

MAGDALENA PACIOREK
Instytut Historii Nauki PAN
ORCID: 0000-0002-3859-4743

DOI: 10.4467/12311960MN.22.016.17377

Organizacja i działalność wiejskiej służby zdrowia połowy lat 60. XX w. w świetle sprawozdań Najwyższej Izby Kontroli

The organization and activity of the rural health service in the mid-1960s in the light of the reports of the Supreme Audit Office

Summary

The article discusses the organization and activity of the rural health service in the mid-1960s in the light of the reports of the Supreme Audit Office. It is an attempt to answer the questions about the organization and availability of open healthcare in the field, whether the provincial community benefited from professional medical assistance to the same extent as the urban one? What were the problems of the then rural health service?

Słowa kluczowe: wiejskie ośrodki zdrowia, medycyna lat 60. XX w., sprawozdania NIK

Keywords: Rural health centers, medicine in the 1960s, NIK reports

Problematyka prowincjonalnej ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego po 1945 r. poruszana była niejednokrotnie przez historyków, historyków medycyny, ale też lekarzy. Zagadnieniem tym zajmowali się m.in. Henryk Rafalski¹, Stanisław Kosiński², Ewelina

¹ H. Rafalski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, Warszawa 1972.

² S. Kosiński, *Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia*, Warszawa 1977; S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa 1987.

Szpak³, Dariusz Jarosz⁴, Magdalena Paciorek⁵, Anna M. Adamus⁶, Sylwia Kuźma-Markowska⁷, Konrad Rokicki⁸, Andrzej Felchner⁹. Omawiano rozwój poszczególnych jednostek chorobowych w danym przedziale czasowym, kwestię podejścia do zjawiska choroby w odniesieniu do regionalnej społeczności, badano środowisko lekarzy prowincjonalnych w badanym okresie, ale nie tylko. Wydaje się, że temat wsi polskiej w odniesieniu do zdrowotności jego mieszkańców nie został wyczerpany. Dopełnieniem badań nad tym zagadnieniem może być poniższy artykuł poruszający kwestię organizacji wiejskiej służby zdrowia połowy lat 60. XX w. w świetle sprawozdań Najwyższej Izby Kontroli (dalej: NIK). Już na wstępie należy wyjaśnić sprawę jego oryginalności, tematyka ta była bowiem bardzo często poruszana na łamach ówczesnych czasopism medycznych, m.in. „Zdrowia Publicznego”, „Służby Zdrowia” czy też „Medycyny Wiejskiej”. Jednak należy wziąć pod uwagę pewną tendencyjność wymienionych tytułów prasowych w badanym okresie. Czy rzeczywiście tak było,

³ E. Szpak, „Chory człowiek jest wtedy jak go coś boli”. *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, Warszawa 2018; eadem, „Zdrowie na peryferiach”. *Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL, na przykładzie listów do władz, „Polska 1945–1989. Studia i materiały”* 2018, XVI, s. 227; eadem, *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013; eadem, *Epidemie chorób zakaźnych w powojennej Polsce jako problem społeczny*, [w:] T. Głowiński, E. Kocik (red.), „Od powietrza, głodu, ognia i wojny... Kłęski elementarne na przestrzeni wieków”, Wrocław 2013, s. 297–307.

⁴ D. Jarosz, *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] I. Machaj, J. Styk (red.), *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce w latach 1948–1956 a chłopci*, t. 2 *Wieś*, Lublin 1995, s. 169–175.

⁵ M. Paciorek, *Lekarz na prowincji w okresie PRL-u problemy i troski środowiska lekarskiego lat 50. i 60. XX wieku*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk, G. Frischke (red.), *Czystość i brud. Higiena za żelazną kurtyną 1945–1989/1991*, Lublin 2021, s. 141–160; eadem, *Opieka zdrowotna na wsi na przełomie lat 60. i 70. XX wieku w świetle doniesień prasowych – problem zgłaszalności pacjentów*, [w:] W. Ślusarczyk, G. Frischke (red.), *Lecznictwo na prowincji. Między perspektywą lokalną i globalną. Wybrane problemy*, Lublin 2023, s. 143–163.

⁶ A. Adamus, *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017; A.M. Adamus, *Obraz wsi w latach 1956–1980 w świetle chłopskich skarg*, [w:] M. Choma-Jusińska, M. Kruszyński, T. Osinski (red.), *Życie codzienne w PRL*, Lublin–Warszawa 2019, s. 153–166.

