

**Barbara Fogt**

**Poznański Ośrodek Reumatologiczny  
w kontekście zmian zachodzących  
w ochronie zdrowia w latach  
1952 – 2005**

**Rozprawa doktorska**

**Promotor: prof. dr hab. Michał Musielak**

**Katedra Nauk Społecznych**

**Wydział Nauk o Zdrowiu**

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu**

**Poznań 2012**

*Panu Profesorowi Michałowi Musielakowi  
składam serdeczne podziękowania za życzliwość,  
cierpliwość i szczególną wyrozumiałość w pokonaniu  
nie tylko naukowych trudności*

*Niniejszą pracę dokorską dedykuję najbliższym...*

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	<b>7</b>
1. Uwagi wprowadzające.....	7
2. Stan badań.....	11
3. Cele pracy .....	11
4. Podstawy źródłowe i metodologia badań .....	12
5. Struktura pracy.....	13
<b>Wykaz skrótów</b> .....	<b>19</b>
<b>Rozdział I</b>	
<b>Geneza i funkcjonowanie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego</b>	
<b>Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki</b>	
<b>Zdrowotnej (1952-1963) .....</b>	
<b>21</b>	
1. Ochrona zdrowia w Polsce po II wojnie światowej .....	21
2. Powstanie Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków ....	34
3. Struktura organizacyjno-prawna.....	39
4. Obraz Zakładu w początkowym okresie działalności .....	41
4.1. Pacjenci i kadra .....	41
4.2. Formy rehabilitacji .....	43
<b>Rozdział II</b>	
<b>Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatologiczno – Ortopedyczne</b>	
<b>Dla Dorosłych (1964-1979) .....</b>	
<b>47</b>	
1. Główne kierunki działań w ochronie zdrowia w latach 1964-1979 .....	47
2. Podstawy organizacyjno-prawne Sanatorium dla Dorosłych.....	57
3. Zakład Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów.....	59
4. Uruchomienie Sali Operacyjnej.....	65
5. Otwarcie oddziału w Błociszewie .....	68

### **Rozdział III**

#### **Poznański Ośrodek Reumatologiczny Specjalistyczny Zespół Opieki**

<b>Zdrowotnej (1980-1995) .....</b>	<b>72</b>
1. Założenia w ochronie zdrowia w latach 1980-1995 .....	72
2. Działania restrukturyzacyjne w POR SZOZ .....	92
3. Postęp w leczeniu rehabilitacyjnym .....	98
4. Otwarcie Oddziału Dziennego .....	103
5. Przynależność POR SZOZ do sieci Szpitali Promujących Zdrowie .....	104

### **Rozdział IV**

#### **Poznański Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny**

<b>Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej (1996-2005) .....</b>	<b>110</b>
1. Nowe wyzwania w ochronie zdrowia w latach 1996-2005 .....	110
2. Zmiana struktury organizacyjno-prawnej POR SPSZOZ .....	122
3. Uruchomienie Pracowni Densytometrycznej .....	131
4. Uzyskanie Certyfikatu ISO 9001-2000 .....	132
5. Uruchomienie Kriokomory .....	136

### **Rozdział V**

#### **Poznański Ośrodek Reumatologiczny w perspektywie 53 lat – obraz**

<b>statystyczny .....</b>	<b>139</b>
1. Pacjenci Ośrodka .....	139
1.1. Liczba hospitalizowanych .....	139
1.2. Liczba przyjęć na Oddział Dzienny .....	142
1.3. Liczba przyjęć ambulatoryjnych .....	143
2. Zasoby kadrowe .....	145
2.1. Personel wg kwalifikacji .....	145
2.2. Lekarze wg specjalizacji .....	147
2.3. Struktura personelu medycznego .....	148
2.4. Personel według wykształcenia .....	149

## **Rozdział VI**

<b>Bilans osiągnięć i dalsze wyzwania .....</b>	<b>151</b>
1. Działalność dydaktyczno-naukowa .....	151
2. Prace naukowo – badawcze .....	152
3. Polski Komitet Profesjonalistów Zdrowia.....	155
4. Koło Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków.....	162
<b>Podsumowanie i wnioski.....</b>	<b>165</b>
<b>Streszczenie .....</b>	<b>170</b>
<b>Summary .....</b>	<b>172</b>
<b>Spis tabel .....</b>	<b>174</b>
<b>Spis wykresów.....</b>	<b>174</b>
<b>Spis rycin.....</b>	<b>174</b>
<b>Strony internetowe .....</b>	<b>175</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>176</b>

# Wstęp

## 1. Uwagi wprowadzające

Przełomowe znaczenie dla zmian w organizacji ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej miała ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia<sup>1</sup>. Ochrona zdrowia przyjęła charakter działalności państwowej ściśle wzorując się na modelu radzieckim (model Siemaszki). Model centralnego planowania przyjęty dla całej gospodarki z powodzeniem zastosowano w odniesieniu do świadczeń w opiece zdrowotnej. Uznanie w Konstytucji PRL w 1952 roku prawa do ochrony zdrowia wytworzyło w świadomości obywateli przekonanie, że tylko państwo jest odpowiedzialne za stan ich zdrowia. Do 1989 roku cała ludność kraju objęta była systemem zabezpieczenia społecznego w tym i zdrowotnego, co sprowadzało się do bezpłatnej służby zdrowia stwarzając wiele trudnych problemów natury organizacyjnej oraz finansowej. Sytuacja ta, miała wpływ na warunki ekonomiczno-finansowe w tym wzrost kosztów leczenia przy jednocześnie zmniejszonym nakładzie na ochronę zdrowia, co przyczyniło się niewątpliwie do coraz to większej niewydolności systemu zdrowotnego.

W powojennej Polsce można wyróżnić kilka etapów związanych z ustaleniem kierunków działalności w zakresie sektora zdrowotnego<sup>2</sup>. Lata 1944-1970 to okres związany z tworzeniem powszechnej ochrony zdrowia oraz z rozszerzeniem świadczeń zabezpieczenia społecznego. Wszelkie działania zmierzały w kierunku rozwoju sektora zdrowotnego (w tym rozwój kadr medycznych, lecznictwa przemysłowego) i działalność profilaktyczną koncentrując się głównie na badaniach okresowych i na opiece nad kobietami i dziećmi.

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dziennik Ustaw 1948 Nr 55 poz. 434.

<sup>2</sup> Na podstawie: L. Frąckiewicz, Polityka społeczna. Zarys wykładu, Katowice 1998, s. 63-64.

W latach 1971-1979 przyjęto program ochrony zdrowia obowiązujący do 1990 roku<sup>3</sup>, zorganizowano system podstawowej opieki zdrowotnej (powołano zespoły opieki zdrowotnej) w celu zintegrowania lecznictwa otwartego i zamkniętego, opieki medycznej oraz pomocy społecznej. Rozszerzono też bezpłatną opiekę zdrowotną na całą ludność bez względu na charakter i sektor zatrudnienia.

Lata 1980-1995 to okres<sup>4</sup>, w którym główne działania służby zdrowia nastawione były na umacnianie zdrowia, a odpowiedzialność za zdrowie ponosiło państwo, rodzina, zakłady pracy i każdy obywatel. W tym czasie zaczęto dostrzegać trudności w prawidłowym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej wynikające z sytuacji ekonomicznej kraju tj. kryzysu ekonomicznego, który miał wpływ na funkcjonowanie placówek służby zdrowia. Wprowadzenie reformy gospodarczej, w której główny nacisk położono na ekonomizację działań ochrony zdrowia oraz konieczność efektywniejszego wykorzystania szeroko rozumianej infrastruktury było uzasadnieniem do szybkiego wprowadzenia reformy polskiego systemu ochrony zdrowia. Powstawały i upadały różne koncepcje reformatorskie jednak brak woli podjęcia ryzyka politycznego przez rządzących spowodował, że na reformy zdecydowano się dopiero wówczas, gdy utrzymanie dotychczasowej formy organizacyjnej groziło załamaniem i upadkiem systemu. Z perspektywy czasu można zauważyć, że podejmowanie nieprzemyślanych decyzji dotyczących funkcjonowania placówek służby zdrowia oddziaływało negatywnie nie tylko na brak możliwości realizacji celów ekonomicznych i statutowych danej placówki, miało również wpływ na ograniczenie działań lub załamanie funkcjonowania, co w największym stopniu dotknęło szpitale publiczne.

Zmiany prawne w omawianym okresie dotyczące systemu ochrony zdrowia, były związane z Ustawą o zakładach opieki zdrowotnej z dnia

---

<sup>3</sup> Ibidem.

<sup>4</sup> L. Frąckiewicz, Polityka ochrony zdrowia (w:) Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej, praca zbiorowa pod redakcją L. Frąckiewicz, Katowice 1991, s. 9-10.



30 sierpnia 1991 roku<sup>5</sup>, która określiła pojęcie zakładu opieki zdrowotnej i stała się podstawą prawną umożliwiającą dalsze przekształcenia w opieki zdrowotnej. Umożliwiła wprowadzenie radykalnych przemian w finansowaniu i organizacyjnym umocowaniu instytucji opieki zdrowotnej.

Zmieniły się reguły redystrybucji środków na świadczenia zdrowotne, zasady gospodarowania nimi oraz system nadzoru. Wszelkie przekształcenia dotyczące warunków działania organizacji opieki zdrowotnej objęły zakłady opieki zdrowotnej, w tym szpitale publiczne.

W latach 1996-2005 nastąpiły przekształcenia jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatyzacja aptek i hurtowni leków. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 roku<sup>6</sup> po raz pierwszy wprowadziła do systemu zdrowotnego rachunek ekonomiczny, co przesądziło o sposobie finansowania usług medycznych. Wejście w życie tej ustawy w 1999 roku spowodowało odejście od budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej i przejście do systemu ubezpieczeniowego, a model w wersji Siemaszki zastąpiony został modelem ubezpieczeniowym. Finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowane było przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego – Kasy Chorych (16 kas regionalnych i 1 kasa branżowa), które zarządzały zgromadzonymi funduszami pochodzącymi głównie ze składek ubezpieczeniowych<sup>7</sup>. Wprowadzenie Kas Chorych nie uzdrowiło sektora zdrowotnego, w związku z czym 23 stycznia 2003 roku uchwalona została ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>8</sup>, a w miejsce 17 Kas Chorych utworzono Narodowy Fundusz Zdrowia, który jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną zabezpieczał świadczenia zdrowotne ubezpieczonym poprzez zarządzanie środkami

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1991 Nr 91 poz. 408.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dziennik Ustaw 1997 Nr 28 poz. 153.

<sup>7</sup> M. Musielak, Przedmowa, (w:) Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość, pod redakcją M. Musielaka, Poznań 2003, s. 6.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dziennik Ustaw 2003 Nr 45 poz. 391.

finansowymi i zawieranie umów ze świadczeniodawcami. 27 sierpnia 2004 roku uchwalona została ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>, która zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego<sup>10</sup> uchyliła ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Prawne gwarancje do ochrony zdrowia zagwarantowane zostały także w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku<sup>11</sup> w której art. 68 mówi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że zapis konstytucyjny obok gwarancji formalnych, zobowiązał także władze publiczne do zapewnienia każdemu obywatelowi niezależnie od sytuacji materialnej jednakowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych.

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej oraz związane z tym przepisy wspólnotowe z zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego spowodowały, że polski ustawodawca będzie musiał podjąć prace nad systemowym ujednoczeniem przepisów związanych z działalnością sektora zdrowotnego w Polsce.

Działania podejmowane dotychczas w sektorze zdrowotnym głównie polegały na kosmetycznych zmianach zarówno organizacyjnych i prawnych wprowadzanych pod wpływem doraźnych i chaotycznych pomysłów przedstawianych społeczeństwu jako reformy służby zdrowia. Rzeczywistość jednak była inna gdyż, w ochronie zdrowia utrzymywały się nieefektywne i korupcjogenne struktury organizacyjne jako pozostałości pochodzące z poprzedniego okresu<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dziennik Ustaw 2004 Nr 210, poz. 2135.

<sup>10</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 stycznia 2004 roku w sprawie NFZ (Sygn. Akt K 14/03).

<sup>11</sup> Art.68., Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dziennik Ustaw 1997 Nr 78 poz. 483.

<sup>12</sup> Szerzej na temat: M. Dercz, H. Izdebski, Zmiany w ochronie zdrowia: permanentna reforma systemu, (w:) M. Rymśza (red.), Reformy społeczne. Bilans dekady, Warszawa 2004, s. 147.

Mając powyższe na uwadze, na przykładzie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego<sup>13</sup> w Śremie postaram się przedstawić jaki wpływ (zarówno pozytywny jak i negatywny) na rozwój i funkcjonowanie placówki miał proces reformowania ochrony zdrowia w Polsce od momentu jej utworzenia w 1952 roku do 2005 roku.

Dlatego też, w niniejszej pracy na podstawie szczegółowej analizy treści materiałów źródłowych i dokumentów przybliżę jego genezę, rozwój i osiągnięcia, a także źródła jego sukcesów i porażek.

## **2. Stan badań**

Wpływ przemian zachodzących w ochronie zdrowia w Polsce w latach 1952-2005 na przekształcenia dokonujące się w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym nie były dotychczas przedmiotem szerszych badań naukowych. Niemniej jednak, cennym źródłem informacji na temat funkcjonowania placówki w latach 1952-2002 było opracowanie pt. *Z kart historii Ośrodka...*, pod red. Wiesława Romanowskiego /Śrem 2002/.

Ponadto, informacje ogólne dotyczące działalności POR można znaleźć w folderach wydanych z okazji 25-lecia, 45-lecia i 50-lecia istnienia Ośrodka oraz w opracowaniu pt. *Błociszewo dawniej i dziś* autorstwa J. J. Wesołowskiego.

## **3. Cele pracy**

Przedmiotem dysertacji doktorskiej jest analiza procesu dostosowania szpitala – Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (POR SP SZOZ)

---

<sup>13</sup> Ilekroć w niniejszej pracy jest mowa o Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym (POR), Sanatorium dla Dorosłych, Ośrodku rozumie się przez to: Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków (ZL i SZR), Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatologiczno – Ortopedyczne dla Dorosłych (SRRO dla Dorosłych), Poznański Ośrodek Reumatologiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej (POR SZOZ) oraz Poznański Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej (POR SPS ZOZ).

w Śremie do zmian systemowych zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952-2005. W związku z powyższym, zasadniczym celem pracy jest usystematyzowanie wiedzy na temat zmian reformatorskich z zakresu ochrony zdrowia i próba oceny wpływu tych zmian na przekształcenia i funkcjonowanie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego. Dlatego też, na podstawie analizy uzyskanych dokumentów i materiałów źródłowych zmierzałam do ukazania:

1. Genezy, rozwoju i osiągnięć Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego.
2. Źródeł jego sukcesów i porażek.
3. Związku pomiędzy przemianami zachodzącymi w ochronie zdrowia w stosunku do zmian i przekształceń podjętych w POR.
4. Jaki wpływ na funkcjonowanie placówki miały przekształcenia w okresie reformowania sektora opieki zdrowotnej.

#### **4. Podstawy źródłowe i metodologia badań**

Jest to praca z zakresu historii instytucji opieki zdrowotnej obejmująca lata powojenne, okres komunizmu, transformacji ustrojowej aż do 2005 roku. W części badawczej oparta jest na metodzie porównawczej i statystycznej, a jedną z technik badawczych jest analiza treści uzyskanych dokumentów. W pracy wykorzystano opracowania naukowe i dostępną literaturę podejmującą problematykę ochrony zdrowia, poświęconą kwestii związanej z procesem reformowania systemu opieki zdrowotnej, w tym głównie szpitali.

Inną grupę materiałów z których skorzystano stanowiły akty prawne krajowe i europejskie w zakresie przyjmowanych rozwiązań formalnych, jak i instytucjonalnych dotyczących ochrony zdrowia (raporty, materiały statystyczne, dokumenty polityczne, reformatorskie, artykuły prasowe oraz dane uzyskane z wywiadów i obserwacji uczestniczącej). Korzystano również z informacji dostępnych na stronach internetowych.

Do oceny działalności sektora zdrowotnego wykorzystano m.in. następujące kategorie źródeł i dokumentów:

- Ustawy, rozporządzenia i sprawozdania ministerialne;
- Uchwały Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu;
- Zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego;
- Uchwały Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu;
- Uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego;
- Sprawozdania zbiorcze opracowane przez Poznański Ośrodek Reumatologiczny.

Ponadto, w celu uzyskania danych dotyczących funkcjonowania badanej placówki skorzystano z dokumentów zdeponowanych w:

- Archiwum Państwowym w Poznaniu (dokumenty archiwalne);
- Instytucie Reumatologicznym w Warszawie (opracowania);
- Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym (kroniki, sprawozdania, publikacje, opracowania).

W celu dokonania oceny działalności POR posłużono się danymi liczbowymi, w których uwzględniono:

- pacjentów (liczba hospitalizowanych, średni czas pobytu na oddziałach szpitalnych, wskaźnik obłożenia łóżek w %, liczba leczonych w poradniach specjalistycznych i na oddziale dziennym);
- zasoby kadrowe – dane w % (personel według kwalifikacji, wykształcenia, specjalizacji oraz strukturę personelu medycznego).

Obszar poszukiwań niniejszej pracy ograniczono do jednej samodzielnej publicznej placówki służby zdrowia, zlokalizowanej na terenie województwa wielkopolskiego. Wybór ten podyktowany był między innymi: oryginalnością tematyki, specyfiką funkcjonowania oraz możliwością dotarcia do placówki.

## **5. Struktura pracy**

Praca składa się z sześciu rozdziałów. Każdy pierwszy podrozdział, to analiza aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia. Następne podrozdziały będą dotyczyły nie tylko struktury prawnej POR czy zmiany jego nazwy, lecz

również mówić o zmianach dotyczących metod i kierunków leczenia oraz form rehabilitacji.

Rozdziały I-IV obejmują poszczególne okresy działalności POR, natomiast piąty przedstawia obraz statystyczny na przestrzeni 53 lat, a szósty to bilans osiągnięć i katalog dalszych wyzwań.

W rozdziale I obejmującym lata 1952-1963, scharakteryzowano genezę powstania POR, który utworzono pod nazwą Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków. Przedstawiono inicjatorów i jego twórców, początki jego działalności gdzie dominowała rehabilitacja zawodowa (połączenie rehabilitacji z nauką zawodu). Przybliżono również aktualnie panujący obraz służby zdrowia w tym kształtowanie się społecznej służby zdrowia.

Rozdział II obejmuje lata 1964-1979 charakteryzujące się dynamicznym rozwojem placówki. Wynikał on między innymi ze zmiany profilu leczenia i sytuacji prawnej, stąd też zmiana jego nazwy. Uchwałą Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej (1964) przekształcono Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków na Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatyczno-Ortopedyczne dla Dorosłych. Przedstawiono strukturę organizacyjną, w której wyodrębniono dział leczniczy, rehabilitacji i usprawniania leczniczego, administracyjny i pomocniczo-gospodarczy.

W 1965 roku zostaje uruchomiona sala operacyjna. Leczenie operacyjne włączono do ogólnego programu rehabilitacji polegającej na wczesnej interwencji operacyjnej. Początkowo zabiegi operacyjne wykonywane były przez operatorów z Poznania, później także przez tutejszych lekarzy.

W 1974 roku rozpoczyna działalność Oddział Reumatologiczno-Rehabilitacyjny w Błociszewie. Przystosowanie obiektu do przyjęcia większej liczby pacjentów trwało do 1975 roku. W rozdziale tym przedstawiono również sytuację w służbie zdrowia, a w szczególności pogłębiające się trudności w prawidłowym funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

W kolejnym III rozdziale przedmiotem zainteresowania był okres reformowania systemu ochrony zdrowia w latach 1980-1995 zapoczątkowany

zasadniczymi zmianami ustroju politycznego i gospodarczego. Ukazano też, dalszy rozwój POR i początek szeroko pojętej restrukturyzacji.

Akt prawny, jakim była ustawa z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej zapoczątkował prawdziwą reformę ochrony zdrowia w Polsce, dając możliwości tworzenia i funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Był próbą urynkowienia usług medycznych oraz odejściem od centralistycznego systemu ochrony zdrowia.

W tym czasie, konieczność zapewnienia wszechstronnej opieki reumatologicznej łącznie ze świadczeniami ortopedii i rehabilitacji zaowocowało utworzeniem 1 września 1980 roku Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego – Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej. Obszar działania Zespołu objął województwo poznańskie, a w zakresie rehabilitacji leczniczej ówczesne województwa: poznańskie, kaliskie, konińskie, leszczyńskie i pilskie. Poza specjalistyczną opieką w dziedzinie reumatologii, ortopedii i rehabilitacji dla dorosłych zajmował się leczeniem i rehabilitacją młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu.

W 1985 roku uruchomiono aptekę szpitalną<sup>14</sup>. Od sierpnia 1987 roku, jako trzecia placówka w kraju Ośrodek wprowadził leczenie niskimi temperaturami (krioterapia). W 1992 roku, ze względu na coraz to większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w dziedzinie rehabilitacji utworzono oddział dzienny. By sprostać standardom i wymogom w opiece zdrowotnej XXI wieku Poznański Ośrodek Reumatologiczny w 1994 roku przystąpił do Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

Następny IV rozdział obejmuje okres od 1996-2005 roku. W czerwcu 1997 roku znowelizowano ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, której istotą była samodzielność placówek ochrony zdrowia dająca, co wiązało się z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych.

---

<sup>14</sup> Archiwum Państwowe w Poznaniu, Z Zespołu: Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu, jednostka aktowa 53/1071/0/16.10/5074, Sanatorium w Śremie (zezwolenie na uruchomienie apteki), Zn. t. 1536/85, Sygn. Akt. dawna 5074/VIII/1054, s. 1-2.

W lutym 1997 roku przyjęta została ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przywracająca instytucje Kas Chorych. Priorytetowym założeniem reformy było odejście od finansowania ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa. Zakłady Opieki Zdrowotnej, które chciały uczestniczyć w systemie musiały zmienić swój status z jednostek zakładów budżetowych w posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jako jednostki samodzielne mogły prowadzić własną politykę kadrową i płacową, samodzielną gospodarkę finansową i posiadać zdolność do czynności prawnych.

W latach 1995-1996 roku Ośrodek uczestniczył w programie pilotażowym, opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczącym przekształcania jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Podjęto działania restrukturyzacyjne, przeprowadzono stopniową modernizację obiektu, przystosowując go do działalności w ramach konkurencji. Efekty finansowe i edukacyjne z udziału w programie pilotażowym ułatwiły dalsze przekształcenia.

Zarządzeniem Wojewody Poznańskiego z lipca 1996 roku POR SZOZ przekształcono w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. Zmiana profilu leczenia i dynamika przyjęć spowodowała, że w pierwszej kolejności przyjmowano pacjentów z chorobami reumatycznymi. Największy odsetek przyjęć dotyczył: Reumatoidalnego Zapalenia Stawów (RZS). Ponadto, w omawianym okresie zainteresowano się osteoporozą (często towarzyszy chorobom zapalnym stawów<sup>15</sup>), dlatego dla potrzeb diagnostycznych w grudniu 1997 roku uruchomiono pracownię densytometryczną.

W styczniu 2003 weszła w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Funkcjonujące Kasy Chorych przekształcono w jedną instytucję – NFZ. Ujednolicono zasady finansowania świadczeń zdrowotnych. Stałe dążenie do podnoszenia jakości świadczonych usług w POR, pozwoliło na podjęcie decyzji o wdrożeniu systemu zarządzania jakością. Po spełnieniu wszystkich warunków i standardów, jakie narzuca

---

<sup>15</sup> S. Mackiewicz, I. Zimmermann – Górska, Reumatologia, Warszawa 1995, s. 290.



międzynarodowa norma ISO, system ten został wdrożony w grudniu 2004 roku. W 2006 roku przewidywane jest uruchomienie Kriokomory.

Rozdział V poprzedzony zestawieniem danych, przedstawia obraz statystyczny POR obejmujący 53 lata jego działalności. Uzyskane dane wyraźnie wskazują jak dynamicznie rozwijał się Ośrodek, czego rezultatem był wzrost liczby przyjętych pacjentów. Porównaniem niech będzie okres 26 lat (1952-1978), w którym to przyjęto 5188 pacjentów z okresem 4 letnim (2002-2005), w którym to hospitalizowano 9642 pacjentów.

Pierwsze lata działalności to hospitalizacja pacjentów po amputacjach kończyn dolnych, niedowładach, porażeniach mózgowych, później to pacjenci głównie z chorobami reumatycznymi.

Z kolei, przy analizie zasobów kadrowych uwzględniono: personel według kwalifikacji, specjalizacji, administracyjno-gospodarczy i inny personel medyczny. Placówka w pierwszych latach działalności praktycznie nie posiadała specjalistów. Aktualnie zatrudnia pracowników z tytułem profesora, docenta, doktora, magistrów i techników różnych specjalności.

Rozdział VI to bilans osiągnięć i dalsze wyzwania. Poznański Ośrodek Reumatologiczny od blisko 33 lat współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Na początku były to głównie kontakty z katedrą Biomechaniki. Od 1993 roku współpraca ma charakter instytucjonalny. Prowadzono zajęcia z reumatologii oraz ćwiczenia z zakresu rehabilitacji.

W praktykach uczestniczyli studenci polscy, oraz studenci z uczelni zagranicznych.

W okresie obejmującym lata 1964-1968 prowadzono badania, których celem była ocena wyników kompleksowej rehabilitacji chorych na RZS i ZZSK. Głównym tematem prac badawczych w latach siedemdziesiątych była ocena wydolności ręki w pracy zawodowej, a w osiemdziesiątych, zainteresowano się oceną skuteczności leczenia niskimi temperaturami. W latach dziewięćdziesiątych i później powstały prace dotyczące osteoporozy oraz leczenia reumoortopedycznego. Były prezentowane nie tylko w naszym

kraju, ale także poza jego granicami choćby w Finlandii, Portugalii czy Wielkiej Brytanii.

Polski Komitet Profesjonalistów Zdrowia, którego zarząd główny mieści się w POR został utworzony w 2001 roku. Utworzenie PKPZ skutkowało współpracą profesjonalistów zdrowia (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologzy, pracownicy socjalni i inni), którzy wspólnie wypracowywali rozwiązania dotyczące opieki nad przewlekle chorymi.

W 2002 roku utworzone zostało Koło Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków. Zarząd przyjął Statut Zarządu Głównego z siedzibą w Warszawie, który stanowi podstawę działalności stowarzyszenia do dnia dzisiejszego. Patronat nad Stowarzyszeniem obok Starosty śremskiego objął również Poznański Ośrodek Reumatologiczny.

Uzyskany materiał poddano szczegółowej analizie, na podstawie której opracowano wnioski końcowe.

## Wykaz skrótów

<b>CASE</b>	– Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych
<b>COBR</b>	– Centralny Ośrodek Badań Rozwojowych
<b>CO i EOZ</b>	– Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
<b>EULAR</b>	– Europejska Liga do Walki z Reumatyzmem
<b>FUZ</b>	– Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych
<b>ILAR</b>	– Międzynarodowa Unia Towarzystw Reumatologicznych
<b>KZKCH</b>	– Krajowy Związek Kas Chorych
<b>MON</b>	– Ministerstwo Obrony Narodowej
<b>MPIOS</b>	– Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej
<b>MPOSiZ</b>	– Ministerstwo Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia
<b>MSW</b>	– Ministerstwo Spraw Wewnętrznych
<b>MZ</b>	– Ministerstwo Zdrowia
<b>NFOZ</b>	– Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia
<b>NFZ</b>	– Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NSZZ</b>	– Niezależny Samorządny Związek Zawodowy
<b>NZOZ</b>	– Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
<b>PFRON</b>	– Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
<b>PKPZ</b>	– Polski Komitet Profesjonalistów Zdrowia
<b>PKWN</b>	– Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego
<b>POR</b>	– Poznański Ośrodek Reumatologiczny
<b>POZ</b>	– Podstawowa Opieka Zdrowotna
<b>POR SZOZ</b>	– Poznański Ośrodek Reumatologiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej
<b>POR SPSZOZ</b>	– Poznański Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej
<b>PUZ</b>	– Powszechnie Ubezpieczenie Zdrowotne
<b>PZOZ</b>	– Przemysłowe Zespoły Opieki Zdrowotnej

<b>PZPR</b>	– Polska Zjednoczona Partia Robotnicza
<b>SPZOZ</b>	– Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
<b>TK</b>	– Trybunał Konstytucyjny
<b>UNUZ</b>	– Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
<b>WHO</b>	– Światowa Organizacja Zdrowia
<b>WTZ</b>	– Warsztat Terapii Zajęciowej
<b>ZLP</b>	– Zakład Lecznictwa Pracowniczego
<b>ZLiSZR</b>	– Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków
<b>ZPCH</b>	– Zakład Pracy Chronionej
<b>ZUS</b>	– Zakład Ubezpieczeń Społecznych

# Rozdział I

## **Geneza i funkcjonowanie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Samodzielного Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (1952-1963)**

### **1. Ochrona zdrowia w Polsce po II wojnie światowej**

Sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego po II wojnie światowej spowodowała, że organizacja służby zdrowia należała do najpilniejszych i zarazem najtrudniejszych zadań stojących zarówno przed państwem jak i przed polskim społeczeństwem.

Organizacja ochrony zdrowia<sup>16</sup> sprzed i po 1945 roku determinowana była przede wszystkim rozwojem nauk lekarskich oraz istniejącą w danym okresie sytuacją polityczną i społeczno-ekonomiczną kraju.

---

<sup>16</sup> Podejmując problematykę organizacji ochrony zdrowia zasadnym jest znajomość samej definicji organizacji ochrony zdrowia oraz wyjaśnienia dotyczące zmian podstawowych zasad organizowania opieki zdrowotnej ze względu na zmiany warunków ekonomicznych w kraju, wpływających na jej funkcjonowanie. Niezbędne jest też wyjaśnienie pojęcia systemu zdrowotnego. Sama definicja oznacza organizację ochrony zdrowia, jako systemu tych poczynań, które dokonuje społeczeństwo w celu zapobiegania, leczenia i usuwania następstw chorób w celu przedłużania życia, a tym samym utrzymania zdolności fizycznych, umysłowych i społecznych. Jest to inaczej zaplanowane działanie ukierunkowane na rozpoznanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a przede wszystkim na ich rozwiązywanie. Ponieważ zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych zależne jest od skutecznej i efektywnej organizacji ochrony zdrowia należy ją postrzegać jako dyscyplinę naukową (bada: rozwój form organizacyjnych ochrony zdrowia, stan zdrowia ludności, warunki konieczne do wykorzystania zdobyczy naukowych by poprawić stan zdrowia populacji i utrzymać go na nie pogarszającym się poziomie) oraz jako praktyczną działalność na rzecz zdrowia ludności (zapobieganie chorobom, przedłużanie życia ludzkiego, poprawa zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego społeczeństwa), J. Leowski, Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia, „Prawo i Medycyna” 2000, Nr 6-7, s. 8. System zdrowotny natomiast to świadome i zorganizowane działania podejmowane przez państwo na rzecz zdrowia obywateli zarówno na płaszczyźnie politycznej, prawnej, ekonomicznej społecznej i kulturowej. Działanie systemu ukierunkowane jest na odkrywanie i rozwiązywanie potrzeb zdrowotnych, a przede wszystkim na dostarczenie i realizowanie świadczeń i usług profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Innymi słowy – to system czynności, urzędzeń, instytucji, którego celem jest m.in. zapobieganie chorobom, leczenie i przedłużanie życia ludzkiego, poprzez zapewnienie dostępności, ciągłości, skuteczności i kompleksowości opieki. Realizacją zadań w dziedzinie opieki zdrowotnej zajmują się zakłady i instytucje medyczne (zakłady lecznictwa zamkniętego, otwartego – ambulatoryjnego) na różnych poziomach organizacyjnych dostosowanych do jednostek administracyjnych kraju, E. P. Wąsiewicz, Zdrowie Publiczne i Medycyna Społeczna, Skrypt dla studentów, Poznań 2000, s. 23-30.

Po II wojnie światowej w Polsce reaktywowana została struktura lecznictwa wielosektorowego istniejąca w okresie II Rzeczypospolitej (1918-1939), która wynikała z prawnie uregulowanego aktu własności placówek opieki zdrowotnej. Właścicielem sektora publicznego było państwo oraz samorządy. Obok sektora publicznego istniał też sektor ubezpieczeniowy, kongregacyjny – zrzeszeń charytatywnych i wyznaniowych oraz sektor prywatny. Sektory te oddzielnie finansowały własne placówki lecznictwa otwartego i zamkniętego, podlegając w zakresie nadzoru fachowego jedynie Ministerstwu Zdrowia, a po 1924 roku odpowiednim Departamentom lekarskim mieszczącym się przy Ministerstwie Opieki Społecznej i Ministerstwie Spraw Wewnętrznych<sup>17</sup>.

Ze względu na to, iż państwo polskie po II wojnie światowej straciło swą niezależność polityczno-ekonomiczną podporządkowując się regułom socjalistycznego ustroju – rzeczywistość wymagała również określenia zgodnej z ówczesnymi tendencjami ustrojowymi polityki zdrowotnej Państwa. Tak więc w zaistniałych warunkach struktura lecznictwa wielosektorowego ze względu na swą przeszłość kapitalistyczną nie miała szans dla swego rozwoju. Podjęto wówczas działania dotyczące etapowego realizowania spraw związanych z opieką zdrowotną.

Pierwszy etap tworzenia organizacji ochrony zdrowia oparty był o przepisy prawne obowiązujące w okresie II Rzeczypospolitej i trwał od przyjęcia w 1944 roku manifestu Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego (PKWN) do czasu uchwalenia w 1948 roku ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia<sup>18</sup>.

Drugi etap zmian w organizacji ochrony zdrowia obejmował okres od 1948-1951 kształtujący koncepcję państwowej służby zdrowia opartej na ustawie o zakładach społecznych służby zdrowia (1948), ustawie o terenowych organach jednolitej władzy państwowej (1950), oraz ustawie

---

<sup>17</sup> J. Fijałek, I. Indulski, J. Sadowska, Opieka zdrowotna w przemyśle polskim w XIX i XX wieku (po roku 1945) na przykładzie Łodzi, Łódź 1988, s. 14.

<sup>18</sup> K. Prętki, Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, Poznań 2007, s. 7.

o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (1951)<sup>19</sup>.

Działalność i funkcjonowanie służby zdrowia w pierwszych latach Polski Ludowej oparto na ustawie<sup>20</sup> o ubezpieczeniu społecznym z 28 III 1933 roku, przyjmując stan prawny i organizacyjny obowiązujący przed wybuchem II wojny światowej, dostosowując jednocześnie zasady ubezpieczenia społecznego do nowych warunków ustrojowych.

Ustawa określała ubezpieczenia: na wypadek choroby i macierzyństwa, na wypadek niezdolności do zarobkowania lub śmierci osoby ubezpieczonej wskutek wypadku przy pracy, choroby zawodowej oraz wskutek wszelkich przyczyn.

Aby sprostać tym zadaniom przystąpiono do organizowania na nowo na całym obszarze kraju administracji ubezpieczeniowej i lecznictwa. Reaktywowano ubezpieczalnie społeczne i zakłady ubezpieczeń społecznych: Zakład Ubezpieczenia na Wypadek Choroby, Zakład Ubezpieczenia od Wypadku, Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników i Zakład Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych<sup>21</sup>.

W literaturze przedmiotu zwracano uwagę, że negatywną konsekwencją ustawy z 1933 roku było wyeliminowanie z systemu rolników indywidualnych i ich rodzin, co oznaczało, że nie wszystkie grupy społeczne miały w istocie zapewniony bezpłatny dostęp do ochrony zdrowia. Ustawa z 1933 roku funkcjonowała do 1997 roku, zniesiona ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 1934 roku<sup>22</sup> zniosło powyższe instytucje, a w ich miejsce utworzono Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i ubezpieczalnie społeczne. Tak jak przed wojną ubezpieczalnie społeczne zajmowały się głównie administrowaniem ubezpieczenia na wypadek

---

<sup>19</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 17.

<sup>20</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, *Dziennik Ustaw* 1933 Nr 51, poz. 396.

<sup>21</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 18-19.

<sup>22</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, *Dziennik Ustaw* 1934 Nr 95 poz. 855.

choroby i macierzyństwa, a ponadto ustalały obowiązek ubezpieczenia, prowadziły ewidencję ubezpieczonych oraz obsługiwały pobór składek na ubezpieczenie społeczne<sup>23</sup>. Nadzór nad instytucjami ubezpieczeń społecznych sprawował Minister Opieki Społecznej (MOS), a ubezpieczalnie społeczne bezpośrednio nadzorował Zakład Ubezpieczeń Społecznych<sup>24</sup>.

Należy wspomnieć, że przed II wojną światową w Polsce występował ubezpieczeniowy model systemu zdrowotnego. Ubezpieczenie zdrowotne było obowiązkowe dla pracowników najemnych, lecz z systemu ubezpieczeń wyłączeni byli chłopci. W Polsce międzywojennej przepisy ubezpieczeniowe nie miały charakteru powszechnego. Przywileje otrzymywały tylko niektóre grupy pracowników. Należeli do nich pracownicy umysłowi oraz państwowi. Składki ubezpieczeniowe obciążały zarówno pracowników, jak i pracodawców. Państwo nie uczestniczyło w finansowaniu świadczeń ubezpieczeniowych. Świadczenia na rzecz pracownika uzależnione były od wysokości wpłacanych składek.

Działalność administracji służby zdrowia w okresie PRL oparto na ustawie z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia<sup>25</sup>. W ustawie publiczna służba zdrowia miała na celu: zwalczanie i zapobieganie chorobom zakaźnym, opiekę higieniczno-lekarską nad zdrowiem ludności, opiekę nad matką i dzieckiem, zaopatrywanie ludności w wodę oraz nadzór sanitarny nad artykułami żywności. Działania te nadzorował Minister Opieki Społecznej, władze administracji ogólnej, samorządu terytorialnego, instytucje ubezpieczeń społecznych oraz innych organizacji publicznych i społecznych. Ustawa z 1939 roku była podsumowaniem teoretycznego i praktycznego doświadczenia Polski w dziedzinie instytucjonalno-społecznej organizacji działań na rzecz zdrowia społeczeństwa, akcentowała obowiązki leczniczo-

---

<sup>23</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, op. cit.

<sup>24</sup> Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, op. cit.

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, Dziennik Ustaw 1939 Nr 54 poz. 342.



zapobiegawcze, troskę o rozwój zakładów leczniczych i ośrodków zdrowia<sup>26</sup>. Ustawa ta została uchylona na mocy ustawy o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia w 1948 roku.

Na dokonania w dziedzinie ochrony zdrowia ogromny wpływ miał Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego (PKWN), który 22 lipca 1944 roku wydał manifest<sup>27</sup> przewidujący odbudowę Ubezpieczalni Społecznych. Priorytetem była też odbudowa szpitali, w których od podstaw organizowano leczenie otwarte i zamknięte<sup>28</sup>.

Po II wojnie światowej, w wyniku zmian ustrojowych rozpoczęło się kształtowanie nowej struktury organizacyjnej służby zdrowia, której ideę stanowiło utworzenie jednolitego, centralnie zarządzanego systemu leczenia państwowego. Chodziło głównie o przejęcie przez państwo odpowiedzialności za zdrowie ludności, tj. za zapewnienie bezpłatnej opieki zdrowotnej i powszechnego dostępu do usług zdrowotnych.

Decyzją Krajowej Rady Narodowej 11 kwietnia 1945 roku podzielono Ministerstwo Pracy Opieki Społecznej i Zdrowia (MPOSiZ)<sup>29</sup>, tworząc Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej (MPiOS) oraz Ministerstwo Zdrowia (MZ).

Z ramienia państwa funkcje kierownicze i koordynujące pełnił Minister Zdrowia, który w myśl ustawy z dnia 3 stycznia 1946 roku o nadzorze nad leczeniem<sup>30</sup>, sprawował bezpośredni nadzór nad terenowymi wydziałami zdrowia, a także nad wydziałami zdrowia na terenie danego województwa, planował organizację leczenia, przeprowadzał lustracje zakładów, kontrolował planowe wykorzystanie kadr osobowych oraz urządzeń. Ustawa o nadzorze nad leczeniem z 1946 roku została uchylona na mocy ustawy

---

<sup>26</sup> J. Nosko, *Zachowanie zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s. 193.

<sup>27</sup> Manifest Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego, *Dziennik Ustaw* 1944 Nr 1 poz.1.

<sup>28</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 25.

<sup>29</sup> Dekret Krajowej Rady Narodowej z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, *Dziennik Ustaw* 1945 Nr 12 poz. 63.

<sup>30</sup> Ustawa Krajowej Rady Narodowej z dnia 3 stycznia 1946 r. o nadzorze nad leczeniem, *Dziennik Ustaw* 1946 Nr 2 poz. 8.

o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, uchwalonej w 1948 roku.

Początkowa działalność Ministerstwa Zdrowia zmierzała do odtworzenia stanu posiadania z okresu przedwojennego przy jednoczesnej próbie stworzenia nowej służby zdrowia, która miała w przyszłości przekształcić się w socjalistyczną służbę zdrowia. W praktyce, zasada etapowego realizowania spraw związanych z opieką zdrowotną oparta miała być na modelu państwowo-samorządowego funkcjonowania służby zdrowia, w którym ogólnokrajowe instytucje pozostawałyby pod bezpośrednim kierownictwem państwa, natomiast instytucje o charakterze lokalnym byłyby prowadzone przez samorząd terytorialny<sup>31</sup>. Był to model organizacyjny oparty na wzorach radzieckich, nazywany modelem Siemaszki<sup>32</sup>. Według tego modelu służba zdrowia była:

- państwowa – była częścią struktury administracyjnej państwa finansowaną z jego budżetu;
- powszechna – obejmowała opieką całe społeczeństwo poprzez zapewnienie wszystkim obywatelom dostępności i bezpłatności świadczeń zdrowotnych;
- jednolita i kompleksowa – tzn., że wszystkie instytucje służby zdrowia stanowiły jednolitą całość organizacyjną i funkcjonalną podporządkowaną centralnemu kierownictwu państwa, skierowaną na profilaktykę i zachowującą ciągłość opieki<sup>33</sup>.

W teorii model ten miał zapewnić powszechność świadczeń zdrowotnych<sup>34</sup> oraz udział społeczeństwa w zarządzaniu sprawami zdrowotnymi. W praktyce

---

<sup>31</sup> J. Fijałek, I. Indulski, J. Sadowska, op. cit., s. 239.

<sup>32</sup> C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998, s. 27.

<sup>33</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 55.

<sup>34</sup> Definicja świadczeń zdrowotnych zawarta jest w ustawie z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z póź. zm.). Zgodnie z art. 3 ustawy świadczeniami zdrowotnymi są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania. Według przywołanego przepisu świadczeniami zdrowotnymi są działania związane z: badaniem i poradą lekarską, leczeniem, badaniem i terapią psychologiczną, rehabilitacją leczniczą, opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem, opieką nad

okazało się, że model nie zapewniał powszechności świadczeń, co dotkliwie odczuli rolnicy indywidualni. Zwracano też uwagę na niebezpieczeństwo pogarszania świadczeń zdrowotnych w trakcie wprowadzania nowych rozwiązań organizacyjnych w ochronie zdrowia<sup>35</sup>.

Kwestie organizacji służby zdrowia były często przedmiotem dyskusji zarówno wśród organizatorów ochrony zdrowia, w partiach politycznych jak również w środowisku lekarskim. Podczas dyskusji zaproponowano szereg koncepcji dotyczących modelu organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Rozważano możliwości wprowadzenia w życie koncepcji powszechnej służby zdrowia i rozwiązań brytyjskich (plan Beveridgea). Przewidywał on połączenie różnych form lecznictwa społecznego z lecznictwem ubezpieczeniowym, w jednolity system powszechnej służby zdrowia<sup>36</sup>. Ostatecznie przeważał pogląd, iż powszechna opieka zdrowotna winna być wprowadzana stopniowo w oparciu o ubezpieczenia chorobowe i stopniowe przejmowanie lecznictwa przez samorządy.

Propozycje zmian w ochronie zdrowia, do których nawiązywali nie tylko polscy politycy czy myśl społeczno-lekarska w latach 1947-1948 zostały zaprzepaszczone, z chwilą podjęcia prac przez działaczy Polskiej Partii Robotniczej (PPR) i Polskiej Partii Socjalistycznej (PPS).

Według ówczesnego wiceministra zdrowia J. Sztachelskiego<sup>37</sup>, oparcie systemu lecznictwa na zasadach powszechnego ubezpieczenia chorobowego, wymusiłoby konieczność reformy instytucji ubezpieczeń i jej dostosowania do ustroju społeczno-gospodarczego w okresie powojennym. Dlatego też, z jego

---

zdrowym dzieckiem, badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną, pielęgnacją chorych, pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi, opieką paliatywno-hospicyjną, orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia, zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne, czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji, czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Powyższe wyliczenie świadczeń zdrowotnych nie jest wyczerpujące, co oznacza, że również inne działania podejmowane w celu zachowania, ratowania, przywracania i poprawie zdrowia również będą zaliczane do świadczeń zdrowotnych. W świetle przywołanych przepisów stwierdzić należy, że świadczenie zdrowotne jest działaniem medycznym i wynika z procesu leczenia, a osoby wykonujące powyższe świadczenia medyczne wykonują zawód medyczny, Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

<sup>35</sup> J. Fijałek, A. I. Indulski, J. Sadowska, op. cit., s. 273.

<sup>36</sup> Ibidem, s. 272-273.

<sup>37</sup> J. Sztachelski, Osiągnięcia służby zdrowia Polski Ludowej, „Zdrowie Publiczne” 1952, nr 5.

inicjatywy podjęto prace nad nowymi rozwiązaniami organizacyjnymi w służbie zdrowia tj. nad modelem państwowo-samorządowym, w którym instytucje ogólnokrajowe finansowane byłyby z budżetu państwa, a instytucje lokalne, zarówno gminne czy powiatowe budżetu samorządu terytorialnego. Chodziło głównie o przebudowę służby zdrowia, w oparciu o wzorce radzieckie, co miało prowadzić do stworzenia socjalistycznego systemu ochrony zdrowia<sup>38</sup>.

Był to drugi etap kształtowania społecznej – jednolitej służby zdrowia, którego zasadniczą przesłanką prawną była uchwalona 28 października 1948 roku ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia<sup>39</sup>.

W ustawie tej określono, iż władzą naczelną w służbie zdrowia jest Minister Zdrowia sprawujący naczelne kierownictwo i zwierzchni nadzór nad całą ochroną zdrowia, a model polskiej opieki zdrowotnej to jednolita całość, powołana do zapewnienia ludności pomocy leczniczej. Wszystkie zakłady służby zdrowia działają na określonych zasadach tj. wzajemnie uzupełniają się i współpracują z zakładami pomocy otwartej, zamkniętej i terenowej.

Zgodnie z ustawą zakłady społeczne to: zakłady lecznicze utrzymywane przez państwo, fundacje, kongregacje, stowarzyszenia religijne, związki samorządu terytorialnego, instytucje państwowe i ubezpieczeń społecznych oraz szpitale publiczne. Ustawa charakteryzowała zakłady lecznicze, jako zakłady utworzone w celu zapobiegania chorobom i udzielania pomocy leczniczej. Państwo tworzyło i utrzymywało m in. szpitale wojewódzkie, kliniczne i psychiatryczne. Szpital wojewódzki<sup>40</sup>, to szpital specjalistyczny znajdujący się w mieście wojewódzkim lub w większym mieście wydzielonym z powiatowego związku samorządu terytorialnego, którego celem jest udzielanie pomocy osobom z całego województwa oraz szkolenie i doksztalcanie fachowych pracowników służby zdrowia. Szpitale kliniczne

---

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dziennik Ustaw 1948 Nr 55, poz. 434.

<sup>40</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 46.

natomiast były to szpitale, w których część oddziałów pozostało do dyspozycji klinik szkół wyższych. Z kolei, okręgowe ośrodki zdrowia – obejmujące swoją działalnością jedną lub więcej gmin, oraz powiatowe szpitale i ośrodki zdrowia będące uzupełnieniem ośrodków gminnych, w zakresie specjalistycznym, jak również szpitale powiatowe zapewniające leczenie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgicznych, kobiecych, położnictwa, chorób dziecięcych i zakaźnych, tworzone i utrzymywane byłyby przez powiatowe związki samorządu terytorialnego. Wszystkie wymienione zakłady służby zdrowia, miały zapewnić opiekę nad zdrowiem ludności, udzielać pomocy medycznej, zwalczać choroby poprzez prowadzenie akcji zapobiegawczej i profilaktycznej.

