wówczas kształt przykładowej opieki medycznej był adekwatny do możliwości i potrzeb, ale należy przyznać, że był on prototypem i punktem wyjścia do dalszego reformowania tego systemu, poszerzania go i modyfikowania w kolejnych latach. Z całą pewnością można stwierdzić, że był to czas, w którym stanowisko lekarza fabrycznego zostało zastąpione zespołem medycznym zajmującym się nie tylko udzielaniem pomocy medycznej w razie nagłych wypadków i zachorowań, ale przede wszystkim profilaktyką zdrowotną i promowaniem higienicznego trybu życia.

Bibliografia

Źródła

- Etyka socjalistycznej służby zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 3.
- J.Z., *Lekarze fabryczni*, „Robotnik” 1926, nr 245.
- Mierzecki H., *Czasy i klimaty. Starania o utworzenie Klinicznego Instytutu Pracy w latach 1946–1948*, „Analecta: studia i materiały z dziejów nauki” 2006, nr 1–2.
- Mierzecki H., *Służba zdrowia w przemyśle*, „Śląska Gazeta Lekarska” 1946, nr 12.
- Majorowska W., *Powołanie do życia Zakładu Lecznictwa Pracowniczego*, „Praca i Opieka Społeczna” 1950, nr 3.
- Nowakowski B., *Nowe prądy w organizacji higieny pracy*, [w:] *Służba lekarska w zakładach pracy. Referaty wygłoszone na konferencji lekarzy fabrycznych zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w dniach 2 i 3 marca 1935 roku*, Warszawa 1935.
- Paluch E., *Współczesny stan Służby Lekarskiej w przemyśle polskim*, [w:] *Służba lekarska w zakładach pracy. Referaty wygłoszone na konferencji lekarzy fabrycznych zwołanej przez Instytut Spraw Społecznych w dniach 2 i 3 marca 1935 roku*, Warszawa 1935.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 lutego 1953 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów leczniczo-zapobiegawczych, Dz.U. z 1953 r. nr 12, poz. 50.
- Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. z 1948 r. nr 55, poz. 434, art. 6.
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa pracowniczego, Dz.U. z 1950 r. nr 36, poz. 333 i 334.

Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, Dz.U. z 1951 r. nr 67, poz. 466.

Zagrodzki J., *Lekarz przemysłowy na tle współczesnej polityki społecznej*, [w:] *I Zjazd lekarzy przemysłowych hutniczych w Katowicach 26–27 X 1946 r.*, Cieszyn bdw.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 października 1950 r. w sprawie ustalenia warunków i terminów przejęcia przez Zakład Lecznictwa Pracowniczego zakładów leczniczych prowadzonych dla swych pracowników przez przedsiębiorstwa uspołecznione, M.P. z 1950 r. nr A-112.

Opracowania

Abrams H.K., *A Short History of Occupational Health*, „Journal of Public Health Policy” 2001, vol. 22, nr 1.

Brown J.R., Thornton J.L., *Percivall Pott (1714–1788) and Chimney Sweeper’ Cancer of the Scrotum*, „British Journal of Industrial Medicine” 1957, vol. 14, nr 1.

Corn J.K., *Historical Perspective to a Current Controversy on the Clinical Spectrum of Plumbism*, „Health and Society” 1975, vol. 53, nr 1.

Ćwiąkała-Małys A., Łagowski P., *Ewolucyjny obraz przekształceń systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji” 2013, t. 93.

Danowska-Prokop B., *Ubezpieczenia brackie i ich funkcjonowanie na Górnym Śląsku w okresie międzywojennym*, „Optimum. Economic Studies” 2019, nr 2.

Florczyk K., *Stalinizm jako stan wyjątkowy. Robotnicy i robotnice: budowniczości socjalizmu czy więźniowie obozu?*, „Teksty Drugie” 2014, nr 5.

Franco G., *Bernardino Ramazzini and the new epidemics of work-related disorders*, „Medicina nei Secoli: Arte e Scienza” 2011, vol. 23, nr 2.

Franco G., *Bernardino Ramazzini: The Father of Occupational Medicine*, „American Journal of Public Health” 2001, vol. 91, nr 9.

Frużyński A., *Przemysłowa służba zdrowia w Zabrze w latach 1945–1989*, „Kroniki Miasta Zabrze” 2018, nr 8.

Gagliardi D., Marinaccio A., Valenti A., Iavicoli S., *Occupational safety and health in Europe: lessons from the past, challenges and opportunities for the future*, „Industrial Health” 2012, vol. 50, nr 1.

- Gochweld M., *Chronologic History of Occupational Medicine*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine” 2005, vol. 47, nr 2.
- Grata P., *Od Drugiej Rzeczypospolitej do Polski Ludowej. Ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 1944–1950*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15.
- Indulski J., Leowski J., *Podstawy medycyny społecznej*, Warszawa 1971.
- Jastrzębowski Z., *Spory o model leczenia. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku)*, Łódź 1994.
- Kozłowska U., *Organizacja ochrony zdrowia robotników na Pomorzu Zachodnim w latach 1945–1955. Wprowadzenie do problematyki*, „Przegląd Zachodniopomorski” 2018, z. 1.
- Maślankiewicz, K. *Georgius Agricola (1494–1555)*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1956, nr 1.
- Pacho A., *Organizacja służby zdrowia w PRL*, Warszawa 1972.

Strony internetowe

- Macewicz P., *Higiena pracy i zawodoznawstwo*, „Życie Techniczne” 1938, nr 4, https://bcpw.bg.pw.edu.pl/Content/1601/02zt38_nr4_higiena.pdf.