⁷ S. Kuźma-Markowska, *Walka z „babkami” a zdrowie kobiet: medykalizacja przezywania ciąży w Polsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku*, „Polska 1944/1945–1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15, s. 189–215.

⁸ K. Rokicki, *Możliwości i ograniczenia służby zdrowia w powojennej Polsce*, [w:] M. Choma-Jusińska, M. Kruszyński (red.), *Życie codzienne w PRL*, Lublin–Warszawa 2019, s. 189–204.

⁹ A. Felchner, *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian: z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku lat 70-tych XX w.)*, Wrocław 2006.

jak opisywano w prasie, jakie błędy dostrzegano w tej kwestii, jakie podejmowano kroki, by temu zapobiec? Na temat organizacji i funkcjonowania wiejskich ośrodków zdrowia pisano w kontekście wybranych placówek, nie starając się dokonać głębszej analizy zjawiska.

Powszechne były niedobory zarówno kadry medycznej: lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek i położnych, jak i trudności materialne w sferze zaopatrzenia instytucji leczniczych czy choćby budowy nowych i remontu starych obiektów służby zdrowia. Problemy te z roku na rok pogłębiały się, choć często w kronikach filmowych¹⁰ czy wspomnianej prasie – zgodnie z ówczesnie panującą ideologią – podkreślano sukcesy polityki zdrowotnej. Osiągnięciem miał być wówczas wzrost, co należy podkreślić – liczebny – absolwentów kierunków medycznych, rozwój sieci średnich szkół medycznych adresowanych dla pielęgniarek, położnych, opiekunek dziecięcych, techników farmacji czy felczerów. Rozwijała się też baza zamkniętego i otwartego leczenia. Sukcesy te odczuwalne mogły być w dużych aglomeracjach miejskich, lecz nie na terenach wiejskich. Jak przedstawiała się sprawa organizacji i dostępności do leczenia otwartego w terenie, czy społeczność prowincjonalna w równym stopniu z miejską korzystała z fachowej pomocy medycznej? Jakie były problemy ówczesnej wiejskiej służby zdrowia? Na temat braków czy niedociągnięć w organizacji pracy podstawowych placówek pisano niewiele, starając się raczej marginalizować temat. Tymczasem problem istniał¹¹ i nie dotyczył kilku wybranych instytucji, o czym można było dowiedzieć się po lekturze sprawozdań z posiedzeń Kolegium Gabinetu Ministra Zdrowia¹². Jak wykazała analiza sprawozdań z kontroli NIK z 1964 r., organizacja prowincjonalnej służby zdrowia wciąż pozostawiała wiele do życzenia.

W artykule postaram się odpowiedzieć na powyższe pytania w świetle wspomnianych sprawozdań z inspekcji NIK. Jakie elementy pod-

¹⁰ „Wiejski ośrodek zdrowia” 1952, PKF 12/52, <http://repozytorium.fn.org.pl/?q=pl/node/7828> <https://www.youtube.com/watch?v=nx3rM9OEOvA>; „Ambulans jedzie na wieś”, <https://www.youtube.com/watch?v=CRHsFcjRCrI>, <http://repozytorium.fn.org.pl/?q=pl/node/6353> PKF 20/25; Dr Karwowski z Grębocina, PKF 21/54, <http://repozytorium.fn.org.pl/?q=pl/node/11129> [dostęp: 20.11.2022].

¹¹ Pisała o tym E. Szpak w oparciu o analizę dokumentów zgromadzonych w Wydziale Skarg i Zażaleń PZPR; badała nastroje mieszkańców wsi w odniesieniu do kwestii leczenia. Należy jednak podkreślić, że obraz ten, aczkolwiek dużo wnoszący do sprawy, nie daje całkowitego poglądu na ówczesną sytuację opieki zdrowotnej na prowincji, bo jak sama autorka w podsumowaniu stwierdza, autorami tych listów do władz często były osoby anonimowe, które z różnych innych pobudek (wyrównanie osobistych krzywd czy porachunków) przekazywały fałszywe informacje. E. Szpak, „Zdrowie na peryferiach”. *Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL, na przykładzie listów do władz*, „Polska 1945–1989. Studia i materiały” 2018, XVI, s. 227.