Śledząc literaturę przedmiotu zauważyć można szereg pozytywnych i negatywnych komentarzy na temat wprowadzanych zmian w ochronie zdrowia.

Według A. Pacho „ustawa z 28. X.1948 r. była prawnym podsumowaniem prac okresu odbudowy i jednocześnie wybiegnięciem naprzód, stworzeniem podstaw prawnych do przeobrażenia się służby zdrowia w okresie budowania podstaw socjalizmu”<sup>41</sup>.

L. Wdowiak oceniając ustawę wskazał, że „była uważana za podstawowy element nowej polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia. Stworzyła ramy nowego socjalistycznego systemu ochrony zdrowia powołanego do organizowania i świadczenia usług zdrowotnych”<sup>42</sup>.

W ocenie J. Indulskiego i J. Leowskiego ustawa „przewidywała roztoczenie systematycznej i wnikliwej opieki nad zdrowiem całej ludności”. Ustawa jednocześnie zniosła wielotorowość zakładów służby zdrowia poprzez podporządkowanie ich jednolitemu kierownictwu (m.in. zniesiono Ubezpieczalnię)<sup>43</sup>.

Jakże inna była opinia Z. Jastrzębowski, który uważał, że omawiana ustawa spełniła podstawowe zadanie: „dała podstawy dla procesu

---

<sup>41</sup> A. Pacho, Organizacja służby zdrowia w PRL, Warszawa 1972, s. 20.

<sup>42</sup> L. Wdowiak, Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce, Lublin 1981, s. 13.

<sup>43</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1978, s. 284.

biurokratyzacji opieki zdrowotnej w Polsce ze wszystkimi jego skutkami”<sup>44</sup>. Jego zdaniem nowo powstały system cechował: centralizację, nadmierną biurokratyzację, silny wpływ instancji partyjnej, kastowość w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz bałagan organizacyjny<sup>45</sup>.

Lidia Krotkiewska natomiast, poddała krytyce oceny podnoszące historyczne znaczenie ustawy i nie zgadzała się ze stwierdzeniem jakoby ustawa pozwoliła scalić w jednym resorcie całokształt spraw związanych z ochroną zdrowia<sup>46</sup>.

Proces scalania organizacji opieki zdrowotnej oraz jej podporządkowanie Ministerstwu Zdrowia rozpoczął się w 1949 roku. Rozpoczęto również przygotowania związane z upaństwowieniem szpitali kongregacyjnych i prywatnych, a pod koniec tegoż roku zdecydowano o likwidacji lecznictwa ubezpieczeniowego.

Ustawa z 20 marca 1950 roku o terenowych organach jednolitej władzy państwowej<sup>47</sup> znosiła związki samorządu terytorialnego, przekazując ich majątek na rzecz państwa. Tym samym tworzyła jednolity system władz terenowych, będących organami wykonawczymi i zarządzającymi terenowych rad narodowych, stanowiąc przeciwieństwo idei samorządu terytorialnego opartej na koncepcji decentralizacji władzy państwowej.

Następnym krokiem na drodze budowania jednolitej organizacji służby zdrowia była ustawa z 20 lipca 1950 roku o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego<sup>48</sup>. Powoływała do życia Zakład Lecznictwa Pracowniczego (ZLP), który jednocześnie przejął zobowiązania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) mający zajmować się świadczeniami na rzecz ludzi pracy. Władzę naczelną i zwierzchni nadzór nad jego działalnością sprawował Minister Zdrowia.

---

<sup>44</sup> Z. Jastrzębowski, Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku), Łódź 1994, s. 250.

<sup>45</sup> Ibidem, s. 268.

<sup>46</sup> L. Krotkiewska, Rozwój administracji służby zdrowia w PRL, Warszawa 1968, s. 43-44.

<sup>47</sup> Ustawa z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, Dziennik Ustaw 1950 Nr 14 poz. 130.

<sup>48</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego, Dziennik Ustaw 1950 Nr 36 poz. 334.

Do zadań ZLP należała: organizacja opieki nad zdrowiem pracowników i ich rodzin, orzekanie o niezdolności do pracy i przywracanie zdolności do pracy w tym: udzielanie wszelkich świadczeń w naturze czy w gotówce wynikające z przepisów prawnych o ubezpieczeniu społecznym, przeprowadzanie okresowych badań lekarskich oraz nadzór sanitarny nad warunkami pracy.

Z treści ustawy wynika, iż sprawami lecznictwa pracowniczego w województwie zarządzają wojewódzkie rady narodowe, a nadzór nad obwodowymi oddziałami sprawują powiatowe rady narodowe poprzez swoje prezydium i komisje zdrowia. Komisje zdrowia rad narodowych stały się organem doradczym, pomocniczym i kontrolnym w zakresie spraw dotyczących ochrony zdrowia ludności.

Dla samych rad narodowych objęcie spraw związanych z ubezpieczeniem tak dużej liczby osób wymagało wielu ustaleń organizacyjnych i ekonomicznych, a to oznaczało zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia, co przełożyło się na wzrost ogólnego budżetu rad narodowych<sup>49</sup>.

Zdaniem T. Żylińskiego: „Zakład Lecznictwa Pracowniczego funkcjonował zbyt krótko, by jego działalność mogła wywrzeć jakiś wpływ na rozwój ubezpieczeń społecznych i rozwój ochrony zdrowia w Polsce”<sup>50</sup>. Natomiast A. Pacho wskazał, że: „powstanie i forma organizacyjna Zakładu Lecznictwa Pracowniczego odpowiadały potrzebom okresu przejściowego, który musiał mieć miejsce dla harmonijnego włączenia dawnego pionu ubezpieczeniowego do jednolitej organizacji służby zdrowia”<sup>51</sup>.

Wejście w życie ustawy z 15 grudnia 1951 roku o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia<sup>52</sup>, pozwoliło na przejęcie przez państwową służbę zdrowia całokształtu zagadnień lecznictwa ubezpieczeniowego i zakończyło okres budowy jednolitej organizacji służby zdrowia w Polsce.

---

<sup>49</sup> A. Pacho, op. cit., s. 23.

<sup>50</sup> Cyt. za: K. Prętki, Przekształcenia..., op. cit., s. 44.

<sup>51</sup> A. Pacho, op. cit., s. 21.

<sup>52</sup> Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, Dziennik Ustaw 1951 Nr 67 poz. 466.

Ponadto, ustawa upoważniła Ministra Zdrowia do przejęcia i prowadzenia spraw dotyczących lecznictwa pracowniczego, którymi w terenie zarządzały i kierowały prezydium rad narodowych (PRN). ZLP uległ likwidacji, a jego działalność przejęły organy administracji służby zdrowia, a jego majątek przekazano na własność Państwa.

Z chwilą uchwalenia tej ustawy nastąpiło całkowite rozdzielenie służby zdrowia od ubezpieczenia społecznego z zastrzeżeniem, że poszczególne grupy ludności uzyskiwałyby prawo do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia, a nie na zasadzie zaopatrzeniowej, wszystkim obywatelom<sup>53</sup>.

Założenia ochrony zdrowia i bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych dla obywateli polskich były zagwarantowane też zapisem konstytucyjnym z 1952 r., który mówił, że „obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej mają prawo do ochrony zdrowia oraz do pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy”<sup>54</sup>. Urzeczywistnieniu tego prawa służyło rozwojowi ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby, starości i niezdolności do pracy, rozbudowaniu różnych form pomocy społecznej, rozwojowi organizowanej przez państwo ochrony zdrowia, stałemu polepszaniu warunków bezpieczeństwa i higieny pracy, bezpłatnej pomocy lekarskiej, zapobieganiu chorobom i ich zwalczaniu, opiece nad inwalidami, a także rozbudowie szpitali, sanatoriów, ambulatoriów czy wiejskich ośrodków zdrowia.

Według A. Pacho z założeń konstytucyjnych wynikało, że „zdrowie ludzkie widziane jest jako dobro jednostki, a zarazem dobro społeczne. Zachowanie tego dobra powiązane jest z realizacją szerokiego programu społecznego, którego część zadań wypełnia służba zdrowia”<sup>55</sup>

Z kolei J. Kaja uważał, że konstytucyjne prawo obywateli do ochrony zdrowia i bezpłatny dostęp do niej był niezgodny z istniejącą rzeczywistością, gdyż w latach pięćdziesiątych stosowano zasady, które wyraźnie preferowały

---

<sup>53</sup> W. Muszalski, *Prawo socjalne*, Warszawa 1999, s. 218.

<sup>54</sup> Art. 60, pkt 1. Konstytucji PRL z 22 lipca 1952 r.

<sup>55</sup> A. Pacho, *op. cit.*, s. 35.



robotników w mieście i na wsi oraz członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych<sup>56</sup>.

Zofia Kuratowska pisała: „w teorii zasady te wydawały się słuszne, a przede wszystkim sprawiedliwe – likwidowały bowiem różnice między ludźmi – każdy miał prawo do opieki lekarskiej i leków odpowiadających jego chorobie, a nie stopniowi zamożności”<sup>57</sup>.

Warto zwrócić uwagę na spostrzeżenia Cezarego Włodarczyka, który słusznie zauważył, że w Polsce w zasadzie nie wprowadzono w życie konstytucyjnego zapisu mówiącego o dostępie wszystkich obywateli do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, a przepis o bezpłatnej pomocy lekarskiej w razie choroby „w całym długim okresie obowiązywania ustawy zasadniczej pozostawał polityczną deklaracją”<sup>58</sup>.

Podsumowując, przemiany ustrojowo-ekonomiczne, jakie dokonały się w Polsce od końca lat 40-tych prowadziły do przebudowy struktur i instytucji w sferze ochrony zdrowia. Przekształcenia systemu opieki zdrowotnej wynikały przede wszystkim z założeń ideologicznych ustroju politycznego, a ochrona zdrowia w naszym kraju przyjęła charakter działalności państwowej wzorowanej ściśle na modelu radzieckim. Model centralnego planowania, przyjęty dla całości gospodarki, z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jego założenia zostały oparte na koncepcji narodowej służby zdrowia, a zakłady opieki zdrowotnej finansowane były centralnie z budżetu państwa.

W latach 1948-1951 wprowadzono w Polsce Ludowej model państwowej służby zdrowia opartej na ustawie o zakładach społecznych służby zdrowia (1948), ustawie o utworzeniu zakładu lecznictwa pracowniczego (1950) oraz ustawie o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (1951). Ochrona zdrowia i bezpłatny dostęp do niej dla obywateli były też gwarantowane zapisem konstytucyjnym z 1952

---

<sup>56</sup> J. Kaja, Kierunki i etapy rozwoju polityki zdrowotnej Polski Ludowej, „Studia nauk politycznych” 1976, nr 1 s. 41.

<sup>57</sup> Z. Kuratowska, Służba zdrowia – kto winien?, „Zeszyty myśli lekarskiej” nr 11, kwiecień 1987:2-18, s. 4.

<sup>58</sup> C. Włodarczyk, Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium polityki zdrowotnej, op. cit., s. 52.

roku z wyjątkiem rolników indywidualnych, którzy uzyskali prawo do bezpłatnego leczenia dopiero w 1972 roku. Sięgając lat sześćdziesiątych i później proces doskonalenia i reformowania systemu ochrony zdrowia zmierzał do usprawnienia struktur organizacyjnych, stworzenia jednolitej sieci zakładów opieki zdrowotnej oraz zapewnienia obywatelom bezpłatnej powszechnej opieki medycznej. Jednak zmiany zachodzące w omawianym okresie w ochronie zdrowia jednoznacznie wskazywały, że decyzje najwyższych władz państwowych określały zasady funkcjonowania ochrony zdrowia tworząc scentralizowany układ instytucjonalny w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, wbudowany i podporządkowany kierownictwu politycznemu.

## **2. Powstanie Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego**

### **Reumatyków**

Wojna i okupacja doprowadziły kraj do ruiny gospodarczej oraz do wyniszczenia biologicznego części narodu polskiego. Temu tak trudnemu okresowi towarzyszyły między innymi schorzenia wynikające z niedożywienia, nieznajomości higieny, wreszcie urazy typowe dla tego okresu (powodowane przez niewypały, bądź miny pozostawione przez okupanta). Rzesza ludzi okaleczonych, a także następstwa zaniedbanych chorób i nie leczonych wad wrodzonych narządu ruchu, wymagały zorganizowania pomocy medycznej z zakresu rehabilitacji. Wielka epidemia choroby Heinego-Medina, która nawiedziła Polskę w 1951 roku<sup>59</sup> powiększyła liczbę osób wymagających rehabilitacji, zaopatrzenia ortopedycznego, usprawnienia pooperacyjnego, organizacji nauki i innych poczynań, mających spowodować, by chorzy w możliwie najkrótszym czasie mogli wrócić do normalnego życia w rodzinie i społeczeństwie.

W tym czasie polska służba zdrowia nie miała wystarczającej liczby ośrodków rehabilitacyjnych. Potrzeby w tej dziedzinie były bardzo duże,

---

<sup>59</sup> <http://www.ind.org.pl/polio-pl/>.

co spowodowało konieczność ich tworzenia i szukania bazy, gdzie mogłyby powstać.

Pomysł stworzenia Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków (ZL i SZR)) będącego pierwotną formą Zakładu Rehabilitacji Zawodowej (ZRZ) i umiejscowieniu go w Śremie sięga 1952 roku. Wtedy to, z inicjatywy dr Hanny Dworakowskiej<sup>60</sup> i prof. Eleonory Reicher<sup>61</sup> oraz akceptacji ze strony prof. Wiktora Degi<sup>62</sup> z Kliniki Ortopedycznej w Poznaniu

---

<sup>60</sup> Dr Hanna Dworakowska (1908-1984) – propagatorka idei tzw. rehabilitacji kompleksowej, na którą składało się leczenie, nauka zawodu i rehabilitacja społeczna. Lekarz reumatolog, swoje wykształcenie, zawód, pracę, zdolności, energię, zapał i serce poświęciła rozwiązywaniu problemów ludzi (szczególnie młodzieży i dzieci) niepełnosprawnych. W latach 1945-1947 pracowała w Zarządzie Miasta Warszawy, jako Naczelnik Wydziału Matki i Dziecka. Od 1948 roku w Ministerstwie Zdrowia, jako inspektor w departamencie Matki i Dziecka organizowała prewentoria, dziecięce domy zdrowia. Była członkiem Komisji Zdrowia Dzielnicowej Rady Narodowej. Od 1951 roku przechodzi do pracy w Instytucie Reumatologicznym. Praca w Instytucie pokrywała się z jej lekarskimi zainteresowaniami. W 1955 roku zostaje powołana przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w skład Rady Naukowej Instytutu Reumatologicznego. Przez szereg lat była konsultantem do spraw chorób reumatycznych dla kilku województw w tym dla ówczesnego województwa poznańskiego. Prowadziła nadzór specjalistyczny nad leczeniem reumatologicznym w kraju. W 1971 roku nabyła prawa emerytalne, jednak pracuje nadal. Rok później uzyskuje tytuł naukowy doktora nauk medycznych. Praca zawodowa, działalność społeczna, nieustanne wyjazdy w teren, kontakty z władzami wszystkich szczebli były treścią i sensem Jej życia. Pod jej kierownictwem organizowano turnusy sanatoryjno-rehabilitacyjne, organizowała również stałe sanatoria z kompleksową rehabilitacją m.in. w Śremie. Posiadała wiele odznaczeń państwowych, resortowych oraz różnych organizacji społecznych, Zob. H. Pytlík, Wędrowanie po terenach ludzkiej niedoli, „Dr Hanna Dworakowska”, Warszawa 1985, dokumenty Instytutu Reumatologicznego w Warszawie.

<sup>61</sup> Prof. Eleonora Reicher (1884-1973) – lekarz internista, reumatolog, profesor medycyny – wybitny dydaktyk i znawca lekarskich aspektów wychowania fizycznego i sportu. Zainteresowania medycyną sportową oraz narządem ruchu przy wrażliwości dla cierpiących z powodu chorób reumatycznych, spowodowało jej zainteresowanie reumatologią. W latach powojennych niepodzielnie związana z powstaniem i rozwojem Instytutu Reumatologicznego w Warszawie oraz organizacją poradnictwa reumatologicznego i lecznictwa sanatoryjnego w Polsce. Jako profesor medycyny dyrektorem Instytutu była od stycznia 1948 roku do chwili przejścia na emeryturę w maju 1961 roku. Uznawana za twórcę polskiej szkoły reumatologii, opublikowała wiele prac naukowych i popularnych oraz obszerny podręcznik chorób reumatycznych. Uhonorowana tytułami akademickimi oraz licznymi odznaczeniami państwowymi. Szerzej na temat: S. Luft, „Prof. dr med. Eleonora Reicher”, „Arch. Hist. Medycyny” 1947, 37(3): 379-381.

<sup>62</sup> Prof. Wiktor Dega (1896-1995) – chirurg, ortopeda, współtwórca rehabilitacji w świecie i uznawany jako twórca rehabilitacji w Polsce. Twórca koncepcji kompleksowego leczenia i rehabilitacji chorych z wadami i schorzeniami narządu ruchu. W 1945 roku obejmuje kierownictwo Katedry i Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu Poznańskiego. Organizuje od podstaw Klinikę Ortopedyczną z oddziałem rehabilitacji, warsztatami ortopedycznymi, poradnią psychologiczno-socjalną, szkołę podstawową, pracownię, patofizjologii i biomechaniki dla działalności naukowej, leczniczej i dydaktycznej. Wszechstronna wiedza i aktywna działalność profesora Degi oraz wkład w rozwój rehabilitacji znalazło odzwierciedlenie w piastowanych przez Niego funkcjach. W latach 1959-1962 był Rektorem Akademii Medycznej w Poznaniu, członkiem dziewięciu towarzystw krajowych i zagranicznych, posiadał liczne odznaczenia państwowe i resortowe. Był pierwszym prezesem Towarzystwa Walki z Kalectwem, członkiem Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, specjalistą i ekspertem krajowym ds. rehabilitacji. Otrzymał wiele nagród w tym najwyższą światową nagrodę w dziedzinie rehabilitacji im. Alberta Lasera, przyznaną przez Międzynarodowe Towarzystwo Rehabilitacji w 1966 roku. Szerzej na temat: M. Sokołowska, J. Hołówka, Polityka społeczna a zdrowie, Warszawa 1978, s. 120-126.

uzyskano zgodę Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Poznaniu na uruchomienie Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków przy Państwowym Zakładzie Specjalnym dla Dorosłych<sup>63</sup>. To właśnie dzięki ich inicjatywie i zaangażowaniu powstał nowatorski Ośrodek – niezwykle miejsce, który w początkowym okresie funkcjonowania realizował w praktyce ideę polskiej szkoły rehabilitacji prof. W. Degi<sup>64</sup>. Front budynku POR w Śremie przedstawia rycina nr 1.

### **Rycina nr 1. Front budynku POR w Śremie**



Usytuowanie zakładu w Śremie nie było przypadkowe. Nie bez znaczenia było położenie miasta, w pobliżu dużego ośrodka miejskiego jakim był Poznań. Właśnie tam, przy Klinice Ortopedycznej w Poznaniu prof. Dega uruchomił szkołę wraz z przedszkolem i rozpoczął organizowanie zespołów interdyscyplinarnych (lekarzy różnych specjalności, rehabilitantów, psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych i innych) bez których prowadzenie rehabilitacji kompleksowej (połączenie rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej<sup>65</sup>) byłoby niemożliwe. Stąd zrodziła się idea

---

<sup>63</sup> Archiwum Państwowe w Poznaniu, Z Zespołu: Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu, Jedn. Akt. 53/1071/0/16.5/1957, Sprawozdanie z kontroli kompleksowej Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Śremie i placówek służby zdrowia w powiecie śremskim, Sygn. Akt dawna 1657/IV/364; Zob. Protokół z posiedzenia MRN w Śremie 10/1953, Sygn. Akt dawna 4713/VIII/680.

<sup>64</sup> M. Sokołowska, J. Hołówka, op. cit., s. 121.

<sup>65</sup> Ibidem, s. 122.

stworzenia podobnego Ośrodka nie tylko dla dzieci, ale również dla dorosłych.

Historia istniejącego budynku, w którym mieści się obecnie Poznański Ośrodek Reumatologiczny (POR) sięga XVII wieku<sup>66</sup>. Budynek ten o ciekawej architekturze z motywami dekoracyjnymi gotycko-renesansowymi, mieszczący się w bezpośrednim sąsiedztwie klasztoru klarysek dla swych celów przejął budynek frontowy, a na potrzeby Ośrodka wydzielono piętro w Państwowym Zakładzie Specjalnym dla Dorosłych w Śremie. Dotychczasowi jego mieszkańcy zostali przeniesieni do podobnych domów w Pleszewie oraz Chodzieży.

Od samego początku założycielom Ośrodka przyświecała koncepcja uaktywnienia ludzi młodych, inwalidów<sup>67</sup> z uszkodzonym narządem ruchu

---

<sup>66</sup> Na początku XVII wieku franciszkanie (przybyli do Śremu w 1230 roku), przekazali budynek zakonowi franciszkanek. Klasztor dla Klarysek – tak je również nazywano, od imienia jego założycielki św. Klary, ufundowały w 1616 roku Wiktoria i Tekla Gułtowskie. Dodatkowe uposażenie dla klasztoru franciszkanek ufundowała Jolenta Niepruszowska. Nową, murowaną siedzibę zakonu wybudowano dopiero w drugiej połowie XVIII wieku, ponieważ 19 marca 1766 roku pożar strawił cały klasztor. Klaryski zajmowały go, aż do kasacji (likwidacji) zakonu przez władze pruskie na początku XIX wieku. Po jego kasacji w 1837 roku budynki i całą posiadłość poklasztorną wykupiła pani Krzyżanowska (żona właściciela Murzynowa – w powiecie średzkim), nazywając ją Lubomirzem. Służył jako spichrz folwarczny by dwa lata później służyć ofiarom walk powstańczych.

Klasztor w latach 1863-1865 znacznie rozbudowali jezuici, który musieli opuścić już w 1874 w okresie Kulturkampfu. Gmach nabyły w 1892 roku władze prowincjonalne (Poznański Prowincjonalny Związek Stanowy), by w rok później otworzyć Krajowy Zakład dla Ubogich. Po dokonaniu koniecznych remontów wewnątrz i adaptacji pomieszczeń dla nowych potrzeb, służył bezdomnym i ubogim. W Zakładzie mogło przebywać wówczas 230 osób, jednak rzeczywistość znacznie wybiegła poza wyobrażenia planistów, S. Chmielewski, Dzieje Śremu, Warszawa, Poznań 1972, s. 155 i inne; B. Pierzchlewicz, H. Gozdowska, W. Jankowiak, S. Michalak, J. Wesołowski, 100 lat działalności Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Śremie, Śrem 1993.

W 1906 roku kosztem około 300000 marek wybudowany został w bezpośrednim sąsiedztwie obszerny gmach, o pojemności 100 osób, który w 1907 roku poddany kolejnym remontom (kanalizacja, centralne ogrzewanie) został w 1925 roku wydzierżawiony Polsko-Amerykańskiemu Komitetowi Pomocy Dzieciom w Warszawie służący, jako lecznica dla dzieci (osierocone dziewczęta) chore na jaglicę. Przebywały w Zakładzie kilka lat, by po odzyskaniu zdrowia i zdobyciu zawodu podjąć samodzielną pracę. Teren zakładu obejmował obszar 4,79,40 ha, w skład którego wchodziły: zabudowania, ogród warzywny, rola oraz cmentarz zakładowy. Dysponował też m in. kuchnią, pralnią, warsztatem tkackim, krawieckim i szewskim, Sprawozdanie Wydziału Krajowego z administracji Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego za rok 1926, Starostwo Krajowe, Poznań 1926. Przez długie lata zarówno w okresie międzywojennym, jak i po II wojnie światowej zawsze służył biednym, starcom i kalekim. W 1950 roku zmienił nazwę na Państwowy Zakład Specjalny dla Dorosłych.

<sup>67</sup> Zgodnie z łacińskim źródłosłowem (validus – silny, ibez – pozbawiony) termin ten określa osobę, u której występują wady lub defekty fizyczne i umysłowe o charakterze trwałym. J. Zabłocki: Wprowadzenie do rewalidacji., Toruń 1996, s. 12. Pod pojęciem inwalida określa się też osobę, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu wyraźnie utrudniającym, w porównaniu z osobami zdrowymi, pobieranie nauki w normalnej szkole, wykonywanie czynności życia codziennego, pracę zarobkową, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w czasie wolnym od

głównie poprzez rehabilitację prowadzoną również w formie szkolenia zawodowego, warunkującą uzyskanie zdolności do samoobsługi i nabycie umiejętności do wykonywania pracy zawodowej lub jej kontynuacji. Rehabilitacji poddawane były też osoby po amputacjach kończyn dolnych, niedowładach, porażeniach, urazach oraz z chorobami reumatycznymi<sup>68</sup>.

---

pracy. A. Hulek: Teoria i praktyka inwalidów, Warszawa 1969, s. 27. Ponadto polskie ustawodawstwo określa inwalidę, jako osobę u której występuje zniesienie, bądź ograniczenie możliwości podejmowania i efektywnego wykonywania pracy zarobkowej. Ustawa z dnia 9 maja 1991 roku o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, Dziennik Ustaw Nr 46. Głównym kryterium uznania kogoś za inwalidę i jakiegoś stanu za inwalidztwo, a także określenia rozległości czy stopnia inwalidztwa jest kryterium zatrudnienia. Zatem inwalidą określa się też osobę, w stosunku do której komisja ds. inwalidztwa i zatrudnienia orzekła niemożność wykonywania pracy zawodowej na określonym poziomie i poziom ten został zakwalifikowany do jednej z trzech grup dotyczących ograniczenia sprawności (znaczny, umiarkowany i lekki). A. Hulek, Rehabilitacja inwalidów i innych osób z naruszoną sprawnością, Warszawa 1976, s. 30. Obecnie panuje przekonanie, że termin „inwalida”, „inwalidztwo” ma wydźwięk pejoratywny i że należy z nich zrezygnować na rzecz określeń „osoba niepełnosprawna” i „niepełnosprawność”, A. Hulek, Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, Warszawa 1969, s. 18. Według T. Bulendy za osobę niepełnosprawną uznać tego, kto „ze względu na stan zdrowia trwale lub długotrwale nie może, albo w ograniczony sposób może uczestniczyć w życiu społecznym”, T. Bulenda, J. Zabłocki: Ludzie niepełnosprawni a prawo, Warszawa 1994, s. 18.

<sup>68</sup> Słowo „reumatyzm” pozostało w języku potocznym i kojarzy się najczęściej z bólami kości czy stawów i zaburzeniem funkcji w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego. Pod pojęciem „reumatyzm” mieści się wiele jednostek i zespołów chorobowych (ok. 200) zwanych chorobami reumatycznymi. Do chorób reumatycznych zaliczane są te choroby, w których dochodzi do zniszczenia stawów, na skutek przewlekłych procesów zapalnych, toczących się w ich strukturach. Część z nich ma przebieg łagodny (choroba nieraz dotyczy tylko jednego stawu), zazwyczaj jednak dochodzi do zniszczenia kilku stawów i tym samym znacznego opóźnienia sprawności fizycznej chorego, co wymaga stałego i systematycznego leczenia. Specjalna dyscyplina medyczna-reumatologia zajmuje się badaniem i leczeniem dolegliwości reumatycznych – chorób, schorzeń i zaburzeń funkcjonowania układu ruchu. Rozwój reumatologii w Polsce (prof. E. Reicher była twórcą pierwszej szkoły reumatologicznej oraz zainicjowała rozwój leczenia reumatologicznego w Polsce) przyczynił się do ujednoczenia nazewnictwa i podziału chorób reumatycznych. Schorzenia reumatyczne obejmują ponad 200 różnych chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Wszystkie z nich łączy to, że atakują narząd ruchu: stawy, kości, mięśnie czy więzadła, a różnią się objawami, przebiegiem i rokowaniem. Każdy dotknięty chorobą choruje w sposób tylko jemu właściwy. Inaczej odczuwa ból czy uczucie sztywności. Dolegliwościom bólowym może towarzyszyć obrzęk i ograniczony zakres ruchu w jednym lub w wielu stawach. Zbyt późne rozpoznanie choroby powoduje nieodwracalne zmiany w narządzie ruchu, prowadzące do ograniczenia sprawności ruchowej. Dlatego też, niezbędne jest ustalenie prawidłowego rozpoznania i podjęcie właściwego leczenia, które pozwoli na spowolnienie rozwoju choroby i opóźnienie procesu uszkodzenia stawów. Choroby reumatyczne dotyczą pacjentów w różnych grupach wiekowych, zarówno dzieci jak i dorosłych. Przyczyny powstania ich są złożone i nie do końca poznane. W wielu dominującą rolę odgrywiają procesy autoimmunologiczne – takie, w których organizm niszczy swoje własne komórki. Przypuszcza się, że wpływ na nie ma predyspozycja genetyczna, szkodliwe czynniki środowiskowe, infekcje, urazy, praca zawodowa (przeciążenia narządu ruchu) lub wyczynowe uprawianie sportu. Ponieważ pierwotna przyczyna chorób reumatycznych nie została poznana, leczenie ich jest objawowe. Obok leczenia farmakologicznego uwzględnia się kinezyterapię (leczenie usprawniające – leczenie ruchem) oraz fizykoterapię (zabiegi fizykalne). W niektórych przypadkach konieczne jest też leczenie operacyjne, S. Mackiewicz, I. Zimmermann-Górska, Reumatologia, Warszawa 1995, s. 13, 87, 212-215, 339, 345, 353-355. Do najbardziej rozpowszechnionych chorób reumatycznych związanych przede wszystkim z układem ruchu należą: reumatoidalne zapalenie stawów (rzs) dawniej gościec przewlekłe postępujący (gpp), zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (zszk), choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa.

### 3. Struktura organizacyjno-prawna

Zagadnienia rozwoju rehabilitacji zawodowej i zatrudnienia inwalidów znalazły swoje miejsce w odpowiednich aktach prawnych władz państwowych. Obok ustawy z 28 października 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, opracowany został w 1949 roku przez ówczesne Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej ramowy program rehabilitacji zawodowej i dotyczył rozwiązywania problemu inwalidztwa, a „którego założeniem było rozwiązanie problemu inwalidztwa przez odpowiednio dobraną pracę, a nie tylko za pomocą rent i zapomóg”<sup>69</sup>. Przyjęty uchwałą z 29 listopada 1950 roku przez Prezydium Rządu program rehabilitacji zawodowej nałożył na ministerstwa gospodarcze obowiązek zwiększenia w zakładach zatrudniania inwalidów oraz zapewnienia im odpowiednich warunków bytowych. Z kolei, uchwała Rady Ministrów z 1962 roku zobowiązała zakłady przemysłowe dla pracowników objętych opieką przemysłowej służby zdrowia do zorganizowania i prowadzenia ośrodków rehabilitacji zawodowej i zatrudniania inwalidów na odpowiednich stanowiskach<sup>70</sup>.

---

*RZS* – to przewlekła choroba, w której proces zapalny jest czynnikiem uszkadzającym stawy. W przypadku rzs stan zapalny prowadzi do trwałych uszkodzeń i unieruchomienia stawów. Upośledza nie tylko stawy, ale przede wszystkim wpływa negatywnie na wiele narządów wewnętrznych i osłabia np. serce, nerki, płuca czy wątrobę, Ibidem s. 87.

*ZZSK* – to choroba, w której proces zapalny dotyczy głównie kręgosłupa. Występuje częściej u mężczyzn. Prowadzi do zeszywnienia kręgosłupa, czyniąc go niepodatnym na zginanie co prowadzi do ograniczenia ruchomości klatki piersiowej i bólu kręgosłupa. Rozwój choroby prowadzi do znacznego ograniczenia jego ruchomości, powodując charakterystyczne pochylenie sylwetki do przodu, Ibidem, s. 200.

*Choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa* – to postępujące i rozwijające się z wiekiem niszczenie i zniekształcenie stawów. Upośledzenie funkcji stawów występuje wskutek mikrourazów związanych często z nadwagą i otyłością. Starzenie się organizmu to najważniejsza przyczyna rozwoju choroby, Ibidem, s. 215. Postępujące niszczenie warstwy chrzęstnej stawu jest przyczyną ograniczenia ruchomości stawu prowadząc do niesprawności ruchowej chorego. Proces zwyrodnieniowy obejmuje zazwyczaj duże stawy: biodra (gonartroza), kolana (koksartroza) i kręgosłupa. Niektóre z chorób reumatycznych mają przebieg łagodny, ale znacząca część z nich charakteryzuje się cięższym przebiegiem i poważniejszym rokowaniem, prowadzi do deformacji i ograniczenia ruchomości stawów, co ogranicza sprawność fizyczną, samodzielność i wymusza zmianę stylu życia, zmianę nawyków, obyczajów oraz wywołuje wiele różnych emocji – frustracji, gniewu, złości czy żalu. Fizyczna niemoc wpływa też destrukcyjnie na psychikę, Szerzej na temat: S. Mackiewicz, I. Zimmerman-Górska, Reumatologia, Warszawa 1995, Ibidem.

<sup>69</sup> Cyt. za: J. Indulski, T. Gdulewicz, J. Leowski, Organizacja ochrony zdrowia, pod redakcją J. Indulskiego, Warszawa 1984, s. 328.

<sup>70</sup> Ibidem, s. 329.

Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków powstał jako państwowa jednostka organizacyjna i działał na podstawie ustawy z 1948 roku o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, uchwały Prezydium Rządu z 1950 roku w sprawie opieki nad inwalidami oraz uchwały Rady Ministrów z 1962 roku w sprawie zorganizowania i prowadzenia ośrodków rehabilitacji zawodowej zwłaszcza, w zakresie zatrudniania inwalidów na odpowiednich stanowiskach pracy.

Do 1963 roku podlegał administracyjnie Państwowemu Zakładowi Specjalnemu dla Dorosłych w Śremie.

Opiekę nad całokształtem działalności leczniczej w latach 1952-1963 sprawował<sup>71</sup> Instytut Reumatologiczny w Warszawie.

Działalnością szkoleniową kierował Związek Inwalidów, resort Zdrowia oraz resort Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Ośrodek Leczenia i Szkolenia Reumatyków finansowany był w tym okresie przez:

- Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej (koszty hotelu i w części personel medyczny);
- Instytut Reumatologiczny w Warszawie (koszty leczenia i w części personel medyczny);
- Spółdzielczość pracy (koszty szkolenia zawodowego).

Struktura organizacyjna oparta była na układzie funkcjonalnym, który wyodrębniał pion:

- leczniczy;
- finansowy;
- administracyjno-gospodarczy.

---

<sup>71</sup> Dokumenty POR z lat 1952-1960.



## 4. Obraz Zakładu w początkowym okresie działalności

### 4.1. Pacjenci i kadra

Państwowy Zakład dla Dorosłych w Śremie posiadał 400 miejsc i zatrudniał personel liczący 100 osób. Na potrzeby Ośrodka przeznaczono w początkowym okresie działalności 100 łóżek. Grupie podopiecznych zorganizowano pełną opiekę medyczną, którą sprawował początkowo lek. med. Z. Gogolewski, później lek. med. T. Służewski oraz lek. med. S. Olszak. Zatrudnieni byli też lekarze oddelegowani na krótkie okresy czasu do pracy z Instytutu Reumatologicznego w Warszawie<sup>72</sup>. Od czerwca 1958 roku obowiązki lekarza objął dr n. med. Wiesław Romanowski<sup>73</sup>, który w okresie od 1964-2002 roku był dyrektorem placówki. W ramach nadzoru specjalistycznego opiekę sprawowała dr Hanna Dworakowska z Warszawy oraz doc. Janina Tomaszewska z Poznania.

Od początku działalność Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków zmierzała do adaptacji zawodowej i rehabilitacji osób z uszkodzeniem narządu ruchu oraz rehabilitacji zawodowej inwalidów, których uczono nauki zawodu dając im realną szansę na podjęcie pracy.

Według zapisów w księdze głównej przyjęć, pierwszych pacjentów przyjęto 12 lipca 1952 roku<sup>74</sup>. Na oddział przyjmowano osoby w wieku od 16 do 25 lat z całego kraju. Około 30% nie miało ukończonej szkoły podstawowej. Dla nich, był prowadzony kurs przygotowawczy do egzaminu eksternistycznego z zakresu szkoły podstawowej. Pierwsze kursy zawodowe trwały około 4-5 miesięcy i miały charakter terapii zajęciowej chociaż

---

<sup>72</sup> W. Romanowski, Z kart historii Ośrodka..., pod redakcją Wiesława Romanowskiego, Śrem 2002, s. 130.

<sup>73</sup> Dr n. med. Wiesław Romanowski – reumatolog, wieloletni dyrektor POR w Śremie. Po ukończeniu studiów medycznych podjął staż w ZL i SZR, a od 1964-2002 roku był dyrektorem placówki. Przez wiele lat podnosił swoje kwalifikacje zawodowe. W 1973 roku uzyskał tytuł naukowy doktora nauk medycznych. Od początku swej działalności naukowej zaangażowany w problematykę reumatologiczną. Otrzymał wiele odznaczeń państwowych i resortowych m in: za wybitne zasługi dla wielkopolskiej reumatologii otrzymał statuetkę „Salix Aurea” (Oskar w reumatologii) oraz odznakę honorową „Za zasługi dla Województwa Wielkopolskiego”. W 1993 roku został „Wielkopolaninem Roku”. Jest znakomitym organizatorem, taktikiem i politykiem jednocześnie. Całe swe życie zawodowe poświęcił pacjentom, jest „żywą historią POR w Śremie i ojcem jego sukcesów”. Szerzej na temat postaci dr Wiesława Romanowskiego: Kronika nr 4 (lata 1958-2002), POR w Śremie.

<sup>74</sup> Zob. I Główna księga przyjęć Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków w Śremie.

kończyły się egzaminem i uzyskaniem zaświadczenia ukończenia kursu przysposobienia zawodowego. Prowadzenie zajęć warsztatowych mobilizowało chorych do nauki, poprawy ich umiejętności i w decydujący sposób przesądzało o wynikach szkolenia zawodowego i zatrudnieniu.

Do 1964 roku ZL i SZR prowadził dziesięć kierunków szkolenia. Chorych przygotowywano głównie do pracy chałupniczej o specjalnościach: tkactwo ręczne, bambosznictwo, siatkarstwo, pończosznictwo, galanteria metalowa i skórzana, zabawkarstwo, krawiectwo, dziewiarstwo oraz kaletnictwo.

Taka forma szkolenia trwała do 1963 roku, a kursy „nieatrakcyjne” ze względu na brak możliwości zatrudnienia absolwentów sukcesywnie likwidowano na rzecz wprowadzania nowych specjalności<sup>75</sup>.

Początkowo zakład posiadał kilka warsztatów tkackich urządzonych systemem gospodarczym łącznie z zestawem drobnych narzędzi i przyborów służących prowadzeniu nauki zawodu na krótkich kursach.

W 1962 roku w Ośrodku na leczenie rehabilitacyjne przyjęto 47 Algierczyków<sup>76</sup>. Byli to inwalidzi wojenni, którzy podczas pobytu w placówce przez okres od kilku lub kilkunastu miesięcy poddawani byli kompleksowej rehabilitacji, w tym: rehabilitacji medycznej, leczeniu internistycznemu oraz zaopatrzeniu ortopedycznemu. Ze względu na rodzaj uszkodzenia ciała np.: rany, brak kończyn dolnych, usztywnień kończyn górnych, zaburzeń pokarmowych (odżywianie w więzieniach), wymagali leczenia i rehabilitacji zarówno w Ośrodku, jak też w Klinice Ortopedycznej w Poznaniu. Było to związane z potrzebą wykonania u niektórych zabiegów operacyjnych.

W księdze głównej przyjęć figurowali pod danym numerem ze względu na trudną pisownię nazwisk i imion. Większość z nich przywieziona do ZL i SZR na noszach, opuszczała go o własnych siłach, zdobywając umiejętności

---

<sup>75</sup> W. Romanowski, op. cit., s. 15-16.

<sup>76</sup> Ibidem, s. 17.

chodzenia i samodzielnego poruszania się, z przekonaniem o swej samodzielności.

## 4.2. Formy rehabilitacji

Rehabilitacja – to zorganizowany system działania, którego celem jest przywrócenie człowiekowi utraconych funkcji w przebiegu choroby, a także wad rozwojowych i wrodzonych. Celem rehabilitacji jest przywrócenie pod względem zdrowia najpełniejszej sprawności w sensie fizycznym, psychicznym, społecznym i zawodowym<sup>77</sup>.

Według prof. W. Dega rehabilitacja jest „procesem medyczno-społecznym, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu użyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia”<sup>78</sup>.

Innymi słowy rehabilitacja oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, uwzględniający wszystkie potrzeby chorego w związku z jego chorobą i jej skutkami.

Prof. W. Dega rozszerzając pojęcie rehabilitacji wprowadził określenie rehabilitacji kompleksowej<sup>79</sup>. Uważał, że w procesie rehabilitacji chorego powinno się uwzględnić aspekt medyczny, społeczny i zawodowy.

Uwzględniając te aspekty można dokonać podziału rehabilitacji na:<sup>80</sup>

- medyczną;
- zawodową;
- społeczną.

Istotnym elementem rehabilitacji medycznej jest leczenie umożliwiające przyspieszenie powrotu do zdrowia, zmniejszenia fizycznych i psychicznych

---

<sup>77</sup> M. Sokołowska, J. Hołówka, op. cit., s. 458.

<sup>78</sup> W. Dega, K. Malinowska, Rehabilitacja medyczna, Warszawa 1983, s. 14.

<sup>79</sup> Ibidem, s. 459-469.

<sup>80</sup> Ibidem.

następstw choroby poprzez kontrolę procesu leczenia (zapobieganie i ograniczenie już istniejących skutków choroby).

W rehabilitacji medycznej proces leczniczy stymulowany jest głównie przez aktywność ruchową i psychiczną oraz stosowanie odpowiednich środków farmakologicznych. Stąd rehabilitację medyczną uznaje się jako metodę leczenia z uwzględnieniem czynników zarówno psychicznych, społecznych oraz zawodowych, które wpływają na zdrowie człowieka i jego zdolność do samodzielnego życia.

Rehabilitacja społeczna z kolei, to proces zmierzający do przywrócenia samodzielności społecznej osobom, które wskutek kalectwa pozostają poza nawiasem życia społecznego (prowadzi do zależności społecznej). Aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, adaptacja w środowisku zamieszkania, likwidacja barier uniemożliwiających normalne funkcjonowanie tych osób to główne cele rehabilitacji społecznej, realizowanej przede wszystkim poprzez edukację obejmującą nie tylko rodzinę lecz również zdrowych członków społeczeństwa.

Rehabilitacja zawodowa natomiast, to przywrócenie zdolności do aktywnej pracy zawodowej czyli twórczego działania i możliwości zarobkowania. Realizacja tych zamierzeń odbywa się zarówno poprzez naukę zawodu, kształcenie od podstaw w zakresie pracy zawodowej (preorientacja) oraz przystosowanie i tworzenie odpowiednich warunków i stanowisk pracy w tym pracy chałupniczej).

Elementy rehabilitacji są ściśle ze sobą powiązane i tworzą tzw. model rehabilitacji kompleksowej, której twórcą był wspomniany profesor W. Dega<sup>81</sup>.

Charakterystycznymi cechami rehabilitacji kompleksowej według polskiego modelu jest<sup>82</sup> :

- wczesne zapoczątkowanie, czyli prowadzenie rehabilitacji przed i po zabiegu operacyjnym (ćwiczenia oddechowe, izometryczne i inne),

---

<sup>81</sup> W. Dega, Koncepcja rehabilitacji, „Problemy rehabilitacji społecznej i zawodowej” 1995, nr 1, s. 16.

<sup>82</sup> Ibidem, s. 19.

dające możliwość wcześniejszego usprawnienia pacjenta i zwiększenie efektów leczenia;

- kompleksowość uwzględniająca wszystkie aspekty rehabilitacji (kinezyterapia, fizykoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne, pomoc socjalna i psychologiczna i inne). Prowadzona przez zespół specjalistów, w tym: lekarzy (reumatologa, chirurga, neurologa, kardiologa, ortopedy), pielęgniarki, rehabilitantów, pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych i innych;
- ciągłość – będąca w ścisłym związku z rehabilitacją medyczną, społeczną i zawodową. Ciągłość oznaczała również kontynuację leczenia po opuszczeniu szpitala (rehabilitacja domowa);
- powszechność – obejmowała wszystkie dziedziny medycyny i była dostępna dla wszystkich.

Podsumowując, można stwierdzić, że najpełniejsze warunki rozwoju osoby niepełnosprawnej stwarza jej aktywne uczestnictwo we własnej rehabilitacji, rozumianej jako proces wieloetapowy złożony z powiązanych ze sobą i wzajemnie od siebie zależnych ogniw. W. Dega ujmując to następująco: „Jeśli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją socjalną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny”<sup>83</sup>. Tak rozumiana istota rehabilitacji stawiała niełatwe zadania pracownikom Ośrodka włączającym się profesjonalnie w ten proces. Wymagało to bowiem szczególnych kwalifikacji osobistych, w tym właściwych postaw wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością. Z czasem rehabilitacja socjalna i zawodowa w ZL i SZR ustępowała miejsca rehabilitacji leczniczej. Przedstawiona powyżej idea rehabilitacji chorych, była do 1999 roku realizowana w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym (POR).

W początkowym okresie działalności Ośrodka (1952) dominowała rehabilitacja socjalna i zawodowa. Ze względu na skromne warunki lokalowe, dysponowano jedynie małą salą gimnastyczną i jednym gabinetem

---

<sup>83</sup> Ibidem, s. 16.

fizykoterapii skromnie urządzonymi. Pierwszą pracownicą, która zajmowała się rehabilitacją pacjentów była pielęgniarka, a w listopadzie 1956 roku rozpoczęła pracę pierwsza fizjoterapeutka. Do jej dyspozycji pozostawało kilka aparatów starego typu, takich jak: aparat do galwanizacji, diatermia krótkofalowa, lampa Sollux z kwarcówką. W 1960 roku pracę w Zakładzie podjął pierwszy mgr wychowania fizycznego. Sala gimnastyczna i gabinet fizykoterapii mieściły się na pierwszym piętrze PDS dla Dorosłych.

Nadzór specjalistyczny nad Zakładem w tym okresie sprawowała dr med. Hanna Dworakowska i lek. med. Maria Hildebrandt<sup>84</sup>.

---

<sup>84</sup> Por. Kronika nr 1, POR w Śremie.

## **Rozdział II**

### **Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatologiczno – Ortopedyczne Dla Dorosłych (1964-1979)**

#### **1. Główne kierunki działań w ochronie zdrowia w latach 1964-1979**

Sięgając lat sześćdziesiątych i później, dążąc do udoskonalenia organizacji systemu ochrony zdrowia Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie z dnia 31 lipca 1967 roku w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej<sup>85</sup>.

W myśl rozporządzenia otwartą opiekę zdrowotną zapewniały m.in. ośrodki zdrowia, miejskie, osiedlowe przychodnie rejonowe, powiatowe przychodnie obwodowe, przychodnie przyszpitalne i przykliniczne oraz zakłady przemysłowej służby zdrowia.

Ośrodkiem zdrowia była niesamodzielna budżetowa jednostka organizacyjna zapewniająca podstawową opiekę zdrowotną ludności obszarów wiejskich, a zakładem otwartej opieki zdrowotnej była samodzielna, budżetowa jednostka organizacyjna, niesamodzielna budżetowa jednostka organizacyjna, część innego zakładu np. przychodnie przyszpitalne i przykliniczne oraz placówki terenowe zakładu otwartej opieki zdrowotnej.

Działalność otwartej opieki zdrowotnej zmierzała do podnoszenia i polepszenia stanu zdrowia ludności w tym zaspokajaniu potrzeb leczniczo-zapobiegawczych i odpowiednich warunków sanitarnych środowiska (także chorym, indywidualnie leczonym w warunkach domowych). Organizowano opiekę lekarską zarówno w zakładach dla dzieci i uczącej się młodzieży<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1967 Nr 36 poz. 183.

<sup>86</sup> K. Prętki, Przekształcenia..., op. cit., s. 47.

przeprowadzając m in. szczepienia ochronne. Dla określonej grupy ludności przeprowadzano też badania wstępne i okresowe, badano warunki środowiskowe w miejscu zamieszkania i pracy, a chorym leczonym w warunkach domowych zapewniano leczenie, rehabilitację zarówno leczniczą jak i zawodową.

W tym celu obszar województwa podzielono na obwody, a te na rejony zapobiegawczo-lecznicze<sup>87</sup>. Obwód obejmował powiat i miasto stanowiącego powiat liczący ponad 100 tysięcy mieszkańców, rejon natomiast to obszar wiejski liczący 3-6 tys. mieszkańców. Opiekę medyczną (lekarsko-pielęgniarską) zapewniał lekarz medycyny ogólnej, lekarz dentysta i pielęgniarki.

Rejonem był też obszar miejski liczący 3-5 tys. mieszkańców, gdzie opiekę zdrowotną sprawowali specjaliści w dziedzinie: medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych, pediatrii, położnictwa, ginekologii oraz lekarz dentysta. Osoby zamieszkałe lub zatrudnione na danym obszarze korzystały z właściwego im zakładu otwartej opieki zdrowotnej.

Dla wiejskich rejonów zapobiegawczo-leczniczych organizowano ośrodki zdrowia, które będąc niesamodzielnymi budżetowymi jednostkami organizacyjnymi, zapewniały podstawową opiekę zdrowotną ludności obszarów wiejskich. Ponieważ ośrodek nie zapewniał bardziej specjalistycznego zakresu opieki z uwagi na brak możliwości rozszerzenia postępowania diagnostycznego współpracował z najbliższymi położonymi zakładami otwartej opieki zdrowotnej.

Zakładem otwartej opieki zdrowotnej była natomiast samodzielna, budżetowa jednostka organizacyjna, niesamodzielną budżetową jednostką organizacyjną, część innego zakładu np. przychodnie przyszpitalne i przykliniczne oraz placówki terenowe zakładu otwartej opieki zdrowotnej.

Przychodnia rejonowa będąca niesamodzielną, budżetową jednostką organizacyjną obejmowała obszar danego miasta i zapewniała podstawową opiekę zdrowotną bądź specjalistyczną. W jej strukturze znajdowały się komórki organizacyjne typu poradni tj. ogólna dla dorosłych, dla dzieci, dla kobiet

---

<sup>87</sup> Ibidem, s. 48.



oraz lekarsko-dentystyczna. Z zaplecza diagnostycznego występuje jedynie podręczne laboratorium.

Na terenie obwodu (dzielnicy) ciężar opieki nad chorym spoczywał na przychodni obwodowej, która jako samodzielna budżetowa jednostka organizacyjna sprawowała opiekę medyczną i zabezpieczała potrzeby badań diagnostycznych oraz konsultacje specjalistów<sup>88</sup>. Wykonywanie zadań przychodni obwodowej czy rejonowej należało do przychodni przyszpitalnych stanowiących zespół komórek organizacyjnych właściwego szpitala – rejonowego, powiatowego, miejskiego lub wojewódzkiego. Specjalistyczne świadczenia konsultacyjne zapewniały natomiast przychodnie wojewódzkie.

Odrębne administracyjnie instytucje służby zdrowia stanowiły też szpitale, będące głównymi zakładami lecznictwa zamkniętego – ich zadaniem było leczenie chorych wymagających stacjonarnej opieki medycznej oraz stacje pogotowia ratunkowego udzielające pomocy w nagłych przypadkach (ostrych zachorowań), przewozem osób do szpitala lub wymagających hospitalizacji w trybie nagłym.

Integralność instytucjonalna zarówno zakładów otwartej i zamkniętej opieki zdrowotnej nie sprzyjała współpracy i zachowaniu ciągłości opieki powodując obniżenie poziomu i dostępności do usług leczniczych. Dlatego też na mocy rozporządzenia z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej<sup>89</sup> zespolono lecznictwo otwarte, zamknięte i stacje pogotowia ratunkowego w jedną instytucję powołując Zespoły Opieki Zdrowotnej (ZOZ). Tym samym rozporządzenie w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej z 1967 r. zostało uchylone.

Na podstawie rozporządzenia z 1973 roku Zespół Opieki Zdrowotnej to jednostka organizacyjna i budżetowa utworzona i podlegająca prezydium powiatowej rady narodowej, działająca na terenie powiatu zabezpieczająca miejscowej ludności podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną. Według rozporządzenia opiekę nad ludnością wiejską sprawował gminny ośrodek

---

<sup>88</sup> J. Indulski, T. Gdulewicz, J. Leowski, op. cit., s. 221.

<sup>89</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1973 Nr 7 poz. 52.

zdrowia, jako terenowa placówka ZOZ posiadający: poradnię ogólną, stomatologiczną, poradnie dla dzieci i kobiet.

Udzielaniem podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w miastach zgodnie z rozporządzeniem zajmowały się też:

- zespoły przychodni wojewódzkich;
- wojewódzkie zespoły specjalistyczne;
- szpitale wojewódzkie;
- jednostki organizacyjne akademii medycznych i instytucji naukowo – badawczych;
- zespoły przemysłowej służby zdrowia;
- zespoły opieki zdrowotnej dla szkół wyższych.

Zarówno zespoły przychodni wojewódzkich, wojewódzkie zespoły specjalistyczne czy szpitale wojewódzkie zostały tworzone przez prezydium wojewódzkie rad narodowych jako jednostki organizacyjne i budżetowe i całkowicie im podległe<sup>90</sup>.

Ze względu na to, że zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej występowały te same specjalności co w strukturze oddziałów szpitalnych, dochodziło często do powstawania różnego rodzaju nieprawidłowości dotyczących sposobu określenia kompetencji określonego zespołu opieki zdrowotnej.

Rozporządzenie z 1973 roku wywołało wiele zazwyczaj krytycznych komentarzy. Według J. Indulskiego i S. Orzeszyny, reorganizacja służby zdrowia potencjalnie w swych podstawowych założeniach stwarzała możliwości naprawy systemu, jednak z „powodu jakości kadr organizatorskich i systemu ich kształcenia” zaprzepaszczono tę szansę. Przebudowa struktur organizacyjnych systemu ochrony zdrowia według wspomnianych autorów zmierzała głównie do „tworzenia wspólnych dyrekcji i wspólnego budżetu”<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 49.

<sup>91</sup> J. Indulski, S. Orzeszyna, *Drogi i bezdroża medycyny społecznej w Polsce*, „Służba Zdrowia” 1981, nr 6, s. 4.

Zdaniem K. Prętkiego „celem reformy była realizacja w praktyce cech charakterystycznych socjalistycznej służby zdrowia, takich jak: dostępność, kompleksowość, ciągłość opieki lekarskiej, a zrealizowanie tych zamierzeń wymagało zmian organizacyjnych”<sup>92</sup>. Wskazał on, że niezadowolenie z wprowadzonych zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia było wynikiem niedostosowania struktur organizacyjnych sprzed reformy, co nie pozwalało na realizację zamierzonych celów. Dlatego też niezbędną okazała się zmiana organizacji służby zdrowia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej<sup>93</sup> uchyliło rozporządzenie z 1973 r. W myśl rozporządzenia opieką zdrowotną i udzielaniem niektórych świadczeń z dziedziny opieki społecznej zajmowały się powołane zakłady opieki zdrowotnej, do których zaliczono:

- zespoły opieki zdrowotnej;
- przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej (górnicy, portowy);
- zespoły opieki zdrowotnej dla szkół wyższych;
- wojewódzkie szpitale zespolone;
- szpitale kliniczne akademii medycznych i medycznych instytutów naukowych;
- szpitale i sanatoria.

Zespół opieki zdrowotnej to zakład służby zdrowia, stanowiący samodzielną jednostkę organizacyjną i budżetową, podlegający wojewodzie poprzez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej szczebla wojewódzkiego, który po zniesieniu powiatów stał się wyodrębnionym terenem określanym jako obwód zapobiegawczo-leczniczy. Obszar działania ZOZ obejmował teren jednego lub więcej miast i sąsiednie gminy stanowiąc obwód zapobiegawczo-leczniczy zamieszkały przez 30-150 tys. mieszkańców. Z kolei miasta liczące

---

<sup>92</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 51.

<sup>93</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, *Dziennik Ustaw 1975* Nr 25 poz. 134.

powyżej 150 tys. mieszkańców<sup>94</sup> „mogły stanowić jeden lub więcej obwodów zapobiegawczo-leczniczych”. Tym samym ZOZ organizował opiekę zdrowotną mieszkańcom w zależności od zasięgu terytorialnego.

Istniejący na danym obszarze obwód zapobiegawczo-leczniczy udzielał zamieszkałym świadczeń zapobiegawczych takich jak:

- organizowanie i przeprowadzanie szczepień ochronnych;
- przeprowadzanie badań profilaktycznych;
- kontrola i nadzór nad warunkami zamieszkania i pracy w tym stanu zdrowia pracowników.

W ramach opieki leczniczej dany obwód zapewniał:

- świadczenia ambulatoryjne – zarówno w formie stacjonarnej, doraźnej i domowej;
- świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej i zawodowej.

Na obszarze obejmującym duże zakłady pracy (przemysł, górnictwo, budownictwo itd.) tworzono przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej (PZOZ), które jako samodzielne jednostki organizacyjne i budżetowe były finansowane z budżetu wydziału zdrowia urzędu wojewódzkiego. Prowadziły one działalność zapobiegawczo-leczniczo-rehabilitacyjną w stosunku do zatrudnionych pracowników oraz nadzór nad warunkami sanitarno-higienicznymi, ze wskazaniem na zakłady, w których występowały szkodliwe dla zdrowia warunki pracy. Przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej tworzono na bazie przychodni przyzakładowych, a terenem ich działania było kilka zakładów pracy znajdujących się w niedużej odległości umożliwiającej łatwy dostęp i dotarcie do przychodni<sup>95</sup>. W skład PZOZ wchodziły:

- przychodnie przyzakładowe i międzyzakładowe;
- poradnie specjalistyczne;
- pracownie analityczne i diagnostyczne;
- inne komórki i stanowiska pracy.

---

<sup>94</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 52.

<sup>95</sup> J. Indulski, T. Gdulewicz, J. Leowski, op. cit., s. 305.

W województwach o znacznym uprzemysłowieniu organizowano Przemysłowe Specjalistyczne Zespoły Opieki Zdrowotnej (PSZOZ), które przede wszystkim nadzorowały placówki przemysłowej służby zdrowia oraz sprawowały nadzór nad działalnością orzeczniczą.

W miejscowościach skupiających uczelnie akademickie tworzono zespoły opieki zdrowotnej dla szkół wyższych, zapewniające opiekę profilaktyczno-leczniczą studentom, pracownikom szkół wyższych oraz pobierającym stypendia doktorskie i habilitacyjne<sup>96</sup>.

Wojewódzki szpital zespolony znajdujący się na terenie określonego województwa zapewniał świadczenia zdrowotne będące uzupełnieniem opieki zdrowotnej sprawowanej przez zespoły opieki zdrowotnej. Posiadał zaplecze lecznicze, a świadczenia udzielane były w formie ambulatoryjnej oraz stacjonarnej. Były to usługi specjalistyczne i konsultacyjne, a do jego zadań należały też funkcje szkoleniowo-nadzorcze w stosunku do personelu medycznego.

Szpitaly kliniczne akademii medycznych i medycznych instytutów naukowych były ośrodkami nauczania personelu medycznego (szkolenia i specjalizacje podyplomowe), prowadziły prace naukowo-badawcze oraz udzielały świadczeń specjalistycznych zarówno ambulatoryjnych jak i stacjonarnych uzupełniając działalność zakładów stopnia wojewódzkiego.

W zakresie rzadko występujących specjalności instytuty świadczyły usługi zdrowotne mieszkańcom całego kraju.

Obszar powiatu zabezpieczał szpital, zapewniając pomoc w nagłych zachorowaniach i wypadkach, konsultacje specjalistyczne oraz leczenia chorych, którzy wymagali ciągłej opieki i całodobowego postępowania leczniczego. Wyposażone w aparaturę, urządzenia i środki medyczne oraz wykwalifikowaną kadrę medyczną, udostępniał zaplecze laboratoryjne i udzielał świadczeń zdrowotnych poprzez oddziały szpitalne pomocy doraźnej, sieć przychodni specjalistycznych i poradni przyszpitalnych znajdujących się na terenie

---

<sup>96</sup> Ibidem, s. 228.

szpitala. Działał na obszarze kompetencji jednego zespołu opieki zdrowotnej zapewniając ciągłość i koordynację świadczeń zdrowotnych<sup>97</sup>.

Opiekę zdrowotną w zakresie leczenia klimatycznego, balneologicznego, terapii zajęciowej czy rehabilitacji sprawowały sanatoria wchodzące w skład uzdrowisk, których zadaniem było leczenie chorób przewlekłych i rehabilitacja chorych. Posiadały bazę łózkową, część zabiegowo-leczniczą, dział kulturalno-oświatowy, żywienia i administracyjny.

Wymienione zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej stanowiły własność państwa, podlegały władzom centralnym i urzędów wojewódzkim. Kierownictwo sprawował Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, koordynował całą działalność poprzez odpowiednie wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich oraz agendy w samym ministerstwie. Jednocześnie na podstawie ustawy z 1975 roku o dwustopniowym podziale administracyjnym państwa i zmianie ustawy o radach narodowych<sup>98</sup> sieć zakładów służby zdrowia i opieki społecznej dostosowano do podziału terytorialnego kraju, co wiązało się ze zwiększeniem liczby województw i likwidacją powiatów.

Ujednoczenie struktur ZOZ oraz praktycznie całkowite podporządkowanie organów władzy w terenie organom szczebla centralnego było obiektem intensywnej krytyki tej ustawy.

Według Jerzego Regulskiego<sup>99</sup> wprowadzenie reformy było spowodowane obawą „władz partyjnych” na stale rosnące wpływy i dominację wojewódzkich komitetów Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (PZPR). Dlatego też likwidacja powiatów i przeniesienie ZOZ-ów do ośrodka wojewódzkiego wzmacniało władzę partyjną i uprawnienia dyrektorów ZOZ, osłabiając jednocześnie siłę komitetów wojewódzkich PZPR. Z kolei Cezary Włodarczyk<sup>100</sup> podkreśla, że wprowadzona w 1975 roku reforma administracji i zmiana układu służby zdrowia „wynikały z idei scentralizowanej biurokracji”, gdyż wszelkie decyzje dotyczące ochrony zdrowia podejmowane

---

<sup>97</sup> Ibidem, s. 224.

<sup>98</sup> Ustawa z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale Państwa i o zmianie ustawy o radach narodowych, Dziennik Ustaw 1975 Nr 16 poz. 91.

<sup>99</sup> J. Regulski, Samorząd III Rzeczypospolitej. Koncepcje i realizacja, Warszawa 2000, s. 23-24.

<sup>100</sup> W. C. Włodarczyk, Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, op. cit., s. 58.

były „odgórnie” na szczeblu centralnym. Przekazanie spraw dotyczących zdrowia na szczebel wojewódzki i gminny teoretycznie miało usprawnić administrację, zwiększyć dostępność do świadczeń oraz zwiększyć oszczędności, w praktyce jak się później okazało, reformę oceniano jako wadliwą podnoszącą koszty administracji (liczba województw) oraz nakładania się kompetencji.

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lipca 1975 roku w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej<sup>101</sup>, podstawowa opieka zdrowotna sprawowana była przez lekarza ogólnego lub chorób wewnętrznych dla dorosłych, lekarza pediatrę, ginekologa i stomatologa. Dla ogółu ludności w miastach miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych były poradnie:

- ogólna lub chorób wewnętrznych (obejmowały obszar jednego rejonu);
- pediatrii (obejmowały obszar jednego lub dwóch rejonów);
- położnictwa i ginekologii (obejmowały obszar trzech lub czterech rejonów);
- stomatologii (obejmowały obszar jednego rejonu).

Wszystkie poradnie wchodziły w skład właściwej terenowo przychodni rejonowej.

Świadczenia udzielane były w czterech podstawowych specjalnościach (medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych, pediatrii, położnictwa i ginekologii, stomatologii) i obejmowały:

- opiekę zapobiegawczo – leczniczą;
- rehabilitację;
- indywidualną opiekę zapobiegawczo – leczniczą w domu chorego;
- opiekę socjalną.

---

<sup>101</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lipca 1975 roku w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołu opieki zdrowotnej, Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej 1975 Nr 15 poz. 12.

Dla ludności wiejskiej miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych były:

- wiejskie ośrodki zdrowia;
- gminne ośrodki zdrowia (mieszczące się w miejscowościach będących siedzibą urzędów gminnych<sup>102</sup>);
- przyzakładowe ośrodki zdrowia.

Dokonane zmiany organizacyjne na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej według C. Włodarczyka<sup>103</sup> stworzyły „cztery odrębne mutacje POZ”, wymagające odrębnego zdefiniowania (dla ludności miejskiej, wiejskiej, dla pracujących i uczących się). Było to powodem rozczłonkowania POZ, co prowadziło do „rozproszonego i niespójnego postępowania” i sugerowało istnienie zróżnicowania co do zasad udzielania świadczeń zdrowotnych. Według autora, podstawowa opieka zdrowotna powinna sprawować ciągłą i wszechstronną opiekę medyczną nad społeczeństwem w miejscu zamieszkania, ściśle współpracując z zakładami pracy i szkołami.

Podsumowując, można stwierdzić, iż do 1970 roku opiekę medyczną zapewniały przede wszystkim ośrodki zdrowia (na wsi), przychodnie rejonowe (w miastach) łącząc czynności zapobiegania i leczenia oraz przychodnie obwodowe zapewniające badania diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne. Odrębnymi administracyjnie instytucjami były szpitale, zapewniające stacjonarną opiekę całodobową oraz stacje pogotowia ratunkowego udzielające porad i pomocy w nagłych zachorowaniach i wypadkach. Integralność instytucjonalna tych instytucji hamowała rozwój i współpracę między nimi dążąc „do odrębnego zabezpieczenia swoich funkcji pomocniczych mimo, że były one niemal identyczne”<sup>104</sup>. To nie sprzyjało „zachowaniu ciągłości opieki zdrowotnej i powodowało nieskoordynowane rozczłonowanie świadczonych usług zdrowotnych”<sup>105</sup>. Dlatego też, w 1973 roku dokonano wielu zmian organizacyjnych tworząc zespoły opieki

---

<sup>102</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 53.

<sup>103</sup> W. C. Włodarczyk, op. cit., s. 57.

<sup>104</sup> J. Induski, T. Gdulewicz, J. Leowski, op. cit., s. 222.

<sup>105</sup> *Ibidem*.



zdrowotnej, jako jednostki organizacyjne i budżetowe podległe wojewodom scalając jednocześnie lecznictwo zamknięte, otwarte i stacje pogotowia ratunkowego w jedną instytucję. Objęto też bezpłatną i powszechną opieką zdrowotną praktycznie wszystkich obywateli, nie zwiększając jednocześnie nakładów finansowych na państwową służbę zdrowia. W opisywanym czasie finansowanie ochrony zdrowia odbywało się w systemie budżetowym, nie istniały też mechanizmy ekonomiczne pozwalające na lepsze wykorzystanie bazy i kadr.

W wielu przypadkach sztywne przestrzeganie i zróżnicowanie obszarów kompetencji poszczególnych części tej samej instytucji, sprawiało trudności w ocenie jej zasięgu działania jako całości. Ponadto, obiektem ostrej krytyki był fakt centralnego i bezgranicznego podporządkowania się organów administracji państwowej z podporządkowanymi im urzędami centralnymi i terenowymi oraz zakładami służby zdrowia Ministerstwu Zdrowia. Wszelkie decyzje podejmowane przez władze niższego szczebla dotyczące bądź struktury ZOZ bądź obsadzania stanowisk kierowniczych, były ograniczone uprawnieniami ministerstwa, co praktycznie było przejawem ubezwłasnowolnienia władzy.

## **2. Podstawy organizacyjno-prawne Sanatorium dla Dorosłych**

W 1964 roku uchwałą Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej przekształcono Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków na Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatologiczno-Ortopedyczne dla Dorosłych (SRRO) w Śremie<sup>106</sup>.

Był to przełomowy i zarazem ważny okres w dziejach Ośrodka z uwagi na to, iż stał się samodzielną, wojewódzką jednostką specjalistyczną podporządkowaną Wydziałowi Zdrowia i Opieki Społecznej w Poznaniu.

---

<sup>106</sup> Uchwała Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu z dnia 3 grudnia 1964 r. w sprawie przekształcenia Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków w Śremie, na Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatologiczno-Ortopedyczne dla Dorosłych, Poznań 1964 Nr 44 poz. 645.

W myśl uchwały Sanatorium, jako zakład społeczny służby zdrowia opierał swoją działalność na przepisach ustawy o społecznych zakładach służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia<sup>107</sup>. Stanowił samodzielną jednostkę budżetową, finansowaną bezpośrednio przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej – Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej (PWRN) w Poznaniu, działającą na zasadach określonych w art. 10 ustawy z sierpnia 1958 r. o prawie budżetowym<sup>108</sup>. Na wydzielonym funduszu działał Zakład Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków, jednak obydwie jednostki posiadały wspólne kierownictwo.

Wydzielona została część lecznicza z dwoma oddziałami. Ze stanu 100 łóżek sanatoryjnych 60 z nich przeznaczona była dla reumatyków, a 40 dla innych poszkodowanych, w tym inwalidów. Z ogółu łóżek 40% przeznaczono na potrzeby województwa poznańskiego.

Struktura organizacyjna wyodrębniła działy:

- leczniczy;
- rehabilitacji leczniczej i usprawnienia fizycznego;
- administracyjny;
- pomocniczo-gospodarczy.

W tym okresie przyjęto dwa kierunki działalności:

- rehabilitację kompleksową, obejmującą dziesięciomiesięczne turnusy leczniczo-szkoleniowe dla osób z całego kraju w wieku od 16-40 lat;
- rehabilitację leczniczą, dla osób z województwa poznańskiego przyjmowanych na miesięczne turnusy lecznicze<sup>109</sup>.

---

<sup>107</sup> Ustawa z dnia 28 października 1948 r o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dziennik Ustaw Nr 50 poz. 58.

<sup>108</sup> Ustawa z dnia 1 sierpnia 1958 r o prawie budżetowym, Dziennik Ustaw Nr 45 poz. 22 (z późn. zmianami).

<sup>109</sup> Na rehabilitację przyjmowano osoby ze schorzeniami reumatycznymi, uszkodzeniami pourazowymi, po amputacjach kończyn dolnych (nauka chodzenia). Kronika nr 1, POR w Śremie.

### 3. Zakład Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów

Wraz z usamodzielnieniem placówki i uzyskaniu statusu samodzielnej jednostki budżetowej wyodrębniono dział szkolenia pod nazwą Zakładu Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów (ZRZI). Był to jeden z dziewięciu zakładów w kraju nadzorowanych przez Departament Rehabilitacji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej<sup>110</sup>.

Rehabilitacja zawodowa stanowiła część procesu rehabilitacji kompleksowej i składała się z kilku etapów: poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i zatrudnienia. Poradnictwo zawodowe zajmowało się oceną zdolności osoby niepełnosprawnej do pracy, natomiast szkolenie zawodowe było elementem przygotowania do odpowiedniej pracy. Kierunek szkolenia czy kształcenia ustalano w oparciu o wyniki badań dotyczące zdolności do pracy. W przypadku gdy stopień niepełnosprawności ograniczał zdobycie wiedzy i praktycznych umiejętności, w zwykłym ogólnodostępnym systemie przygotowania zawodowego istniała możliwość zdobywania wiedzy i przygotowania zawodowego w specjalistycznych placówkach, przeznaczonych dla osób z określonym stopniem niepełnosprawności<sup>111</sup>.

Tego typu placówką było Sanatorium Rehabilitacyjne, Reumatologiczno-Ortopedyczne w Śremie, gdzie na 10-miesięczne turnusy szkoleniowo-lecznicze<sup>112</sup> przyjmowano pacjentów w wieku od 16 do 40 lat, którym choroba nie pozwoliła niejednokrotnie ukończyć szkoły podstawowej, nie mówiąc już o wyuczeniu zawodu. Przyjmowani do Ośrodka na okres 4-tygodni, poddawani byli badaniom wstępnym<sup>113</sup>, w tym badaniom lekarskim (sprawność manualna, możliwości samoobsługi) i pedagogicznym (ogólne wiadomości

---

<sup>110</sup> W. Romanowski, *Z kart historii...*, op. cit., s. 21.

<sup>111</sup> T. Majewski, *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*, Warszawa 1995, s. 48.

<sup>112</sup> W czasie trwania kursów przysposobienia zawodowego, przygotowywano inwalidów do podjęcia pracy chałupniczej, a osoby sprawniejsze do pracy bezpośrednio w produkcji. Jednocześnie asystent socjalny zbierał wywiad odnośnie sytuacji materialnej, rodzinnej, mieszkaniowej, środowiskowej, kontaktował się z miejscowymi lub wojewódzkimi władzami, celem zapewnienia miejsca pracy każdemu absolwentowi. Ponadto dbał by wszyscy szkoleni otrzymywali grupy inwalidzkie, bez których nie mogliby podjąć pracy, Zob. Sprawozdania (roczne) z pracy asystenta socjalnego, dokumenty POR w Śremie.

<sup>113</sup> Osoby o znacznym upośledzeniu intelektualnym przebywały w Ośrodku średnio 4 miesiące i otrzymywały zaświadczenie o przyuczeniu do wykonywania prostych czynności, głównie z zakresu krawiectwa lekkiego, Kronika nr 1, POR w Śremie.

z zakresu szkoły podstawowej), w celu zakwalifikowania na odpowiedni rodzaj szkolenia zawodowego.

Każdy uczeń miał swoją „teczkę biograficzną”, która zawierała wyniki testów, wywiady z rodzicami lub opiekunami oraz obserwacje z postępów w nauce.

Program indywidualnej kompleksowej rehabilitacji opracowywał (wraz z pacjentem) powołany Zespół Rehabilitacyjny<sup>114</sup>, w skład którego wchodził:

- dyrektor Ośrodka;
- kierownik działu szkolenia;
- nauczyciel określonego zawodu;
- psycholog;
- pedagog;
- asystent socjalny;
- lekarz prowadzący;
- pielęgniarka oddziałowa;
- fizjoterapeuta.

W oparciu o informacje i diagnozę wstępną dokonaną przez członków zespołu terapeutycznego, analizowano wskazania i predyspozycje poszczególnych pacjentów odnośnie skierowania na odpowiednie działy szkolenia. Wybór kierunku szkolenia wyznaczał jednocześnie czas pobytu pacjenta na rehabilitacji leczniczo-zawodowej (w przypadku zakwalifikowania na kurs o pełnym programie szkolenia zawodowego wynosił 10 miesięcy).

Zasadniczym warunkiem przyjęcia na określony kurs był rodzaj schorzenia, nie było bowiem żadnych kryteriów dotyczących wykształcenia (wyjątek stanowiła fotografika (1971-1997) oraz obsługa komputerów i urządzeń peryferyjnych (1993-1999), gdyż wymogiem zakwalifikowania się było pełne

---

<sup>114</sup> Zespół rehabilitacyjny Ośrodka przed rozpoczęciem każdego nowego roku szkolnego, sprawdzał nadesłaną dokumentację pacjentów i w oparciu o wstępną diagnozę pedagoga i lekarza prowadzącego kwalifikował na kurs o pełnym programie szkolenia zawodowego lub kurs doształcający. Wskazania zdrowotne, pedagogiczne i socjalne w dużym stopniu gwarantowały ukończenie kursu zawodowego, co w znacznym stopniu dawało szansę zatrudnienia absolwentom, Zob. Arkusze zbiorcze dotyczące wyników badań psychopedagogicznych przyjętych pacjentów na określony rodzaj kursu, dokumenty POR w Śremie.

wykształcenie podstawowe, a najchętniej ponadpodstawowe oraz możliwie dobra sprawność fizyczna. Osoby nie rokujące opanowania materiału nauczania uczono wykonywania najprostszych czynności zawodowych, wydając przy tym odpowiednie zaświadczenie.

Zespół rehabilitacyjny w trakcie trwania dziesięciomiesięcznego szkolenia czuwał nad prawidłową realizacją procesu kompleksowej rehabilitacji. Współpraca poszczególnych członków zespołu, realizacja ustalonego programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego (indywidualnie dla każdego pacjenta), w znacznym stopniu gwarantowała ukończenie kursu. Oznaczało to, iż koncepcja i efekt działania zespołu rehabilitacyjnego prowadziły do usprawnienia fizyczno-psychicznego i zawodowo-społecznego pacjentów<sup>115</sup>. Roczny cykl pracy zespołu rehabilitacyjnego związany był z organizacją roku szkolnego oraz strukturą organizacyjną POR i trwał od września do czerwca. W przerwie wakacyjnej analizowano dokumentację przyszłych uczestników turnusu leczniczo-szkoleniowego, jak również przeprowadzano ocenę metod i efektów pracy całego zespołu. Oceniano stan zdrowia, usprawnienie fizyczne absolwentów i stopień przygotowania zawodowego.

Dla potrzeb szkoleniowych w tym okresie (1964) Ośrodek miał do dyspozycji cztery sale do zajęć praktycznych, jedną salę wykładową przeznaczoną do nauki teorii zawodu oraz salę dla pacjentów uzupełniających wykształcenie podstawowe. Zajęcia praktyczne odbywały się w pomieszcze-

---

<sup>115</sup> Zespół rehabilitacyjny na podstawie sporządzonej diagnozy, zarówno medycznej, psychologiczno-pedagogicznej czy socjalnej ustalał szczegółowy plan diagnostyczny dostosowany indywidualnie do każdego szkolonego pacjenta. Organizowane w Ośrodku cotygodniowe spotkania zespołu, pozwalały na ocenę dwóch lub trzech pacjentów pod kątem diagnostycznym tj. diagnostyki medycznej (rokowanie, leczenie), rehabilitacyjnej (przebieg usprawniania), psychologiczno-pedagogicznej (zainteresowań, postępów w nauce, oceny zachowania), socjalnej (ocena warunków środowiskowych, możliwości zatrudnienia, sytuacji rodzinnej, warunków materialnych i mieszkaniowych). Wszelkie uwagi poszczególnych członków zespołu terapeutycznego dotyczące pracy z pacjentem, a także jego przyszłości po ukończeniu kursu, jego samoocena dotycząca głównie jego osiągnięć i trudności zwiększając efektywność oddziaływania kompleksowej rehabilitacji. Podsumowaniem procesu kompleksowej rehabilitacji (na zakończenie każdego turnusu szkoleniowo-leczniczego) była ocena medyczno-pedagogiczno-socjalna stanu pacjenta. Dotyczyła stanu zdrowia przy wypisaniu, jego losu po opuszczeniu Ośrodka oraz możliwości zatrudnienia. W przypadkach wymagających interwencji (np. adaptacja w jego środowisku) członkowie zespołu docierali do instytucji mogących pomóc w dostosowaniu pacjenta w jego środowisku, Zob. Sprawozdania z posiedzeń Zespołu Rehabilitacyjnego dotyczące podejmowanych decyzji odnośnie zakwalifikowania pacjenta do programu kompleksowej rehabilitacji, dokumenty POR w Śremie.

niach odpowiednio przystosowanych do potrzeb pacjentów, wyposażonych w niezbędny sprzęt, urządzenia i pomoce naukowe.

Do 1974 roku prowadzono naukę zawodu na następujących kursach: tkactwo, siatkarstwo, bambosznictwo, pończosznictwo, galanteria metalowa i skórzana, zabawkarstwo, krawiectwo, kaletnictwo. Kursy nieatrakcyjne ze względu na brak możliwości zatrudnienia likwidowano, wprowadzając inne rodzaje specjalności zawodowych. Nieustannie modernizując pomieszczenia i powiększając wyposażenie pracowni (zakupiono maszyny krawieckie, aparaty dziewiarskie, sprzęt audiowizualny, sprzęt fotograficzny i komputerowy) wzbogacano też bibliotekę pedagogiczną.

Umiejętności zawodowe pacjenci tutejszego Ośrodka zdobywali w następujących specjalnościach:

- krawiectwo lekkie;
- dziewiarstwo na aparatach ręcznych;
- fotografika;
- obsługa komputerów i urządzeń peryferyjnych.

Przebieg szkolenia zawodowego nadzorowały cztery osoby:

- technik włókiennik;
- mistrz krawiecki;
- czeladnik krawiecki;
- technik fotograf;
- specjalista ds. obsługi komputerów i urządzeń peryferyjnych.

W 1993 roku obok krawiectwa, dziewiarstwa i fotografiki uruchomiono pracownię komputerową, a środki na jej utworzenie pozyskano z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON)<sup>116</sup>. Miało to

---

<sup>116</sup> Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON) został utworzony w 1991 r. na podstawie ustawy z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych (Dziennik Ustaw. 1991 Nr 46, poz. 201 z późn. zm.). Obecnie PEFRON działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dziennik Ustaw. 2008 Nr 14, poz 92). To organ administracji państwowej wspierający rehabilitację oraz zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Pieniądze pochodzące z PEFRON mogą być wydawane jedynie na cele, które wyznacza ustawa. Zarząd Funduszu nie może

wpływ na kontynuację szkolenia w danych specjalnościach i wprowadzenie nowego kierunku szkolenia – obsługi komputerów i urządzeń peryferyjnych.

Nauczycieli przedmiotów ogólnokształcących, przygotowujących młodzież do egzaminów przed państwową Komisją Egzaminacyjną wyznaczał Wydział Oświaty i Wychowania Urzędu Miasta w Śremie<sup>117</sup>.

Kursy prowadzone na prawach roku szkolnego podzielono na dwa semestry. Po upływie pierwszego, na posiedzeniu Rady Pedagogicznej (przy udziale pedagoga szkolnego, asystenta socjalnego oraz wychowawcy) oceniano każdego kursanta i ustalano oceny półroczne. Każdy kurs kończył się egzaminem przed Komisją Egzaminacyjną powoływaną przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej w Poznaniu. Osoby zdające, prezentowały własnoręcznie wykonane i zaprojektowane przez siebie prace, co było warunkiem przystąpienia do egzaminu i uzyskaniu zaświadczenia ukończenia kursu przysposobienia zawodowego w danej specjalności.

Głównym celem całorocznej pracy nauczycieli, wychowawców, lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych tutejszego Sanatorium, była troska o zdrowie i przyszłość każdego z uczestników kursu. Zasada przestrzegana w Ośrodku była pomoc w zapewnieniu pracy każdemu po powrocie do miejsca zamieszkania<sup>118</sup>.

---

nimi dysponować dobrowolnie, może je wyłącznie przeznaczać na finansowanie zadań przewidzianych wyżej wymienioną ustawą o rehabilitacji.

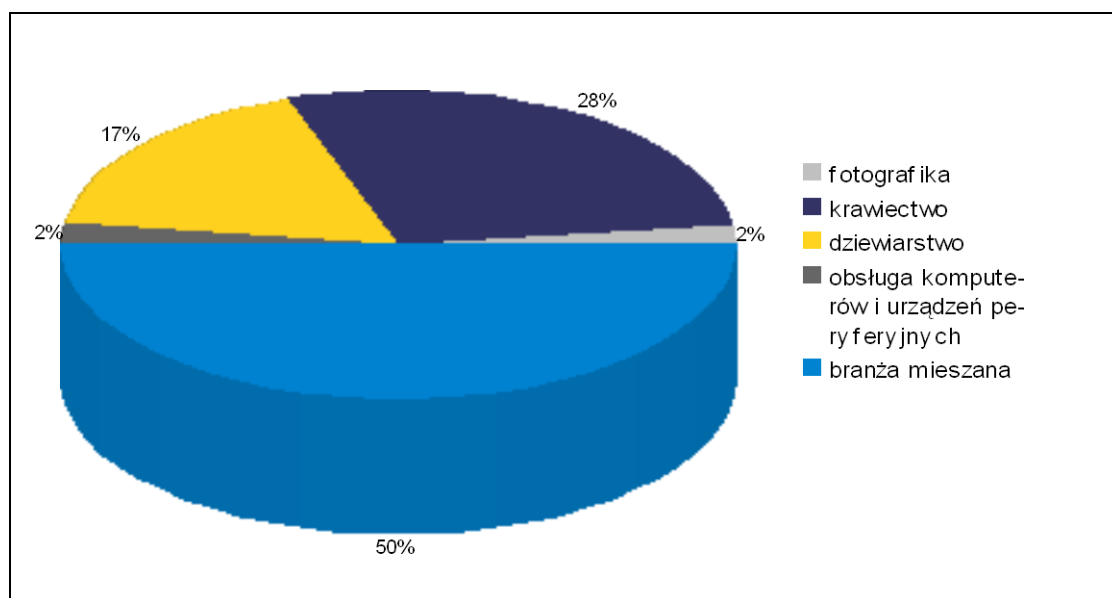
<sup>117</sup> Zatrudnieni nauczyciele przygotowywali młodzież do egzaminów z zakresu szkoły podstawowej. Każdy z kursów kończył się egzaminem pisemnym z języka polskiego i matematyki oraz egzaminem ustnym z pozostałych przedmiotów przed państwową Komisją Egzaminacyjną powoływaną przez Wydział Oświaty i Wychowania Urzędu Miasta w Śremie. Młodzi ludzie zdobywali swe umiejętności zawodowe na zajęciach (opracowane przez pracowników Ośrodka programy nauczania zatwierdzone przez Ośrodek Metodyczny we Wrocławiu) praktycznej i teoretycznej nauki zawodu, Por. Kronika nr 1, POR w Śremie.

<sup>118</sup> W 1977 roku przeprowadzono badanie ankietowe wśród absolwentów danego kursu. Ankieta dotyczyła dalszych ich losów a w szczególności problemów dotyczących sytuacji socjalno-bytowej (min. zatrudnienia i rodzaju wykonywanej pracy). Na zawarte pytania odpowiedziało 289 osób choć badaniem objęto 423 osoby. Zebrany materiał pozwolił uzyskać informację o zatrudnieniu absolwentów. I tak : na 289 respondentów zawodowo czynnych było 165 osób, co stanowiło 56,8%. Następne 65 osób otrzymało rentę w wyniku pracy, dzięki przysposobieniu zawodowemu w Ośrodku. Ogółem zatrudnionych absolwentów było 79,5% osób i było sukcesem pracowników Sanatorium za ciężką i zarazem efektywną pracę. Zawsze stan zdrowia i przyszłość każdego absolwenta było dla nich najważniejsze, Zob. Badanie ankietowe absolwentów, uczestników 10-cio miesięcznego turnusu leczniczo-szkoleniowego z 1977 roku, dokumenty POR w Śremie.

Zakład Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów prowadził 12 kierunków szkolenia zawodowego. Ogółem szkolenie zawodowe w latach 1952-1999 w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym ukończyło 2405 absolwentów. I tak: tkactwo ukończyło 251 osób; siatkarstwo - 150 osób; kaletnictwo – tyleż samo; bambosznictwo i galanterię skórzaną po 146 osób; pończosznictwo – 33 osoby; galanterię metalową – 6 osób; zabawkarstwo – 249 osób; krawiectwo – 635 osób; dziewiarstwo – 387 osób; fotografika – 206 osób; obsługa komputerów i urządzeń peryferyjnych – 46 osób.

Ilość absolwentów i rodzaj szkolenia zawodowego w latach 1952-1999 przedstawia wykres nr 1.

**Wykres nr 1. Ilość absolwentów i rodzaj szkolenia zawodowego w latach 1952-1999, dane w %**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie.

Analizując przedstawione dane, można zauważyć, że najbardziej atrakcyjnym kursem obok branży mieszanej (tkactwo, bambosznictwo, siatkarstwo, pończosznictwo, galanteria metalowa i skórzana, zabawkarstwo i kaletnictwo), było krawiectwo lekkie prawdopodobnie z uwagi na to, że zdecydowaną większość szkolonych stanowiły kobiety, często zatrudniane przez spółdzielczość inwalidzką lub w innych zakładach związanych



z krawiectwem. Drugim była fotografika mimo, że po jej ukończeniu absolwenci zazwyczaj nie byli zatrudniani w spółdzielczości inwalidzkiej, tworzyli jednak własne zakłady fotograficzne.

Rehabilitacja zawodowa prowadzona w POR w latach sześćdziesiątych swą formą i treściami znacznie różniła się od prowadzonej w latach pięćdziesiątych, gdyż w tamtym okresie nauka zawodu prowadzona była głównie w formie warsztatów terapii zajęciowej<sup>119</sup>. Było to już bowiem ogniwo rehabilitacji kompleksowej, w którym obok szkolenia zawodowego prowadzono poradnictwo zawodowe.

Należy dodać, że rehabilitacja zawodowa w warunkach Sanatorium nie była kontynuacją rehabilitacji leczniczej, lecz była prowadzona równolegle z nią.

#### **4. Uruchomienie Sali Operacyjnej**

W 1965 roku z inicjatywy docenta Hieronima Strzyżewskiego została uruchomiona sala operacyjna. Było to ważne wydarzenie w historii POR gdyż umożliwiło wprowadzenie koncepcji leczenia gościca, polegającej na włączeniu do ogólnego programu rehabilitacji wczesnej interwencji operacyjnej.

Z analizy archiwów z tamtych lat wynika, że uruchomienie sali operacyjnej w Sanatorium Rehabilitacyjnym, Reumatologiczno-Ortopedycznym miało związek z rozpoczęciem zespołowej pracy naukowej „Rehabilitacja osób z chorobami gościcowymi”<sup>120</sup>. Ponadto, leczenie operacyjne było stosowane

---

<sup>119</sup> Warsztaty terapii zajęciowej (WTZ) to placówki przeznaczone dla osób, które zaliczono do znacznego stopnia niepełnosprawności lub zakwalifikowano na rehabilitację w formie terapii zajęciowej. To miejsce pracy i nauki i co chyba najważniejsze – miejsce spotkań z innymi ludźmi. Poprzez różne formy terapii (usprawnianie przez zastosowanie celowych i planowych zajęć typu manualnego czy intelektualnego) każdy z uczestniczących ma szansę na rozwijanie psychofizycznych sprawności. Warsztaty prowadzą działalność nie zarobkową, a dochód uzyskany ze sprzedaży produktów wykonanych przez niepełnosprawnych przeznaczony jest na pokrycie wydatków związanych z zakupem niezbędnych materiałów. Często są to jedyne placówki łączące rehabilitację społeczną i zawodową, które nie tylko rozwijają umiejętności uczestników lecz także wzmacniają poczucie własnej wartości, S. Kratochvil, Psychoterapia, Warszawa 1978, s. 26-27.

<sup>120</sup> W 1964 roku w ramach umowy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia w Polsce, a Ministerstwem Zdrowia Stanów Zjednoczonych podjęto w SRRO dla Dorosłych badania, mające ocenić wpływ

w leczeniu zmian układu kostno-stawowego powstałych w przebiegu chorób reumatycznych. W przypadku, gdy leczenie zachowawcze (nieoperacyjne) nie skutkowało i powodowało przewlekłe dolegliwości bólowe i nieodwracalne zmiany w stawach (zniekształcenia), konieczne było leczenie operacyjne. Odtwórcze zabiegi chirurgiczne (korygujące i naprawcze) stosowane w chorobach reumatycznych miały na celu zmniejszenie bólu, ograniczenie przyjmowania leków i zahamowanie zmian postępującej destrukcji (niszczenia) stawów<sup>121</sup>.

Zabiegi operacyjne początkowo przeprowadzali operatorzy z Poznania, później także lekarze zatrudnieni w POR. Najczęściej wykonywano m.in.: synowektomie, które zapobiegały powstawaniu wtórnych zniekształceń oraz tenosynowektomie zapobiegające uszkodzeniu chrząstki i ścięgien. Przeprowadzano też operacje korekcyjne paluchów koślawych i rekonstrukcyjne palców ręki, a od 1976 roku pierwsze zabiegi endoprotezoplastyki stawów rąk<sup>122</sup>. Liczba wykonywanych zabiegów wynosiła kilkadziesiąt rocznie w pierwszych latach działalności i wzrosła do 300 w 2005 roku<sup>123</sup>. Duży wpływ na zwiększenie ilości zabiegów miała rozbudowa oraz modernizacja sali

---

kompleksowej rehabilitacji (u pacjentów z gpp i zżsk) i leczenia rehabilitacyjnego oraz szkolenia zawodowego (10 miesięcy) na podejmowanie pracy zawodowej. Dokumenty POR w Śremie, Zob. Protokół z zebrania w dn. 13.05.1964 r w sprawie ustalenia kierunków badań na temat: „Rehabilitacja osób ze schorzeniami gościcowymi” na podstawie porozumienia VRA GRANT 1 – 64 – POL. Pięcioletnie badania wykazały, że kompleksowa rehabilitacja prowadzona w tak długim okresie z włączeniem u niektórych zabiegów operacyjnych, nie powoduje zaostrzenia procesu chorobowego, poprawia natomiast sprawność fizyczną, ale przede wszystkim umożliwia podjęcie pracy zarobkowej. Badania wykazały również, że 65% badanych jest czynnych zawodowo. Oznacza to, iż rehabilitacja kompleksowa i leczenie operacyjne u niektórych pacjentów ma duży wpływ na spowolnienie procesu chorobowego i umożliwia podjęcie pracy zawodowej, Zob. Protokół sporządzony przez J. Tomaszewską dotyczący wniosków z przeprowadzonych badań, marzec 1970.

<sup>121</sup> P. Małyk, C. Michalak, Miejsce reumortopedii w procesie leczenia chorób reumatycznych, „Reumatologia”, 2007, 45/1 (supl. 1), s. 37-40.

<sup>122</sup> Synowektomia tj. usunięcie zmienionej zapalnie błony maziowej ze stawu, co w znacznym stopniu znosiło ból, obrzęk poprawiając ruchomość stawu, wpływa korzystnie na przebieg choroby (zmniejsza aktywność procesu chorobowego) i stan chorego. Tenosynowektomia to inaczej wycięcie zmienionej błony śluzowej pochewek ścięgnistych zapobiegająca uszkodzeniu chrząstki i ścięgien. Zabiegi te profilaktycznie wykonuje się na błonie maziowej i tkankach okołostawowych, natomiast operacje korekcyjno-rekonstrukcyjne wykonywane są na elementach kostnych i do nich zaliczamy m. in. artrodezy, resekcje plastyczne i endoprotezoplastyka (usunięcie uszkodzonego stawu i zastąpienie go sztucznym odpowiednikiem – protezą) stawów, S. Mackiewicz, I. Zimmermann-Górska, Reumatologia, Warszawa 1995, s. 331-337.

<sup>123</sup> Sprawozdania z przeprowadzonych zabiegów operacyjnych w latach 2003-2005, dokumenty POR.

operacyjnej połączona z wymianą przestarzałej aparatury, sprzętu medycznego i instalacją klimatyzacji trwająca od połowy 1994 do końca 1996 roku.

Od 1999 roku ilość wykonywanych zabiegów operacyjnych była limitowana, ze względu na rygory kontraktowania świadczeń, które niestety nie odzwierciedlały rzeczywistych potrzeb w tym zakresie.

Duży odsetek operowanych stanowili pacjenci z rzs, zzsk, chorobą zwyrodnieniową stawów oraz osoby z pourazowymi deformacjami kończyn, którym leczenie operacyjne dawało szansę poprawienia funkcji danej kończyny. Każdy operowany prowadzony był przez zespół rehabilitacyjny (specjalistów: reumatologów, ortopedów, rehabilitacji medycznej, internistów, fizjoterapeutów, pielęgniarek i innych) realizujący plan usprawniania ustalony indywidualnie dla każdego chorego. Ponieważ leczenie operacyjne przebiegało wieloetapowo, wymagało to ścisłej współpracy chorego z zespołem rehabilitacyjnym. Wpływało to na końcowy efekt zastosowanego leczenia, a choremu umożliwiało szybki powrót do zdrowia, dając również satysfakcję z dobrze wykonanej pracy całemu zespołowi prowadzącemu.

Atutem dla pacjentów operowanych w Śremie była możliwość wczesnego usprawniania po zabiegach operacyjnych (nowocześnie wyposażone gabinety fizykoterapii, wykwalifikowana kadra), co często było koniecznością i warunkiem powodzenia w leczeniu.

Okres 41 lat współpracy ortopedów, reumatologów i rehabilitantów pozwolił na wypracowanie własnych, oryginalnych modeli postępowania i usprawniania po zabiegach operacyjnych. Były one niejednokrotnie przedmiotem szeregu publikacji, opracowań naukowych, prezentowanych w czasopismach medycznych<sup>124</sup>.

Ponadto, w niedalekiej przyszłości planowana jest budowa nowego dwukondygnacyjnego budynku, w którym mieścić się będzie oddział szpitalny o profilu ortopedycznym z nowoczesnym blokiem operacyjnym<sup>125</sup>. Umożliwi

---

<sup>124</sup> Wiesław Romanowski, Z kart historii Ośrodka..., op. cit., s. 95.

<sup>125</sup> Szerzej na temat: rozmowa z Wojciechem Romanowskim – Dyrektorem Ośrodka zamieszczona w artykule pt. Będą operować, J. Zalewski (red.), „Tydzień Ziemi Śremskiej” 2009, nr 45, s. 9.

to – jak twierdzi Dyrektor placówki<sup>126</sup>, zwiększenie kontraktu z NFZ poprzez rozszerzenie zakresu świadczonych usług, w tym m.in.: endoprotezoplastyki stawów biodrowych i stawów kolanowych, endoprotezy stawów barkowych, łokciowych, skokowych i innych.