¹² AAN, MZ, sygn. 1/47.

legały ocenie, czy odnotowywano poprawę w przedmiocie badań. Gdy weźmie się pod uwagę ówczesne realia polityczne omawianego okresu, należy założyć, że raporty wystawiane przez tego typu instytucję państwową będą odzwierciedlać rzeczywistość taką, jaką ona była, bez pominięć czy zafałszowań nawet w ówczesnej rzeczywistości. Dowodem na to były informacje o „dużych rozbieżnościach” między stanem rzeczy a sprawozdaniami jednostek¹³ przesyłanymi do organów nadrzędnych. Końcowe raporty NIK, zgodnie z procedurą, wykorzystywane były do sporządzania notatek dla różnych instytucji ówczesnego aparatu państwowego¹⁴ (m.in. Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej), w tym również PZPR. Sprawozdania nie pozostawały bez echa. Do różnego typu uwag i zastrzeżeń, bo takich było najwięcej, oceniany podmiot musiał się odnieść i złożyć pisemne wyjaśnienie.

Przeprowadzona, jak już wspomniano, w trzecim kwartale 1964 r. kontrola wiejskiej służby zdrowia oraz stanu higienizacji wsi, podobnie jak poprzednia z 1958 r., miała na celu ocenę stanu zabezpieczenia opieki nad ludnością wiejską oraz sprawności działania placówek służby zdrowia. Uzyskane wyniki, jak zapowiadano, miały służyć do opracowania wniosków zmierzających do poprawy sytuacji, usunięcia nieprawidłowości.

W latach 60. XX w. ośrodki zdrowia, podobnie jak w przeszłości, stanowiły podstawową placówkę leczniczą w terenie, podporządkowaną organizacyjnie przychodniom rejonowym, te z kolei szpitalom powiatowym, a te Wydziałowi Zdrowia Prezydium Powiatowej Rady Narodowej (Wydz. Zdr. PPRN), a następnie Wydziałowi Zdrowia na szczeblu wojewódzkim¹⁵. Ta centralizacja władzy, charakterystyczna

¹³ Problematyka sytuacji zdrowotnej na wsi była niejednokrotnie poruszana na odprawach Prezydium Gabinetu Ministra Zdrowia, które okresowo analizowały sytuację zdrowotną w poszczególnych województwach. Sprawozdania dotyczące stanu zdrowotności mieszkańców danego regionu czy województwa przechowywane są w zbiorach AAN. Tamże.

¹⁴ Według rozdzielnika sprawozdanie z kontroli NIK oprócz wymienionych dostarczano do Marszałka Sejmu PRL, szefa Urzędu Rady Ministrów, przewodniczącego Wojewódzkiej Rady Narodowej, I sekretarza z KW PZPR danego województwa; delegatury NIK i Centrali NIK.

¹⁵ Idea utworzenia ośrodków zdrowia w Polsce zapoczątkowana została w 1925 r. z inicjatywy amerykańskiej fundacji Rockefellera. Miała na celu zaspokojenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych społeczeństwa. W początkowym etapie ośrodki zdrowia nastawione były przede wszystkim na działalność higieniczno-zapobiegawczą, a w szczególności opiekę nad matką i dzieckiem. Zajmowano się edukacją zdrowotną, sanitarną, popularyzowaniem higieny oraz przeciwdziałaniem chorobom społecznym. Nieobca była im również aktywność socjalna, a także pośrednictwa pracy. Zakres działalności stosunkowo szybko uległ modyfikacji, dołączono również lecznictwo ambulatoryjne, w tym też poradnie specjalistyczne, typu gruźlicze, przeciwjaglicze czy wenerologiczne. Należy podkreślić, że powyższa inicjatywa zapoczątkowana w połowie lat 20. w kolejnych latach zmagala się również z wieloma trudnościami. Jedną z nich był permanent-