## 5. Otwarcie oddziału w Błociszewie

Jedną z głównych trosk gospodarzy POR, niemal od chwili jego usamodzielnienia było zwiększenie bazy łóżkowej. W stosunku do potrzeb wynikających ze wzrostu zachorowań na choroby reumatyczne, a przede wszystkim z uwagi na potrzebę rehabilitacji łóżek szpitalnych zawsze było mało.

17 października 1974 roku uruchomiony został zamiejscowy specjalistyczny oddział reumatologiczno-rehabilitacyjny w Błociszewie – wsi sołectkiej położonej 9 km na zachód od Śremu w kierunku Kościana. Oddział mieścił się w murach pałacu eklektycznego, nawiązującego do stylu rokoka, a całość otoczona była 5-hektarowym parkiem krajobrazowym<sup>127</sup>. Początki

---

<sup>126</sup> Ibidem.

<sup>127</sup> Pałac Błociszewskich został wybudowany według projektu architekta Kazimierza Skórczewskiego z Hallensee pod Berlinem w 1893 roku na zlecenie Florentyny Kęszyckiej z Chłapowskich. Do 1778 roku majątkiem w Błociszewie zarządza rodzina Błociszewskich. W 1778 roku majątek przechodzi w ręce Franciszka Ksawerego Kęszyckiego. Nie ma jednak dowodów czy otrzymał majątek, jako spadek czy został on wykupiony. Florentyna Kęszycka wraz z mężem Janem Nepomucenem w 1864 zamieszkują na stałe w Błociszewie. To oni dwukrotnie remontowali stary drewniany dwór i zainicjowali budowę nowego pałacu (1893). Z małżeństwa urodziło się dwóch synów – Józef i Stefan. W 1909 roku majątek i Pałac w Błociszewie dziedziczy Daniel Kęszycki, syn Stefana. Z pierwszego małżeństwa z Julią z Poniklewskich miał ośmioro dzieci (Maria, Helena, Antoni, Elżbieta, Janina, Stefan, Józefa, Wojciech), a z drugiego z Heleną jedną córkę (Julię). Po śmierci Daniela Kęszyckiego (1936) obowiązki dziedzica miał przejąć syn Stefan, jednak w okresie jego kształcenia majątkiem zarządzał starszy syn Daniela – Antoni. W 1939 roku Kęszyccy opuścili Błociszewo, a pałac zajęli Niemcy. Antoni Kęszycki zginął w czasie II wojny światowej, inni (Stefan, Józefa) stracili życie w obozach koncentracyjnych, a Wojciech wybrał konspirację i służył w Armii Krajowej. Po wojnie rodzina Kęszyckich nie powróciła do Błociszewa. Majątek Kęszyckich został objęty częściowo parcelacją gruntów, podzielony został też częściowo inwentarz, a pozostałe części majątku przejęła powstająca Rolnicza Spółdzielnia Produkcyjna. W 1946 roku majątek Kęszyckich przejął Skarb Państwa, Zob. J. J. Wesołowski, Błociszewo dawniej i dziś, Śrem 1993, s. 22-24. Do 1954 roku w pałacu znajdował się sklep Gminnej Spółdzielni „Samopomoc Chłopska”, odbywały się też zebrania publiczne, zabawy, uroczystości rodzinne. W 1954 roku pałac i park przejął Wojewódzki Związek Gminnych Spółdzielni w Poznaniu przeznaczając go na ośrodek szkoleniowo – kolonijny. Wykorzystywany jedynie w okresach letnich, służył dzieciom, gdyż organizowano tam

funkcjonowania oddziału były bardzo trudne<sup>128</sup>. Adaptacja budynku i wnętrza pałacu trwała przeszło rok. Sale chorych znajdowały się początkowo na parterze, a na oddziale przebywało jednocześnie tylko 20 osób. Oddział już funkcjonował, a prace remontowe trwały nadal. Zakończenie prac adaptacyjnych (1976) pozwoliło na zwiększenie bazy łóżkowej do 45<sup>129</sup>. Z roku na rok zmieniał się też wygląd zewnętrzny pałacu.

### **Rycina nr 2. Front pałacu w Błociszewie (1973)**



---

kolonie letnie. Poza tym był bardzo drogi w eksploatacji, a zarządzający nim, nie do końca byli przekonani o jego przydatności, Zob. Dokumenty z lat 1953-1971 POR w Śremie.

W 1971 wygasła umowa z dotychczasowym gestorem pałacu i nastąpiło fizyczne przejęcie obiektu przez Urząd Miasta i Gminy w Śremie, Zob. Decyzja Naczelnika Miasta i Gminy Śrem Nr GG.8224p/19/86. W 1973 roku gestorem pałacu i parku został Poznański Ośrodek Reumatologiczny w Śremie. W tym też roku pałac został prawem chronionym obiektem zabytkowym ewidencjonowanym pod nr 1436/a/73, a więc z chwilą przeznaczenia go na Oddział Rehabilitacyjny, Zob. Decyzja Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków, KL.III-880/58/73, Poznań 1973. Całkowite przekazanie w zarząd (na czas nieokreślony) gruntu Skarbu Państwa w Błociszewie na rzecz POR nastąpiło w 1986 roku.

<sup>128</sup> Przejęty przez POR pałac był zaniedbany, bez jakiegokolwiek zaplecza technicznego i wszelkich instalacji. Obiekt wymagał przebudowy całej infrastruktury w taki sposób, by w niczym nie naruszyć zabytkowej wartości budowli czyli nie naruszyć jego pierwotnej postaci. W latach 1973-1974 wykonywane były głównie prace budowlane i instalacyjne oraz prace związane z porządkowaniem terenu i budową drogi dojazdowej. W 1974 roku mogli korzystać z nowo otwartej kręgielni, a w następnym z gabinetu parafinoterapii, W 1976 roku oddano do użytku schody i zakończono remont sal chorych na piętrze co pozwoliło na zwiększenie ilości przyjęć pacjentów, Kronika nr 2, POR w Śremie.

<sup>129</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 36.

### Rycina nr 3. Front pałacu w Błociszewie (2005)



W wyniku modernizacji sal chorych przeprowadzonej w latach dziewięćdziesiątych wszystkie wyposażono w łazienki, a dla 37 osób przebywających jednocześnie na oddziale przeznaczono sale 2, 3, 4 łóżkowe.

Oddział w Błociszewie od momentu uruchomienia systematycznie zwiększał zakres oferowanych usług rehabilitacyjnych<sup>130</sup>. Dysponował salą gimnastyczną, nowoczesnymi gabinetami fizykoterapeutycznymi zaopatrzonymi w aparaturę najnowszej generacji. Pacjenci tutejszego oddziału objęci byli leczeniem rehabilitacją i wnikliwą diagnostyką.

W latach 1996-1999 organizowano turnusy warzywno-owocowe mające zmienić nawyki żywieniowe pacjentów wspomagając ich walkę z otyłością. Specjalna dieta ustalana przez dietetyczkę tutejszego Ośrodka, miała na celu obniżenie wagi pacjentów przez ograniczanie podaży tłuszczów i zwiększanie

---

<sup>130</sup> Początkowo mała sala gimnastyczna skromnie wyposażona po południu była świetlicą dla pacjentów. W 1975 roku uruchomiono gabinet parafinoterapii i nowe urządzenia – w tym aparat do masażu wodnego i rowery treningowe. Rok później przeniesiono salę gimnastyczną do większego pomieszczenia, przybywało sprzętu rehabilitacyjnego. Uruchomiono też gabinety hydroterapii – oddano do użytku basen. Rok 1978 zaowocował nowym obiektem sportowym – uruchomiono asfaltowy kort tenisowy. W 1988 roku ponownie zmodernizowano pomieszczenia do hydroterapii, przybywało aparatury i urządzeń do fizykoterapii (forma leczenia wykorzystująca bodźce fizyczne, tj. prąd elektryczny, światło, ultradźwięki, ciepło, zimno, pole magnetyczne i wszelkie zabiegi wodne) i kinezyterapii (to leczenie ruchem – gimnastyka lecznicza i ćwiczenia usprawniające), A. Rosłowski, K. Sroczyńska, *Rehabilitacja lecznicza chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa*, Warszawa 1976, s. 40-42, 138-140.

spożywania warzyw i owoców, co w wielu przypadkach skutkowało utratą wagi nawet od 5 do 7 kg w ciągu 13 dni<sup>131</sup>.

W Błociszewie oraz w Śremie znalazły swój azyl tzw. „amazonki”<sup>132</sup>, którym zapewniało się możliwość rehabilitacji kończyny górnej po stronie operowanej, co skutkowało zwiększeniem ruchomości danego stawu barkowego, jak również wzmocnieniem siły mięśni. Możliwość kontynuacji rehabilitacji pooperacyjnej w Ośrodku pozwoliło nie tylko podtrzymywać uzyskaną sprawność operowanej ręki, lecz zwiększało możliwość na uprawianie gimnastyki rekreacyjnej (uprawianie sportu).

---

<sup>131</sup> Wywiad z Wiesławem Romanowskim (dyrektorem POR), E. Jankowska, Półwiecze Ośrodka Reumatologicznego, „Życie Śremskie” 2002, nr 12.

<sup>132</sup> Nazwą taką określać się zwykło kobiety po mastektomii (amputacji piersi). To one stworzyły ogólnopolski Ruch Kobiet, którego misją jest pomoc kobietom po leczeniu raka piersi w celu stworzenia im przyjaznego środowiska i realizowania na co dzień idei samopomocy w myśl zasady „pomagając innym – pomagasz sobie”.

## **Rozdział III**

### **Poznański Ośrodek Reumatologiczny Specjalistyczny**

#### **Zespół Opieki Zdrowotnej (1980-1995)**

##### **1. Założenia w ochronie zdrowia w latach 1980-1995**

W drugiej połowie lat siedemdziesiątych w Polsce następuje tzw. załamanie gospodarcze. Niezadowolenie społeczne wskutek odejścia od reform w zakresie polityki społeczno-gospodarczej, reform systemowych oraz reform politycznych, a także niesprawności systemu komunistycznego. Fala strajków robotniczych (1980) tłumiona niejednokrotnie przy użyciu broni ostrej, drastyczne podwyżki cen, niedobory podstawowych artykułów, niekończące się kolejki oraz system zaopatrzenia kartkowego spowodował, że lata osiemdziesiąte kojarzyły się z ekonomicznym i gospodarczym koszmarem. Niezadowolenie z polityki prowadzonej przez Polską Zjednoczoną Partię Robotniczą (PZPR) doprowadziło do powstania ruchu społecznego, jakim był Niezależny Samorządny Związek Zawodowy (NSZZ) „Solidarność”, „który mimo wprowadzenia stanu wojennego w 1981 roku i delegalizacji związku zawodowego stał się dla społeczeństwa alternatywą dla ówczesnej władzy”<sup>133</sup>.

Krytyka społeczna nie ominęła też funkcjonowania opieki zdrowotnej i całego systemu ochrony zdrowia, co do braku reform<sup>134</sup>. Konieczność zmian o charakterze systemowym oraz niezadowolenie z dotychczasowego funkcjonowania ochrony zdrowia było inspiracją do przedstawienia szeregu propozycji i zmian w sektorze zdrowotnym.

---

<sup>133</sup> Cyt. za: K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 77.

<sup>134</sup> Definicja pojęcia reforma oznacza, skuteczną i celową zmianę, poprawiającą działania podmiotów, które mają przyczynić się do poprawy stanu zdrowia populacji, C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej jako proces polityczny, Kilka uwag o wybranych wątkach*, „Problemy polityki społecznej” 2002, nr 4, s. 34.



W referacie wygłoszonym w listopadzie 1980 roku na IV Krajowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej przez J. Indulskiego i S. Orzeszynę poddano krytyce dotychczasowe działania na rzecz ochrony zdrowia, gdyż według ich oceny budżet przeznaczony na ochronę zdrowia był niewystarczający i tak niski, iż nie zapewniał rzeczywistego zapotrzebowania na usługi zdrowotne. To powodowało m.in. wydłużony czas oczekiwania na porady i badania specjalistyczne, ograniczone możliwości dostania się do szpitala oraz sposób traktowania pacjenta (traktowani jak przedmioty) przez pracowników służby zdrowia<sup>135</sup>. W referacie nie zabrakło też propozycji istotnych dla funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce i zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych<sup>136</sup>.

Przełomową koncepcją zmian zmierzających do naprawy ochrony zdrowia był raport konserwatorium „Doświadczenie i Przyszłość”<sup>137</sup>. Autorzy raportu skrytykowali aktualną sytuację w ochronie zdrowia, stwierdzając, że szczególne znaczenie dla zdrowia społeczności mają czynniki związane nie tylko z resortem zdrowia. Ważne były też czynniki związane ze stylem życia (nawyki higieniczne, palenie tytoniu, picie alkoholu, wypadki komunikacyjne czy oświata zdrowotna), właściwym odżywianiem, warunkami pracy, warunkami mieszkaniowymi oraz czystością wody, gleby i powietrza. Raport dotyczył też nakładów na służbę zdrowia, w tym pogłębiający się na rynku deficyt leków oraz trudności w zaopatrzeniu w sprzęt i materiały medyczne. Zwrócono uwagę i poddano analizie wielkość nakładów w sferze organizacji i zarządzania tj. zbyt duże nakłady finansowe na zaspokojenie specjalistycznych usług, które dotyczyły wąskiej grupy pacjentów w przeciwieństwie do niskich nakładów na podstawową opiekę zdrowotną (POZ), co było jednoznaczne z brakiem systemowego podejścia i niekonsekwencją podejmowanych działań

---

<sup>135</sup> J. Indulski, S. Orzeszyna, Drogi i bezdroża medycyny społecznej w Polsce (2), „Służba Zdrowia” 1981, nr 7, s. 3.

<sup>136</sup> Relacje między pacjentem a lekarzem, pacjentem a służbą zdrowia, służbą zdrowia a populacją, systemem zdrowia a populacją i otoczeniem – to etapy kształtowania relacji w ochronie zdrowia, Szerzej na tema raportu: K.Prętka, Przekształcenia..., op. cit., s. 65.

<sup>137</sup> Raport Konserwatorium „Doświadczenie i Przyszłość”. Stan zdrowia i ochrony zdrowia ludności Polski, „Życie i Nowoczesność” z 2 kwietnia 1981.

będących przyczyną słabości POZ. Autorzy opracowania trafnie zauważyli, że „człowiek sam jest odpowiedzialny za swoje zdrowie i zachowania zdrowotne, a błędem jest liczenie tylko na radę i fachową pomoc lekarzy”<sup>138</sup>. Według autorów, nowy model ochrony zdrowia to system otwarty stanowiący część systemu społecznego, gospodarczego i politycznego<sup>139</sup>.

Następna propozycja dotycząca reformowania systemu ochrony zdrowia została przedstawiona Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej w I raporcie przygotowanym przez zespół Janusza Induskiego w 1981 roku<sup>140</sup>. Według autorów, rzeczywistym celem reformy i działania systemu ochrony zdrowia powinno być m.in.:

- zaspokajanie potrzeb zdrowotnych;
- niedopuszczenie do pogorszenia zdrowia poprzez czystość środowiska naturalnego,
- odpowiednia jakość wody, powietrza i żywności;
- zabezpieczenie interesów zdrowotnych społeczeństwa;
- prawa pacjenta (wyboru preferowanej formy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza);
- prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych;
- pełna dostępność i ciągłość usług na najwyższym poziomie;
- prawo do informacji o stanie swojego zdrowia.

Przedstawiono też uwagi dotyczące kompetencji centralnego szczebla zarządzania i zaproponowano, by główne problemy w zarządzaniu całym systemem ochrony zdrowia przekazać na szczebel regionu obejmującego kilka województw związanych z jedną akademią medyczną<sup>141</sup>. Tym samym region, jako podstawowa struktura planowania i zarządzania opieką zdrowotną miała możliwość podejmowania decyzji ograniczających rolę centrum.

---

<sup>138</sup> Ibidem.

<sup>139</sup> Ibidem.

<sup>140</sup> J. Indulski, T. Gdulewicz, L. Szymborski, C. Włodarczyk, Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień, „Zdrowie Publiczne” 1981, nr 11, s. 750-755.

<sup>141</sup> K. Prętki, Przekształcenia..., op. cit., s. 67.

W kwestii dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej wyraźnie podkreślono rolę POZ jako najważniejszego ogniwa systemu zdrowotnego oraz możliwości swobodnego wyboru lekarza, a przyjęcia pacjentów odbywałyby się na zasadzie rejonizacji. Zaproponowano następujące modele organizacyjne<sup>142</sup>:

- lekarz rejonowy - funkcjonujący na obszarach miejskich (opieka sprawowana przez lekarzy o czterech specjalnościach – lekarz ogólny, stomatolog, pediatra, położnik-ginekolog). Wielkość rejonu to 3-4 tys. mieszkańców;
- lekarz rejonowy na wsi – kwalifikacje lekarzy uzupełniane podstawową wiedzą z zakresu pediatrii, położnictwa i ginekologii. Wielkość rejonu to 3-4 tys. mieszkańców;
- lekarz domowy (rodzinny) – posiadający ogólnomedyczne wykształcenie pozwalające na sprawowanie opieki nad dorosłymi, kobietami (opieka ginekologiczno-położnicza) oraz dziećmi sprawujący opiekę całodobową;
- lekarz osiedlowy, który ze względu na bliskość zamieszkania sprawowałby opiekę przez całą dobę;
- zespół profilaktyczno-leczniczy – to zespół ludzi różnych specjalnościach (dwaj lekarze podstawowych specjalności, pielęgniarki, psycholog, położne, pracownicy socjalni).

Zaletami takiego podziału miało być szerokie zastosowanie zasady dostępności do świadczeń zdrowotnych i szerokie stosowanie reguły elastyczności mającej odniesienie zarówno do struktur zarządzania jak i do struktur instytucji zdrowotnych. Była to odpowiedź autorów raportu na ówczesne ujednolicenie struktur zespołów opieki zdrowotnej.

W 1981 roku raport przygotowany przez M. Miśkiewicza i P. Krasuckiego o stanie opieki zdrowotnej w Polsce był ostrą krytyką funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Negatywne oceny dotyczyły m.in.: braku realizacji podstawowych celów działania opieki zdrowotnej i społecznej (np. ograniczenie

---

<sup>142</sup> J. Indulski, T. Gdulewicz, L. Szymborski, C. Włodarczyk, op. cit., s. 751-755.

dostępności do niektórych rodzajów świadczeń – długie kolejki w uzyskaniu porady lekarskiej), brak wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, a tym samym nieumiejętność rozpoznania potrzeb ludności na świadczenia zdrowotne. Przedmiotem krytyki był też brak kontroli społecznej i właściwych sposobów oceny działalności całego systemu ochrony zdrowia. Zaproponowali natomiast „aby bezpłatność i częściowa odpłatność świadczeń była tak określona, by uzyskać powszechność korzystania i dostępność do świadczeń”<sup>143</sup>. Proponowali, by świadczenia najpilniejsze realizować na bieżąco, a specjalistyczne odłożyć w czasie bez szkody dla zdrowia pacjenta. Z kolei P. Krasucki konstatował by skończyć z fikcją społeczną i zabiegać o akceptację zasady partycypowania pacjenta w kosztach na ochronę zdrowia w zależności od jego dochodów z wyłączeniem opłat od: dzieci, młodzieży, kobiet w ciąży i inwalidów<sup>144</sup>.

Ciekawą propozycją reformowania ochrony zdrowia zaproponowano w dokumencie Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego (1981)<sup>145</sup>. Autorzy tego dokumentu wyraźnie podkreślili rolę szpitala, jako właściwe sprawowanie opieki nad pacjentem przeciwstawiając się jednocześnie ówczesnej retoryce, w której nadrzędną rolę opieki nad pacjentem przypisywano podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Dla nich centralnym ogniwem systemu w dziedzinie leczenia, diagnostyki i kształcenia kadr medycznych był szpital, a nie POZ, gdyż bez prawidłowo działających szpitali nie ma mowy o nowoczesnej opiece ambulatoryjnej zarówno podstawowej i specjalistycznej. Padła też propozycja stworzenia medycznych zespołów pierwszego kontaktu współpracujących bezpośrednio z właściwymi oddziałami szpitalnymi, które miały być podstawowym elementem systemu zdrowotnego. W skład zespołów medycznych wchodziłoby lekarze różnych specjalności (pediatra, internista, ginekolog, stomatolog i inni) z zaznaczeniem, że podejmą się pełnienia funkcji lekarza pierwszego kontaktu. Nadzór nad pracami zespołu sprawował

---

<sup>143</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 70.

<sup>144</sup> P. Krasucki, *Założenia reformy ochrony zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1981, nr 48, s. 5.

<sup>145</sup> Projekt reformy służby zdrowia, (wersja III) opracowała K. Tymowska (na podstawie prac Społecznego Zespołu PTE w składzie: A. Małecki, J. Splawiński, Z. Szmigiel, K. Tymowska, L. Wdowiak). PTE, Warszawa, grudzień 1981.

by pacjent – poprzez mechanizm swobodnego wyboru lekarza, władze samorządowe, ordynatora i nadzór specjalistyczny. Postulat takiej współpracy pojawiał się wielokrotnie w etapach procesu reformowania opieki zdrowotnej, lecz nie doprowadził osiągnięcia jakiegokolwiek porozumienia w tym zakresie<sup>146</sup>.

Inną propozycją zmian w reformowaniu ochrony zdrowia była idea wolnego wyboru lekarza przez osoby dorosłe w ich miejscu zamieszkania. Eksperyment przeprowadzony w latach 1982-1983 pokazał, że wzrost kosztów w POZ spowodował wzrost jakości świadczonych usług zdrowotnych, wzrost satysfakcji pacjentów z uzyskanych porad lekarskich, polepszył dostępność do lekarza przy jednoczesnym podniesieniu wskaźnika wykorzystania czasu pracy lekarza<sup>147</sup>.

Propozycję zmian w systemie opieki zdrowotnej zawarto też, w powołanej Rządowej Komisji ds. Reformy Gospodarczej, w której jeden z zespołów (Zespół XIII) zajął się reformą w sferze usług socjalnych w tym także zdrowiem<sup>148</sup>. Wiosną 1983 roku opublikowano raport z następującymi propozycjami:

- system ochrony zdrowia powinien być rozumiany, jako ogół działań, urządzeń, instytucji, norm prawnych służących dobru chorego;
- wszelkie świadczenia zdrowotne miały być bezpłatne i w pełni dostępne;
- liderem w zapewnieniu opieki nad pacjentem miała mieć podstawowa opieka zdrowotna;
- swobodny wybór lekarza pierwszego kontaktu;
- jednostka i grupa społeczna współodpowiedzialna za własne zdrowie (odpowiedni sposób kształtowania prozdrowotnego stylu życia);
- zmniejszenie barier dostępności do opieki medycznej;

---

<sup>146</sup> Ibidem.

<sup>147</sup> Szerzej na temat wolnego wyboru lekarza: K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 71.

<sup>148</sup> K. Tymowska, C. Włodarczyk, *Reforma w ochronie zdrowia i w opiece społecznej*. w: *Usługi społeczne*, praca zbiorowa pod redakcją A. Łukaszewicza, Warszawa 1984, s. 94-144.

- zagwarantowanie holistycznego (całościowego) zaspokajania potrzeb zdrowotnych na najwyższym poziomie (wysoka jakość usług);
- udział w procesach decyzyjnych dotyczących form sprawowania opieki nad pacjentem zarówno przez świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców;
- współpraca resortu zdrowia i jego wpływ na decyzje dotyczące zdrowia z innymi urzędami i resortami, przy czym resort zdrowia powinien bronić interesów zdrowotnych społeczeństwa<sup>149</sup>.

Formułowano także postulaty, które dotyczyły polityki zdrowotnej stwierdzając, że organy władzy na wszystkich szczeblach powinny posługiwać się takim mechanizmem decyzyjnym pozwalającym na traktowanie zdrowia człowieka, jako jednej z ważnych wartości społecznych. Oznaczało to, iż przy wprowadzaniu jakichkolwiek decyzji dotyczących zmian ekonomicznych i technologicznych w kraju, powinno się przewidywać wpływ tych zmian na zdrowie. Przedstawili też pogląd dotyczący źródeł finansowania ochrony zdrowia proponując, aby źródłem finansowania był budżet państwa<sup>150</sup>.

Interesujące informacje na temat reformowania służby zdrowia w PRL znajdziemy też w II raporcie Zespołu J. Indulskiego, przygotowanym na przełomie 1988 i 1989 roku. W opracowaniu wskazano, że obietnica bezpłatnego i pełnego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych jest niemożliwa do zrealizowania ze względu na małe nakłady i niedostateczne finansowanie służby zdrowia w stosunku do rzeczywistych potrzeb na usługi zdrowotne<sup>151</sup>. Jedną z ciekawych propozycji tego raportu była koncepcja wprowadzenia podstawowego koszyka świadczeń zdrowotnych dla każdego obywatela. Chodziło o ustalenie takiego sposobu postępowania medycznego, który za względnie niską cenę prowadziłby do efektywnej poprawy stanu zdrowia. Taką metodę określono, „jako standard w zakresie pewnego podstawowego

---

<sup>149</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 72.

<sup>150</sup> Szerzej na temat finansowania ochrony zdrowia ujętym w raporcie Zespołu XIII: *Ibidem*, s. 72.

<sup>151</sup> K. Prętki, *Ewolucja koncepcji ubezpieczeń zdrowotnych*, *Pielęgniarstwo Polskie* 2 (20), 467-473, 2005.

koszyka świadczeń”<sup>152</sup>. Dodatkowe świadczenia miały być opłacane wówczas gdy pacjent posiadałby dodatkowe ubezpieczenie indywidualne lub grupowe. Przy braku dodatkowego ubezpieczenia koszt takiego świadczenia obciążałby pacjenta. Wszelkie ustalenia dotyczące podstawowego koszyka świadczeń powinny być negocjowane „między przedstawicielami środowisk medycznych, pacjentem oraz osobami odpowiedzialnymi za bezpłatnie udzielanymi świadczeniami”<sup>153</sup>.

W raporcie nadrzędną rolę przyznano lekarzowi rodzinnemu (pacjent miał prawo wyboru lekarza), który mógł udzielać świadczeń w zakresie opieki nad rodziną i współdecydować o dalszym leczeniu specjalistycznym. Wysunięto też propozycję zwiększenia uprawnień pacjenta m.in.:

- prawo do informacji o stanie swojego zdrowia;
- prawo do współuczestniczenia w wyborze metody leczenia;
- prawo do informacji o dodatkowych kosztach leczenia.

Ciekawe uwagi na temat kierunku reformy opieki zdrowotnej sformułował A. Wojtczak w dokumencie „Proponowane kierunki zmian w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia”<sup>154</sup>. Według niego, tylko dobrze funkcjonująca podstawowa opieka zdrowotna wiążąca działania lecznicze z diagnostycznymi, prewencyjne z promocją zdrowia i zabezpieczenie socjalne ma wpływ na cały system opieki zdrowotnej. Jego zdaniem konieczna jest zmiana w finansowaniu ochrony zdrowia tj. źródłem finansowania obok budżetu państwa powinny być: budżety komunalne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz dotacje krajowe i zagraniczne. Finansowanie usług świadczonych przez POZ zleconych przez lekarz POZ miały być bezpłatne, a płatne miały być wtedy gdy pacjent pominął lekarza POZ i bezpośrednio udał się do specjalisty. Mogły być one „częściowo lub w pełni refundowane”<sup>155</sup> poprzez ubezpieczenie prywatne i ogólne.

---

<sup>152</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, s. 75.

<sup>153</sup> *Ibidem*, s. 76.

<sup>154</sup> *Ibidem*, s. 73.

<sup>155</sup> *Ibidem*, s. 75.

Oceniając niektóre z przedstawionych koncepcji reformowania opieki zdrowotnej, za najbardziej trafną należy uznać zawartą w II raporcie prof. J. Induskiego propozycję wprowadzenia podstawowego koszyka świadczeń zdrowotnych. Koncepcja ta do dziś nie została zrealizowana z uwagi na brak zainteresowania ze strony resortu zdrowia, ugrupowań parlamentarnych i partii politycznych, które w dalszym ciągu decydowały o kształcie systemu opieki zdrowotnej.

W omawianym okresie obowiązującym aktem prawnym regulującym zasady funkcjonowania i organizację ochrony zdrowia w Polsce było rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 roku w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej<sup>156</sup>. Według rozporządzenia zespoły opieki zdrowotnej dla ogółu ludności, dla szkół wyższych, przemysłowe zespoły opieki zdrowotnej, wojewódzkie szpitale zespolone, szpitale wojewódzkie, zespoły wojewódzkich przychodni specjalistycznych, wojewódzkie stacje pogotowia, szpitale kliniczne, szpitale, sanatoria oraz jednostki kliniczne akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych miało być zakładami służby zdrowia, których zadaniem było sprawowanie opieki zdrowotnej nad pacjentem wraz z udzielaniem niektórych świadczeń z zakresu opieki społecznej. Rozporządzenie z 1982 roku uchyliło rozporządzenie z 1975 roku, jednak identycznie z aktem prawnym z 1975 roku określone zostały kompetencje zespołu opieki zdrowotnej dla ogółu ludności, szpitala klinicznego oraz przemysłowego zespołu opieki zdrowotnej.

W rozporządzeniu dodano, że szpitale wojewódzkie mają za zadanie organizowanie i kierowanie działalnością pomocy społecznej<sup>157</sup>. W 1989 roku Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydał rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej<sup>158</sup>, w którym do zakładów służby zdrowia zaliczono również:

---

<sup>156</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r., w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1982 Nr 15 poz. 121.

<sup>157</sup> K. Prętki, Przekształcenia..., op. cit., s. 54.

<sup>158</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1989 Nr 28 poz. 152.



- przychodnie rejonowe;
- przychodnie przemysłowe przyzakładowe i międzyzakładowe;
- przychodnie dla studentów;
- przychodnie specjalistyczne;
- szpitale obwodowe (miejskie i dzielnicowe);
- obwodowe stacje pogotowia ratunkowego;
- żłobki i domy małych dzieci.

Oceniając to rozporządzenie C. Włodarczyk zauważył, że spełniło ono oczekiwania niektórych zespołów reformatorskich krytykujących zbyt duże ujednoczenie struktur organizacyjnych<sup>159</sup>.

Następny etap tworzenia koncepcji zmian reformatorskich przypada na koniec 1988 roku. Opracowano wiele dokumentów i raportów dotyczących problemów w opiece zdrowotnej, które przedstawiono na obradach Okrągłego Stołu (1989). W protokole końcowym Podzespołu do spraw Zdrowia podkreślono, że poprawa sytuacji w ochronie zdrowia możliwa będzie jedynie pod warunkiem wprowadzenia ubezpieczeniowej metody jej finansowania, a podstawowym źródłem finansowania miał być Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych utworzony na podstawie składki ubezpieczenia zdrowotnego. Na uwagę zasługuje też fakt powołania w tym czasie aktów prawnych wprowadzających na scenę polityki zdrowotnej innych partnerów (izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz grupy zawodowe wykonujące wolne zawody)<sup>160</sup>. Mogli oni uczestniczyć nie tylko w pracach i debatach nad reformowaniem ochrony zdrowia, ale jako silnie zorganizowane samorządy – szczególnie samorząd lekarski miały ustawowe prawo do wyrażania swoich opinii i mogły sprzeciwić się wobec błędnych zapisów czy ustaleń podczas przedstawiania planów i propozycji dotyczących reformowania opieki zdrowotnej. Nadmienić należy, że te środowiska, mimo

---

<sup>159</sup> C. Włodarczyk, op. cit., s. 157.

<sup>160</sup> Ustawa z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, Dziennik Ustaw 1989 Nr 30, poz. 158, z późniejszymi zmianami. Ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dziennik Ustaw 1991 Nr 41, poz. 179. Ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dziennik Ustaw 1991 Nr 41, poz. 178.

iż posiadały własną reprezentację zawodową były głęboko rozczarowane kierunkami zmian w reformie zdrowotnej. Gdy kończył się ustrój socjalistyczny spodziewano się, że zmiany polityczne i wymuszona przez nie reforma opieki zdrowotnej spowoduje wzmocnienie finansowe sektora zdrowotnego. Zwykle było inaczej, gdyż cele reformy zorientowane były w innym kierunku i tylko każda następująca po sobie zmiana rządu<sup>161</sup> potęgowała wzrost nadziei, by potem pojawiło się zwykle rozczarowanie i niezadowolenie.

Pod koniec 1989 roku przygotowane zostały dwa odmienne projekty reformy systemu opieki zdrowotnej. Pierwszy z nich nazywany projektem autorskim<sup>162</sup> opracowanym przez S. Golinowską, K. Tymowską i C. Włodarczyka zakładał rozwiązania sprowadzające się do całościowej polityki zdrowotnej, gdzie odpowiedzialność za efekty zdrowotne przerzucone zostały na obywatela, lekarza, pracodawcę i państwo, które winno być zawsze pewnym jak i moralnym gwarantem prawa obywatela do zdrowia. Nic nie mówiła o gwarancjach finansowych, a nadto w ten sposób państwo pozbywało się obowiązku do ochrony zdrowia swoich obywateli. Projekt zakładał wprowadzenie składki ubezpieczeniowej płaconej przez pracodawcę jak i pracownika, ale to wymagało zawarcia umowy społecznej w celu określenia rozmiaru i struktury funduszu ubezpieczenia społecznego. Zawarcie takiej

---

<sup>161</sup> Według literatury przedmiotu, decydujący wpływ na reformowanie ochrony zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej w Polsce po 1989 roku, miały następujące po sobie zmiany poszczególnych ekip rządzących. I tak: w sierpniu 1989 roku, ukonstytuował się rząd premiera T. Mazowieckiego, a ministrem zdrowia został A. Kosiniak-Kamysz. Rząd przetrwał do grudnia 1990 roku. Kolejnego podziału można dokonać w następujący sposób:

- grudzień 1990 - grudzień 1991 – premier J. K. Bielecki, minister zdrowia – Wł. Sidorowicz;
- grudzień 1991 - lipiec 1992 – premier J. Olszewski, minister zdrowia – M. Miśkiewicz;
- lipiec 1992 - maj 1993 – premier H. Suchocka, minister zdrowia – A. Wojtyła;
- wrzesień 1993 - marzec 1995 – premier W. Pawlak, minister zdrowia – J. Źochowski;
- marzec 1995 - styczeń 1996 – premier J. Oleksy, ministrem zdrowia dalej J. Źochowski;
- luty 1996 - październik 1997 – premier Wł. Cimoszewicz, ministrem zdrowia dalej J. Źochowski;
- październik 1997 - październik 2001 – premier J. Buzek, minister zdrowia – W. Maksymowicz;
- październik 2001 - maj 2004 – premier L. Miller – ministrowie zdrowia – M. Łapiński, M. Balicki, L. Sikorski;
- od 2 maja do 19 maja 2004 - premier M. Belka – ministrowie zdrowia W. Rudnicki, J. Hausner, M. Czakański;
- czerwiec 2004 – październik 2005 – premier M. Belka(II rząd) – ministrowie zdrowia – dalej M. Czakański, od lipca 2004 M. Balicki.

<sup>162</sup> K. Prętki, *Ewolucja...*, op. cit., s. 468.

umowy miało na celu uzyskanie akceptacji dla jednego z dwóch wariantów. Pierwszego, który zakładał zmniejszenie zakresu świadczeń przy niezmiennym składce, lub drugiego zakładającego zwiększenie składki przy zachowaniu lub rozszerzeniu zakresu udzielanych świadczeń. Drugi projekt tzw. projekt społeczny<sup>163</sup> przewidywał utworzenie oddzielnego od budżetu państwa Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych (FUZ), zadaniem którego byłoby gromadzenie składki ubezpieczenia zdrowotnego. Fundusz ten miał pokrywać koszty świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej, ambulatoryjnej, szpitalnej i pomocy doraźnej. Składka ubezpieczenia zdrowotnego miała być potrącana z funduszu wynagrodzeń i opłacana przez pracodawcę, a prywatny przedsiębiorca płaciłby składkę o określonej procentowej wysokości swoich dochodów. Za osoby nie posiadające stałego źródła dochodu, składkę opłacałyby władze lokalne. Projekt ten nie mówił nic o roli państwa w tym zakresie.

Obie koncepcje, pomijając odejście od budżetowego sposobu finansowania, znacznie różniły się. Nieustępliwość autorów jak i zwolenników doprowadziły do tego, że żadna z nich nie została wprowadzona w życie.

Istotny wpływ na radykalne reformowanie systemu opieki zdrowotnej miała uchwalona w 1990 roku ustawa o samorządzie terytorialnym<sup>164</sup>, która wprowadziła ukształtowaną na zasadzie decentralizacji<sup>165</sup> gminę, jako pierwszy szczebel samorządu terytorialnego, odpowiedzialnego za zadania z zakresu ochrony zdrowia i polityki społecznej<sup>166</sup>. W katalogu zadań gminy według

---

<sup>163</sup> Ibidem.

<sup>164</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, Dz. U. Nr 16, poz. 95.

<sup>165</sup> Decentralizacja to inaczej nadanie niższym organom administracji określonego stopnia prawnej samodzielności wobec wyższych organów władzy, to pewien typ systemu organizacyjnego państwa i administracji publicznej, jego ustroju administracyjnego i państwowego. To forma organizacji administracji w której każdy z organów ma przydzielone prawem zadania i kompetencje. Organa te korzystają z prawa ustanowionej samodzielności i niezależności i podlegają nadzorowi administracji rządowej wyższych szczebli, C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź – Kraków – Warszawa 1996, s. 323-328.

<sup>166</sup> Drugim szczeblem samorządu terytorialnego był szczebel centralny i wojewódzki. Na mocy ustawy z 17 maja 1990 roku o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz zmianie niektórych ustaw uporządkowano zakres kompetencji gmin oraz administracji państwowej i określono zakres i charakter zadań przejmowanych przez gminy, Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U. Nr 34, poz. 198.

ustawy o samorządzie terytorialnym znalazły się m.in.: ochrona zdrowia i opieka społeczna. W ramach ochrony zdrowia gminom przekazano zadania z zakresu zdrowia publicznego m.in.: prowadzenie niewielkiej liczby jednostek dotychczas podporządkowanych radom narodowym i terenowym organom administracji publicznej stopnia podstawowego działających na terenie dużych miast<sup>167</sup>. Bezpośrednim skutkiem tych przepisów było przejście odpowiedzialności za zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ).

Mimo utworzenia gmin duża część władzy należała nadal do wojewody, który jako przedstawiciel rządu koordynował działalność organów administracji rządowej na terenie danego województwa. Dysponując budżetem miał wpływ na ustalanie priorytetów wewnątrz sektora zdrowotnego, co oznaczało tworzenie, finansowanie, przekształcanie i likwidowanie instytucji zdrowotnych. Istotnym przedsięwzięciem było wprowadzenie w 1993 roku tzw. programu pilotażowego<sup>168</sup>. Miał on spowodować rozszerzenie zadań i kompetencji wybranych gmin w zakresie ochrony zdrowia. Gminy o statusie dużego miasta w drodze porozumienia mogły przejmować zadania i kompetencje należące do wojewodów w zakresie prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej<sup>169</sup>. W praktyce okazało się, że realizacja tego programu napotykała na liczne trudności zarówno pod względem finansowym jak i zadań, co do zakresu udzielania świadczeń tzw. koszyka usług.

---

<sup>167</sup> S. Golinowska, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, raporty CASE, Warszawa 2002, s. 440-445.

<sup>168</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 lipca 1993 r. w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej i socjalnej, które mogą być przekazywane niektórym gminom o statusie miasta, wraz z mieniem służącym do wykonywania, a także zasad i trybu przekazania, *Dziennik Ustaw* Nr 65, poz. 309, z późniejszymi zmianami.

<sup>169</sup> Następowo było nieodpłatne przekazanie gminom prawa własności mienia, a przejście zakładów wiązało się z ich oddłużeniem. Gminy otrzymały uprawnienia do samodzielnego decydowania o sposobach i formach funkcjonowania przejmowanego zakładu. Otrzymały też znaczne środki finansowe, które w wielu przypadkach okazywały się zbyt małe, a braki uzupełniano z budżetu gminy co powodowało ujemne wyniki finansowe danej gminy. Często dochodziło do nieporozumień w przedmiocie współpracy z wojewodami co powodowało, iż odstępowywały one od realizacji tego programu, S. Golinowska, *Opieka Zdrowotna w Polsce po reformie*, op. cit., s. 440-445. Zakres zadań uzależniony był od struktury przejmowanych jednostek, które je wykonywały, co z kolei wpływało na konieczność świadczenia różnorodnych usług na rzecz różnorodnych grup pacjentów. Miasta przejmowały usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a także z zakresu specjalistycznej opieki czego efektem było, że z usług specjalistycznych korzystali pacjenci spoza rejonu miasta. Wymusiło to obowiązek świadczenia tych usług w drodze porozumienia z właściwym wojewodą, Art. 8, ust. 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, *Dziennik Ustaw* Nr 16, poz. 95, z późniejszymi zmianami.

Za ważny akt prawny dotyczący organizacji systemu ochrony zdrowia, a najważniejszy dla szpitali można uznać ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej<sup>170</sup> stwarzający ramy prawne do przeprowadzenia koniecznych zmian w aspekcie organizowania, funkcjonowania i finansowania sektora zdrowotnego. Ustawa ta definiuje zakład opieki zdrowotnej jako<sup>171</sup> „wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, zapobiegania powstawania chorób”, szerzenia oświaty zdrowotnej i możliwości kształcenia kadr medycznych.

Zakład opieki zdrowotnej może być również utworzony i utrzymywany w celu:

- prowadzenia badań naukowych i prac naukowo-badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych<sup>172</sup> i promocją zdrowia;
- realizacji zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
- Zakładem opieki zdrowotnej miał być:
- szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium i inne zakłady nie wymienione z nazwy przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielenia

---

<sup>170</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1991 Nr 91, poz. 408. Ustawa ta umożliwiła również dalsze przekształcenia w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Jej dotychczasowy model, oparty na opiece środowiskowej okazał się zbyt kosztowny i nie przyniósł zamierzonego celu, toteż w maju 1944 roku przyjęto program przekształceń POZ. Celem programu była poprawa stanu zdrowia jednostki i rodziny w miejscu zamieszkania polegająca na udzielaniu indywidualnych świadczeń zdrowotnych (lecznicznych, rehabilitacyjnych i profilaktycznych), prowadzenie edukacji zdrowotnej poprzez promowanie zdrowia nie tylko w jednostkach ochrony zdrowia lecz także w domu pacjenta. Funkcjonowanie lekarza rodzinnego jako centralnego elementu zreformowanej podstawowej opieki zdrowotnej wsparte zostało pomocą pielęgniarki i położnej oraz pracownikami z działu diagnostyki czy rehabilitacji, S. Golinowska (red.), W. C. Włodarczyk, I. Kowalska, A. Makrzycka, Ł. Fyderek, A. Sowa, *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2007, s. 56-65.

<sup>171</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 97.

<sup>172</sup> Świadczenie zdrowotne według ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991), to zawodowo wykonywane postępowanie służące przywracaniu i poprawie zdrowia w tym m.in., badanie, leczenie i porada lekarska, rehabilitacja lecznicza, pielęgnacja chorych, opieka nad niepełnosprawnymi, Szerzej na temat: K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 98.

całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio stałym pomieszczeniu;

- przychodnia lub poradnia;
- ośrodek zdrowia;
- pogotowie ratunkowe;
- pracownia diagnostyczna;
- pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji;
- zakład rehabilitacji leczniczej;
- żłobek;
- inny zakład, spełniający warunki określone w ustawie<sup>173</sup>.

Nieuregulowane w ustawie zagadnienia dotyczące funkcjonowania ZOZ określał statut który powinien zawierać:

- nazwę zakładu odpowiadającej zakresowi udzielanych świadczeń;
- cele i zadania zakładu;
- zakres i rodzaje udzielanych świadczeń;
- strukturę organizacyjną i organy zakładu;
- formę gospodarki finansowej.

Z kolei w nowelizacji tej ustawy określono definicję publicznego i niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej<sup>174</sup>.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej (PZOZ), to zakład mogący uzyskiwać środki finansowe m.in.: z odpłatnych świadczeń zdrowotnych (celowany np. na programy zdrowotne), darowizn, zapisów i spadków, mogący otrzymywać również dotacje budżetowe w celu realizacji zadań dotyczących zapobiegania chorobom i urazom. Zadania tworzenia PZOZ przypisano centralnemu lub naczelnemu organowi administracji rządowej, wojewodzie, organom gminy i innym<sup>175</sup>. Utworzony natomiast przez kościół, związek wyznaniowy, praco-

---

<sup>173</sup> Art. 2 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 91, poz. 408, z późn. zm.

<sup>174</sup> Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 1997 Nr 104, poz. 66.

<sup>175</sup> Ważnym organem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej jest rada społeczna jako ciało inicjujące, opiniodawcze i doradcze podmiotu, który utworzył zakład. Ustrój zakładu oraz jego funkcjonowanie

dawcę, zakład ubezpieczeń, stowarzyszenie lub inną osobę prawną, fizyczną lub spółkę nie posiadającą osobowości prawnej nosił nazwę Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej<sup>176</sup>.

Ustawa wymusiła też na szpitalach szereg zmian, które dotyczyły |m.in.: finansowania, decentralizacji, wprowadzenia nowych uregulowań prawnych, działań spowodowanych wzrostem poziomu oczekiwań pacjentów w zakresie diagnozowania, leczenia i sprzętu medycznego wymuszając od nich szeregu zmian adaptacyjnych (redukcja zatrudnienia, łóżek szpitalnych, likwidacji placówek lub ich sprywatyzowaniu). Wszystkie te czynniki były powodem wprowadzania daleko idącej restrukturyzacji<sup>177</sup>. Warto pamiętać, że restrukturyzacja to niejednorodny i długofalowy proces, ponieważ zmian nie można dokonać w sposób natychmiastowy, wymaga to czasu i cierpliwości. Ponadto nie obejmuje ona tylko sferę działalności materialnej organizacji, obejmuje też sferę świadomości pracowników, jest procesem skomplikowanym, polegającym na przebudowie organizacji i zasad jej funkcjonowania, które mogą jej zapewnić nie tylko przewagę konkurencyjną na rynku, ale przede wszystkim rozwój w długim okresie czasu. Samo opracowanie właściwego programu restrukturyzacji szpitali wymagało nie tylko przeprowadzenia analizy działalności szpitala, poszczególnych jego oddziałów, działów diagnostycznych czy zabiegowych lecz wymagało też korekt pod względem struktur organizacyjnych zakładu i minimalizacji kosztów jego funkcjonowania.

---

nieuregulowane w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, określa statut, a odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu. Więcej na temat publicznego zakładu opieki zdrowotnej: K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 98.

<sup>176</sup> Niepubliczny ZOZ może być powołany przez osobę fizyczną i prawną mogąca prowadzić ją osobiście bądź z innymi osobami fizycznymi, w postaci spółek: cywilnej, jawnej, komandytowej lub spółki posiadającej osobowość prawną tj. spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne.

<sup>177</sup> Termin restrukturyzacja oznacza kształtowanie i przebudowę systemową lub rekonstrukcję struktury, proces zmian zasadniczych, wywołanych głównie czynnikami zewnętrznymi. Jest fundamentalną zmianą myślenia i przeprojektowaniem procesów pozwalającym na osiągnięcie poprawy w takich obszarach jak: koszt, jakość i szybkość usługi, a celem podjętej decyzji o restrukturyzacji jest uzyskanie większego zadowolenia klienta i poprawa jakości świadczonych usług, A. Dowżycki, H. Sobolewski, W. Tłuchowski, *Restrukturyzacja, prywatyzacja i wycena przedsiębiorstwa*, Poznań 2003, s. 22.

Pierwsze projekty dotyczące restrukturyzacji pojawiły się z początkiem lat dziewięćdziesiątych i miały związek z wprowadzeniem pojęcia sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych<sup>178</sup>, które łączono z problematyką restrukturyzacji i optymalizacji planu ich rozmieszczenia co miało związek z wyodrębnieniem łóżek ostrych i innych (alternatywnych) form opieki stacjonarnej jak: szpitale opieki długoterminowej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja i jednostki opieki paliatywnej. W 1992 roku w Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia opracowano też koncepcje restrukturyzacji szpitali stwarzając warunki do racjonalnego wydatkowania środków finansowych na utrzymanie bazy i kadry danego szpitala. Równocześnie rozpoczęły się też szkolenia przyszłych lekarzy rodzinnych<sup>179</sup> zabezpieczających opiekę nad pacjentem w otwartych zakładach opieki zdrowotnej.

Ustawa budżetowa<sup>180</sup> uchwalona w 1991 roku pozwoliła placówce publicznej na podejmowanie tzw. inicjatyw gospodarczych w celu uzyskania pieniędzy na potrzeby statutowe. Szpitale natomiast na swoje potrzeby mogły pobierać opłaty od pacjentów spoza rejonu w postaci sprzedaży tzw. cegiełek. Reformowanie systemu ochrony zdrowia wiąże się też, z przyjęciem w czerwcu 1994 roku dokumentu „Strategia dla Zdrowia”, w którym oprócz celów strategicznych takich jak: powszechność dostępu do usług medycznych,

---

<sup>178</sup> Podstawy prawne do podejmowania działań w tym zakresie powstały znacznie później bo dopiero w okresie poprzedzającym wprowadzenie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych wraz z rozporządzeniem w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dziennik Ustaw Nr 164 poz. 1193. Według tego rozporządzenia zakłady opieki stacjonarnej przydzielono do określonego poziomu referencyjnego w zależności od zakresu i rodzaju oferowanych świadczeń zdrowotnych. Pierwszy poziom obejmuje szpitale powiatowe (obsługujące teren danego powiatu) oferujące świadczenia w podstawowych specjalnościach : choroby wewnętrzne, chirurgia, pediatria, położnictwo i ginekologia, anestezjologia i intensywna terapia. Drugi poziom zabezpiecza stacjonarną opiekę zdrowotną na terenie danego województwa. Oferuje świadczenia w podstawowych specjalnościach rozszerzonych o świadczenia specjalistyczne (np. chirurgia urazowa, neurochirurgia, neurologia i inne). Szpitale drugiego stopnia referencyjnego uzupełniają swoją ofertę o świadczenia opieki dziennej. Trzeci poziom referencyjny swym obszarem działania obejmuje cały kraj, a swoje świadczenia oferują szpitale kliniczne uczelni medycznych oraz szpitale kliniczne instytutów naukowo-badawczych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

<sup>179</sup> M. Murkowski, A. Koronkiewicz, Z. Cieślukowski, Zasoby opieki zdrowotnej w Polsce w okresie 50-cio lecia 1945-1995 i perspektywa ich wykorzystania w latach 2002-2005, „Zdrowie Publiczne” 2000, Nr 6, s. 227.

<sup>180</sup> Ustawa z 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe, Dziennik Ustaw 1991 Nr 72, poz. 344, z późn. zm.



zwiększenie skuteczności systemu sektora zdrowotnego oraz poprawa stanu zdrowia społeczeństwa, sformułowano też cele organizacyjne, m.in.: zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym, decentralizację podstawowej opieki zdrowotnej.

Akt prawny jakim była ustawa z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej zapoczątkował prawdziwą reformę ochrony zdrowia w Polsce, dając możliwości tworzenia i funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej, samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej, była próbą urynkowienia usług medycznych oraz odejścia od centralistycznego systemu ochrony zdrowia. Dalsze jej nowelizacje w późniejszych latach wpłynęły na działania w zakresie zmian finansowania sektora zdrowotnego, tj. rozdzielenie funkcji świadczeniobiorcy i płatnika. Należy wspomnieć, że w minionym okresie w zakładach opieki zdrowotnej planowanie finansowe sprowadzało się tylko do ustalenia całorocznego budżetu w oparciu o budżet roku poprzedniego skorygowany wskaźnikiem inflacji.

Mimo licznych prób modyfikowania i usprawniania sektora zdrowotnego, nie udało się dojść do porozumienia w sprawie opracowania jednolitego projektu zmian w organizacji ochrony zdrowia. Przykładem tego może być przygotowanie dwóch koncepcji reform. Pierwsza z nich – to projekt rządowy<sup>181</sup>, opracowany przez MZiOS oraz prezydencki przedłożony przez Prezydenta RP. W projekcie rządowym system ubezpieczeń społecznych oparty miał być na zasadach: powszechności i obowiązku ubezpieczenia społecznego dla całego społeczeństwa, a koszty świadczeń zdrowotnych ponoszą tylko osoby ubezpieczone (tzw. zasada solidaryzmu). Realizacja ubezpieczenia zdrowotnego odbywałaby się przez utworzenie wyodrębnionych instytucji ubezpieczeniowych: Regionalnych Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i Kasy Branżowej. Zakładano samofinansowanie funduszu ubezpieczeń zdrowotnych oraz zaproponowano by wszystkie wydatki na inwestycje publicznych zakładów opieki zdrowotnej były sfinansowane przez budżet państwa. Państwo miało być gwarantem

---

<sup>181</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 141-142.

bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, co oznaczało nadzór i kontrolę nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych oraz kontrolę nad jakością udzielanych świadczeń. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych odbywałoby się w drodze konkursu ofert. W projekcie prezydenckim powszechne ubezpieczenie zdrowotne realizowane miało być przez Regionalne i Branżowe Kasy Chorych, które były zobowiązane do zapewnienia ubezpieczonym świadczeń w zakresie zapobiegania, utrzymania i promocji zdrowia, leczenia i rehabilitacji, zaopatrzenia w środki farmaceutyczne, przedmioty ortopedyczne oraz pomoc doraźną w zachorowaniach i nagłych przypadkach. Proponowano, by Kasy Chorych reprezentowały interesy ubezpieczonych były instytucjami samorządowymi, samodzielnymi pod względem organizacyjno-finansowym i posiadały osobowość prawną. Regionalna Kasa Chorych obejmowałaby swym zasięgiem teren jednego lub kilku województw (zamieszkała przez co najmniej 500 tysięcy osób), a Zakładowa Kasa Chorych mogła być utworzona gdy Rada Założycieli Zakładowej Kasy Chorych (minimum 15 osób) uzyskałaby zgodę 50-ciu procent pracowników na jej utworzenie i pisemne deklaracje przystąpienia do niej złożyłoby minimum 10 tysięcy przyszłych członków<sup>182</sup>. Oba odmienne projekty wpłynęły do Sejmu (lipiec 1995), a powołana Sejmowa Komisja Nadzwyczajna, opracowała swój własny nowy projekt ustawy o ubezpieczeniach wzorując się na projekcie rządowym, który po przeszło rocznej debacie doprowadził do uchwalenia przez Sejm w 1997 roku Ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Niestety projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych nie uwzględnił tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych (mimo, że był poddany debacie publicznej) i nie został przyjęty w wyniku silnego oporu społecznego i różnych grup interesów.

W tym czasie kontynuowano też prace i dyskutowano na temat funkcjonowania samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Nowatorska koncepcja mówiąca o samodzielności zakładów opieki zdrowotnej została dopracowana w 1995 roku dzięki zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki

---

<sup>182</sup> Szerzej na temat: K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 140-141.

Spółecznej<sup>183</sup>, na podstawie którego środki publiczne mogły być przekazywane do samodzielnych zakładów<sup>184</sup>. Powstał też Rejestr Usług Medycznych (RUM), wspomagający monitorowanie wykonania kontraktów, ich rozliczanie. Jednocześnie rozpoczęły się intensywne prace mające doprowadzić do przekształcania ZOZ.

Podsumowując okres reformowania systemu ochrony zdrowia w latach 1980-1995 zapoczątkowany zasadniczymi zmianami ustroju politycznego i gospodarczego należy stwierdzić, że zmiany i tak źle funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej postępowały wolno, co było wyrazem rosnącego niezadowolenia społecznego. W dodatku chroniczne jej nie dofinansowanie uniemożliwiało podejmowanie jakichkolwiek działań naprawczych umożliwiających zwiększenie dopływu pieniędzy do systemu opieki zdrowotnej.

Należy jednak odnotować wagę uchwalenia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991), która miała zarówno wady jak i zalety, ale w radykalny sposób zapoczątkowała i przyspieszyła prace nad dalszymi działaniami reformatorskimi. Trwały prace nad przygotowaniem podstaw merytorycznych do usamodzielnienia zakładów opieki zdrowotnej (z jednostek budżetowych) oraz prace nad projektem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Konsekwencją ustawy o ZOZ było też m.in.: wprowadzenie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej uczestniczących w programie pilotażowo-wdrożeniowym oraz możliwość przejęcia części zadań ochrony zdrowia przez samorządy lokalne. To ta ustawa, była podstawą do przeprowadzenia kolejnych zmian w sektorze zdrowotnym i do chwili obecnej ma priorytetowe znaczenie dla organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

---

<sup>183</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz sposobu kontroli ich wykorzystania. M. P. Nr 29, poz. 341.

<sup>184</sup> Samorządy ówczesnych miast wojewódzkich z wyjątkiem Warszawy zaczęły finansować placówki uzyskując na ten cel środki z budżetu państwa i rozdzielane na podstawie formuły, a wojewodowie przekazali, na podstawie umów, większość publicznych zoz-ów, w tym szpitali działających na danym terenie. Pieniądze przeznaczone były zarówno na inwestycje jak i na poprawę funkcjonowania danego ZOZ. Był to program pilotażowo-wdrożeniowy dla placówek służby zdrowia, które wyraziły chęć uczestniczenia w nim. Równocześnie prowadzono prace nad nowymi narzędziami takimi jak umowy o świadczenia zdrowotne, które poprawiły by sprawność w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Por. Raport CASE, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, op. cit., s. 46.

## 2. Działania restrukturyzacyjne w POR SZOZ

W związku ze zmianami w polityce zdrowotnej w Polsce po 1980 roku, również w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym zostały podjęte działania restrukturyzacyjne. Zdecydowano o poszerzeniu bazy diagnostyczno-terapeutycznej oraz dostrzeżono konieczność zapewnienia wszechstronnej opieki reumatologicznej wskutek rosnącego zapotrzebowania na świadczenia specjalistyczne w zakresie ortopedii i rehabilitacji.

Zaowocowało to utworzeniem we wrześniu 1980 roku Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego – Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej (POR SZOZ)<sup>185</sup>. Nastąpiła zmiana jego nazwy i nadal jako samodzielna jednostka budżetowa podlegał wojewodzie. W skład Zespołu Opieki Zdrowotnej weszło dotychczasowe Sanatorium Rehabilitacyjne, Reumatologiczno – Ortopedyczne dla Dorosłych z dwoma oddziałami: reumatologicznym i ortopedycznym. Do zadań POR SZOZ obok sprawowania opieki specjalistycznej łącznie z udzielaniem świadczeń w zakresie reumatologii, ortopedii i rehabilitacji należało też prowadzenie kompleksowej rehabilitacji dla młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. Obszar działania obejmowało dawne województwo poznańskie, a w zakresie rehabilitacji kompleksowej województwa: poznańskie, leszczyńskie, kaliskie i pilskie. Zasady funkcjonowania, organizacja i gospodarka finansowa oparta była na statucie zatwierdzonym przez lekarza wojewódzkiego.

W dniu 15 lutego 1993 roku została powołana przez Wojewodę poznańskiego Rada Nadzorcza w trzynastoosobowym składzie będąca organem doradczym, opiniującym i kontrolującym. Na wniosek Dyrektora POR SZOZ Wojewoda poznański 15 października 1993 roku podjął decyzję<sup>186</sup> o wpisaniu Ośrodka do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod

---

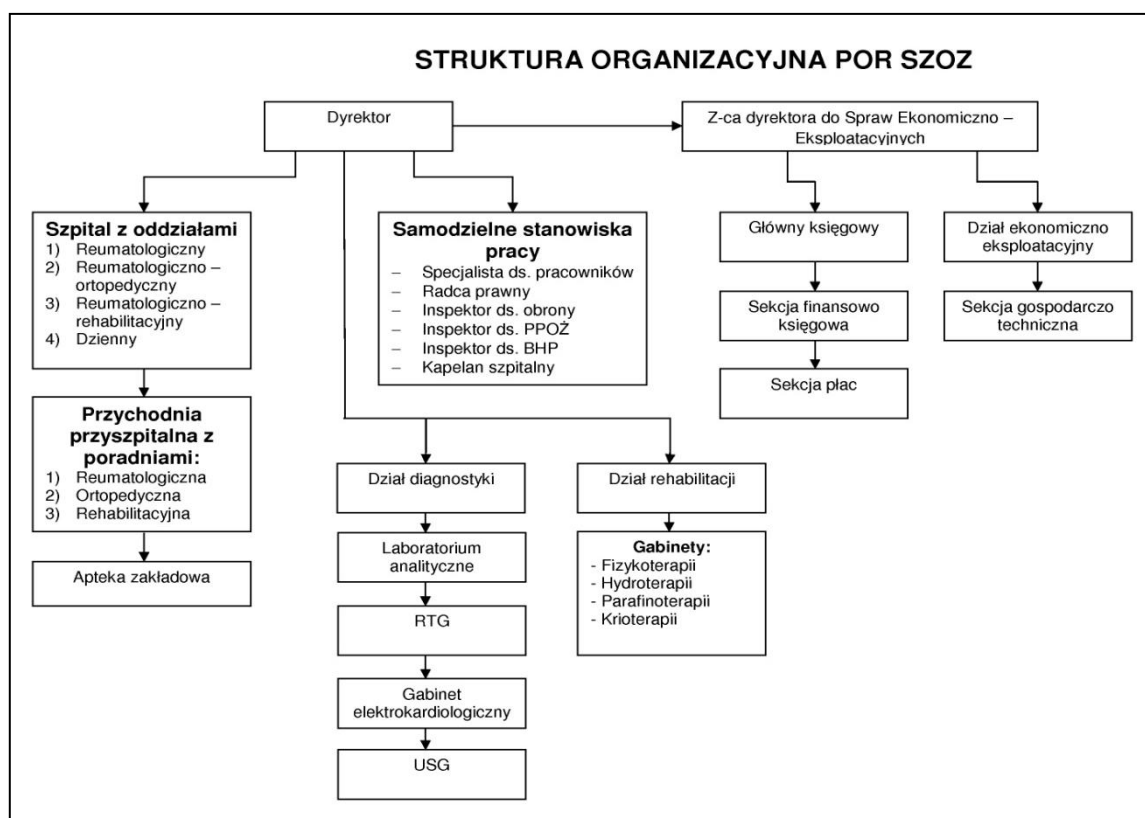
<sup>185</sup> Zarządzenie Nr 49/80 Wojewody Poznańskiego z dnia 26 sierpnia 1980 r. w sprawie utworzenia Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego – Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie.

<sup>186</sup> Decyzja Wojewody Poznańskiego (WZ-IV-0137/6-46/93) z dnia 5 listopada 1993 r. w sprawie wpisania POR SZOZ do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Nr „0046/0001/93” mających siedzibę na terenie województwa poznańskiego. Nadzór nad placówką sprawował: Wojewoda Poznański i Lekarz Wojewódzki. Struktura działalności Ośrodka obejmowała specjalistyczne leczenie stacjonarne poprzez oddziały: reumatologiczny, reumatologiczno-rehabilitacyjny, reumatologiczno-ortopedyczny, z których dwa ostatnie wspomagają podstawowe leczenie reumatologiczne. Z kolei działalność ambulatoryjna to: specjalistyczna opieka zdrowotna, laboratoryjna i diagnostyczna, rehabilitacja lecznicza oraz opieka dzienna i inna pośrednia.

Szczegółową strukturę POR SZOZ przedstawia poniższa rycina nr 4.

**Rycina nr 4. Szczegółowa struktura POR SZOZ**



Źródło: Na podstawie Statutu POR SZOZ w Śremie.

Na początku lat osiemdziesiątych rozpoczęto stopniową modernizację Ośrodka. W 1981 roku wykonano w Śremie remont elewacji budynku głównego i remont kapitalny dachu (1984), a w Błociszewie przeprowadzono remonty związane z wymianą elewacji i położeniem sztukaterii (1986)

oraz wymianą poszycia dachowego (1988). Ponadto wybudowano studnię głębinową (1984).

Oddano też do użytku oczyszczalnię biologiczno-mechaniczną (1985) oraz wybudowano budynek gospodarczy (1988)<sup>187</sup>.

Zmiany jakie nastąpiły po 1989 roku w sektorze zdrowotnym w Polsce, w tym głównie uchwalenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991), która dała możliwość dla samodzielnego funkcjonowania zakładom opieki zdrowotnej, były powodem, że zaczęto mówić o restrukturyzacji Ośrodka. Stało się oczywiste, że głównie czynnik ekonomiczny będzie decydował w dużej mierze o jego kondycji finansowej i możliwościach rozwoju.

Ze względu na to, że restrukturyzacja jest procesem skomplikowanym, polegającym na systemowej przebudowie organizacji i zasad jej funkcjonowania, które mają jej zapewnić przewagę konkurencyjną na rynku, podejmowanie wszelkich działań restrukturyzacyjnych wymaga szerokiego spojrzenia w odniesieniu do wielu aspektów funkcjonującej organizacji<sup>188</sup>. Dlatego też

---

<sup>187</sup> Na podstawie dokumentów z lat 1980-1990 POR w Śremie.

<sup>188</sup> W literaturze przedmiotu autorzy proponują klasyfikować restrukturyzację według:

- zakresu zmian (*makrorestrukturyzacja* – nastawiona na osiągnięcie celów w długim okresie czasu w której dokonują się zmiany strukturalne podporządkowane określone programowi rozwoju ekonomiczno – finansowemu, *mikrorestrukturyzacja* – to forma walki, którą prowadzi dany podmiot gospodarczy o pozycję na rynku w celu uzyskania korzyści ekonomicznych. Dotyczy zmiany struktury majątkowej, organizacyjnej, produkcyjno -,technologicznej, rynków zaopatrzenia i zbytu);
- treści restrukturyzacji (*przedmiotowa* – to przekształcenia organizacyjne, technologiczne mające na celu dostosowanie się do wymagań rynku głównie podwyższenie konkurencyjności. Może być to restrukturyzacja struktury organizacyjnej, warunków świadczenia usług zdrowotnych lub zatrudnienia, *podmiotowa* – to zmiany w sferze organizacji i zarządzania oraz zmiany prawno – organizacyjne w danym podmiocie gospodarczym np.: przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, *mieszana* – to przekształcenia organizacyjne, prawne i technologiczne danego podmiotu gospodarczego);
- celu dokonywania zmian (*rozwojowa* – dotyczy dynamicznego rozwoju podmiotu gospodarczego poprzez wykorzystanie istniejących szans. Wdrażana jest w celu szybkiego rozwoju i ukształtowania korzystnej pozycji rynkowej organizacji, *naprawcza* – dotyczy podmiotu gospodarczego będącego w trudnej sytuacji ekonomicznej i finansowej. Celem tej restrukturyzacji jest przede wszystkim utrzymanie płynności finansowej umożliwiającej jego przetrwanie);
- obszaru zmian (*operacyjna* – to przeprowadzenie zmian w podstawowej działalności gospodarczej podmiotu i obejmuje m.in.: restrukturyzację marketingową, organizacyjną oraz zmiany w systemie zarządzania. W zakładach opieki zdrowotnej dotyczy to głównie: wprowadzenia nowoczesnych metod leczenia, prowadzenie działalności naukowej, poprawie jakości świadczenia usług zdrowotnych, *finansowa* – dotyczy zmian w gospodarowaniu środkami pieniężnymi danego podmiotu. Ma na celu oddłużenie podmiotów gospodarczych poprzez wdrożenie programów naprawczych oraz wywiązywanie się z zobowiązań finansowych poprzez rozłożenie na raty spłaty tych zobowiązań, *własnościowa* – zakłada powstanie spółek kapitałowych użyteczności publicznej oraz zmianę dotychczasowego podziału na publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej),

w POR opracowano krótko i długoterminowy plan rozwoju (Biznes plan<sup>189</sup>) i restrukturyzacji, który pozwalał zidentyfikować mocne i słabe strony placówki. Mocne i słabe strony – to czynniki wewnętrzne, szanse i zagrożenia – to czynniki zewnętrzne<sup>190</sup>. Innymi słowy mocne i słabe strony to cechy stanu obecnego, a szanse i zagrożenia to czynniki obiektywne, na które nie mamy bezpośredniego wpływu sprawczego. Wszystkie działania dotyczące silnych i słabych stron w POR oraz analizę jego otoczenia i poszukiwanie szans i zagrożeń poddano analizie SWOT<sup>191</sup>, co pozwoliło określić strategię oraz wskazać optymalne działanie ukierunkowane na długofalowy rozwój.

Mocne strony:

- znacząca pozycja w rejonie;
- doświadczona i wysoko wykwalifikowana kadra;
- estetyczny wizerunek firmy;
- nowoczesny sprzęt medyczny;
- kultura organizacyjna skupiona na pacjencie;
- nowoczesny styl zarządzania;
- telefoniczna rejestracja pacjentów do poradni specjalistycznych;
- informatyzacja;
- certyfikat jakości ISO 9001:2000;

---

Według D. Kowalczyk – Jakubowska, A. Malewicz, Restrukturyzacja jako technika ratowania i rozwoju przedsiębiorstwa, Warszawa 1992, s. 11-12; M. Murkowski, Restrukturyzacja i kategoryzacja szpitali w ramach zmian systemowych polskiej opieki zdrowotnej, materiał dydaktyczny opracowany na potrzeby Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia „ETOS”, Warszawa 1999.

<sup>189</sup> Biznes plan to specyficzny zbiór ustaleń opisowych, analiz i prognoz, określający cele zakładu oraz zadania i sposoby postępowania zmierzające do osiągnięcia tych celów w przyszłości. Traktowany jest, jako nowoczesny instrument niezbędny do skutecznego i nowoczesnego kierowania daną placówką i jest swego rodzaju przewodnikiem i narzędziem umożliwiającym sprawne prowadzenie działalności gospodarczej, Szerzej na temat: Dawid H, Bangs I, Plan marketingowy. Przewodnik dla małej i średniej firmy, Warszawa 1999, s. 24.

<sup>190</sup> Dawid H, Bangs I, op. cit.; s. 114.

<sup>191</sup> Analiza SWOT to najbardziej popularna technika analityczna stosowana we wszystkich obszarach planowania strategicznego i można ją podzielić wg posiadanych informacji na cztery grupy: S (strengths) oznacza mocne strony – zalety, przewaga nad konkurencją; W (weaknesses) to słabe strony – bariery, wady, konsekwencja ograniczeń zasobów i niedostatecznych kwalifikacji; O (opportunities) to szanse - korzystne zmiany, stanowią impuls do rozwoju i osłabiają zagrożenia; T (threats) czyli zagrożenia – to zdarzenia i zjawiska oraz bariery niekorzystnie wpływające na funkcjonowanie zakładu, David H, Bangs I, op. cit.; s. 13-19.

- własne laboratorium – bogata oferta badań podstawowych i dodatkowych;
- własny gabinet RTG i USG;
- własna apteka szpitalna;
- gabinety zabiegowe, sala operacyjna. Dobrze wyposażone gabinety fizjoterapii, sala gimnastyczna;
- przyjazna atmosfera i nowoczesny wystrój wnętrza;
- własny środek transportu;
- parking dla gości i pacjentów;
- przemyślana polityka informacyjna;
- dobra kondycja finansowa.

#### Słabe strony:

- przedłużający się czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala i poradni specjalistycznych;
- istnienie konkurencji na rynku;
- ograniczona liczba kontraktowanych świadczeń zdrowotnych;
- wysokie koszty działalności.

#### Szanse:

- planowane uruchomienie kriokomory;
- pozyskanie większej ilości specjalistów (lekarzy);
- spodziewane zwiększenie poziomu finansowania ochrony zdrowia;
- wzrost zarobków personelu.

#### Zagrożenia:

- niekorzystne zmiany w ochronie zdrowia i brak spójnej polityki zdrowotnej;
- rosnące koszty utrzymania szpitala;
- nieufność środowiska medycznego wobec reform;
- wzrastające ceny aparatury medycznej;
- zła opinia o systemie ochrony zdrowia;



- konkurencja na rynku również prywatna.

Poddając analizie SWOT uzyskane informacje pozwoliły Dyrekcji Ośrodka opracować listę priorytetów i celów jakie powinny być zrealizowane w najbliższym czasie. Podjęto działania polegające na zmianie dotychczasowej struktury: organizacyjnej, zatrudnieniowej i technicznej w celu zwiększenia efektywności we wszystkich obszarach działania i lepszego dostosowania się do wymagań rynku, a tym samym do podwyższenia konkurencyjności. Efektem tego rodzaju podejścia do przeprowadzanych zmian był dynamiczny rozwój placówki poprzez wykorzystanie istniejących szans. Przystąpiono do kolejnego etapu modernizacji i podjęto szereg ważnych przedsięwzięć, poczynając od rozbudowy sieci telefonicznej (1990) i komputeryzacji obiektu (1993-1998). Rozpoczęto również prace adaptacyjne pomieszczeń w celu uruchomienia oddziału dziennego (1992) oraz dobudowano budynek, w którym znajduje się dział gospodarczy i księgowość (1993). W 1994 roku przeprowadzono remont oddziału reumatologicznego, a rok później modernizację oddziału reumatologiczno-ortopedycznego. Remonty nie ominęły też Błociszewa, gdzie w 1994 roku wyremontowano sale chorych i wymieniono wszystkie instalacje – prace zakończono w 2001 roku. W Śremie dokonano remontu sali operacyjnej (1996) i pomieszczenia przeznaczonego na pracownię densytometryczną (1997), wymieniono stolarkę okienną (zakończono w 2001) i zmodernizowano przestarzałą kotłownię węglową wymieniając ją na gazową. Oddano do użytku (1999) salę seminaryjną wyposażoną w nowoczesny sprzęt audiowizualny, która służy pracownikom i pacjentom Ośrodka. W następnym roku zainstalowano nowoczesną centralę telefoniczną, a w 2001 roku przyłączono wszystkie obiekty do sieci stałego monitoringu. W tym czasie w Błociszewie powstaje nowa droga dojazdowa do pałacu oraz modernizacja gabinetów hydroterapii i gabinetu zabiegowego (zakończono w 2001). W 2004 roku rozpoczęła się rozbudowa pomieszczenia, w którym w niedalekiej przyszłości ma być zainstalowana kriokomora. Dyrekcja placówki planuje też m.in.: w Śremie przebudowę wejścia głównego, modernizację kuchni, remonty poradni specjalistycznych, remonty korytarzy

oraz budowę nowego budynku w którym mieścić się będzie nowoczesna sala operacyjna z oddziałem ortopedycznym<sup>192</sup>.

Ponadto, przeprowadzono restrukturyzację zatrudnienia głównie w zakresie jego liczby i struktury. Postanowiono, że podstawą obsady nowych stanowisk pracy będzie fluktuacja kadr wewnątrz zakładu.

Podjęte działania restrukturyzacyjne miały na celu poprawę efektywności gospodarowania poprzez organizacyjne, kadrowe, finansowe i techniczne przystosowanie Ośrodka do działania w warunkach gospodarki rynkowej oraz do planowanego usamodzielnienia.

Przeprowadzone zmiany dostosowawcze umożliwiły przystąpienie POR w 1995 roku do programu pilotażowo-wdrożeniowego, zorganizowanego przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, który dotyczył przekształcenia jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Ośrodek został zakwalifikowany jako jeden z pięćdziesięciu zakładów opieki zdrowotnej, na kilkaset startujących w kraju.

### **3. Postęp w leczeniu rehabilitacyjnym**

Rehabilitacja w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym zawsze miała charakter kompleksowy, a celem jej było przywrócenie utraconej sprawności fizycznej, zachowanie aktywności zawodowej oraz branie czynnego udziału w życiu społecznym. Skuteczna i dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta zastępowała w znacznej mierze leczenie farmakologiczne. Natomiast według literatury przedmiotu zabiegi z zakresu kinezyterapii – leczenie ruchem oraz fizykoterapii – stosowanie zapobiegawczych czynników, takich jak: woda, światło, powietrze, ciepło, zimno, elektryczność, energia promienna, poprawiały wydolność ogólną ustroju, zwalczały ból i zmniejszały stany zapalne<sup>193</sup>. Dział rehabilitacji w Ośrodku systematycznie wzbogacał się

---

<sup>192</sup> Informacje na temat modernizacji, remontów i planów na przyszłość : Kronika nr 5, dokumenty POR w Śremie.

<sup>193</sup> A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, Fizjoterapia, Warszawa 2003, s. 1-7, 683, 704-705.

o nową aparaturę, sprzęt medyczny i posiadał wykwalifikowaną i doświadczoną kadrę specjalistów, co miało wpływ na jakość świadczonych usług.

POR w Śremie i w oddziale zamiejscowym w Błociszewie posiadał:

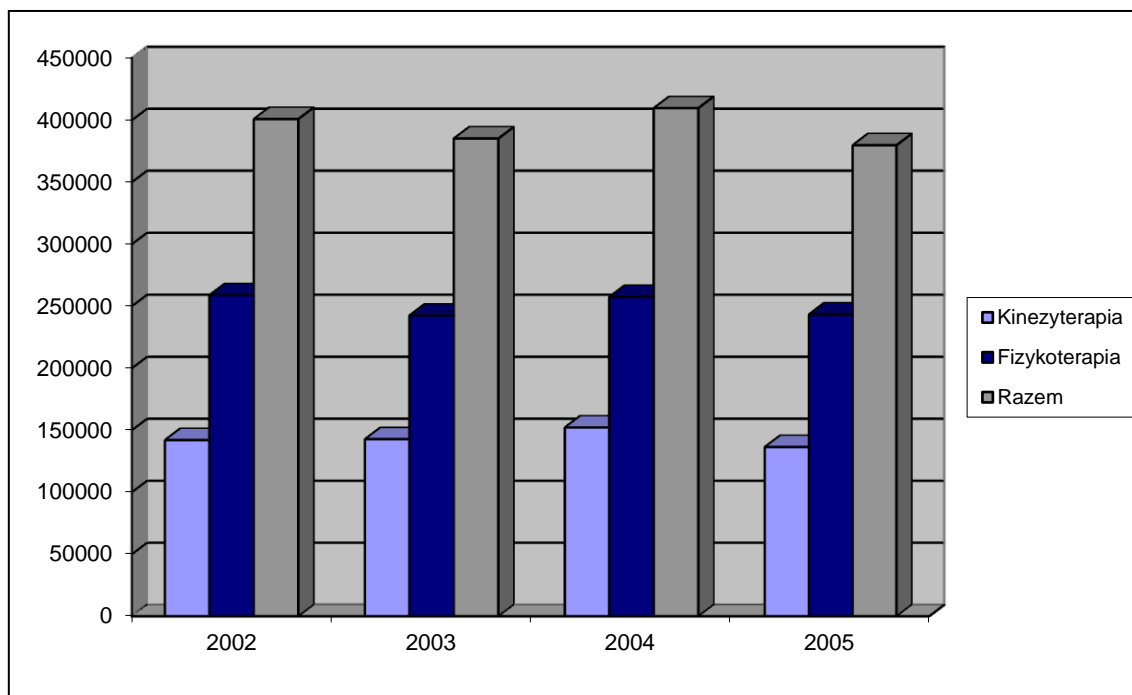
- 2 sale gimnastyczne;
- 2 gabinety parafinoterapii;
- 2 gabinety krioterapii;
- 4 gabinety hydroterapii;
- 5 gabinetów fizykoterapii (ze stanowiskami do elektrolecznictwa, światło-lecznictwa, ultrasonoterapii);
- 3 gabinety masażu klasycznego;
- 7 stanowisk masażu mechanicznego;
- siłownię.

W pomieszczeniach tych wykonywano zabiegi w zakresie kinezyterapii i fizykoterapii. Po konsultacji z lekarzem prowadzącym, fizjoterapeuta dobierał odpowiednią metodę usprawniania. Zajęcia z pacjentami prowadzone były indywidualnie i grupowo. Nowocześnie wyposażone gabinety, systematycznie podnoszone kwalifikacje personelu, zadowolenie pacjentów, co do skuteczności prowadzonych zabiegów w dziale rehabilitacji miały wpływ na ilość wykonywanych zabiegów. Ich liczba wzrastała systematycznie od 75 000 w pierwszych latach działalności Ośrodka do 379 806 w 2005 roku<sup>194</sup>. Ilość zabiegów wykonanych w Dziale Fizjoterapii przedstawia wykres nr 2.

---

<sup>194</sup> Na podstawie danych POR w Śremie.

**Wykres nr 2. Ilość zabiegów wykonanych w Dziale Fizjoterapii w latach 2002-2005**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdania z wykonanych zabiegów w Dziale Fizjoterapii w latach 2002-2005 w POR w Śremie.

W sierpniu 1987 roku, jako trzecia placówka w kraju Ośrodek wprowadził leczenie niskimi temperaturami.

Metoda leczenia zimnem czyli tzw. krioterapia znana jest od czasów Starożytnego Egiptu. Wówczas stosowano okłady z zimnej wody czy śniegu. Radykalną zmianę w sposobie schładzania zewnętrznej powierzchni ciała w celach leczniczych wprowadzono w Japonii używając do tych celów ciekły azot o temperaturze  $-196^{\circ}\text{C}$ . Metodę tą przedstawił w 1979 roku prof. Toshima Yamauci<sup>195</sup>. W Europie zastosował krioterapię prof. R. Fricke (Niemcy) w 1982 roku, a w Polsce krioterapię ogólnoustrojową wprowadzono w 1989 roku (pracami kierował prof. Z. Zagrobelny z Wrocławia, który jako pierwszy zastosował kriokomorę na ciekły azot. Uważany był też za twórcę polskiej szkoły krioterapii.)<sup>196</sup>.

<sup>195</sup> A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, op. cit., s. 52.

<sup>196</sup> Ibidem.

Krioterapia może być stosowana miejscowo i ogólnoustrojowo. Miejscowa polega na nadmuchu zimnych par azotu o temperaturze  $-160^{\circ}\text{C}$   $-180^{\circ}\text{C}$  obszaru danego stawu w czasie od 1 do 3 minut. Zabieg ten powinno wykonywać się dwukrotnie w ciągu dnia z przerwą wynoszącą co najmniej 3 godzinny między zabiegami. Zastosowana w połączeniu z okładami z zimnego żelu według literatury przedmiotu przynosi zadowalające efekty lecznicze<sup>197</sup>.

W Polsce wykorzystuje się tą metodę w wielu ośrodkach reumatologicznych, a pierwsze doniesienia w piśmiennictwie polskim na temat skuteczności krioterapii w leczeniu schorzeń reumatologicznych opublikowano w 1987 roku.

Wskazaniem do stosowania krioterapii miejscowej w reumatologii jest<sup>198</sup> m.in.:

- reumatoidalne zapalenie stawów (RZS);
- zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK);
- choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych i kręgosłupa;
- choroby z grupy reumatyzmu tkanek miękkich.

Ze znanych dotychczas przeciwwskazań do miejscowej krioterapii można wyróżnić<sup>199</sup> m.in.:

- obecność lokalnych odmrożeń skóry;
- niestabilizowana lub zaawansowana choroba niedokrwienności serca;
- choroba nowotworowa;
- nadwrażliwość na zimno.

Krioterapia powoduje przede wszystkim: zmniejszenie bólu, zmniejszenie obrzęku w stawach oraz zwiększenie zakresu ich ruchomości i sprawności ogólnej. Na polu medycyny krioterapia jest metodą leczniczą stosowaną w Polsce dość powszechnie.

---

<sup>197</sup> Ibidem.

<sup>198</sup> A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, op. cit., s. 67-72.

<sup>199</sup> Ibidem.

W POR wypracowano własną metodę<sup>200</sup> stosowania tego zabiegu, polegającą na zastosowaniu dwukrotnego w ciągu doby nadmuchu parami azotu (temperatura dochodzi nawet do  $-180^{\circ}\text{C}$ ) lub zimnym suchym powietrzem (w Błociszewie), gdzie każdy nadmuch trwa ok. 3 minut i jest skierowany na chory staw, który okładany jest także 2-krotnie w ciągu dnia okładami z zimnego żelu (początkowo stosowano worki z kostkami lodu, które w 1992 roku zastąpiono workami z zimnego żelu). Pomędzy zabiegami odbywają się intensywne ćwiczenia kinezyterapeutyczne (ruchowe).

Metoda zastosowania krioterapii w takiej formie, była przedstawiana na wielu konferencjach i sympozjach i znalazła uznanie wśród polskich fizjoterapeutów.

Leczenie zimnem w placówce było możliwe dzięki współpracy z Instytutem Fizyki Molekularnej PAN w Poznaniu<sup>201</sup>, który użyczył butle z ciekłym azotem i skonstruował jedyny w swoim rodzaju prototyp specjalnego urządzenia do nadmuchu.

Rycina nr 5 i nr 6 obrazuje zabieg krioterapii miejscowej zastosowany na staw barkowy i kolanowy.

#### **Rycina nr 5. Nadmuch parami azotu na staw łokciowy**



---

<sup>200</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 48-49.

<sup>201</sup> Ibidem.

## Rycina nr 6. Woreczki wypełnione żelem do stosowania zimnych okładów



Własne doświadczenia (na podstawie oceny specjalistów i pacjentów)<sup>202</sup> w tej dziedzinie pozwalają wnioskować, że krioterapia prowadzona w taki sposób w POR zwiększa zakres ruchomości chorego stawu, zmniejsza obrzęk i co najważniejsze zmniejsza ból, a efekty takiej terapii trwają dłużej niż tradycyjne metody stosowane w rehabilitacji.

### 4. Otwarcie Oddziału Dziennego

W 1992 roku uruchomiono w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym Oddział Dzienny, jako nową jednostkę organizacyjną opieki szpitalnej<sup>203</sup>. Utworzenie oddziału było niejako odpowiedzią na wzrost zapotrzebowania na usługi w zakresie rehabilitacji oraz rosnące koszty leczenia stacjonarnego. Miał on:

- zminimalizować stres związany z koniecznością pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym;

---

<sup>202</sup> Wojciech Romanowski, A. Straburzyńska-Lupa, A. Romanowska, Z. Świetlik, R. Lorenc, Z. Brenda, Wpływ krioterapii miejscowej na sprawność ruchową chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów, „Fizjoterapia Polska” 2004, nr 4, s. 355-360.

<sup>203</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 51-53.

- zmniejszyć koszty leczenia, przez eliminację opieki i świadczeń całodobowych;
- skrócić czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala;
- zintensyfikować pracę Ośrodka poprzez zwiększenie liczby chorych leczonych jednocześnie.

Pacjenci mieli do dyspozycji: jedną trzyłóżkową salę chorych, pokój rekreacyjny, gabinet lekarski i zabiegowy, bazę diagnostyczną (laboratorium, pracownia radiologiczna, EKG i USG), rehabilitacyjną i własną szatnię. Każdy pacjent miał zakładaną dokumentację medyczną (historia choroby), a opuszczając oddział otrzymywał kartę informacyjną z zaleceniami co do dalszego postępowania.

Na oddziale przebywało jednocześnie 28 osób przez okres 12 dni. Pacjenci podzieleni byli na dwie grupy w zależności od czasu rozpoczęcia zabiegów w dziale rehabilitacji. Od 1994 roku uruchomiono popołudniową zmianę, która stworzyła pacjentom możliwość korzystania z usług po godzinach swojej pracy. W czasie ich pobytu na oddziale odbywały się wizyty lekarskie, np.: na sali gimnastycznej zapewniające im codzienny kontakt z lekarzem.

## **5. Przynależność POR SZOZ do sieci Szpitali Promujących Zdrowie**

W 1988 roku powstał Projekt Światowej Organizacji Zdrowia Szpitala Promującego Zdrowie<sup>204</sup>, a rok później prace nad projektem przejął Instytut Socjologii Medycyny im. Ludwiga Boltzmana w Wiedniu. W 1990 roku przyjęto ostateczną nazwę projektu: „Szpital Promujący Zdrowie”. Przyjęto założenia, że szpital poza udzielaniem świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie, będzie też zajmował się promocją zdrowia w samym szpitalu i na obszarze, który obejmuje świadczeniami zdrowotnymi.

---

<sup>204</sup> J. B. Karski, Promocja Zdrowia, praca zbiorowa pod red. J.B. Karskiego, Warszawa 1999, s. 389.



Idea stworzenia polskiej sieci Szpitali Promujących Zdrowie powstała na początku 1992 roku z inicjatywy Zakładu Promocji Zdrowia Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ) w Warszawie<sup>205</sup>.

Podstawowymi celami tworzenia sieci Szpitali Promujących Zdrowie było m.in.:

- rozwijanie projektów promocji zdrowia na poziomie szpitala;
- ułatwianie i zachęcanie szpitali do współpracy i wymiany doświadczeń i programów;
- wspólne realizowanie programów oraz rozszerzenie komunikacji między szpitalami<sup>206</sup>.

Poza zapewnieniem wysokiej jakości świadczeń medycznych szpital promujący zdrowie powinien:

- zapewniać możliwość rozwoju działań prozdrowotnych na swoim terenie;
- rozwijać identyfikowanie się całego szpitala z projektem;
- rozwijać świadomość wpływu środowiska szpitalnego na zdrowie pacjentów, personelu;
- zachęcać do udziału i aktywnej roli pacjentów i pracowników w projekcie;
- stworzyć zdrowe warunki pracy dla całego personelu szpitalnego;
- promować zdrowie i zachowania prozdrowotne szpitalu i w najbliższej okolicy;
- stworzyć środowisko godne człowiekowi, wspierające i pobudzające do życia, przede wszystkim pacjentów chorych przewlekle przebywających w szpitalu;
- poprawić jakość programów edukacyjnych oraz doskonalić umiejętności personelu.

---

<sup>205</sup> Ibidem, s. 391.

<sup>206</sup> Ibidem, s. 394.

Do przykładowych projektów realizowanych przez szpital należą m.in.:

- szpital bez papierosa;
- szpital zdrowym miejscem pracy;
- walka z nadwagą;
- szpital przyjaznym miejscem pracy;
- satysfakcja pacjenta.

Programy powinny być ukierunkowane na pacjentów, społeczność lokalną oraz na pracowników szpitala.

Do zadań obligatoryjnych Szpitala Promującego Zdrowie należą: organizacja zespołu promocji zdrowia włączonego do struktury szpitala, prowadzenie edukacji zdrowotnej, podejmowanie działań na rzecz zdrowego trybu życia, w tym zdrowego żywienia, działalność antynikotynowa i antyalkoholowa oraz współpraca ze środowiskiem lokalnym, głównie z samorządami (szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego)<sup>207</sup>. Polska sieć Szpitali Promujących Zdrowie jest członkiem Europejskiej sieci Szpitali Promujących Zdrowie, a ośrodkiem koordynującym Europejską sieć Szpitali jest Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Barcelonie, natomiast zaplecze naukowe projektu mieści się w Instytucie Socjologii Medycyny im. L. Boltzmana w Wiedniu. Wszystkie szpitale pozostające w sieci Szpitali Promujących Zdrowie powinny realizować swoje zadania w oparciu o założenia w tzw. „Rekomendacjach Wiedeńskich”, Karty Ottawskiej (dotyczy promocji zdrowia) oraz Karty Lublańskiej (dotyczy reformowania opieki zdrowotnej)<sup>208</sup>.

Od 1994 roku POR jest członkiem Polskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, a dwa lata później przystąpił do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie<sup>209</sup>. Celem przystąpienia szpitala do sieci szpitali promujących zdrowie było stworzenie szpitala, w którym diagnostyka, leczenie i rehabilitacja chorych będzie spełniać wymogi jakie stawia opieka zdrowotna XXI wieku. Aby sprostać tym zadaniom powołano w Ośrodku

---

<sup>207</sup> Ibidem, s. 392.

<sup>208</sup> Ibidem, s. 395-397.

<sup>209</sup> Zob. Certyfikat Przynależności POR w Śremie do Europejskiego Szpitala Promującego Zdrowie z dnia 1 lipca 1996 r.

Zespół ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia, który realizował zadania wynikające z członkostwa w Krajowej i Europejskiej Sieci Szpitali Promującej Zdrowie. Komitet ten opracowywał i wdrożył programy propagujące zdrowy styl życia. Dotyczyły one działań wspierających zdrowie zarówno pacjentów jak i ich rodzin, pracowników oraz społeczności lokalnej. Opracowano i wdrożono pięć projektów w ramach promocji zdrowia, w tym:

1. POR kreatorem ekologicznych postaw.
2. Lekarz, magister rehabilitacji, pielęgniarka – propagatorami idei promocji zdrowia.
3. Walka z otyłością, prewencją wielu chorób.
4. Zdrowy, uśmiechnięty, fachowy personel POR.
5. Komfort, zdrowie i zadowolenie pacjenta nadrzędnym celem działań organizacyjnych POR<sup>210</sup>.

Powstały programy edukacyjno-szkoleniowe dla pracowników mające na celu pogłębienie wiedzy na ten temat, rozpoczęły się również cykliczne wykłady dla pacjentów na temat zdrowego stylu życia.

Z kolei w latach 1996-1999 w POR organizowano turnusy warzywno-owocowe, które miały na celu zmianę nawyków żywieniowych przez osoby walczące z nadwagą. Wprowadzono zmiany w zakresie żywienia pacjentów ograniczając podaż tłuszczów na rzecz zwiększenia spożycia warzyw i owoców. Ośrodek prowadził też okresowo ćwiczenia ogólnie usprawniające dla pracowników by zwiększyć ich aktywność ruchową, a cały obszar szpitala został wolny od nikotyny.

Przez sześć miesięcy w regionalnym tygodniku „Gazeta Śremska” ukazywały się artykuły, które popularyzowały wiedzę na temat chorób cywilizacyjnych<sup>211</sup>.

Zespół śremskiego Ośrodka od czasu członkostwa w sieci Szpitali Promujących Zdrowie corocznie uczestniczy w konferencjach i sympozjach krajowych i międzynarodowych, które ułatwiały komunikację między szpitalami oraz zachęcały do współpracy i wymiany doświadczeń.

---

<sup>210</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 57.

<sup>211</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 58.

Poniżej rycina nr 7 przedstawiająca Certyfikat Europejskiego Szpitala Promującego Zdrowie uzyskany przez Ośrodek.

**Rycina nr 7. Certyfikat Europejskiego Szpitala Promującego Zdrowie**



Wprowadzone zmiany w sektorze zdrowotnym w latach 1980-1995, w tym uchwalenie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991), która stworzyła możliwość uzyskania samodzielności zakładów opieki zdrowotnej, miały istotny wpływ na działalność i funkcjonowanie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego. Skutecznie przeprowadzona w tym czasie restrukturyzacja, wprowadzenie nowych form leczenia fizjoterapeutycznego (krioterapia), otwarcie oddziału dziennego spowodowało wzrost konkurencyjności Ośrodka na rynku świadczeniodawców. Z kolei, przynależność do sieci Szpitali Promujących Zdrowie, poprzez wprowadzenie programów edukacyjnych, zapewniła możliwość zachowań prozdrowotnych pacjentów, personelu

i społeczności lokalnej oraz umożliwiła wymianę doświadczeń w tej dziedzinie między innymi szpitalami.

## **Rozdział IV**

### **Poznański Ośrodek Reumatologiczny Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej (1996-2005)**

#### **1. Nowe wyzwania w ochronie zdrowia w latach 1996-2005**

Rok 1996 przynosi radykalne zmiany w sektorze ochrony zdrowia. Zapoczątkowane dyskusje w minionym okresie (1995) wprowadzające pewne zmiany w funkcjonowaniu szpitali, przychodni czy ambulatoriów podyktowane były wówczas dostosowaniem się instytucji budżetowych do zmieniającego się otoczenia, które nabierało charakteru rynkowego. Intensyfikacja prac nad reformą ochrony zdrowia nastąpiła w 1996 roku wraz z przygotowaniem „Założeń polityki społeczno-gospodarczej na 1997 r.”<sup>212</sup>. Głównym celem tego projektu było przeprowadzenie restrukturyzacji podstawowej opieki zdrowotnej co miało skutkować możliwością tworzenia gabinetów lekarzy rodzinnych ich kształcenia, a dla pacjentów możliwością wolnego wyboru lekarza. Zaproponowano zmiany w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych udzielanych zarówno w lecznictwie otwartym, zamkniętym, zakładach niepublicznych oraz prywatnych gabinetach lekarskich. Równocześnie dla zakładów publicznych przewidziano formę organizacyjno-prawną samodzielnego zakładu, a jego finansowanie uzależniono od ich rzeczywistej działalności co miało się przyczynić do powstania wewnętrznego rynku usług medycznych. Każdy szpital czy przychodnia miały proponować świadczenia medyczne, a im lepsze i wyższej jakości będą te świadczenia, tym więcej pacjentów zgłosi się do danej placówki i będzie ona dysponować większą

---

<sup>212</sup> Założenia polityki społeczno-gospodarczej na 1997 r. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 18 czerwca br., „Przegląd Rządowy” 1996, nr 7, s. 78; Założenia polityki społeczno – gospodarczej na 1997 rok (skrót), „Gospodarka Narodowa” 1996, nr 8- 9, s. 9.

ilością pieniędzy, które przeznaczy na zatrudnienie dobrych specjalistów lub zakupi aparaturę medyczną. Każdy szpital będzie miał odpowiedni poziom referencyjny<sup>213</sup>.

Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej przypadło by w udziale samorządom terytorialnym jako organom mającym rozeznanie na swoim obszarze co do zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. W projekcie tym zaproponowano również wprowadzenie pakietu świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych co było wstępem do wdrożenia systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Uchwalona w 1997 roku Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>214</sup> zmierzała do uzdrowienia niekorzystnej sytuacji w ochronie zdrowia i zrewolucjonizowała system zdrowotny w Polsce zmieniając zasady organizacji i funkcjonowania sektora zdrowotnego oraz przesądziła o sposobie finansowania usług zdrowotnych wprowadzając rachunek ekonomiczny w miejsce przydzielonego budżetu. Realizatorami ubezpieczenia były:

- Regionalne Kasy Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i ich rejonowe oddziały;
- Branżowe Kasy Powszechnego Ubezpieczenia;
- Krajowy Związek Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, w skład którego wchodziły Kasy Regionalne i Branżowe.

Uchwalona w dniu 18 lipca 1998 roku Ustawa o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>215</sup> wprowadziła kolejne zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia zmieniając nazwę instytucji ubezpieczenia zdrowotnego z Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego na Kasy Chorych (rozpoczęły swoją działalność od 1 stycznia 1999 r. tj. od momentu

---

<sup>213</sup> Poziom referencyjny określa, jakie specjalistyczne zabiegi przeprowadza się w odpowiedniej placówce. Im wyższy poziom referencyjny, tym bardziej specjalistyczne zabiegi będzie przeprowadzał, a tym samym leczenie w takim szpitalu będzie droższe, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dziennik Ustaw Nr 164, poz. 1193.

<sup>214</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dziennik Ustaw 1997 Nr 28 poz. 153.

<sup>215</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw. Dziennik Ustaw 1998 Nr 117, poz. 756.

wejścia w życie ustawy) przywracając tym samym instytucję Kas Chorych Państwa Polskiego w okresie II Rzeczypospolitej (1919)<sup>216</sup>.

Ubezpieczenie zdrowotne realizowały:

- Regionalne Kasy Chorych;
- Branżowe Kasy Chorych;
- Krajowy Związek Kas Chorych, w skład którego wchodziły Regionalne i Branżowe Kasy Chorych.

---

<sup>216</sup> Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej instytucji Kas Chorych nie było pomysłem nowym, a wpływ na ich utworzenie miała tradycja ich funkcjonowania w okresie II Rzeczypospolitej. W przeciwieństwie do Kas Chorych z 1920 roku, utworzone Kasy Chorych nie mogły działać dla zysku co oznaczało, że nie mogły świadczyć usług zdrowotnych ani być właścicielami zakładów opieki zdrowotnej. Kasy z 1920 roku funkcjonowały na podstawie ustawy z 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, któremu podlegali wszyscy utrzymujący się z pracy zarobkowej z wyjątkiem urzędników państwowych przyjmowanych do pracy na podstawie nominacji oraz właściciele przedsiębiorstw o odpowiednio wysokich dochodach. Organizacja ubezpieczenia zdrowotnego w omawianym okresie oparta była na zasadzie terytorialnej tzn. tworzono po jednej Kasie Chorych na każdy powiat. Za zgodą Urzędu Ubezpieczeń mogła też być utworzona miejska Kasa Chorych w miastach liczących powyżej 50 tysięcy ludności. Budżet Kas Chorych pochodził częściowo ze składek płaconych przez ubezpieczonych pracowników w wysokości dwóch piątych oraz składek w wysokości trzech piątych opłacanych przez pracodawców. Wysokość składki wynosiła 6,5% płacy ustawowej. Pozostałe fundusze uzyskiwano z kar nakładanych na pracodawców i ubezpieczonych, odsetek od lokat, odsetek od papierów wartościowych, odsetek od zaległych składek od czynszów za wynajem lokali będących własnością Kas Chorych. Zakres świadczeń realizowanych przez ówczesne Kasy był bardzo szeroki. Świadczenia obejmowały wszystkie czynności służące przywróceniu zdrowia i zdolności do pracy co oznaczało udzielanie pomocy lekarskiej od pierwszego dnia choroby, dostarczenie odpowiednich leków, środków opatrunkowych oraz transportu chorych. Przydzielano również zasiłek pieniężny za każdy dzień niezdolności do pracy oraz zasiłek pogrzebowy dla rodzin ubezpieczonych. Członek danej Kasy miał prawo wyboru lekarza z którym Kasa podpisała umowę na udzielanie odpowiednich świadczeń zdrowotnych. Kontrolę w zakresie lecznictwa i przestrzeganiem przez Kasy Chorych ustawy, statutów nadzorował Urząd Ubezpieczeń, który jednocześnie zatwierdzał statuty Kas Chorych i Związków Kas Chorych (Kasy Chorych tworzyły Związki Okręgowe, które były połączone w Związek Ogólnopństwowy Kas Chorych). Związek Kas Chorych kontrolował funkcjonowanie Kas Chorych w zakresie zawierania umów zarówno z lekarzami, organizacjami lekarskimi, zakładami leczniczymi ( w tym szpitalami) i aptekami, Szerzej na temat Kas Chorych w II Rzeczypospolitej: K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s.145-155. Każda Kasa Chorych gwarantowała ubezpieczonym dostęp do usług medycznych, a jednocześnie przestrzegała ograniczeń regulaminowych. Każdy członek Kasy posiadał legitymację członkowską, która zawierała wskazówki dotyczące zasad korzystania z pomocy medycznej świadczonej przez daną Kasę, K. Knypl, *Kasa Chorych w II Rzeczypospolitej*, *Biuletyn Kas Chorych nr 14* z dnia 22 stycznia 2001. Likwidacja Kas Chorych II Rzeczypospolitej i przekształcenie ich w Ubezpieczalnię Społeczne nastąpiła wraz z uchwaleniem tzw. ustawy scaleniowej w 1933 roku (scalono dotychczas istniejące Kasy Chorych i zamiast 243 powiatowych Kas utworzono 61 Kas Okręgowych), K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 145-154. Według opinii M. Musielaka ustawa scaleniowa likwidująca przedwojenne kasy chorych była wynikiem nierównego finansowania, które różnicowało działalność poszczególnych kas chorych w różnych rejonach kraju ( kasy liczące małą liczbę członków miały trudności w utrzymaniu lecznictwa na odpowiednim poziomie tzn. nie mogły zagwarantować ubezpieczonym takich świadczeń na jakie mogły sobie pozwolić kasy średnie i duże), M. Musielak, *Przedmowa*, (w:) *Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i teraźniejszość*, pod redakcją M. Musielaka, Poznań 2003, s. 6.



Nadzór nad działalnością Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych powierzono Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ), choć w pierwotnej wersji ustawy z 1997 roku zadania z tego zakresu powierzono Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.

Kasy Chorych były instytucjami samorządnymi, nie nastawionymi na zysk, a ich zadaniem było zapewnienie ubezpieczonym leczenia i świadczeń zdrowotnych mających na celu zapobieganie chorobom i wczesne ich wykrywanie oraz zapobieganie niepełnosprawności lub jej ograniczanie. W celu realizacji zadań kasy chorych gromadziły środki finansowe pochodzące ze składek ubezpieczonych oraz zawierały umowy ze świadczeniodawcami o udzielanie usług zdrowotnych w zakresie leczenia i profilaktyki.

Struktura systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przedstawiała się następująco:

- Regionalne Kasy Chorych (16 Kas po jednej w każdym województwie) oraz jedna Branżowa Kasa Chorych dla służb mundurowych<sup>217</sup>. Regionalna kasa chorych obejmowała swym zasięgiem obszar zamieszkały przez co najmniej 100 000 ludności, a działanie kasy pokrywało się z granicami administracyjnymi poszczególnych województw;
- Świadczeniodawcy (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania określone w ich statucie, niepubliczne ZOZ, grupowe praktyki lekarskie i praktyki pielęgniarek i położnych wykonujące indywidualne i specjalistyczne praktyki oraz osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny posiadające odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej);

---

<sup>217</sup> Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib oraz nadania im statutów, Dziennik Ustaw Nr 152, poz. 989. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, Dziennik Ustaw Nr 148, poz. 969 ze zm.

- Minister Zdrowia, który odpowiadając za przygotowanie i realizację polityki zdrowotnej, dokonywał też zakupu określonych wysoko-specjalistycznych nie finansowanych z budżetu kas chorych. Mógł on też zlecać kasom chorych realizację programów zdrowotnych. Uprawnienia Ministra Zdrowia wpływały w zasadniczy sposób na kształtowanie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych – organ administracji rządowej, którego zadaniem była ochrona interesów osób ubezpieczonych i nadzór nad legalnością i celowością działania kas chorych oraz prawidłowym zarządzaniem przez nie środkami finansowymi. Ponadto Urząd zatwierdzał statuty Kas Chorych i sprawdzał uchwały Rad Kas. W styczniu 2003 roku zadania UNUS przejął Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń<sup>218</sup>;
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Rolniczego zajmowały się m.in.: pobieraniem składek i kontrolą rzetelności ich odprowadzania, egzekwowaniem zaległości, przekazywaniem kasom chorych informacji o ubezpieczonych i wysokości pobieranych składek;
- Krajowy Związek Kas Chorych (KZKCH) – instytucja powołana do reprezentowania wspólnych interesów Regionalnych i Branżowych Kas Chorych. KZKCH posiadał osobowość prawną, którą uzyskał w momencie wpisu do rejestru. Likwidacja Krajowego Związku Kas<sup>219</sup> nastąpiła na skutek nowelizacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która nie wskazała podmiotu mającego przejąć obowiązki i zadania KZKCH<sup>220</sup>.

---

<sup>218</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 2001 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych ustaw, Dziennik Ustaw Nr 88, poz. 961.

<sup>219</sup> Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dziennik Ustaw Nr 122, poz. 1324.

<sup>220</sup> Ibidem.

Fundamentalnymi zasadami<sup>221</sup>, na których opierało się powszechne ubezpieczenie zdrowotne stanowiły:

- zasada solidarności społecznej – w myśl tej zasady część kosztów leczenia bardziej chorych i biedniejszych opłacana byłaby przez bogatszych i zdrowszych;
- zasada samorządności – w myśl tej zasady instytucje realizujące ubezpieczenie społeczne są samorządne i reprezentują ubezpieczonych;
- zasada samofinansowania – oznaczała, że zarówno instytucje ubezpieczenia zdrowotnego finansują swoją działalność z uzyskanych przychodów zachowując zasadę równowagi bilansów;
- zasada wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych – wolny wybór świadczeniodawcy spośród podmiotów, z którymi Kasy Chorych mają podpisany kontrakt na świadczenia zdrowotne;
- zapewnienie równego dostępu do świadczeń – to oznacza, że bez względu na wysokość opłacanej składki i okresu przynależności do Kasy, jej członkom przysługują świadczenia zdrowotne na tych samych zasadach;
- poprawa stanu zdrowia społeczeństwa.

Podstawowymi cechami wprowadzonej reformy było m.in.:

- rozdzielenie funkcji płatnika i świadczeniodawcy;
- zabezpieczenie ubezpieczonym usług zdrowotnych poprzez kontraktowanie świadczeń;
- stworzenie konkurencyjności na rynku pomiędzy realizatorami usług zdrowotnych;
- dostosowanie struktury organizacyjnej lecznictwa do potrzeb społecznych;
- realizacja konstytucyjnych uprawnień obywateli.

---

<sup>221</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dziennik Ustaw Nr 28, poz. 153 z późn. zm.

Ponadto wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, które chciały uczestniczyć w systemie musiały zmienić status z jednostek i zakładów budżetowych w posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ)<sup>222</sup>. Działający do 30 marca 2003 roku system kas chorych zastąpiony został Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>223</sup>.

Na podstawie literatury przedmiotu można stwierdzić, że Kasy Chorych nie spełniły oczekiwań ich twórców. Podstawowym zarzutem<sup>224</sup> wobec Kas było:

- brak nadzoru nad ich działalnością;
- nadmierna ich samodzielność, co w efekcie doprowadziło do powstania<sup>225</sup> „17 autonomicznych sposobów kontraktacji usług medycznych i realizacji 17 niezależnych polityk zdrowotnych”;
- bałagan kompetencyjny (Sejmik Wojewódzki był zarówno właścicielem ZOZ i jednocześnie organem powołującym Radę Kas Chorych);
- brak ujednoczonej, modelowej struktury organizacyjnej, która pozwoliła by na dokonanie porównania i ocenę rozwiązań z tego zakresu (organizacja wewnętrzna Kas była zróżnicowana podlegała licznym zmianom zarówno w odniesieniu do struktury organizacyjnej, jak i nazewnictwa poszczególnych jednostek);
- pełna dobrowolność w planowaniu zatrudnienia (zatrudniano pracowników nie spełniających wymogów kwalifikacyjnych);

---

<sup>222</sup> Instytucja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej uregulowana jest w Ustawie o Zakładach Opieki Zdrowotnej w rozdz.4 w art. 51 do 62. Z przepisów wynika, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadają osobowość prawną, mogą prowadzić własną politykę kadrową i płacową, samodzielną gospodarkę finansową oraz być zdolne do podejmowania czynności prawnych. Zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć swoją działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru. Rejestr jest jawny. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze województw prowadzi wojewoda, a rejestr zakładów utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej oraz uczelnie medyczne prowadzi minister zdrowia, Więcej na temat: Z. Janku, E. Spławska, Prawne podstawy funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, (w:) M. D. Głowacka (red.), Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty – teoretyczno-praktyczne, Poznań 2004, s. 19.

<sup>223</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dziennik Ustaw 2003 Nr 45 poz. 339, z późn. zm.

<sup>224</sup> K. Prętki, Ewolucja..., op. cit., s. 470.

<sup>225</sup> Ibidem.

- nie przestrzeganie regulaminu wynagradzania (wypłacanie nagród dla pracowników bez uzasadnienia ich przyznania)<sup>226</sup>.

Przeprowadzona w 2000 roku ocena społeczna dotycząca pięciu kwartałów po wprowadzeniu czterech reform (premierem był J. Buzek) w tym samym czasie (administracji, szkolnictwa, emerytalna i ochrony zdrowia)<sup>227</sup> wykazała, że najniższą ocenę spośród czterech wymienionych, otrzymała reforma sektora zdrowotnego. Prowadzono rozmowy i szeroko konsultowano różne warianty propozycji naprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Wybrano program naprawczy M. Łapińskiego, który też objął tekę Ministra Zdrowia. Chęć szybkiego wprowadzenia zmian i wiele nieprzemyślanych decyzji doprowadziło do większej dezorganizacji i tak źle funkcjonującego systemu, a przede wszystkim wywołało rosnące niezadowolenie środowisk medycznych i społeczeństwa<sup>228</sup>.

Antidotum na pogłębiający się kryzys w ochronie zdrowia miała być ustawa z 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia<sup>229</sup>.

Został w niej utrzymany obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia, co pozwalało na utrzymanie statusu ubezpieczeniowego. Nowa ustawa niewiele różniła się od swej poprzedniczki. Wprowadzona została nowa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego – Narodowy Fundusze Zdrowia (jeden z oddziałami wojewódzkimi w miejsce 17 Kas Chorych). Fundusz w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządzał środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawierał umowy ze świadczeniodawcami, a także finansował świadczenia zdrowotne oraz zapewniał refundacje leków w ramach posiadanych środków finansowych.

---

<sup>226</sup> Szerzej na temat wad wprowadzonej reformy i nieudolnego funkcjonowania Kas Chorych, Prof. S. Golinowska, System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwiązań, Warszawa 16.03.2004 r.

<sup>227</sup> E. Cichocka, Główne założenia, (w:) Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji, red. L. Kolarska-Bobińska, Fundacja Konrada Adenauera, Warszawa 2000, s. 140.

<sup>228</sup> P. Walewski, Fundusz wszelkiej szczęśliwości, „Polityka” 07/2002.

<sup>229</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu W Narodowym Funduszu Zdrowia, op. cit.

Do zakresu zadań Funduszu zaliczono w szczególności<sup>230</sup>:

- zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;
- zapobieganie chorobom;
- promocję zdrowia.

W ustawie zdefiniowano także inne zadania Funduszu takie jak:

- przeprowadzanie konkursu ofert, negocjacji i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów;
- wykonywanie zadań zleconych finansowanych przez Ministra Zdrowia;
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Jasno określono, że środki finansowe, którymi dysponuje Fundusz, mają charakter publiczny. Ustawa jednak nadal nie uregulowała problemu świadczeń gwarantowanych tzw. koszyka usług zdrowotnych.

Organami Funduszu były Rada Funduszu, Prezes Zarządu i Zarząd Funduszu. Rada Funduszu składa się z 13 członków powoływanych raz na pięć lat. Działalnością Funduszu kierował Prezes, którego powoływał Prezes Rady Ministrów na okres 6 lat i on decydował o jego wynagrodzeniu<sup>231</sup>.

W skład Zarządu Funduszu wchodził Prezes NFZ oraz jego trzech zastępców.

Do podstawowych zadań Zarządu należało:

- kierowanie działalnością Funduszu w sprawach niezastrzeżonych dla Prezesa;
- bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;
- prowadzenie jego gospodarki finansowej;
- wykonywanie uchwał Rady;
- sporządzanie rocznych planów finansowych Funduszu;
- negocjowanie umów z świadczeniodawcami;

---

<sup>230</sup> Ibidem, art. 39.

<sup>231</sup> Ibidem, art. 42.

- zawieranie umów oraz ich rozliczanie;
- kontrola wykonania i nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich.

Do osiągnięć działania Funduszu można zaliczyć:

- ujednoczenie zasad kontaktowania świadczeń zdrowotnych na terenie całego kraju;
- utworzenie Centralnego Rejestru Ubezpieczonych;
- ujednoczenie systemów informatycznych;
- wprowadzenie jednolitych zasad rachunkowości<sup>232</sup>.

Uczestników systemu ochrony zdrowia po uchwale ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia w 2003 roku można podzielić na następujące kategorie<sup>233</sup>:

- Świadczeniobiorców (pacjentów);
- Świadczeniodawców (POZ, specjaliści, szpitale – publiczne oraz niepubliczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarstwo oraz położnych, zdrowie publiczne (promocja zdrowia i profilaktyka);
- Instytucję ubezpieczenia zdrowotnego – NFZ;
- Organy kontroli i nadzoru (Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna);
- Ministerstwo Zdrowia – wytycza kierunki polityki zdrowotnej, posiada uprawnienia kontrolne w stosunku do NFZ;
- Ministerstwo Finansów – ma nadzór w zakresie gospodarki finansowej;
- Organy założycielskie – samorząd terytorialny (gmina, powiat, województwo), uczelnie<sup>234</sup>.

Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się na zasadzie konkursu ofert o świadczenia zdrowotne. Oferujący w konkursie najkorzystniejsze

---

<sup>232</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dziennik Ustaw Nr 45, poz. 391, art. 3.

<sup>233</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 208.

warunki, zawierają z NFZ umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych, ze środków publicznych.

Zastąpienie Kas Chorych Narodowym Funduszem Zdrowia miało być panaceum na wszelkie negatywne zjawiska występujące w sektorze zdrowotnym. Jednak wydaje się, że nowa reforma z wielu przyczyn rozminęła się z rzeczywistością. Ponadto, wprowadzenie tak radykalnych zmian organizacyjnych spowodowało chaos i dezorganizację. Rozwiązania proponowane przez autorów aktualnej reformy nie są w stanie pozytywnie wpłynąć na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadzał wiele zmian wzorując się na rozwiązaniach poprzedniego systemu. Scentralizowano też system i nie zaproponowano konkretnych rozwiązań pozwalających na poprawę sytuacji finansowej. Należy zatem stwierdzić, iż naprawa polskiego systemu ochrony zdrowia byłaby możliwa z chwilą umożliwienia kontynuowania i powrotu do pozytywnych założeń zapoczątkowanych przez reformę z 1999 roku. Aby było to możliwe, konieczne wydaje się odstąpienie od koncepcji Narodowego Funduszu Zdrowia, bo według opinii K. Prętkiego<sup>235</sup> wystarczyłoby tylko zmodyfikować system Kas Chorych.

W styczniu 2004 roku Trybunał Konstytucyjny (TK) orzekł<sup>236</sup>, że art. 36 ust. 1 ustawy w związku z przepisami tej ustawy, które dotyczyły organizacji i zasad działania NFZ, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gospodarki finansowej, zasad nadzoru i kontroli wykonywanych zadań są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej<sup>237</sup>. Powodem uchylenia był m.in.: brak jasnego określenia zasad i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych.

---

<sup>235</sup> K. Prętki, *Przekształcenia...*, op. cit., s. 217.

<sup>236</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03, *Dziennik Ustaw* 2004 Nr 5 poz. 37.

<sup>237</sup> Prawne gwarancje do ochrony zdrowia zagwarantowane zostały w Konstytucji Rzeczypospolitej z dnia 2 kwietnia 1997 roku w której art. 68 mówi, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia. Zapis konstytucyjny obok gwarancji formalnych, zobowiązał także władze publiczne do zapewnienia każdemu obywatelowi niezależnie od sytuacji materialnej jednakowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. *Dziennik Ustaw* 1997 Nr 78, poz. 483.



Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 roku<sup>238</sup> o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który zapewnia obywatelom swobodny dostęp do świadczeń zdrowotnych i wolny wybór świadczeniodawcy.

Ustawa określa<sup>239</sup>:

- prawa i obowiązki ubezpieczonego;
- zasady, tryb i terminy zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego;
- ustalenie składek w stosunku do ubezpieczonych;
- prowadzenie ewidencji ubezpieczonych;
- organizację i zasady działania NFZ;
- zasadę kontroli i nadzoru.

Zasadniczą zmianą w systemie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych była możliwość wolnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego spośród tych, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ.

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej oraz związane z tym przepisy wspólnotowe, z zakresu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego spowodowały, że polski ustawodawca będzie musiał wziąć pod uwagę ujednoczenie przepisów związanych z działalnością sektora zdrowotnego w Polsce<sup>240</sup>.

Analizując literaturę przedmiotu można stwierdzić, że polski system ochrony zdrowia podlegał wielu modyfikacjom, spośród których najważniejsze to ustawy z 1999, 2003, 2004 roku oraz zmiany wprowadzone w rezultacie wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Długi okres przygotowania i wdrażania reform nie zakończył się sukcesem. Nieskuteczność procesu reformatorskiego, istniejące niedociągnięcia połączone z niedopracowanymi

---

<sup>238</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dziennik Ustaw 2004 Nr 210, poz. 2135.

<sup>239</sup> Ibidem.

<sup>240</sup> Więcej na temat polityki UE w zakresie ochrony zdrowia: P. Belcher, Rola UE w ochronie zdrowia, Warszawa 2001; P. Saganek, Ochrona zdrowia(w:) Prawo UE; red. J. Barcz, Prawo i praktyka gospodarcza, Warszawa 2003, s. 413.

i wprowadzonymi w pośpiechu reformami oraz stan permanentnego nie dofinansowania spowodowały trudności w realizacji prawa do ochrony zdrowia. Kolejne ekipy rządzące będą narażone na dodatkowe kłopoty, wynikające z niezadowolenia społecznego, co do wyników dotychczasowych reform. Do chwili obecnej, trwają dyskusje nad nowymi koncepcjami dotyczącymi konieczności zmian w systemie ochrony zdrowia.

## **2. Zmiana struktury organizacyjno-prawnej POR SPSZOZ**

Niejako w kontekście nowych ustaleń prawnych i reform w ochronie zdrowia również następowały zmiany w POR. W 1996 roku zakończył się ważny etap restrukturyzacji Ośrodka. Podjęte prace w ramach programu pilotażowego MZ i OS w 1995 roku, który dotyczył przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jednostki samodzielne miały doprowadzić do jej usamodzielnienia. Należy podkreślić, że podstawową formą prowadzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest samodzielny publiczny zespół opieki zdrowotnej. Wybrane elementy, które charakteryzują samodzielny zakład opieki zdrowotnej<sup>241</sup>:

- organ założycielski – minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda, państwowa uczelnia medyczna, jednostka samorządu terytorialnego;
- osobowość prawna – z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną;
- rejestr – w zależności od podmiotu, który utworzył zakład: wpis do rejestru Ministra Zdrowia (jeśli był organem założycielskim), wpis do rejestru wojewody w pozostałych przypadkach;

---

<sup>241</sup> A. Ostrowska, R. Olszanowski, Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej a idea regulowanego rynku świadczeń zdrowotnych, materiały dydaktyczne opracowane na zlecenie Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia „ETOS”, Warszawa 1996.

- wyposażenia w prawa majątkowe – zakłady, które przeszły pod jednostki samorządu terytorialnego przejmują na własność majątek ruchomy Skarbu Państwa (w nieodpłatne użytkowanie – Ustawa z 13 października 1998 roku – dotyczy przepisów wprowadzających ustawy reformujące administrację publiczną, art. 47);
- zgodność z ustawą o zamówieniach publicznych – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostały wskazane w art. 4 pkt. 9 ustawy o zamówieniach publicznych;
- tworzenie, przekształcenie, likwidacja – następuje w drodze rozporządzenia właściwego organu administracji rządowej lub w drodze uchwały właściwego organu samorządu terytorialnego. Jeśli organem założycielskim jest uczelnia prowadząca działalność dydaktyczno-badawczą w dziedzinie nauk medycznych to tworzenie, likwidacja i przekształcenie następuje w drodze uchwały senatu uczelni;
- zarządzanie samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej – odpowiedzialność za zarządzanie ponosi kierownik zakładu (art. 44 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej). W zakres jego kompetencji wchodzi: kierowanie zakładem, reprezentowanie go na zewnątrz, jest przełożonym zatrudnionych pracowników;
- podatek dochodowy – samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych jest zwolniony od podatku dochodowego od dochodu przeznaczanego na statutową działalność w zakresie ochrony zdrowia.

Efektom podejmowanych działań w celu usamodzielnienia się POR była Decyzja Wojewody Poznańskiego z dnia 8 lipca 1996 roku, w sprawie zezwolenia na prowadzenie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej na zasadach określonych w art. 49 pkt. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej<sup>242</sup>. Następnym aktem prawnym

---

<sup>242</sup> Decyzja Nr WZ-IV-0137/6/96 Wojewody Poznańskiego z dnia 8 lipca 1996 roku w sprawie zezwolenia na prowadzenie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Specjalistycznego Zakładu

na drodze przekształcenia było Zarządzenie Wojewody Poznańskiego<sup>243</sup> w sprawie przekształcenia POR SZOZ z dniem 18 lipca 1996 roku w samodzielny publiczny zespół opieki zdrowotnej, nad którym nadzór finansowy i merytoryczny sprawował Wojewoda Poznański. Postanowieniem Sądu Rejonowego Wydziału XIV Gospodarczo-Rejestrowego w Poznaniu<sup>244</sup> Ośrodek został wpisany do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod Nr 3 oraz do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody Wielkopolskiego pod numerem księgi 30/4046-5 i umieszczony w Krajowym Rejestrze Sądowym (2001) pod Nr 00000018636. Rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz wzajemne zależności jednostek organizacyjnych w ramach struktury organizacyjnej określa Statut POR SSPZOZ zatwierdzony uchwałą Sejmiku Województwa Wielkopolskiego<sup>245</sup>, który jest jego organem założycielskim i nadzorującym od 1 stycznia 1999 roku. W Statucie jest zapis mówiący, że podstawowym celem działalności POR jest stworzenie warunków do udzielania kompleksowych świadczeń zdrowotnych osobom ze schorzeniami reumatycznymi, a w szczególności udzielanie specjalistycznych usług zdrowotnych łącznie ze świadczeniami z zakresu rehabilitacji i ortopedii.

W czerwcu 1999 roku Sejmik Województwa Wielkopolskiego powołał 4-osobową Radę Społeczną<sup>246</sup> będącą organem doradczym, opiniodawczym i nadzorczym.

POR prowadził swoją działalność w oparciu o następujące akty prawne:

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408, z późniejszymi zmianami).

---

Opieki Zdrowotnej w Śremie na zasadach określonych w art.49 pkt.2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.

<sup>243</sup> Zarządzenie Wojewody Poznańskiego Nr 67/96 z dnia 18 lipca 1996 roku w sprawie przekształcenia Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

<sup>244</sup> Postanowienie Sądu Rejonowego w Poznaniu z dnia 14 listopada 1996 roku, Sygn. Akt XIV. Nn. Rej. PZOZ 4/96 w sprawie wpisu Ośrodka do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

<sup>245</sup> Uchwała Nr XVI/214/99 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 8 listopada 1999 roku w sprawie zatwierdzenia statutu Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego w Śremie.

<sup>246</sup> Uchwała Nr XII/92/99 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 28 czerwca 1999 roku w sprawie dostosowania składu Rady Społecznej przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach.

2. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późniejszymi zmianami).
3. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 z późniejszymi zmianami).
4. Statut POR.
5. inne obowiązujące przepisy prawa.

Podstawą prawną użytkowania obiektów i gruntów było ustanowienie na rzecz Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie prawa nieodpłatnego użytkowania nieruchomości położonych w Śremie przy ul. Mickiewicza 95 oraz w Błociszewie przy ul. Rolnej 2<sup>247</sup>.

Struktura organizacyjna szpitala, określała zadania jakie poszczególne jednostki realizowały w zakresie swojej statutowo określonej działalności. Sprawność organizacyjna była jednym z atutów POR i wpływała na prawidłowy proces diagnostyczno-leczniczy. Współpraca wielu jednostek m.in.: oddziałów, pracowni, laboratorium, apteki i administracji była konieczna, aby pobyt pacjenta w Ośrodku był maksymalnie efektywny.

Struktura działalności szpitala obejmowała leczenie stacjonarne, ambulatoryjne, opiekę specjalistyczną oraz rehabilitację medyczną. To zakres świadczeń kontraktowany przez NFZ.

W skład POR SPSZOZ wchodziły cztery jednostki organizacyjne:

1. Szpital.
2. Przychodnie przyszpitalne.
3. Dział diagnostyki medycznej.
4. Dział rehabilitacyjny.

W Szpitalu działały następujące komórki organizacyjne:

1. Oddział reumatologiczny – 38 łóżek.
2. Oddział reumatologiczno-ortopedyczny – 37 łóżek.
3. Oddział reumatologiczno-rehabilitacyjny w Błociszewie – 37 łóżek.

---

<sup>247</sup> Na podstawie dokumentów POR w Śremie.

4. Ośrodek rehabilitacji Diennej o profilu powyższych oddziałów – 28 ł/miejsc.
5. Sala operacyjna.

W ramach Przychodni Przychodni Przychodni Przychodni funkcjonowały:

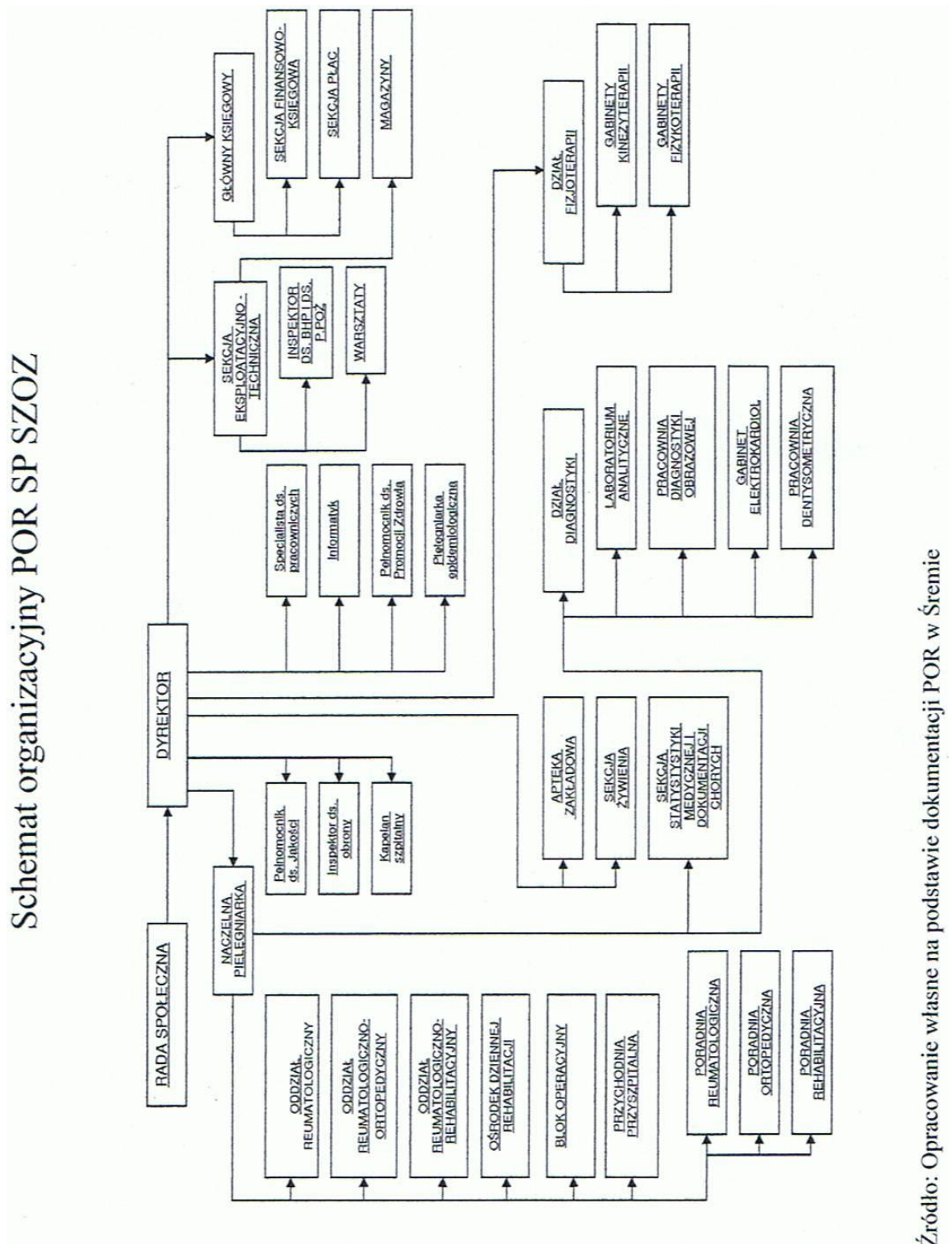
1. Poradnia reumatologiczna;
2. Poradnia rehabilitacyjna;
3. Poradnia konsultacyjna, reumoortopedyczna;
4. Gabinet zabiegowy.

W Dziale Diagnostyki Medycznej wyróżniamy:

1. Laboratorium analityczne;
2. Pracownię radiologiczną;
3. Pracownię ultrasonograficzną;
4. Gabinet EKG;
5. Pracownię biomechaniki.

Rycina nr 8 obrazuje schemat organizacyjny POR SP SZOZ w Śremie.

Rycina nr 8. Schemat organizacyjny POR SPSZOZ w Śremie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji POR w Śremie

W I półroczu 2000 roku w strukturze organizacyjnej nastąpiły zmiany podyktowane wymogami ustanowionymi przez NFZ. Zaprojektowanie wdrażania niniejszych zmian było związane z optymalizacją pracy i przygotowaniem Ośrodka do procesowego podejścia do zarządzania oraz wdrożenia systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001:2000. Umieszczenie w schemacie komórek i stanowisk, które funkcjonowały, a nie były dotąd wyodrębnione formalnie (Rada Społeczna, Blok Operacyjny, Sekcja Statystyki medycznej i dokumentacji chorych, Naczelna pielęgniarka, Sekcja żywienia, Pełnomocnik ds. promocji zdrowia, Pełnomocnik ds. jakości, Pielęgniarka Epidemiologiczna, Informatyk oraz Pracownia densytometryczna) podyktowane było względami formalno-prawnymi oraz aktualnymi wymogami, w związku z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych na leczenie szpitalne. W Ośrodku działał Komitet ds. Zakazań Szpitalnych, Zespół ds. Promocji Zdrowia, Zespół ds. Jakości oraz Komitet terapeutyczny, którego zadaniem było ustalanie i uaktualnianie szpitalnej listy leków. Apteka szpitalna zaopatrywała jednostki organizacyjne Ośrodka w leki, materiały medyczne i artykuły sanitarne. Realizowała zapotrzebowanie na leki według Szpitalnej listy leków. Nadzór nad gospodarką lekami i materiałami medycznymi sprawował Ordynator oddziału.

Obok podstawowego celu Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego, jakim było stworzenie warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych, pełnił on też określone funkcje, wśród których można wyróżnić:

- funkcję usługową, która stanowiła podstawowe źródło jego utrzymania, w związku udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- funkcję dydaktyczną – związaną z działalnością dydaktyczną i kształceniem studentów;
- funkcję naukowo-badawczą – na terenie Ośrodka niektórzy pracownicy prowadzili własne badania, które przyczyniały się do rozwoju w dziedzinie nauk medycznych;



- funkcję szkoleniową – prowadzono szkolenia kadr medycznych (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci) poprzez organizowanie szkoleń, praktyk, staży podyplomowych i specjalizacyjnych;
- funkcję profilaktyczno-promocyjną – realizowano zadania wynikające z członkostwa Ośrodka w Krajowej i Europejskiej sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

Z uwagi na fakt, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej były instytucjami non – profit, czyli działającymi nie dla zysku, ważne było by ich wynik finansowy był dodatni. POR prowadził samodzielną gospodarkę finansową w oparciu o przychody z następujących źródeł:

- realizacji umów na świadczenia z NFZ;
- realizacji programów promocji zdrowia;
- sprzedaży świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych (tj. poza systemem powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego np. badania laboratoryjne);
- darowizn, zapisów, spadków i innych form działalności publicznej;
- dotacji budżetowych.

Koszty jakie ponosił szpital to:

- wynagrodzenia i świadczenia na rzecz pracowników;
- zużycie materiałów i energii;
- usługi obce;
- amortyzację i pozostałe koszty.

W celu poprawienia sytuacji finansowej podjęto działania w kierunku renegotjacji kontraktów i podpisania w przyszłości korzystniejszych umów z płatnikiem. Postanowiono określić jednostkowy rachunek kosztów usług medycznych, co pozwoliło lepiej poznać obszary, w których możliwe jest wprowadzenie zmian ograniczających koszty leczenia – leczyć skutecznie i ekonomicznie.

Ponadto Ośrodek w zakresie działalności pomocniczej korzystał także, z formy organizacji pracy jaką jest korzystanie z usług zewnętrznych czyli

outsourcingu<sup>248</sup>. Zdecydowano się na taką formę korzystania z usług w zakresie prania bielizny. Wynikało to przede wszystkim z niemożności wygospodarowania odpowiednich pomieszczeń i po analizach ekonomicznych placówka zdecydowała się na taką formę działalności. Pozostałe formy działalności pomocniczej (np.: utrzymanie czystości, żywienie pacjentów) zostały utrzymane w strukturze szpitala.

Ośrodek był również przygotowany do zakontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia powikłanej osteoporozy, a nową formą zakontraktowanych usług była specjalistyczna rehabilitacja ręki oraz rehabilitacja osób po mastektomii prowadzona w ramach oddziału Dziennego. W 2004 roku jako jeden z 3 w regionie Ośrodek otrzymał zgodę i uzyskał kontrakt na leczenie biologiczne<sup>249</sup>. Było to zasługą dr n. med. Wojciecha Romanowskiego, który we wrześniu 2002 roku powołany został na stanowisko dyrektora placówki<sup>250</sup>. Umiejętność kierowania zespołem, zdolności menadżerskie i talent negocjacyjny sprawiły, że nowy dyrektor przeprowadził z powodzeniem szpital przez trudny okres reform w ochronie zdrowia. Dobra kondycja finansowa Ośrodka, szeroko zakrojone plany rozbudowy, pozyskiwanie sponsorów to niekwestionowana zasługa dyrektora Wojciecha Romanowskiego.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe przedsięwzięcia, sędzę iż Poznański Ośrodek Reumatologiczny to szpital nowoczesny, z informatyzowany, wyposażony w nowoczesną aparaturę medyczną, zatrudniający wysokokwalifikowaną kadrę. To szpital przyjazny dla pacjenta, którego dobro jest standardem, realizowanym na co dzień przez dyrekcję i personel.

---

<sup>248</sup> O outsourcingu mówimy wówczas, gdy dany podmiot gospodarczy przekazuje zadania własne firmie zewnętrznej, M. Kautsch, W. Ponikło, W. Styło, Rozważania o outsourcingu,(w:) Zdrowie i Zarządzanie, 2002, tom IV, nr 1, s. 8.

<sup>249</sup> Ibidem.

<sup>250</sup> Uchwała Nr 1893/2002 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia 27 sierpnia 2002 r. w sprawie powołania Pana Wojciecha Romanowskiego na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie. Dr n. med. Wojciech Romanowski pracuje w POR od listopada 1985 roku. Od 1995 roku pełnił funkcję Ordynatora oddziału reumatologicznego, a od stycznia 1999 roku powołany został na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa. Jest m in.: członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, autorem i współautorem wielu publikacji z dziedziny reumatologii, uczestnikiem wielu konferencji i sympozjów krajowych i międzynarodowych.

### 3. Uruchomienie Pracowni Densytometrycznej

Badanie densytometryczne<sup>251</sup> kości jest pomiarem gęstości minerałów tkanki kostnej. Wykonywane jest najczęściej w obrębie kręgosłupa lędźwiowego, kości udowej, w okolicy stawu biodrowego, a także w badaniach profilaktycznych osób zdrowych w okolicy przedramienia, nadgarstka oraz kości pięty. Można też wykonać badanie całego szkieletu.

W POR od kilku lat realizowany jest program profilaktyczny dotyczący osteoporozy<sup>252</sup>: „Występowanie osteoporozy i profilaktyka złamań na terenie Województwa Wielkopolskiego”. Celem programu była edukacja i podniesienie świadomości pacjentów, co do sposobu zapobiegania chorobie i radzenia sobie z jej skutkami (regularne konsultacje lekarskie).

W 1997 roku w tutejszym Ośrodku dla potrzeb diagnostycznych uruchomiono pracownię densytometryczną. To jeden z najnowocześniejszych aparatów (DPX-A), z którego korzystali nie tylko pacjenci hospitalizowani w Śremie czy w Błociszewie, lecz także osoby spoza Ośrodka (odpłatnie).

Zainstalowanie densytometru w POR dało możliwość wczesnego rozpoznania i leczenia osteoporozy, która często towarzyszy chorobom reumatycznym. Ponadto uruchomienie pracowni zwiększało konkurencyjność placówki na rynku. Należy nadmienić, że na terenie Śremu był to pierwszy aparat do densytometrii.

Rycina nr 9 przedstawia zakupiony przez POR densytometr DPX-A.

---

<sup>251</sup> S. Mackiewicz, I. Zimmermann-Górska, op. cit., s. 288.

<sup>252</sup> J. E. Bandurski, Osteoporoza a złamania, Przewodnik zrozumienia, diagnostyki i leczenia, Warszawa 2003.

## Rycina nr 9. Densytometr DPX - A



Densytometr posiada najnowocześniejsze oprogramowanie, krótki czas pomiaru oraz wysoką dokładność. Umożliwia ocenę:

- kręgosłupa;
- szyjki kości udowej;
- przedramienia;
- ręki;
- gęstości kości przy endoprotezie biodra.

## 4. Uzyskanie Certyfikatu ISO 9001-2000

Celem wprowadzenia w Polsce programu akredytacji szpitali była przede wszystkim, poprawa jakości<sup>253</sup> świadczonych usług zdrowotnych.

---

<sup>253</sup> Pojęcie jakości wg WHO oznacza stopień do jakiego do jakiego usługi zdrowotne zwiększają prawdopodobieństwo uzyskania pożądaných efektów leczenia oraz są zgodne z profesjonalną wiedzą. Inaczej jakość to ocena stopnia zaspokojenia potrzeb dokonywana przez jednostkę lub zgodność z aktualnymi wymaganiami, K. Gruszczyńska, Jakość opieki pielęgnarskiej, materiały z III ogólnopolskiej konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 1998, s. 55, P. Kalbarczyk, M. A. Kornatowski, Zakładowy program jakości świadczeń zdrowotnych, materiał dydaktyczny opracowany na potrzeby Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia „ETOS”, Warszawa 1996.

Podstawowym założeniem procedury tzw. sprawdzania szpitali jest ocena standardów z zakresu bardzo szeroko pojętej opieki nad pacjentem oraz zarządzania strukturą, czyli tworzenia warunków dla dobrej opieki. Proces akredytacji szpitali opiera się na wysokich standardach, wymaga od starających się o certyfikat niemałego wysiłku i jest dla każdego szpitala poważnym wyzwaniem. System zarządzania jakością porządkuje i ujednocila działania związane między innymi z nadzorem i sprzętem medycznym, daje możliwości kontroli nad infrastrukturą techniczną szpitala. Kluczową rolę podczas wdrażania procesu ma powołany Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością, który nadzoruje i ponosi pełną odpowiedzialność za jego realizację.

W Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym Zespół do Spraw Jakości wdrożył w grudniu 2004 roku System Zarządzania Jakością zgodny z Normą ISO 9000-2001 w zakresie diagnostyki i leczenia chorób reumatycznych, potwierdzony certyfikatem uzyskanym 21 stycznia 2005 r. (Zob. rycina nr 10).

**Rycina nr 10. Certyfikat ISO 9001:2000**



Wysoka jakość świadczonych usług była dla kierownictwa placówki bardzo ważna, gdyż wpływała na przebieg i skuteczność leczenia, bezpieczeństwo pacjentów i stopień ich zadowolenia z pobytu w szpitalu.

Chcąc zwiększyć wiarygodność Ośrodka w kontaktach z pacjentem, personelem, płatnikiem, dostawcami i organem założycielskim dyrektor podjął decyzję o wdrożeniu systemu zarządzania jakością zgodnie z wymogami normy ISO 9001:2000.

Certyfikacja wiązała się też z poniesieniem kosztów finansowych przez POR, z uwagi na konieczność zakupienia nowej aparatury medycznej i innych urządzeń.

Proces wdrożenia systemu zarządzania jakością był poprzedzony licznymi szkoleniami pracowników, w tym kadry kierowniczej, kadry medycznej i innych, w celu przekonania ich o słuszności podjętej decyzji. Kolejny etap prac był związany z tworzeniem dokumentacji, a następny to przygotowanie do certyfikacji systemu zarządzania jakością poprzez przeprowadzenie audytów wewnętrznych. Ostatni etap to prace związane z zakończeniem wdrażania systemu i przygotowanie do audytu certyfikacyjnego. Funkcjonująca dokumentacja była aktualizowana, a kierownictwo szpitala przeprowadziło ocenę stopnia spełnienia wymagań normy i przygotowania do audytu certyfikacyjnego.

Wewnętrzna dokumentacja składa się z księgi jakości, zapisów jakości, opisanych procesów i instrukcji. W powyższej dokumentacji zawarte zostały wszelkie podjęte działania, które świadczyły, że usługi zdrowotne spełniają wymagania jakościowe. Wdrożenie procedur gwarantowało pacjentowi standard usługi od momentu przyjęcia go do szpitala, aż do wypisu.

Dokumentem świadczącym o zadowoleniu pacjenta z usług zdrowotnych świadczonych przez Ośrodek było wprowadzenie w 1996 roku badań ankietowych satysfakcji pacjenta, które miały wpływ na ocenę działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Ocenie poddano m.in.: opiekę pielęgniarską, opiekę lekarską, czystość oddziałów, żywienie, zabiegi fizyko-terapeutyczne, sposób przyjęcia do Ośrodka. Wyniki ankiet były i są nadal

zadowalające. Badania ankietowe satysfakcji pacjentów były ważnym elementem oceny jakości świadczonych usług zdrowotnych w POR.

Uzyskanie wysokiego poziomu opieki medycznej w Ośrodku to wynik współpracy personelu z pacjentami, realizacji potrzeb pacjentów, poszanowania ich praw i godności osobistej oraz wprowadzenia nowych metod leczenia, rehabilitacji i profilaktyki. Z kolei, wysoki poziom kwalifikacji uzyskano dzięki zatrudnianiu personelu o odpowiednich kwalifikacjach, angażowaniu ich w działania na rzecz jakości oraz prowadzeniu skutecznych programów szkoleniowych.

Wysokie standardy leczenia uzyskał POR poprzez:

- dostarczanie rzetelnych wyników badań;
- przestrzeganie przyjętych standardów jakościowych;
- zrozumienie i spełnienie wymagań pacjentów;
- przestrzeganie praw i interesów pacjenta;
- działalność zgodną z obowiązującymi przepisami.

Potwierdził tą wysoką ocenę audyt zewnętrzny przeprowadzony 9 grudnia 2004 roku. Certyfikację przeprowadzili audytorzy z jednostki certyfikującej TÜV CERT.

Celem jej była ocena spełnienia wymagań normy EN ISO 9001-2000 oraz ujawnienie wszelkich źródeł potencjalnych nieprawidłowości i zagrożeń, jakie mogły wystąpić w procesie diagnostyki i leczenia. Podczas spotkania zamykającego przybyli pracownicy zostali poinformowani, że szpital otrzymał Certyfikat Zarządzania Jakością ISO 9001-2000 w zakresie diagnostyki i leczenia chorób reumatycznych na okres 3 lat. Polityka jakości była znana całemu personelowi Ośrodka. W oddziałach szpitalnych funkcjonują systematycznie uaktualniane instrukcje.

Z perspektywy czasu można dostrzec pozytywny wpływ wdrożonego systemu zarządzania jakością, który przekłada się na uporządkowanie zakresu obowiązków i odpowiedzialności każdego pracownika, dbałość o satysfakcję pacjenta, wzrost efektywności i skuteczności działań. Świadczenie usług zdrowotnych na najwyższym poziomie stworzyło możliwość korzystniejszego

kontraktu z NFZ, podnosiło rangę i prestiż Ośrodka, zobowiązywało do systematycznej pracy nad utrzymaniem tego, co dało się osiągnąć. Uzyskanie przez POR certyfikatu jakości było też ogromnym zobowiązaniem wobec pacjentów.

## 5. Uruchomienie Kriokomory

Innym wskaźnikiem rozwoju jakości opieki nad pacjentem było planowane na 2006 rok uruchomienie kriokomory przeznaczonej do krioterapii całego ciała. Zbudowana jest z dwóch pomieszczeń. Pierwsza z nich to przedsionek, w którym temperatura wynosi od  $-20^{\circ}\text{C}$  do  $-50^{\circ}\text{C}$ , druga to komora właściwa, w której za pomocą ciekłego azotu schładza się jej wnętrze od  $-70^{\circ}\text{C}$  do  $-176^{\circ}\text{C}$ <sup>254</sup>. Pacjent przebywający w kriokomorze cały czas pozostaje w ruchu i wykonuje energiczne ruchy kończynami. Przed wejściem do komory wskazane jest dokładne wytarcie ciała, założenie skarpetek, rękawiczek i butów. Kobiety zakładają kostiumy kąpielowe, mężczyźni – spodenki<sup>255</sup>. Zabieg trwa początkowo 30 sekund, później wydłuża się do 3 minut<sup>256</sup>. Bezpośrednio po wyjściu z kriokomory wskazana jest gimnastyka<sup>257</sup>.

Krioterapię ogólnoustrojową stosuje się między innymi<sup>258</sup> w:

- reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS);
- zeszywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa (ZZSK);
- stanach zapalnych, przewlekłych bólach występujących w zwyrodnieniowych chorobach stawów;
- dnie moczanowej;
- stanach pourazowych w obrębie narządu ruchu i innych<sup>259</sup>.

---

<sup>254</sup> A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, op. cit., s. 70.

<sup>255</sup> K. Księżoposka-Orłowska, Zastosowanie krioterapii w odnowie biologicznej sportowców, „Postępy Medycyny Lotniczej” 2004, 1 (9), s. 71-75.

<sup>256</sup> Ibidem.

<sup>257</sup> D. Biały, K. Zimmer, Z. Zagrobelny, Krioterapia ogólnoustrojowa, „Medycyna Sportowa” 1999, XV s. 94.

<sup>258</sup> A. Straburzyńska-Lupa, G. Straburzyński, op. cit., s. 70-71.

<sup>259</sup> D. Biały, K. Zimmer, Z. Zagrobelny, op. cit., s. 94.



Przeciwwskazaniem do stosowania niskich temperatur jest:

- nadwrażliwość na zimno;
- choroba nowotworowa;
- choroba niedokrwienne mięśnia sercowego;
- niestabilizowane nadciśnienie tętnicze;
- choroby nerek i pęcherza moczowego i inne<sup>260</sup>.

Krioterapia ogólnoustrojowa ułatwia rehabilitację, a w szczególności przygotowuje do kinezyterapii, wspomaga odnowę biologiczną (głównie stosowana przez sportowców)<sup>261</sup> poprzez rozluźnienie mięśni, w wyniku oddziaływania na centralny układ nerwowy. Poprawia też zakres ruchomości stawów, zmniejsza ból, zmęczenie i pozytywnie wpływa na samopoczucie pacjenta<sup>262</sup>. Po za tym, stosowana u pacjentów na przemian z krioterapią miejscową może zwiększyć efekty lecznicze.

W Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym w październiku 2004 roku rozpoczęto modernizację pomieszczeń w celu budowy i zainstalowania komory kriogenicznej. Budowę ukończono zgodnie z planem w 2005 roku, a jej uruchomienie zaplanowano na 2006 rok zakładając, że w przyszłości wzmocni to pozycję Ośrodka na rynku świadczeniodawców.

Kriokomora w POR składa się z trzech pomieszczeń. W pierwszym z nich temperatura wynosi  $-10^{\circ}\text{C}$ , w drugim  $-60^{\circ}\text{C}$ , a w trzecim (komora właściwa) od  $-110^{\circ}\text{C}$  do  $-120^{\circ}\text{C}$ . Ze względów ekonomicznych planuje się również zainstalowanie agregatu do schładzania komory wewnątrz (przewiduje się, że chłodzenie agregatem będzie tańsze niż chłodzenie w komorach przy użyciu azotu).

Rycina nr 11 przedstawia nowoczesną kriokomorę zainstalowaną w POR.

---

<sup>260</sup> A. Straburzyńska – Lupa, G. Straburzyński, op. cit., s. 72.

<sup>261</sup> W. Gawroński, J. Kujawa, Zastosowanie wybranych metod terapii fizykalnej w medycynie sportowej, „Postępy Medycyny Lotniczej” 2004, 1(9), s. 59-67.

<sup>262</sup> A. Straburzyńska – Lupa, G. Straburzyński, op. cit., s. 70.

**Rycina nr 11. Kriokomora do krioterapii ogólnoustrojowej zainstalowana w POR**



## **Rozdział V**

### **Poznański Ośrodek Reumatologiczny w perspektywie 53 lat – obraz statystyczny**

#### **1. Pacjenci Ośrodka**

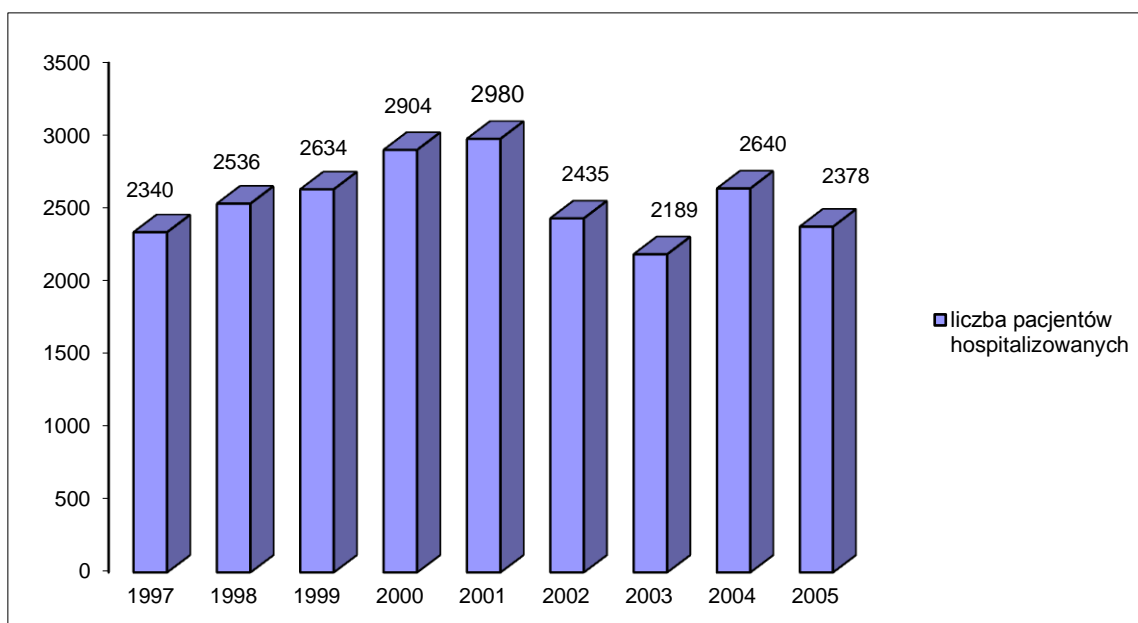
##### **1.1. Liczba hospitalizowanych**

U podstaw ciągłego rozwoju Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego leży objęcie opieką pacjenta w sposób całościowy – poprzez właściwą i pełną diagnostykę, leczenie zachowawcze, operacyjne i rehabilitację. Wszelkie działania lecznicze i diagnostyczne, personel, sprzęt medyczny – wszystko to podporządkowane było potrzebom pacjenta.

W pierwszych latach działalności leczeniem i rehabilitacją objęci byli pacjenci po amputacjach kończyn z niedowładami, porażeniami mózgowymi, stanami pooperacyjnymi kręgosłupa oraz z chorobami zwyrodnieniowymi stawów. Wraz ze zmianą profilu leczenia w późniejszym okresie, hospitalizowano głównie osoby ze chorobami reumatycznymi (rzs, zzsk i inne).

Wzrost dynamiki przyjęć w latach 1997- 2005 przedstawia wykres 3.

**Wykres nr 3. Wzrost dynamiki przyjęć w latach 1997-2005**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie

W sumie, w ciągu 53 lat działalności w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym hospitalizowano 62568 pacjentów<sup>263</sup>.

W latach 1952-1978 leczono 5188<sup>264</sup> pacjentów. Tak mała – z dzisiejszej perspektywy liczba przyjętych, wynikała z wydłużonego czasu pobytu w Ośrodku, gdyż leczenie i kompleksowa rehabilitacja odbywała się w formie kursów szkolenia zawodowego w systemie 4-5 miesięcznym i 10 miesięcznym. Zmiana profilu leczenia, wprowadzenie nowoczesnych metod diagnostyki, oraz zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej spowodował w latach 1979-2001 wzrost dynamiki przyjęć, która zamyka się liczbą 47738. Porównaniem niech będzie okres 26 lat (1952-1978) w którym przyjęto 5188 pacjentów z okresem zaledwie 3-letnim (2002-2005) w którym hospitalizowano 9642 osoby.

Średni czas pobytu pacjenta na oddziale w 2005 roku wynosił 13 dni. Porównując czas pobytu pacjentów w szpitalu na przestrzeni lat 1990-2005, dynamika zmian w kierunku skrócenia okresu pobytu pacjenta na oddziale

<sup>263</sup> Na podstawie danych POR w Śremie.

<sup>264</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 80.

jest znacząca. Wskaźnik uległ zmniejszeniu z 30 dni w 1990 roku do 13 dni w 2005 roku.

Średni okres pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w latach 1990 – 2005 obrazuje tabela nr 1.

**Tabela nr 1. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w latach 1990 - 2005**

<b>ROK</b>	<b>LICZBA ŁÓŻEK</b>	<b>LICZBA LECZONYCH</b>	<b>ŚREDNI CZAS POBYTU</b>
1990	140	1272	30
1991	140	1195	26
1992	140	1370	20
1993	140	1794	18
1994	140	2020	17
1995	140	2057	17
1996	140	2253	17
1997	140	2340	16,8
1998	140	2536	16
1999	140	2634	14
2000	140	2904	13,2
2001	140	2980	13
2002	140	2435	13,1
2003	140	2189	13
2004	140	2640	13
2005	140	2378	13

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów POR

Ponadto, liczba pacjentów hospitalizowanych w latach 1991-1993 zmniejszyła się, co spowodowało obniżenie wskaźnika obłożenia łóżek<sup>265</sup>, lecz nie miało wpływu na średni czas pobytu pacjenta, który w badanym okresie ulegał stopniowemu obniżeniu. Było to związane z remontami i modernizacją oddziałów szpitalnych. W następnych latach skrócenie okresu hospitalizacji było z pewnością możliwe, dzięki wprowadzeniu nowoczesnych form terapii i natychmiastowemu wdrażaniu procesu diagnostyczno-leczniczego.

Z kolei, liczba przyjęć na oddziały w latach 2000-2005 uzależniona była od wynegocjowanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

POR prowadził przyjęcia planowane, zgodnie z listą osób oczekujących na leczenie. Okres oczekiwania, poza przypadkami pilnymi (w zależności od wolnego łóżka) wynosił kilka miesięcy.

## **1.2. Liczba przyjęć na Oddział Dzienny**

Uruchomienie w 1992 roku Oddziału Dziennego w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym dało możliwość leczenia, diagnostyki i rehabilitacji pacjentom, nie wymagającym leczenia całodobowego. Oddział świadczył usługi w zakresie kompleksowej rehabilitacji w schorzeniach urazowo-ortopedycznych (m.in.: po urazach tkanek miękkich – mięśni, więzadeł czy po zwłknięciach stawów, po leczeniu operacyjnym głównie stawów rąk, kolanowych oraz stawów biodrowych). Usprawnienia dotyczyły też pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych i kręgosłupa, RZS, ZZSK i innymi.

Okres pobytu na oddziale wynosił średnio 12 dni, a zabiegi wykonywane były przez sześć dni w tygodniu<sup>266</sup>. Przyjęcia pacjentów odbywały się na podstawie skierowania od lekarza rodzinnego lub specjalisty m.in.: w zakresie rehabilitacji, reumatologii, ortopedii i chirurgii.

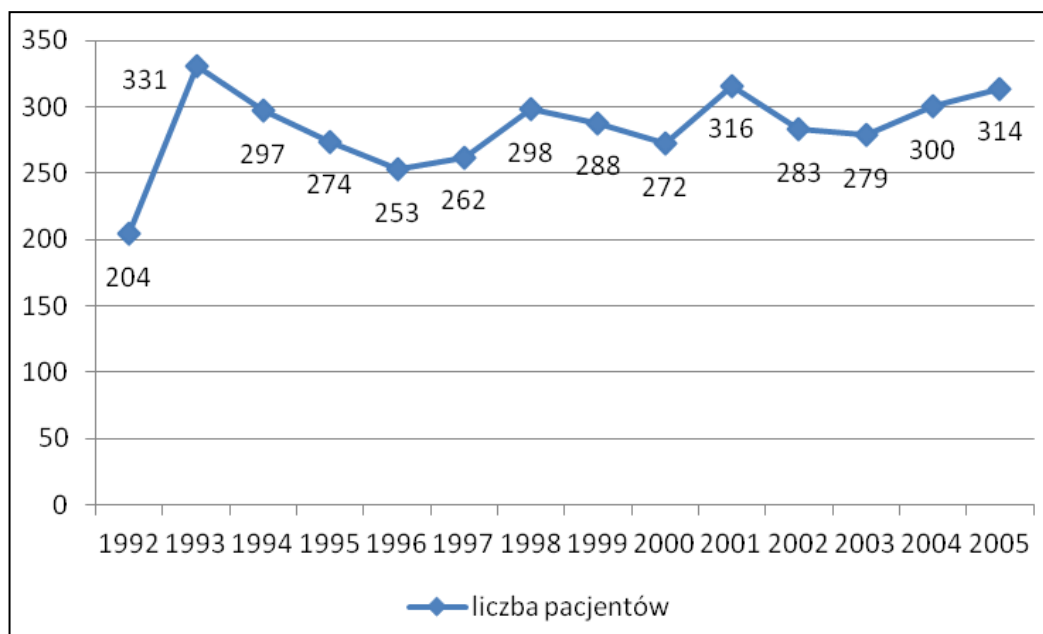
---

<sup>265</sup> W 1991 roku wskaźnik obłożenia łóżek to 61%, w 1992 roku – 54%, w 1993 roku – 66%, a w 2004-2005 roku utrzymywał się na poziomie 80%. Na podstawie danych POR w Śremie.

<sup>266</sup> W. Romanowski, Z kart historii..., s. 52.

Liczbę leczonych pacjentów na Oddziale Dziennym w latach 1992-2005 przedstawia poniższy wykres nr 4.

**Wykres nr 4. Liczba leczonych na Oddziale Dziennym w latach 1992 -2005**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów POR w Śremie.

Liczba przyjęć pacjentów w latach 1992-1999 nie była limitowana, przyjęcia odbywały się na bieżąco, zgodnie z zapotrzebowaniem na tą formę usług. Wprowadzone przez Kasy Chorych, a później NFZ ograniczenia przyjęć, uzależnione były ilością zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych. Było to powodem wydłużenia czasu oczekiwania na przyjęcie (2 miesiące) w roku 2005.

### 1.3. Liczba przyjęć ambulatoryjnych

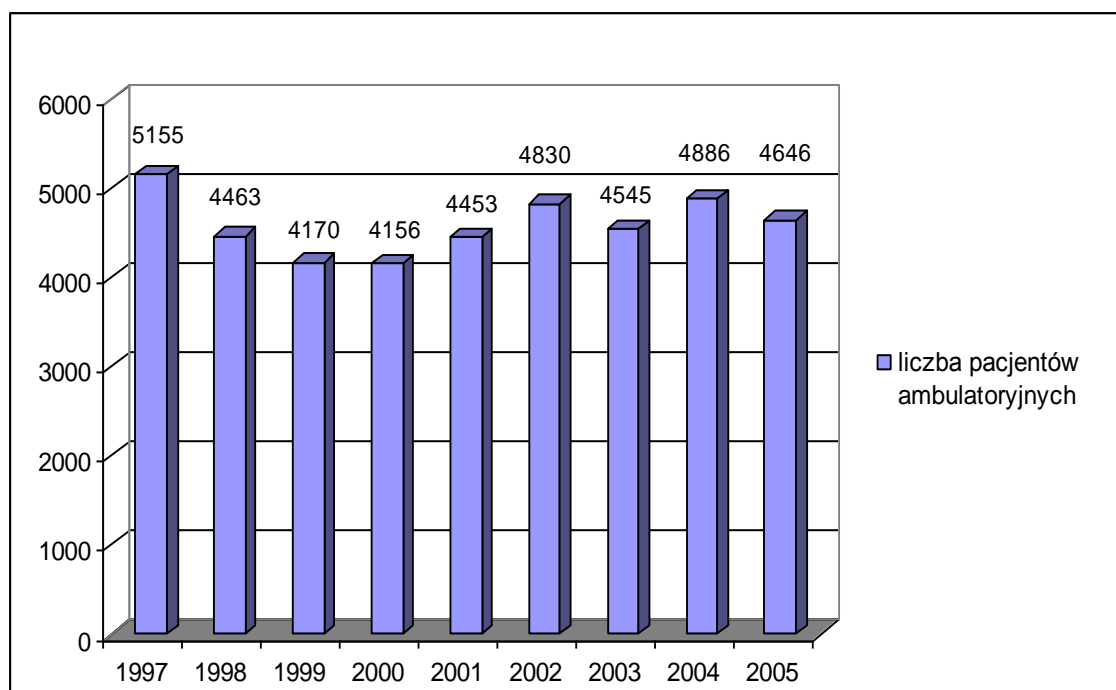
W Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym funkcjonują trzy poradnie specjalistyczne: reumatologiczna, rehabilitacyjna i reumoortopedyczno – konsultacyjna (kwalifikująca do zabiegów operacyjnych i zajmująca się opieką pooperacyjną).

W latach 1987-1996 przed podziałem administracyjnym i podziałem kraju na 49 województw<sup>267</sup> większy odsetek przyjętych ambulatoryjnie stanowiły osoby z miast wojewódzkich, co niewątpliwie było związane z większą ilością na tym terenie wojewódzkich poradni reumatologicznych i oddziałów rehabilitacyjnych. I tak, z leczenia w poradniach specjalistycznych w POR skorzystało w tym czasie m.in.: z miasta Poznania 10644 osób z Kalisza 1061, a z Leszna 2602 osoby<sup>268</sup>, gdzie w porównaniu z innymi miastami wojewódzkimi liczba ta była zdecydowanie mniejsza i wynosiła m.in.: w Pile – 162 osoby czy w Koninie – 191 osób.

Ogółem w poradniach specjalistycznych POR w omawianym okresie leczono się 15648 pacjentów<sup>269</sup>.

Poniższy wykres nr 5 ilustruje liczbę pacjentów korzystających z usług poradni specjalistycznych w POR w latach 1997-2005.

**Wykres nr 5. Liczba pacjentów korzystających z poradni specjalistycznych POR w latach 1997-2005**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie.

<sup>267</sup> H. Izdebski, Historia administracji, Warszawa 1996, s. 39.

<sup>268</sup> Na podstawie: W. Romanowski, Z kart historii..., op. cit., s. 84.

<sup>269</sup> Ibidem.



Z analizy liczby przyjęć pacjentów ambulatoryjnych w latach 1997-2005 wynika, że w roku 1997 przyjęto 5155 osób, co niewątpliwie było spowodowane zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi w poradniach specjalistycznych.

Z uwagi na remonty pomieszczeń w 1998 roku przyjęto jedynie 4463 osoby. W 1999 roku wprowadzono zmiany w sposobie finansowania ochrony zdrowia, powodujące ograniczenia związane z kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych. Zbyt mała ilość zakontraktowanych świadczeń, nie pokrywała się ilościowo z rzeczywistymi potrzebami.

Do 2005 roku nie udało się przekroczyć liczby 5000 tysięcy. Po spadkowych latach 1999-2000, w których przyjęto poniżej 4200 pacjentów od 2001 roku nastąpił nieznaczny wzrost przyjęć. Ogółem w latach 1997-2005 przyjęto do poradni specjalistycznych Ośrodka 41304 pacjentów.

## **2. Zasoby kadrowe**

### **2.1. Personel wg kwalifikacji**

Personel medyczny stanowił najistotniejszy element wśród zatrudnionych pracowników szpitala. Wszyscy pracownicy POR sklasyfikowani są adekwatnie do zajmowanych stanowisk, w taryfikatorze zaszeregowania stanowisk pracy oraz wynagrodzenia. Stan zatrudnienia w latach osiemdziesiątych oscylował na poziomie 150 etatów. W ramach restrukturyzacji zatrudnienia w latach dziewięćdziesiątych zmniejszono etaty, a rotacje pracowników dotyczyły przede wszystkim ruchów naturalnych opartych o przypadki zdrowotne i losowe lub na bazie wypracowanych uprawnień do świadczeń emerytalnych. W chwili obecnej kształtuje się na poziomie 118 osób. Liczba zatrudnionych na pełnym etacie wynosi 107 osób. Pozostali to zatrudnieni na niepełnych etatach (6 osób) oraz świadczący usługi w ramach umów cywilnoprawnych (5 osób)<sup>270</sup>.

---

<sup>270</sup> Na podstawie danych POR w Śremie.

Personel medyczny uczestniczący bezpośrednio w procesie leczenia i opieki nad pacjentem stanowi 79% ogółu zatrudnionych, a personel ekonomiczno-administracyjny, techniczny i gospodarczy 21%. Pracownicy działalności podstawowej to największa grupa zatrudnionych w tutejszym Ośrodku. Do nich zaliczamy:

- lekarzy (14 osób) i pielęgniarki (22 osoby);
- pracowników średniego i niższego personelu (39 osób) posiadających kwalifikacje zawodowe mające zastosowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- innych pracowników (18 osób), których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zapobiegawczo-leczniczych, rehabilitacyjnych lub diagnostycznych<sup>271</sup>.

Pozostali pracownicy (25osób) stanowią tzw. uzupełnienie całości załogi zabezpieczając takie funkcje jak: system informatyczny, planowanie itp. Służby gospodarcze, administracyjne oraz techniczne POR tworzą infrastrukturę i ściśle współpracują pomiędzy sobą, co decyduje o prawidłowym funkcjonowaniu szpitala.

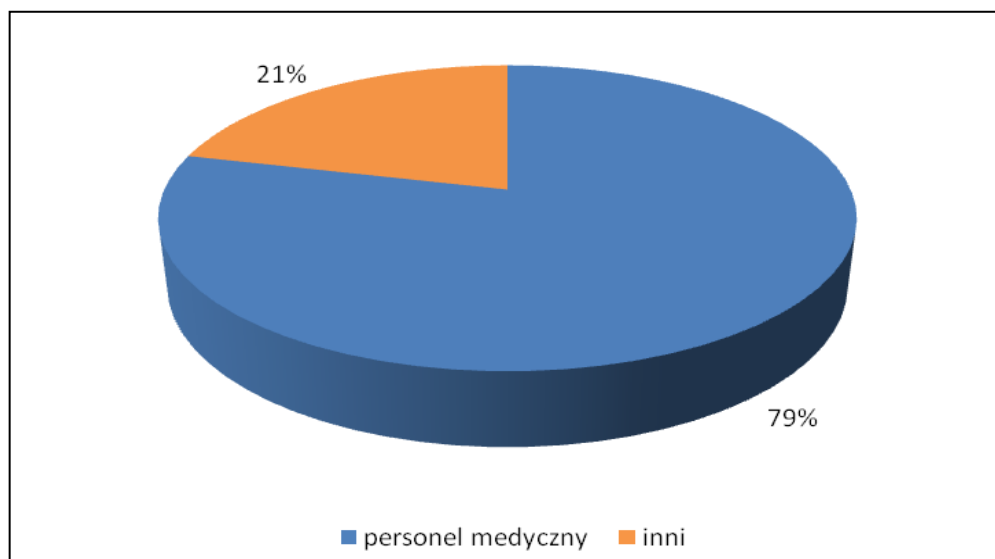
Innymi słowy, opieka nad pacjentem przebiega zadowolająco, gdyż wszystkie jednostki organizacyjne Ośrodka funkcjonują właściwie.

Wykres nr 6 przedstawia personel POR według kwalifikacji, dane w %.

---

<sup>271</sup> Ibidem.

**Wykres nr 6. Personel POR według kwalifikacji, dane w %**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie

Wysokie kwalifikacje pracowników POR, wykonujących sumiennie własną pracę, w trosce o pacjenta, umacniają renomę tego miejsca. Dobrze zdiagnozowany i zadowolony pacjent tworzy pozytywną opinię o placówce, a te informacje docierają do coraz to większego grona odbiorców przez tzw. reklamą szeptaną, co w efekcie zwiększa pozycję i znaczenie placówki w skali całego kraju.

## **2.2. Lekarze wg specjalizacji**

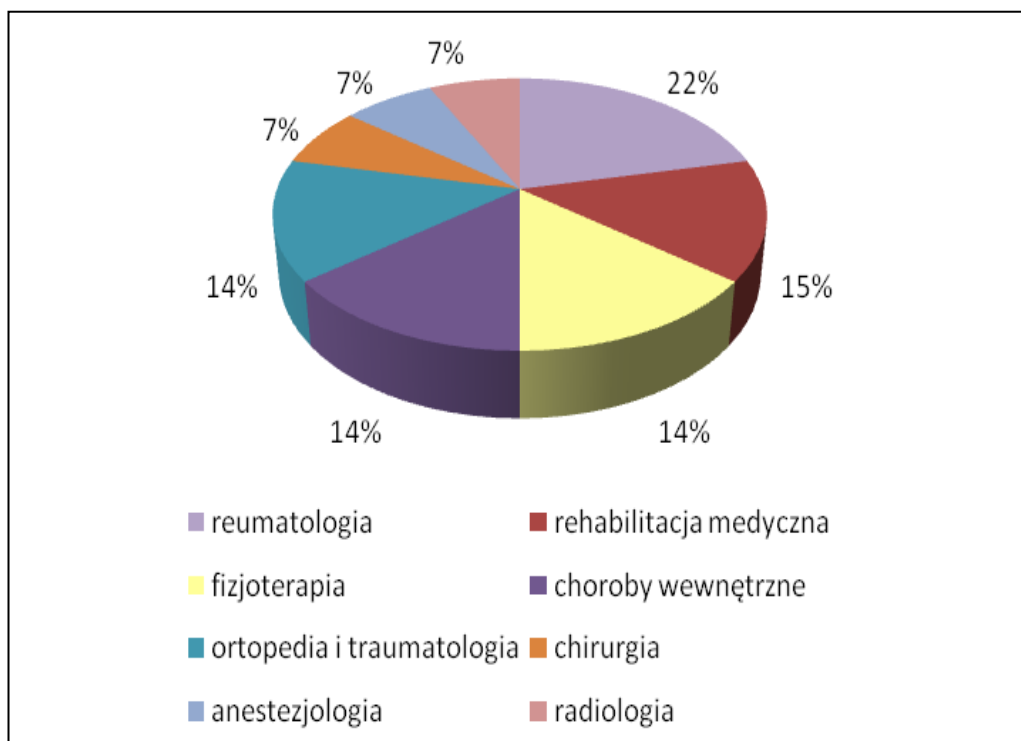
Szczególną grupę pracowników Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego stanowią lekarze (14 osób). Ta grupa podlega nieustannie procedurze podnoszenia kwalifikacji, która jest ściśle określona przepisami prawnymi i szczegółowo wskazuje ramowy program specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny<sup>272</sup>. Zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktyczne powinny być realizowane w ramach określonej specjalności. W grupie

---

<sup>272</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999r w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 30, poz. 300 ze zm.

zatrudnionych lekarzy są specjaliści z zakresu reumatologii, rehabilitacji medycznej, ortopedii, traumatologii, chirurgii, anestezjologii i radiologii. Część z nich posiada II° stopień specjalizacji lub jest w jej trakcie. Wykres nr 7 przedstawia lekarzy POR według specjalizacji, dane w %.

**Wykres nr 7. Lekarze POR według specjalizacji, dane w %**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie

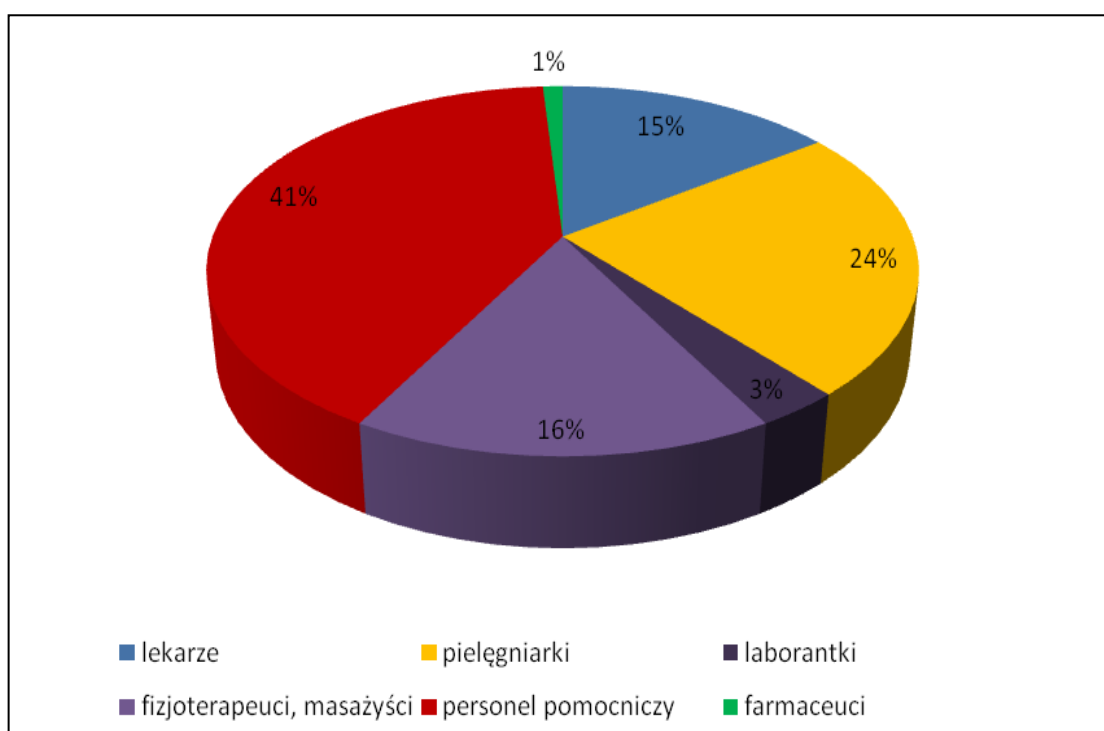
### 2.3 Struktura personelu medycznego

Najliczniejszą grupą zatrudnionych w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym stanowią pielęgniarki (24% ogółu – 22 osoby) zajmujące się bezpośrednio opieką nad pacjentem. To ceniony przez pacjentów personel, czynnie uczestniczący w procesie leczenia, który swym oddaniem, wiedzą i doświadczeniem sprawia, że pacjent wraca do zdrowia w atmosferze zaufania i bezpieczeństwa.

Z uwagi na to, że w szpitalu priorytetem jest kompleksowa rehabilitacja mająca na celu przywrócenie maksymalnej sprawności fizycznej, znaczącą

rolę w opiece nad pacjentem ma personel fizjoterapeutyczny (16% ogółu – 15 osób), który zajmuje się zarówno indywidualnie jak i grupowo usprawnianiem pacjentów. Grupa ta wzmocniana masażystami dba o to, by pacjent aktywnie uczestniczył w programie rehabilitacyjnym w czasie pobytu w placówce, udziela również cennych wskazówek, by wyuczone ćwiczenia w miarę możliwości wykonywał w domu. Strukturę personelu medycznego POR ukazuje wykres nr 8, dane w %.

**Wykres nr 8. Struktura personelu medycznego POR, dane w %**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie.

## 2.4. Personel według wykształcenia

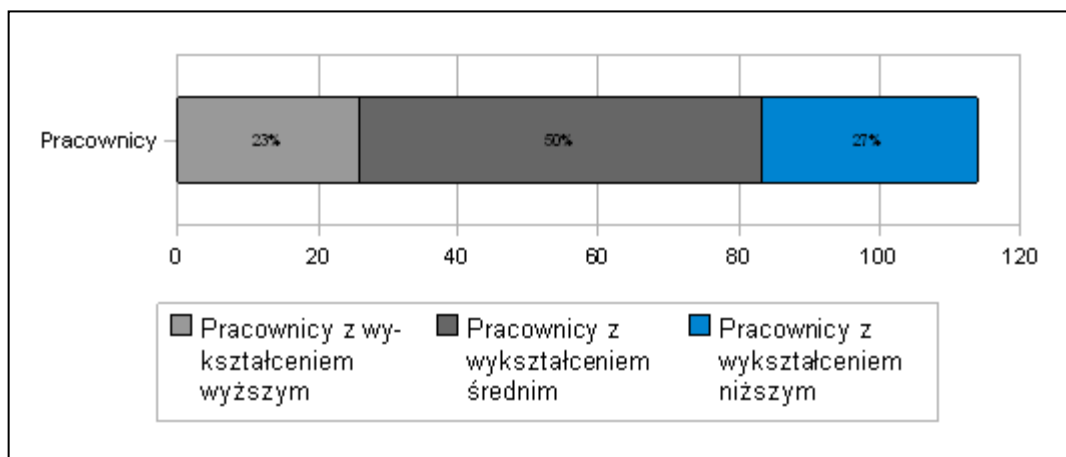
Pracownicy POR to wykształceni fachowcy, którzy nieustannie podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe. Lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, pracownicy działu administracyjno-ekonomicznego i inni stanowią wysoko wykwalifikowany, doświadczony personel. Zobowiązani są do stałego podnoszenia swoich kwalifikacji i rozwoju naukowego. Na bieżąco śledzą

postępy wiedzy medycznej, czynnie uczestniczą w kursach, szkoleniach, kongresach i sympozjach nie tylko w kraju. Najwyższy poziom światowy naszych specjalistów potwierdzają ich liczne wystąpienia. Niektóre osoby kontynuują naukę na Wyższych Uczelniach.

Ponadto warto podkreślić, że POR jest szpitalem akredytowanym i pracownicy zobowiązani są do odbycia szkolenia doskonalącego i przypominającego (co najmniej raz w roku) związanego z wykonywanym zakresem obowiązków. Ośrodek zatrudnia osoby z tytułem profesora, docenta, doktora i magistra.

Wykres nr 9 określa poziom wykształcenia pracowników POR w 2005 roku, dane w %.

**Wykres nr 9. Poziom wykształcenia pracowników POR w 2005 roku, dane w %**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POR w Śremie.

## Rozdział VI

### Bilans osiągnięć i dalsze wyzwania

#### 1. Działalność dydaktyczno-naukowa

Poznański Ośrodek Reumatologiczny od blisko 33 lat<sup>273</sup> współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego (AWF) w Poznaniu. Pierwsze 20 lat to głównie kontakty z Katedrą Biomechaniki. Od 1993 roku współpraca ma charakter instytucjonalny<sup>274</sup>. W myśl podpisanego porozumienia, POR zobowiązało się do prowadzenia zajęć z reumatologii oraz ćwiczeń i praktyk dla studentów AWF w zakresie rehabilitacji ruchowej w terminach uzgodnionych pomiędzy placówkami. W dokumencie zapisano, że będą prowadzone także wspólne badania naukowe w dziedzinie rehabilitacji, a Akademia Wychowania Fizycznego z własnych funduszy utworzyła na terenie POR pracownię rehabilitacyjną, w zamian za nieodpłatne udostępnienie pomieszczeń, w których odbywają się praktyki oraz pokryła koszty działalności dydaktyczno-naukowej pracowni.

Ponadto AWF umożliwiła pracownikom Ośrodka podjęcie kształcenia podyplomowego oraz udział w badaniach naukowych stanowiących podstawę uzyskania odpowiednich stopni naukowych<sup>275</sup>. Praktyki i ćwiczenia odbywały się zarówno w Śremie, jak i w Błociszewie, a uczestniczyli w nich studenci polscy oraz studenci z uczelni zagranicznych m.in.: studenci z Portugalii.

---

<sup>273</sup> Dokumenty z lat 1970-1972, POR w Śremie.

<sup>274</sup> Ibidem.

<sup>275</sup> Zob. Porozumienie z dnia 7 grudnia 1993 roku między Akademią Wychowania Fizycznego w Poznaniu, a Poznańskim Ośrodkiem Reumatologicznym w Śremie, Poznań 1993.

## 2. Prace naukowo – badawcze

Pracownicy szpitala aktywnie uczestniczyli w krajowych i międzynarodowych spotkaniach dotyczących m.in.: reumatologii, rehabilitacji i ortopedii. Prowadzili też własne badania naukowe, a swoje prace publikowali w krajowych i światowych pismach specjalistycznych. Przy nazwisku autora pojawiała się zawsze afiliacja Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego w Śremie, co wpływało na kreowanie korzystnego wizerunku Ośrodka. Stworzenie odpowiednich warunków do rozwoju naukowego w POR, miało wpływ na pozycję szpitala i był on postrzegany jako dynamicznie rozwijająca się placówka.

W latach sześćdziesiątych, prace badawcze w Ośrodku dotyczyły głównie rehabilitacji zawodowej inwalidów. W okresie obejmującym lata 1964-1968 celem badań, był wpływ prowadzonej przez okres 10 miesięcy kompleksowej rehabilitacji na poprawę sprawności fizycznej umożliwiającej przeprowadzenie szkolenia zawodowego i możliwości podjęcia pracy zarobkowej. Dotyczyły one chorych z RZS i ZZSK i wykazały<sup>276</sup>, że kompleksowa rehabilitacja (w tym m.in.: leczenie farmakologiczne, usprawniające, szkolenie zawodowe, terapia zajęciowa) zmniejsza stopień inwalidztwa i zwiększa zdolności zarobkowe (w grupie badanych 65% było czynnych zawodowo).

W wielu przypadkach, zaostrzenie dolegliwości związanych z postępującą chorobą, nie miało wpływu na stopień ich sprawności, który przez lata nie ulegał pogorszeniu<sup>277</sup>.

Zagadnienia rehabilitacji zawodowej były prezentowane<sup>278</sup> przez pracowników Ośrodka na zjazdach, konferencjach między innymi na:

- I Krajowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, Warszawa 1971, „Szkolenie zawodowe w warunkach Sanatorium Rehabilitacyjnego dla Reumatyków w Śremie”;

---

<sup>276</sup> Wiesław Romanowski, Z kart historii Ośrodka..., op. cit., s. 90.

<sup>277</sup> Ibidem.

<sup>278</sup> Dokumenty POR z lat 1960-1970.



- XII Zjeździe Reumatologów Polskich, Katowice 1976, „Rehabilitacja zawodowa chorych na RZS i ZZSK”;
- XIII Zjeździe Reumatologów Polskich, Kraków 1980, „Problemy kompleksowej rehabilitacji pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi”;
- VII Sympozjum Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Warszawa 1981, „Formy rehabilitacji zawodowej w okresie 25 lat działalności Ośrodka Reumatologicznego w Śremie”;
- II Kongresie Rehabilitacji, Poznań 1995, „Rehabilitacja zawodowa młodzieży w POR Śrem”; „Rehabilitacja kompleksowa młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w POR Śrem”.

Głównym tematem prac badawczych w latach siedemdziesiątych, była ocena wydolności ręki w pracy zawodowej u pacjentów z RZS. W badaniach starano się wykazać, że znając wielkość siły potrzebnej do wykonania określonej czynności można prognozować przydatność zawodową i wydajność pracy. Te zagadnienia przedstawiane były między innymi na:

- I Krajowym Zjeździe Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, Warszawa 1971, „Analiza sprawności ręki reumatoidalnej u pacjentów przygotowanych do zawodu w Śremie”;
- XIII Zjeździe Reumatologów Polskich, Kraków 1980, „Zależność siły ręki od jakości chwytu ręki reumatoidalnej”; „Przyrządy do pomiaru jakości i siły chwytu ręki”.

Niemalym sukcesem POR było opracowanie dokumentacji i modeli następujących przyrządów<sup>279</sup>:

- do pomiarów kątowych palców;
- do pomiarów kątowych kończyn;
- kątomierz do pomiarów chwytności ręki;

---

<sup>279</sup> Na ręce dyrektora Wiesława Romanowskiego i inż. J. Paula w dn. 10 czerwca 1977 r. wpłynęło podziękowanie z Centralnego Ośrodka Badawczo-Rozwojowego Związku Spółdzielni Inwalidów w Warszawie za inicjatywę, opracowanie dokumentacji i modeli wymienionych powyżej wyrobów, oraz informacja o przekazaniu ich do produkcji.

- do pomiarów siły ręki przy wykonywaniu chwytów siłowych i czuciowych oraz dziewiarskie stanowisko pracy.

Zostały one w 1977 roku ocenione pozytywnie przez Centralny Ośrodek Badawczo-Rozwojowy (COBR) Związku Spółdzielni Inwalidów w Warszawie i przekazane do produkcji.

Lata osiemdziesiąte, to prace oceniające wpływ i skuteczność leczenia niskimi temperaturami. Prace prezentowane były między innymi na:

- Kongresie Fizjoterapii, Krynica 1988 r. – „Spostrzeżenia do kinezyterapii w leczeniu zimnem chorych na RZS”;
- XIX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Poznań 2004 r. – „Miejsce krioterapii przed planowaną synowektomią u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów”<sup>280</sup>.

W tym okresie, powstały też prace dotyczące wpływu zabiegów fizjoterapeutycznych na usprawnienie chorych i uzyskanie maksymalnej sprawności fizycznej. Do nich można zaliczyć między innymi:

- „Coxarthrosis – postępowanie kinezyterapeutyczne w Sanatorium Rehabilitacyjnym w Śremie, Kongres Fizjoterapii, Kraków 1977 r.
- „Ocena wpływu biostymulacji laserowej na korelację chwytu i siły w ręce reumatoidalnej, AWF, Poznań 1993 r.
- „Porównawcze badania wpływu promieniowania podczerwonego bez (sollux) i z filtrem wodnym (hydrosun) na wybrane parametry u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych, Międzynarodowe Forum Medycyny Fizykalnej, Poznań 2000 r.

W latach dziewięćdziesiątych i później, powstały prace dotyczące osteoporozy oraz prace z zakresu leczenia reumoortopedycznego. Jedną z nich pod tytułem: „Wpływ spożycia mleka na gęstość mineralną kości w populacji kobiet po 50 roku życia”<sup>281</sup> przedstawiono na IX Forum Osteoporotycznym w Warszawie (1998). Z kolei prace z zakresu leczenia reumoortopedycznego

<sup>280</sup> Więcej na temat prac badawczych w POR: dokumenty z lat 1970-2005.

<sup>281</sup> Szerzej na temat prac dotyczących osteoporozy: dokumenty POR w Śremie; Kwartalnik „Reumatologia” 2000, nr 2.

m.in.: w Antoninie (1997) na Sympozjum Sekcji Reumoortopedii oraz w Szczyrku (1999). Niektóre z nich prezentowane były nie tylko w naszym kraju, ale także poza jego granicami choćby w Finlandii, Portugalii czy Wielkiej Brytanii.

Czynne uczestnictwo pracowników POR w wielu spotkaniach, warsztatach, zjazdach, konferencjach, z jednej strony poszerzało wiedzę fachową poprzez wymianę doświadczeń, a z drugiej podnosiło rangę szpitala, jako placówki wdrażającej nowoczesne metody leczenia i rehabilitacji.

### **3. Polski Komitet Profesjonalistów Zdrowia**

Spotkania profesjonalistów zdrowia i organizacji samopomocy zostały w naszym kraju zainicjowane na początku lat dziewięćdziesiątych<sup>282</sup>. Jednak dopiero spotkanie zorganizowane w ramach programu „W kierunku partnerstwa w rozwiązywaniu problemów opieki zdrowotnej” zaowocowały wspólnymi inicjatywami.

Zwrotnym momentem było zorganizowanie we Wrocławiu (czerwiec 2000) pierwszego Polskiego Sympozjum Profesjonalistów Zdrowia, na którym decyzją Departamentu Zdrowia przy Urzędzie Marszałkowskim Województwa Wielkopolskiego reumatologię regionu wielkopolskiego reprezentował Poznański Ośrodek Reumatologiczny. W Sympozjum uczestniczyli lekarze – w tym Krajowy Konsultant ds. Reumatologii – prof. dr hab. J. Szechiński, Stały Członek Komitetu Profesjonalistów Zdrowia EULAR (Europejska Liga do Walki z Reumatyzmem), pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy, pracownicy socjalni, przedstawiciele organizacji samopomocy, samorządów terytorialnych, Kas Chorych, Centrów Zdrowia Publicznego, Akademii Medycznych i Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Na spotkanie przybył też Sekretarz Generalny ILAR (Międzynarodowa Unia Towarzystw Reumatologicznych) prof. Hans Rasker z Holandii oraz dr Luca Brusatii –

---

<sup>282</sup> E. Bobiatyńska, Partnerstwo dla zdrowia – realna perspektywa czy utopia?, materiały robocze z I warsztatów Profesjonalistów Zdrowia, Warszawa 2000.

Regionalny doradca ds. zarządzania opieką zdrowotną w biurze europejskim WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) w Kopenhadze. Podczas swojego wystąpienia stwierdził, że opieka nad zdrowiem stanowi zadanie dla wielu specjalistów określanych – poprzez odniesienie się do wspólnego celu działania – jako „profesjonałści zdrowia”. Rycina nr 12 przedstawia schemat tworzenia PKPZ.

**Rycina nr 12. Schemat tworzenia PKZZ**



Źródło: E. Bobiatyńska (Centrum Informacyjne Systemów Ochrony Zdrowia – TOPOS), Warszawa.

By poprawić stan zdrowia i jakość życia pacjentów, podnieść poziom opieki zdrowotnej i zwiększyć jej dostępność, zalecano pełną współpracę wszystkich profesjonalistów zdrowia, by mogli wspólnie podejmować działania i partnerskie inicjatywy sprzyjające rozwiązywaniu problemów zdrowotnych.

Jako jeden ze strategicznych celów działania WHO i państw członkowskich w Europie, uznane zostało „Partnerstwo dla Zdrowia”<sup>283</sup>. Uczestnicy warsztatów we Wrocławiu zdecydowali o utworzeniu Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia (PKPZ).

Działania Komitetu powinny:

- przyczyniać się do poprawy jakości i dostępności opieki w przypadku chorób przewlekłych;
- prowadzić do stosowania pełnego rachunku kosztów związanych z chorobami przewlekłymi;
- zapewnić środki umożliwiające opiekę adekwatną do społecznie akceptowanych potrzeb;
- umożliwić edukację i aktywne uczestnictwo osób przewlekle chorych w życiu społecznym i możliwością uzyskania przez nie zatrudnienia;
- zmierzać do rozwijania metod pracy zespołowej profesjonalistów;
- uznać choroby przewlekłe, a wśród nich choroby reumatyczne jako problem społeczny co umożliwiłoby zwiększony dostęp do rehabilitacji oraz obniżenie społecznych kosztów tych chorób.

Z woli Komitetu Założycielskiego siedziba Zarządu Głównego PKPZ znajduje się w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym w Śremie. Dyrektor Ośrodka przyjął propozycję i udzielił pomocy w zakresie organizacji siedziby biura. Prezesem i członkami Zarządu Głównego PKPZ zostali wybrani pracownicy Ośrodka (B. Fogt, Wojciech Romanowski, R. Lorenc). Członkami Zarządu Głównego są specjaliści z dziedziny reumatologii, rehabilitacji, pielęgniarstwa, psychologii i opieki społecznej. Przewodniczącym Zarządu jest mgr Roman Lorenc, a środowisko śremskie reprezentuje dr n. med. Wojciech Romanowski i mgr Barbara Fogt (członek Zarządu). Rycina nr 13 przedstawia Logo Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia (PKPZ) w Śremie.

---

<sup>283</sup> E. Bobiatyńska, op. cit.

### Rycina nr 13. Logo Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia w Śremie



PKPZ prowadzi działalność ogólnopolską i jest członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Profesjonalistów Zdrowia. Stałym przedstawicielem w EULAR jest mgr Elżbieta Bobiatyńska (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia).

Celami Stowarzyszenia są<sup>284</sup>:

- promowanie partnerstwa dla zdrowia i działalności dotyczącej współpracy poszczególnych grup zawodowych profesjonalistów zdrowia;
- wspieranie działań na rzecz zwiększania i podnoszenia poziomu kompetencji poszczególnych grup zawodowych profesjonalistów zdrowia;
- tworzenie programów edukacyjnych dla profesjonalistów zdrowia, pacjentów i ich rodzin;

---

<sup>284</sup> Na podstawie Statutu Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia, Śrem 2003.

- inspirowanie do tworzenia sieci kompleksowej i profesjonalnej opieki zdrowotnej nad pacjentami ze schorzeniami reumatycznymi.

Cele realizowane są przez:

- organizowanie i udział w spotkaniach, konferencjach, szkoleniach dotyczących kompleksowej i profesjonalnej opieki nad pacjentem;
- działania edukacyjno-wydawniczo-publicystyczne;
- opiniowanie i występowanie z postulatami do władz państwowych i samorządowych.

Realizując swoje cele członkowie PKPZ uczestniczą czynnie w krajowych konferencjach naukowo-szkoleniowych w zakresie reumatologii (Poznań, Warszawa, Łódź), fizjoterapii (Zgorzelec, Warszawa, Pabianice), jak również poza granicami kraju m.in.: w Kopenhadze.

Stowarzyszenie, którego zarząd główny mieści się w POR, zostało utworzone w 2001 roku. Od 4 marca 2003 roku posiada osobowość prawną<sup>285</sup>. Swoje cele i zadania realizuje poprzez statut stowarzyszenia. Utworzenie PKPZ zaowocowało współpracą profesjonalistów zdrowia skupiającą zarówno lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych, którzy wspólnie wypracowują rozwiązania dotyczące opieki nad przewlekle chorymi.

Pod patronatem POR został opracowany projekt programu szkolenia fizjoterapeutów i tworzenia tzw. „sieci reumatologicznej”<sup>286</sup>. Projekt został przyjęty do konkursu w ramach Programu Unii Europejskiej Leonardo da Vinci 2002-2006<sup>287</sup>.

---

<sup>285</sup> Ibidem.

<sup>286</sup> W czasie warsztatów (Wrocław 2000, Warszawa 2001, Zgorzelec 2001) grupy robocze przyjęły postulaty, które zostały przedstawione i zaakceptowane przez pozostałych uczestników. Skupiono się m.in.: na następujących tematach:

- przygotowanie projektu „Sieci reumatologicznej” i dostosowanie projektu do polskich regulacji prawnych;
- przygotowanie projektu współpracy profesjonalistów zdrowia i organizacji pacjentów – grup samopomocy;
- przygotowanie ekspertyzy dotyczącej opieki w miejscu zamieszkania, a w szczególności opieki poszpitalnej dla osób z RZS, materiały ze spotkań profesjonalistów zdrowia, E. Bobiatyńska, op. cit.

<sup>287</sup> Ibidem.

Polski Komitet Profesjonalistów Zdrowia wspólnie z Poznańskim Ośrodkiem Reumatologicznym zainicjował i podjął próbę stworzenia nowego modelu opieki w warunkach domowych dla chorych na reumatoidalne zapalenie stawów pod nazwą „Rehabilitacja w warunkach domowych”. Stworzono Zespół terapeutyczny – grupę osób o różnych zawodach świadczących usługi w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów i ich rodzin. Tym samym, członkowie Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia w POR zainicjowali działania, mające na celu ułatwienie dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie mogą poruszać się samodzielnie poza domem.

W skład zespołu wchodził: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, sekretarka medyczna, która w razie potrzeby pełni rolę pracownika socjalnego. Po uzgodnieniu wizyty z chorym i jego rodziną, zespół wyjeżdżał do miejsca zamieszkania chorego, gdzie po zapoznaniu z warunkami domowymi, potrzebami chorego, ustalano plan opieki domowej. Rola poszczególnych członków zespołu terapeutycznego była ściśle określona w programie opieki. Uczestniczący w zespole lekarz oceniając stan pacjenta:

- ustalał dalszy przebieg leczenia farmakologicznego;
- wypisywał recepty, wnioski na sprzęt ułatwiający samoobsługę;
- kierował na leczenie stacjonarne, operacyjne i badania specjalistyczne;
- wykonywał drobne zabiegi (wstrzyknięcia odstawowe) i inne.

Obecna w zespole wyjazdowym pielęgniarka w ramach świadczeń zapobiegawczych:

- prowadziła pośrednictwo w zakresie odpowiedniego stylu życia;
- informowała o konieczności systematycznego przyjmowania leków;
- zachęcała do wykonywania codziennych czynności związanych z higieną osobistą;
- prowadziła edukację zdrowotną w stosunku do chorego i jego rodziny;
- dokonywała pomiaru podstawowych parametrów życiowych i wspierała emocjonalnie.



Ze względu na to, że prawidłowo prowadzona rehabilitacja decyduje o stopniu odzyskiwanej sprawności, dlatego zasadne wydawało się kontynuowanie jej w warunkach domowych. A zatem, niezbędna stała się obecność w zespole fizjoterapeuty. Jego zadaniem było:

- ustalanie indywidualnego programu leczenia fizjoterapeutycznego;
- udzielanie fachowych porad dotyczących sposobu wykonywania ćwiczeń usprawniających i korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego;
- ocenianie wyuczonych ćwiczeń.

Działalność zespołu, nie mieściła się w zakresie świadczeń poradni specjalistycznych lub oddziałów szpitalnych, dlatego też POR nawiązał kontakt z Wielkopolską Kasą Chorych, która przedstawiła ofertę konkursową na rehabilitację w warunkach domowych<sup>288</sup> począwszy od dnia 1 stycznia 2004 roku.

W międzyczasie doszło do zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia proponował w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej zaledwie 10% świadczeń na rehabilitację domową, co według POR było nie do przyjęcia, ze względu na minimalne i niewystarczające środki finansowe przeznaczone na opiekę domową, jednak model opieki domowej w POR jest nadal realizowany. Oceniając działalność zespołu terapeutycznego, można stwierdzić, że proponowany przez nich model opieki domowej nad chorymi z RZS miał pozytywne i negatywne strony, zarówno dla pacjenta, jak i NFZ.

Pozytywnym dla pacjenta była m.in.: wygoda, nauka samodzielności w warunkach domowych, mniejszy stres w stosunku do hospitalizacji, a dla płatnika – obniżenie kosztów leczenia w porównaniu z leczeniem szpitalnym. Negatywnym, był brak możliwości wykonania badań diagnostycznych i ograniczona możliwość wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych. Z kolei, wizyta domowa stanowiła dla płatnika wyższy koszt w stosunku do porady ambulatoryjnej.

---

<sup>288</sup> Zob. Oferta Wielkopolskiej Kasy Chorych dotycząca „Rehabilitacji domowej” na 2004 r.

Według wstępnych obserwacji, działalność taka była dobrze oceniana i akceptowana przez pacjentów, a Zespół często był proszony o następną wizytę.

#### **4. Koło Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków**

Stowarzyszenie, to dobrowolne zrzeszenie ludzi w formie organizacji dla osiągnięcia wspólnymi siłami i środkami określonego celu<sup>289</sup>. To grupa osób mająca wspólne zainteresowania i wspólny wyznaczony sobie cel. Każdy może założyć stowarzyszenie, może też przystąpić do już istniejącego stowarzyszenia, a także w każdej chwili z niego wystąpić gdyż są to organizacje dobrowolne. Aby mogło powstać musi do niego przystąpić minimum 15 osób. Osoby decydujące się na przystąpienie do stowarzyszenia działają nie dla pieniędzy, ale dla idei by osiągnąć cel społeczny, zapisany w statucie stowarzyszenia. Stowarzyszenie może prowadzić działalność gospodarczą, lecz dochód z niej powinien służyć wyłącznie osiągnięciu tych właśnie celów społecznych<sup>290</sup>.

Pod patronatem Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego 26 kwietnia 2002 roku utworzone zostało Koło Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków<sup>291</sup>. Zarząd przyjął Statut Zarządu Głównego z siedzibą w Warszawie<sup>292</sup>, który stanowi podstawę działalności stowarzyszenia do dnia dzisiejszego. Jest to szósta organizacja tego typu w Polsce, a patronat nad Kołem objął starosta śremski. Siedziba Koła znajduje się w POR. Dyrektor placówki na spotkania członków, przeznaczył jedną z sal Ośrodka. Osobom zrzeszonym w Stowarzyszeniu, udostępniono również dwa razy w tygodniu salę gimnastyczną. Dyrektor Ośrodka, fizjoterapeuci, pielęgniarki organizo-

---

<sup>289</sup> J. Czerwiński, Encyklopedia podręczna prawa publicznego (konstytucyjnego, administracyjnego i międzynarodowego), praca zbiorowa pod red. Z. Cybichowskiego, Warszawa 1929 tom 2, s. 993.

<sup>290</sup> Ibidem.

<sup>291</sup> Kronika nr 5, POR w Śreміe.

<sup>292</sup> Dokumenty Instytutu Reumatologicznego w Warszawie, Zob. Statut Zarządu Głównego Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków, Warszawa 1993.

wali wykłady i prelekcje i byli częstymi gośćmi na comiesięcznych spotkaniach Stowarzyszenia.

Skład Zarządu Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków Koło w Śremie obrazuje Rycina nr 14.

#### **Rycina nr 14. Skład Zarządu Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków Koła w Śremie**

Śrem, dnia 16.05.2002 r.

**STAROSTWO POWIATOWE**  
*Wydział Spraw Obywatelskich i Zdrowia*  
**w Śremie**

**Dotyczy** : powołania koła stowarzyszenia.


Uprzejmie informuję, że w dniu 26 kwietnia 2002 roku na mocy decyzji Zarządu Stowarzyszenia Reumatyków i Ich Sympatyków zostało utworzone w Śremie koło tego Stowarzyszenia.

Pełna nazwa : **Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków**  
**Koło w Śremie.**

Siedziba zarządu koła znajduje się w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym w Śremie przy ul. Mickiewicza 95.

**Skład zarządu:**

<b>Franciszek Skrzypczak</b>	- prezes
<b>Janina Niemir</b>	- w-ce prezes
<b>Maria Matuszak</b>	- sekretarz
<b>Grażyna Rogacka</b>	- skarbnik
<b>Alicja Nowak</b>	- członek

**PREZES**  
  
*Franciszek Skrzypczak*

Jednym z celów Koła śremskiego, który zrzeszał osoby z chorobami reumatycznymi oraz osoby pragnące nieść im pomoc było utrzymanie sprawności fizycznej poprzez propagowanie codziennej gimnastyki. Ponadto celem jest też:

- świadczenie wzajemnej pomocy w zakresie rehabilitacji kompleksowej;

- pomoc w załatwianiu spraw związanych z dotarciem do specjalisty;
- pomoc w załatwianiu spraw związanych z leczeniem (dojazdy lekarzy do osób chorych);
- działalność informacyjna (dostarczenie broszur, ulotek informujących o chorobie i możliwości pomocy);
- podejmowanie interwencji w interesie członków Koła;
- inicjowanie i organizowanie spotkań integracyjnych oraz współpraca z organizacjami o podobnych celach.

Członkowie Koła Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków w Śremie aktywnie wspierają się w trudnych chwilach choroby, prowadzą wspólne zajęcia rehabilitacyjne i organizują spotkania towarzyskie. Ponadto reprezentują interesy chorych z RZS. W momencie utworzenia Koło zrzeszało 46 członków, a w 2005 roku osiągnęło liczbę 68 osób.

## Podsumowanie i wnioski

Główny cel pracy polegał na wykazaniu, że przekształcenia systemu ochrony zdrowia, jakie dokonały się w latach 1952-2005 miały istotny wpływ na funkcjonowanie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego – Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie, który nie tylko zmieniał swoją nazwę, lecz także dostosowywał swoją działalność do potrzeb pacjentów.

System opieki zdrowotnej w Polsce od wielu lat podlegał nieustannym zmianom i wielu modyfikacjom. Przed 1989 rokiem przemiany ustrojowo-ekonomiczne, jakie dokonały się w Polsce prowadziły do przebudowy struktur i instytucji w sferze ochrony zdrowia. Przekształcenia systemu opieki zdrowotnej wynikały przede wszystkim z założeń ideologicznych ustroju politycznego, a ochrona zdrowia w naszym kraju przyjęła charakter działalności państwowej wzorowanej ściśle na modelu radzieckim. Model centralnego planowania przyjęty dla całości gospodarki, z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej. Jego założenia zostały oparte na koncepcji narodowej służby zdrowia, a zakłady opieki zdrowotnej finansowane były centralnie z budżetu państwa. W latach 1948-1951 wprowadzono w Polsce Ludowej model państwowej służby zdrowia opartej na ustawie o zakładach społecznych służby zdrowia (1948), ustawie o utworzeniu zakładu lecznictwa pracowniczego (1950) oraz ustawie o włączeniu organizacji lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia (1951). Ochrona zdrowia i bezpłatny dostęp do niej dla obywateli były też gwarantowane zapisem konstytucyjnym z 1952 roku z wyjątkiem rolników indywidualnych, którzy uzyskali prawo do bezpłatnego leczenia dopiero w 1972 roku. Sięgając lat sześćdziesiątych i później proces doskonalenia i reformowania systemu ochrony zdrowia zmierzał do usprawnienia struktur organizacyjnych, stworzenia jednolitej sieci

zakładów opieki zdrowotnej oraz zapewnienia obywatelom bezpłatnej i powszechnej opieki medycznej. Jednak zmiany zachodzące w omawianym okresie w ochronie zdrowia jednoznacznie wskazywały, że decyzje najwyższych władz państwowych określały zasady funkcjonowania ochrony zdrowia, tworząc scentralizowany układ instytucjonalny w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej, podporządkowany kierownictwu politycznemu.

Ponadto, obiektem ostrej krytyki był fakt centralnego i bezgranicznego podporządkowania się organów administracji państwowej (urzędy centralne i terenowe, zakłady służby zdrowia) Ministerstwu Zdrowia. Wszelkie decyzje podejmowane przez władze niższego szczebla dotyczące bądź struktury ZOZ czy też obsadzania stanowisk kierowniczych były ograniczone uprawnieniami ministerstwa, co praktycznie było przejawem ubezwłasnowolnienia władzy.

Po 1989 roku przesłankami do podjęcia działań reformatorskich w ochronie zdrowia było uniknięcie skutków zapaści poprzedniego systemu oraz konieczność jego szybkiej naprawy i wyjścia naprzeciw oczekiwaniom społecznym. Ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz wzrost znaczenia tzw. „szarej strefy” powodujące uzasadnione niezadowolenie pacjentów, wymusiło konieczność przeprowadzenia gruntownych reform. Należy odnotować wagę uchwalenia ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (1991), która w radykalny sposób zapoczątkowała i przyspieszyła prace nad dalszymi działaniami reformatorskimi. Trwały prace nad przygotowaniem podstaw merytorycznych do usamodzielnienia zakładów opieki zdrowotnej (z jednostek budżetowych) oraz prace nad projektem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Konsekwencją ustawy o ZOZ było też m.in.: wprowadzenie rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i możliwość przejęcia części zadań ochrony zdrowia przez samorządy lokalne. To ta ustawa, była podstawą do przeprowadzenia kolejnych zmian w sektorze zdrowotnym i do chwili obecnej ma priorytetowe znaczenie dla organizacji ochrony zdrowia w Polsce.

Do 1999 roku obowiązywał w polskim systemie zdrowotnym model Siemaszki, który został zastąpiony przez model ubezpieczeniowy wprowadzony

ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 roku (weszła w życie 1 stycznia 1999 roku) wprowadzając do systemu Kasy Chorych (16 kas regionalnych i 1 kasę branżową). Kasy chorych zarządzały zgromadzonymi funduszami (pochodziły głównie ze składek ubezpieczonych, odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych), a zabezpieczenie ubezpieczonym usług medycznych odbywało się na zasadzie kontraktowania świadczeń. Zakłady opieki zdrowotnej chcące uczestniczyć w systemie, musiały zmienić swój status z jednostek i zakładów budżetowych w posiadające osobowość prawną samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Prowadząc samodzielną politykę kadrową, płacową i finansową były zdolne do podejmowania czynności prawnych. W wyniku reformy została zniesiona rejonizacja. Formalnie zabezpieczono bezpłatny dostęp usług, ale w myśl solidaryzmu społecznego leczenie biedniejszych pokrywano ze składek pozostałych ubezpieczonych. Likwidacja systemu Kas Chorych nastąpiła w marcu 2003 roku, a podmiotem wszelkich praw i obowiązków kas stał się Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wejście w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (kwiecień 2003 r.) wprowadziła zasadnicze zmiany w instytucji płatnika, które polegały na centralizacji z uwagi na to, że 17 kas chorych zostało zastąpione jednym Narodowym Funduszem Zdrowia z centralą w Warszawie i szesnastoma regionalnymi oddziałami. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia straciła moc w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego (styczeń 2004) uznającym, iż art. 36 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku był niezgodny z art. 68 ust.1 w związku z art.2 Konstytucji RP. Wyrok ten nie przesądził jednak, jaki model organizacyjno-prawny świadczeń zdrowotnych powinien być wprowadzony, jednak musiał on spełniać warunki określone w Konstytucji – z punktu widzenia równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych. Sejm RP w sierpniu 2004 roku uchwalił ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W opinii społecznej, mimo wprowadzanych reform w sektorze zdrowotnym uczestnicy systemu byli niezadowoleni, a pacjenci nadal nie mają poczucia bezpieczeństwa. Zdaniem ekspertów sytuacja w systemie była zła, a nieudolna organizacja oraz niewłaściwe finansowanie stanowiły główny problem polskiego systemu leczenia.

Przystosowanie działalności Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego do zmian w sektorze zdrowotnym, nie było łatwe. Każda z reform wprowadzała istotne zmiany w zakresie organizacji i funkcjonowania placówki. Wynikały one z dążenia do usprawnienia funkcjonowania bieżącego, budowania jej mocnych stron, wprowadzania nowych technologii medycznych, metod leczenia i terapii oraz zmian w jej strukturze organizacyjnej.

W placówce początkowo realizowano w praktyce ideę polskiej szkoły rehabilitacji prof. Degi, a pacjenci objęci byli rehabilitacją kompleksową. Przez lata doskonaląc swoje funkcje organizacyjne, poszerzał zakres i poprawiał jakość świadczonych usług.

Do najważniejszych wydarzeń w historii placówki należy zaliczyć:

- uruchomienie sali operacyjnej (1965);
- otwarcie pododdziału dla osób po amputacji kończyn (1966);
- uruchomienie oddziału w Błociszewie (1974);
- wprowadzenie krioterapii (1987);
- otwarcie oddziału dziennego (1992);
- utworzenie Pracowni Rehabilitacji Instytutu Rehabilitacji AWF w Poznaniu (1993);
- uzyskanie Certyfikatu przynależności do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie (1996);
- uczestnictwo w programie pilotażowym (dotyczył przekształcania jednostek budżetowych w samodzielne zakłady opieki zdrowotnej) w latach 1995-1996;
- usamodzielnienie placówki (1996);
- uruchomienie pracowni densytometrycznej (1997);
- uzyskanie Certyfikatu ISO (2004);



- planowane uruchomienie Kriokomory w 2006 roku.

Lata zdecydowanej działalności w kierunku ciągłych przekształceń, zmierzających ku wytworzeniu nowej jakości w funkcjonowaniu POR doprowadziły do tego, by stał się miejscem zasłużonym dla rozwoju polskiej reumatologii i rehabilitacji oraz jedną z wiodących w tej dziedzinie placówek znaną nie tylko w kraju.

Analiza i ocena materiałów dotyczących zarówno reformowania ochrony zdrowia w Polsce, jak i istniejąca wiedza na temat funkcjonowania Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego oraz zgromadzony materiał badawczy pozwalają na wysunięcie następujących wniosków:

1. Utworzony z „potrzeby chwili” Poznański Ośrodek Reumatologiczny oraz jego działalność skierowana na potrzeby pacjentów i ich dobro, świadczy o słuszności podjętej decyzji.
2. Reformowanie systemu opieki zdrowotnej miało bezpośredni wpływ na podjęte działania dostosowawcze i na poprawę funkcjonowania Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego.
3. Przekształcenia w Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym przeprowadzone zostały z dużym powodzeniem i przyniosły oczekiwane efekty, doprowadzając placówkę do rangi szpitala reumatologicznego.
4. Zmniejszona ilość zakontraktowanych świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz limity przyjęć na oddziały szpitalne w stosunku do rzeczywistych potrzeb, miały negatywny wpływ na ilość wykonywanych świadczeń zdrowotnych w POR, co przełożyło się na ich dostępność i czas oczekiwania.

## Streszczenie

Przedmiotem dysertacji doktorskiej jest charakterystyka procesu dostosowania szpitala – do zmian systemowych zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952-2005.

W związku z powyższym, celem pracy było usystematyzowanie wiedzy na temat zmian reformatorskich w zakresie ochrony zdrowia i próba oceny wpływu tych zmian na przekształcenia w omawianej placówce. Obszar badawczy obejmuje etapy reformowania ochrony zdrowia i ich wpływ na funkcjonowanie placówki. Dotyczy to zarówno rozwiązań prawnych, organizacyjnych, jak i finansowych. W prowadzonych badaniach polegających głównie na analizie uzyskanych dokumentów, przybliżyłam jego genezę, rozwój i osiągnięcia oraz źródła jego sukcesów i porażek.

Oceniając proces reformowania ochrony zdrowia zwróciłam uwagę i ustaliłam, wpływ tego procesu na działania podejmowane przez dyrekcję POR. Przekształcenia i zmiany w funkcjonowaniu placówki zostały przeprowadzone z powodzeniem i przyniosły założone efekty.

Działania podejmowane dotychczas w sektorze zdrowotnym głównie polegały na zmianach zarówno organizacyjnych i prawnych kosmetycznych wprowadzanych pod wpływem doraźnych i chaotycznych pomysłów przedstawianych społeczeństwu jako reformy służby zdrowia. Rzeczywistość jednak jest inna, gdyż w ochronie zdrowia utrzymywane są nadal nieefektywne struktury organizacyjne jako pozostałości pochodzące z poprzedniego okresu.

Dla Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego pacjent zawsze był najważniejszy. Wszelkie działania lecznicze i diagnostyczne, personel, sprzęt medyczny – wszystko to, podporządkowane było potrzebom pacjenta, czego wyrazem są wyniki badań satysfakcji pacjentów. Informatyzacja, wprowadzanie nowych metod leczenia oraz certyfikacja jakości były podstawowym priorytetem zarówno dla kierownictwa jak i personelu szpitala. Wszystkie te

działania zostały przeprowadzone z powodzeniem, co oznacza, że placówka dobrze radzi sobie w trudnej polskiej rzeczywistości. Proces dostosowania placówki do nowych realiów gospodarczych odbył się bez naruszenia dyscypliny finansowej, co z kolei świadczy o tym, że placówka zyskuje uznanie w otoczeniu zewnętrznym oraz wśród pracowników. Przez wszystkie lata swej działalności Ośrodek wypracował własny model organizacyjny, uzyskując wysoki poziom usług medycznych łącząc najnowsze osiągnięcia naukowe z diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją.

Jest to praca historyczna w ujęciu chronologicznym obejmująca lata powojenne, okres socjalizmu, transformacji ustrojowej aż do 2005 roku i składa się z sześciu rozdziałów. Każdy pierwszy podrozdział, to analiza aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia. Rozdziały I-IV obejmują poszczególne okresy w działalności POR. Rozdział piąty przedstawia obraz statystyczny, a szósty to bilans osiągnięć i dalsze wyzwania.

W części badawczej praca oparta jest na metodzie porównawczej i statystycznej, a jedną z technik badawczych jest analiza uzyskanych dokumentów.

W pracy wykorzystano opracowania naukowe i dostępną literaturę podejmującą problematykę ochrony zdrowia poświęconą głównie kwestii związanej z procesem reformowania systemu opieki zdrowotnej w tym głównie szpitali.

Inną grupę materiałów źródłowych z których skorzystano, stanowiły akty prawne krajowe i europejskie w zakresie przyjmowanych rozwiązań formalnych jak i instytucjonalnych dotyczących ochrony zdrowia (raporty, materiały statystyczne, dokumenty polityczne, reformatorskie, prasowe oraz dane uzyskane z wywiadów i obserwacji uczestniczących). Korzystano również z informacji dostępnych na stronach internetowych.

## Summary

The subject of this dissertation is the characterization of the adjustment process Hospital to the health care system changes in years 1952-2005.

Therefore, the purpose of this dissertation was to systematize the knowledge about the reform changes in the health care system and to attempt to estimate the influence of these changes on the process of transformation taken place in the discussed institution.

The research included the reform stages of the health care system and their influence on POR's functioning concerning its legal, organizational and financial solutions. During the research of the source materials I tried to look closer to POR's development, its achievements and the source of its attainments and failures.

Assessing the health reform process I paid attention to the influence of this process on the actions taken by POR's management. Transformation and changes in its functioning were carried out successfully and they have brought founded effects. So far the effort made by the health sector relied on superficial, organizational and legal changes based on abrupt and chaotic ideas introduced to the society as the health service reform. However, the reality of health service is different. There are still inefficient organizational structures as residues from the previous period.

The patient was always the most important in Poznan Rheumatology Center. The results of the patients' satisfaction survey prove that every remedial and diagnostic operations, the medical attendants, the medical equipment and the hospital's buildings were subordinated to the patient's needs. The basic priority of POR's management and medical attendants was informatization, introduction of new treatment methods and quality certification. All these operations were carried out successfully which proves that POR is doing well in a difficult Polish reality and positive financial results seem to prove that. The process of adjusting the POR to new economic

realities was held without violation of its financial discipline which proves that POR is gaining recognition among its employees as well as the external environment. Through all the years of its activity POR has evolved and developed its own organizational model obtaining high level of medical services combining the latest scientific achievements with diagnostic, therapy and rehabilitation.

This dissertation is a historical work consisting of six chapters including in chronological order the post-war years, the period of socialism and the transformation period up to 2005. Every first subsection is an analysis of the current health care situation. Chapter I – IV contain the description of particular periods in the POR's activity. Chapter V submits the statistical picture and chapter VI presents the balance of achievements and further challenges.

The reference and statistical method were used in the research part of this dissertation and one of the techniques used was the analysis of the obtained documents. The paper uses the study and available literature addressing the health care principally devoted to issues associated with the process of reforming the healthcare system and for the most part hospitals.

Another group of source materials used in the discourse were national and European legal acts involving formal and institutional solutions regarding health care (reports, statistical material, political, reform and press documents as well as data obtained from interviews and participating observation). The paper also benefits from the information available on websites.

## **I. Spis tabel**

Tabela nr 1. Średni czas pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w latach 1990-2005 .....	141
---	-----

## **II. Spis wykresów**

Wykres nr 1. Ilość absolwentów i rodzaj szkolenia zawodowego w latach 1952-1999, dane w % .....	64
Wykres nr 2. Ilość zabiegów wykonanych w Dziale Fizjoterapii w latach 2002-2005 .....	100
Wykres nr 3. Wzrost dynamiki przyjęć w latach 1997-2005 .....	140
Wykres nr 4. Liczba leczonych na Oddziale Dziennym w latach 1992-2005 .....	143
Wykres nr 5. Liczba pacjentów korzystających z poradni specjalistycznych POR w latach 1997-2005 .....	144
Wykres nr 6. Personel POR według kwalifikacji, dane w % .....	147
Wykres nr 7. Lekarze POR według specjalizacji, dane w % .....	148
Wykres nr 8. Struktura personelu medycznego POR, dane w % .....	149
Wykres nr 9. Poziom wykształcenia pracowników POR w 2005 roku, dane w % .....	150

## **III. Spis rycin**

Rycina nr 1. Front budynku POR w Śremie.....	36
Rycina nr 2. Front pałacu w Błociszewie (1973) .....	69
Rycina nr 3. Front pałacu w Błociszewie (2005) .....	70
Rycina nr 4. Szczegółowa struktura POR SZOZ .....	93
Rycina nr 5. Nadmuch parami azotu na staw łokciowy.....	102
Rycina nr 6. Woreczki wypełnione żelazem do stosowania zimnych okładów .....	103
Rycina nr 7. Certyfikat Europejskiego Szpitala Promującego Zdrowie.....	108

Rycina nr 8. Schemat organizacyjny POR SPSZOZ w Śremie.....	127
Rycina nr 9. Densytmetr DPX-A.....	132
Rycina nr 10. Certyfikat ISO 9001:2000 .....	133
Rycina nr 11. Kriokomora do krioterapii ogólnoustrojowej zainstalowana w POR .....	138
Rycina nr 12. Schemat tworzenia PKZZ.....	156
Rycina nr 13. Logo Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia w Śremie.....	158
Rycina nr 14. Skład Zarządu Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków Koła w Śremie .....	163

#### **IV. Strony internetowe**

1. Choroba Heinego-Medina, <http://www.idn.org.pl/polio-pl/>

## Bibliografia

### I. Źródła

1. Czerwiński J., Encyklopedia podręczna prawa publicznego (konstytucyjnego, administracyjnego i międzynarodowego), praca zbiorowa pod red. Z. Cybichowskiego, Warszawa 1929, tom 2.
2. Decyzja Naczelnika Miasta i Gminy Śrem Nr GG.8224p/19/86.
3. Decyzja Nr WZ-IV-0137/6/96 Wojewody Poznańskiego z dnia 8 lipca 1996 roku w sprawie zezwolenia na prowadzenie Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Śremie na zasadach określonych w art.49 pkt. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r.
4. Decyzja Wojewody Poznańskiego (WZ-IV-0137/6-46/93) z dnia 5 1993 r. w sprawie wpisania POR SZOZ do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.
5. Decyzja Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków, KL.III-880/58/73, Poznań 1973.
6. Dekret Krajowej Rady Narodowej z dnia 11 kwietnia 1945 roku o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, Dziennik Ustaw 1945 Nr 12 poz.63.
7. Gruszczyńska K., Jakość opieki pielęgniarstwa, Materiały z III ogólnopolskiej konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 1998.
8. Kalbarczyk P., Kornatowski M. A., Zakładowy program jakości świadczeń zdrowotnych, materiały dydaktyczne opracowane na potrzeby Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia „ETOS”, Warszawa 1996.
9. Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 roku, Dzienniki Ustaw 1952 Nr 33 poz. 232.



10. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, Dziennik Ustaw 1997 Nr 78 poz. 483.
11. Kroniki (nr 1, 2, 3, 4, 5) Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie.
12. Manifest Polskiego Komitetu Wyzwolenia Narodowego, Dziennik Ustaw 1944 Nr 1 poz. 1.
13. Murkowski M., Restrukturyzacja i kategoryzacja szpitali w ramach zmian systemowych polskiej opieki zdrowotnej, materiał dydaktyczny opracowany na potrzeby Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia „ETOS”. Warszawa 1996.
14. Ostrowska A., Olszanowski R., Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej a idea regulowanego rynku świadczeń zdrowotnych, materiały dydaktyczne opracowane na zlecenie Centrum Edukacji i Doradztwa Służby Zdrowia „ETOS”.
15. Porozumienie z dnia 7 grudnia 1993 roku między Akademią Wychowania Fizycznego w Poznaniu, a Poznańskim Ośrodkiem Reumatologicznym w Śremie, Poznań 1993.
16. Postanowienie Sądu Rejonowego w Poznaniu z dnia 14 listopada 1996 roku, Sygn. akt XIV. Nr Rej. PZOZ 4/96 w sprawie wpisu Ośrodka do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
17. Propozycje w sprawie reformy służby zdrowia (wersja III) opracowała K. Tymowska (na podstawie prac Społecznego Zespołu PTE w składzie: A. Małecki, J. Spławiński, Z. Szmigiel, K. Tymowska, L. Wdowiak), Warszawa, grudzień 1981.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 r., w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1982 Nr 15 poz. 121.

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1989 Nr 28 poz. 152.
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1973 Nr 7 poz. 52.
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, Dziennik Ustaw Nr 164 poz. 1193.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 30, poz. 300 ze zm.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1975 Nr 25 poz. 134.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw 1967 Nr 36 poz. 183.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów, określenia ich siedzib oraz nadania im statutów, Dziennik Ustaw Nr 152, poz. 989.
26. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku o zmianie ustawy z dnia 28 marca 1933 roku o ubezpieczeniu społecznym, Dziennik Ustaw 1934 Nr 95 poz. 855.
27. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 lipca 1993 r. w sprawie określenia zadań i kompetencji z zakresu rządowej administracji ogólnej

- i socjalnej, które mogą być przekazywane niektórym gminom o statusie miasta, wraz z mieniem służącym do wykonywania, a także zasad i trybu przekazania, Dziennik Ustaw Nr 65, poz. 309, z późniejszymi zmianami.
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 roku w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, Dziennik Ustaw Nr 148, poz. 969 ze zm.
  29. Sprawozdanie Wydziału Krajowego z administracji Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego za rok 1926, Starostwo Krajowe, Poznań 1926.
  30. Sprawozdanie z kontroli kompleksowej Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Powiatowej Rady Narodowej w Śremie i placówkach służby zdrowia w powiecie śremskim, Archiwum Państwowe w Poznaniu, Sygn. akt. 1657/IV 364.
  31. Sanatorium w Śremie (zezwozenie na uruchomienie apteki), Archiwum Państwowe w Poznaniu, Sygn. Akt 5074/VIII/9054.
  32. Statut Polskiego Komitetu Profesjonalistów Zdrowia, Śrem 2002.
  33. Statut Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie, Śrem 1999.
  34. Statut Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie, 1996.
  35. Statut Zarządu Głównego Stowarzyszenia Reumatyków i ich Sympatyków, Warszawa 1993.
  36. Uchwała Nr 1893/2002 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia 27 sierpnia 2002 r. w sprawie powołania Pana Wojciecha Romanowskiego na stanowisko Dyrektora Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie.
  37. Uchwała Nr XII/92/99 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 28 czerwca 1999 roku w sprawie dostosowania składu Rady Społecznej

- przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, Poznańskim Ośrodku Reumatologicznym Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach.
38. Uchwała Nr XVI/214/99 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 8 listopada 1999 roku w sprawie zatwierdzenia statutu Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego w Śremie.
  39. Uchwała Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Poznaniu z dnia 3 grudnia 1964 r. w sprawie przekształcenia Zakładu Leczenia i Szkolenia Zawodowego Reumatyków w Śremie, na Sanatorium Rehabilitacyjne Reumatologiczno-Ortopedyczne dla Dorosłych, Poznań 1964 Nr 44 poz. 645.
  40. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dziennik Ustaw 2004 Nr 210, poz. 2135.
  41. Ustawa Krajowej Rady Narodowej z dnia 3 stycznia 1946 r. o nadzorze nad lecznictwem, Dziennik Ustaw 1946 Nr 2 poz. 8.
  42. Ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dziennik Ustaw 1948 Nr 55 poz. 434.
  43. Ustawa z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich, Dziennik Ustaw 1989 Nr 30, poz. 158, z późniejszymi zmianami. Ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dziennik Ustaw 1991 Nr 41, poz. 179.
  44. Ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, Dziennik Ustaw 1991 Nr 41, poz. 178.
  45. Ustawa z 5 stycznia 1991 r. Prawo budżetowe, Dziennik Ustaw 1991 Nr 72, poz. 344, z późn. zm.
  46. Ustawa z dnia 1 sierpnia 1958 r. o prawie budżetowym, Dziennik Ustaw Nr 45 poz. 22 z późn. zm.
  47. Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 roku o publicznej służbie zdrowia, Dziennik Ustaw 1939 Nr 54 poz. 342.

48. Ustawa z dnia 15 grudnia 1951 r. o włączeniu lecznictwa pracowniczego do państwowej administracji służby zdrowia, Dziennik Ustaw 1951 Nr 67 poz. 466.
49. Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organami administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U. Nr 34, poz. 198.
50. Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw. Dziennik Ustaw 1998 Nr 117, poz.756.
51. Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dziennik Ustaw 1997 Nr 104, poz.66.
52. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego, Dziennik Ustaw 1950 Nr 36 poz. 334.
53. Ustawa z dnia 20 lipca 2001 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych ustaw, Dziennik Ustaw Nr 88, poz. 961.
54. Ustawa z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, Dziennik Ustaw 1950 Nr 14 poz. 130.
55. Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 roku o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dziennik Ustaw Nr 122, poz. 1324.
56. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dziennik Ustaw 2003 Nr 45 poz. 339, z późn. zm.
57. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

58. Ustawa z dnia 28 maja 1975 r. o dwustopniowym podziale Państwa i o zmianie ustawy o radach narodowych, Dziennik Ustaw 1975 Nr 16 poz. 91.
59. Ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dziennik Ustaw Nr 50 poz. 58.
60. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dziennik Ustaw Nr 91, poz. 408, z późn. zm.
61. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dziennik Ustaw Nr 28, poz. 153 z późn. zm.
62. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym, Dziennik Ustaw Nr 16, poz. 95, z późniejszymi zmianami.
63. Ustawa z dnia 9 maja 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych, Dziennik Ustaw. 1991 Nr 46, poz. 201 z późn. zm.
64. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lipca 1975 roku w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołu opieki zdrowotnej, Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej 1975 Nr 15 poz. 12.
65. Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 maja 1995 r. w sprawie warunków, na jakich następuje przekazanie środków publicznych do samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, oraz sposobu kontroli ich wykorzystania. M. P. Nr 29, poz.341.
66. Zarządzenie Nr 49/80 Wojewody Poznańskiego z dnia 26 sierpnia 1980 r. w sprawie utworzenia Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego-Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Śremie.
67. Zarządzenie Wojewody Poznańskiego Nr 67/96 z dnia 18 lipca 1996 roku w sprawie przekształcenia Poznańskiego Ośrodka Reumatologicznego w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

## II. Opracowania i artykuły w czasopismach

1. Badurski J. E., Osteoporoza a złamania, Przewodnik zrozumienia, diagnostyki i leczenia, Warszawa 2003.
2. Belcher P., Rola UE w ochronie zdrowia, Warszawa 2001.
3. Biały D., Zimmer K., Zagrobelny Z., Krioterapia ogólnoustrojowa w sporcie, „Medycyna Sportowa” 1999, XV.
4. Bobiatyńska E., Partnerstwo dla zdrowia – realna perspektywa czy utopia?, materiały robocze z I warsztatów Profesjonalistów Zdrowia, Warszawa 2000.
5. Bulenda T., Zabłocki J., Ludzie niepełnosprawni a prawo, Warszawa 1994.
6. Chmielewski S., Dzieje Śremu, Warszawa, Poznań 1972.
7. Cichocka E., Główne założenia, (w:) Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji, red. L. Kolarska-Bobińska, Warszawa 2000.
8. Dawid H., Bangs I., Plan marketingowy. Przewodnik dla małej i średniej firmy, Warszawa 1999.
9. Dega W., Koncepcja rehabilitacji, „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej” 1995, nr 1.
10. Dega W., Tomaszewska J., Rehabilitacja medyczna, Warszawa 1983.
11. Dercz M., Izdebski H., Zmiany w ochronie zdrowia: permanentna reforma systemu (w:) Rymsza M (red.), Reformy społeczne. Bilans dekady, Warszawa 2004.
12. Dowżycki A., Sobolewski H., Tłuchowski W., Restrukturyzacja, prywatyzacja i wycena przedsiębiorstwa, Poznań 2003.
13. Fijałek J., Indulski I., Sadowska J., Opieka zdrowotna w przemyśle polskim w XIX i XX wieku (po roku 1945) na przykładzie Łodzi, Łódź 1988.

14. Frąckiewicz L., Polityka ochrony zdrowia, (w:) Ochrona zdrowia jako problem konsumpcji społecznej, praca zbiorowa pod redakcją L. Frąckiewicza, Katowice 1991.
15. Frąckiewicz L., Polityka społeczna. Zarys wykładu, Katowice 1998.
16. Gawroński W., Kujawa J., Zastosowanie wybranych metod terapii Fizykalnej w medycynie sportowej, „Postępy Medycyny Lotniczej” 2004, 1(9).
17. Golinowska S., Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, Warszawa 2002.
18. Golinowska S., (red.), C. W. Włodarczyk., I. Kowalska., A. Mokrzycka., Ł. Fyderek., A. Sowa., Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu, Warszawa 2007.
19. Golinowska S., System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach, Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i możliwości rozwiązań, Warszawa, 2004.
20. Hulek A., Rehabilitacja inwalidów i innych osób z naruszoną sprawnością, Warszawa 1976.
21. Hulek A., Teoria i praktyka inwalidów, Warszawa 1969.
22. Indulski J., Gdulewicz T., Szymborski L., Włodarczyk C., Opieka Zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień, „Zdrowie Publiczne” 1981, nr 11.
23. Indulski J., Orzeszyna S., Drogi i bezdroża medycyny społecznej w Polsce (2), „Służba Zdrowia” 1981, nr 7.
24. Indulski J., T. Gdulewicz., J. Leowski., Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1984.
25. Indulski J., Kleczkowski B., Leowski J., Organizacja ochrony zdrowia, Warszawa 1978.
26. Izdebski H., Historia administracji, Warszawa 1996.



27. Janku Z., Spławska E., Prawne podstawy funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, (w:) M. D. Głowacka (red.), Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty – teoretyczno – praktyczne, Poznań 2004.
28. Jastrzębowski Z., Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do 1948 roku), Łódź 1994.
29. Kaja J., Kierunki i etapy rozwoju polityki zdrowotnej Polski Ludowej, „Studia Nauk Politycznych” 1976, nr 1.
30. Karski J. B., Promocja Zdrowia, praca zbiorowa pod red. J. B. Karskiego, Warszawa 1999.
31. Kautsch M., Ponikło W., Styło W., Rozważania o outsourcingu, (w:) „Zdrowie i Zarządzanie” 2002, tom IV, nr 1.
32. Kowalczyk-Jakubowska D., Malewicz A., Restrukturyzacja jako technika ratowania i rozwoju przedsiębiorstwa, Warszawa 1992.
33. Knypl K., Kasa Chorych w II Rzeczypospolitej, Biuletyn Kas Chorych nr 14 z dnia 22 stycznia 2001.
34. Krasucki P., Założenia reformy ochrony zdrowia, „Służba Zdrowia” 1981, nr 48.
35. Kratochvil S., Psychoterapia, Warszawa 1978.
36. Krotkiweska L., Rozwój administracji zdrowia w PRL, Warszawa 1968.
37. Księżopolska-Orłowska K., Zastosowanie krioterapii w odnowie biologicznej sportowców, „Postępy Medycyny Lotniczej” 2004, 1 (9).
38. Kuratowska Z., „Służba zdrowia” – kto winien? Zeszyty niezależnej myśli lekarskiej nr 11, kwiecień 1987: 2-18.
39. Leowski J., Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia, „Prawo i Medycyna” 2000, Nr 6-7.

40. Luft S., „Prof. dr med. Eleonora Reicher“, „Arch. Hist. Medycyny“ 37 (3), 1947.
41. Mackiewicz S., Zimmermann-Górska I., Reumatologia, Warszawa 1995.
42. Majewski T., Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych, Warszawa 1995.
43. Małydk P., Michalak C., Miejsce reumoortopedii w procesie leczenia chorób reumatycznych, Reumatologia, Warszawa 2007, 45/1 (supl. 1).
44. Murkowski M., Koronkiewicz A., Cieślukowski Z., Zasoby opieki zdrowotnej w Polsce w okresie 50-lecia 1945-1995 i perspektywa ich wykorzystania w latach 2002-2005, „Zdrowie Publiczne” 2000, nr 6.
45. Musielak M., Przedmowa, (w:) Kasy Chorych w Wielkopolsce. Przeszłość i terażniejszość, pod redakcją M. Musielaka, Poznań 2003.
46. Nosko J., Zachowanie zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe, Łódź 2005.
47. Pacho A., Organizacja służby zdrowia w PRL, Warszawa 1972.
48. Pierzchlewicz B., Gozdowska H., Jankowiak W., Michalak S., Wesołowski J., 100 lat działalności Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Śremie, Śrem 1993.
49. Prętki K., Ewolucja koncepcji ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce po 1989 roku, „Pielęgniarstwo Polskie” 2 (20).
50. Prętki K., Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej, Poznań 2007.
51. Pytlik H., Wędrowanie po terenach ludzkiej niedoli, „Dr Hanna Dworakowska”, Warszawa 1985.
52. Raport Konserwatorium „Doświadczenie i Przyszłość”. Stan zdrowia i ochrony zdrowia ludności Polski, „Życie i Nowoczesność” z 2 kwietnia 1981.

53. Regulski J., Samorząd III Rzeczypospolitej. Koncepcje i realizacja, Warszawa 2000.
54. Romanowski W., Z kart historii Ośrodka..., Śrem 2002.
55. Romanowski W., Straburzyńska – Lupa A., Romanowska A., Świetlik Z., Lorenc R., Brenda Z., Wpływ krioterapii miejscowej na sprawność ruchową chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów, „Fizjoterapia Polska” 2004, Nr 4.
56. Rosławski A., Sroczyńska K., Rehabilitacja lecznicza chorych na zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, Warszawa 1976.
57. Saganek P., Ochrona zdrowia (w:) Prawo UE; red. Barcz J, Prawo i praktyka gospodarcza, Warszawa 2003.
58. Shaw R., Nowe spojrzenie na marketing, Warszawa 2001.
59. Sokołowska M., Hołówka J., Polityka społeczna a zdrowie, Warszawa 1978.
60. Straburzyńska-Lupa A., Straburzyński G., Fizjoterapia, Warszawa 2003.
61. Sztachelski J., Osiągnięcia służby zdrowia Polski Ludowej, „Zdrowie Publiczne” 1952, nr 5.
62. Szubert W., Zasłużeni dla rozwoju ubezpieczeń społecznych, „Studia i Materiały z Historii Ubezpieczeń Społecznych w Polsce” 1986, nr 4.
63. Jankowska E., (red)., Półwiecze Ośrodka Reumatologicznego, „Życie Śremskie” 2002, nr 12.
64. Tymowska K., Włodarczyk C., Reforma w ochronie zdrowia i w opiece społecznej. w: Usługi społeczne, praca zbiorowa pod redakcją A. Łukaszewicza, Warszawa 1984.
65. Walewski P., Fundusz wszelkiej szczęśliwości, „Polityka” 07/2002.
66. Wąsiewicz E. P., Zdrowie Publiczne i Medycyna Społeczna, Skrypt dla studentów, Wydawnictwo Uczelniane: Akademii Medycznej, Poznań 2000.

67. Wdowiak L., Zarys organizacji służby zdrowia w Polsce, Lublin 1981.
68. Wesołowski J. J., Błociszewo dawniej i dziś, Śrem 1993.
69. Włodarczyk C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Łódź – Kraków – Warszawa 1996.
70. Włodarczyk C., Reforma opieki zdrowotnej jako proces polityczny, Kilka uwag o wybranych wątkach, „Problemy polityki społecznej” 2002, nr 4.
71. Włodarczyk C., Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej, Kraków 1998.
72. Włodarczyk C., Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot, Kraków 2003.
73. Zabłocki J., Wprowadzenie do rewalidacji, Toruń 1996.
74. Zalewski J., (red.) Będą operować, „Tygodnik Śremski” 2009, nr 45.
75. Założenia polityki społeczno-gospodarczej na 1997 r. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 18 czerwca br., „Przegląd Rządowy” 1996, nr 7.
76. Założenia polityki społeczno-gospodarczej na 1997 rok (skrót), „Gospodarka Narodowa” 1996, nr 8-9.