dla badanego okresu, zaprezentowana na przykładzie sektora służby zdrowia, miała na celu prowadzenie permanentnego nadzoru nad każdą komórką organizacyjną. W rzeczywistości ów system od samego początku okazał się niedoskonały. Pomimo wzrostu liczebnej sieci wiejskich ośrodków zdrowia, o czym pisano w sprawozdaniach z inspekcji ministerialnych w poszczególnych województwach, problem dotyczył ich nierównomiernego rozmieszczenia, rejonizacji, nieodpowiedniego wyposażenia placówek, braku środków lokomocji, aż przede wszystkim niedoboru personelu medycznego, zarówno lekarzy, jak i felczyków, pielęgniarek i położnych. Sytuacja w otwartym lecznictwie na prowincji uzależniona była też od innych czynników, m.in. położenia geograficznego i przynależności do tzw. Polski A i B oraz czynnika kulturowego. Należy zaznaczyć, iż w omawianym okresie istniały województwa czy powiaty o wyższym statusie materialnym, przez co i wiejskie ośrodki zdrowia były lepiej wyposażone. Istniały również i takie, których sytuacja była niekorzystna. Przykładem mogło być ówczesne województwo kieleckie¹⁶. W 1958 r. tak pisano o opiece otwartej na Kielecczyźnie: „ilościowo wydawać się by mogło, że istnieje dostateczna liczba placówek. Faktycznie jednak, ze względu na brak lokali, placówki te rozmieszczone są niezupełnie planowo i w pomieszczeniach nieraz kompletnie nie nadających się na ten cel”¹⁷. Podawano przypadki lokalizacji ośrodków zdrowia w szopie, starej, rozpadającej się chałupie bądź we wspólnie dzielącym z inną placówką pomieszczeniu, gdzie poczekalnia dla chorych miała być odgródzona deskami. Ośrodki zdrowia w cytowanym województwie powstawały tam, gdzie były możliwości przysposobienia danego lokalu, nie zaś gdzie powinny

ny niedobór powoływanych placówek, choć – jak wynika z danych statystycznych – do wybuchu wojny odnotowywano stały, sukcesywny ich wzrost. W 1930 r. funkcjonowało 180 placówek; w 1934 – 259; w 1938 – 648. Potrzeby były jednak znacznie większe od tego, co mogło zaoferować państwo. Innymi problemami były m.in. niedobór personelu medycznego, a w szczególności lekarzy, nierównomierne ich rozmieszczenie na terenie całego kraju. Warto zaznaczyć, że pomimo dość sceptycznego podejścia do spraw zdrowia, zwłaszcza wśród społeczności wiejskiej, popularność ośrodków zdrowia z roku na rok wzrastała. O ile w 1931 r. udzielono 981 tys. porad lekarskich – siedem lat później ich liczba wzrosła niemal trzykrotnie i wynosiła 2 663 880. B. Pasterski, *Ośrodki zdrowia jako ogniwo publicznej służby zdrowia w Drugiej Rzeczypospolitej*, „UR Journal of Humanities and Social Sciences” 2021, nr 3(20), s. 50–51.

¹⁶ Podobna sytuacja miała miejsce także w województwie łódzkim. W stenogramie z narady roboczej zwracano uwagę, że 40% ośrodków zdrowia mieściła się w nieodpowiednich lokalach. AAN, MZ, sygn. 1/47 Protokół z narady zorganizowanej przez Służbę Zdrowia w dn. 28 kwietnia 1960 r. w siedzibie Prezydium RN w Łodzi ul. Piotrkowska 104, k. 239.

¹⁷ AAN, MZ, sygn. 1/38, Protokoły z posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia z dn. 26.06.1958 r., k. 293.

zgodnie z rejonizacją i planowością zaistnieć. O lekarzach na prowincji zaś pisano w kontekście niskiej frekwencji chorych, nadmienając, że powodem tego był fakt, iż urzędujący lekarze byli to lekarze młodzi, bez doświadczenia, o czym świadczyć mógł fakt odsyłania przez nich poważniejszych przypadków do powiatowych szpitali. Z kolei szpitalom zarzucano brak nadzoru nad podległymi im jednostkami. Także spółdzielczym ośrodkom zdrowia wytykano nieplanowość i to, że były „źle ustawione pod względem organizacyjnym, gospodarczym i kadrowym. Mimo dużego zasobu dobrej woli ze strony organizatorów brak im doświadczenia organizacyjnego, technicznego i fachowego”¹⁸.

Parę lat później sytuacja na prowincji niewiele się zmieniła. Wiejskich ośrodków zdrowia statystycznie nadal przybywało (z 1500 w 1961 r. do 1791 w pierwszym kwartale roku 1964 r.), ale problemy nadal pozostały te same.

Tabela 1. Stan liczebny wiejskiej służby zdrowia

	1961	1962	1963	1964, I półrocze
Ośrodki zdrowia prowadzone przez Rady Narodowe	1410	1454	1547	1602
Spółdzielcze ośrodki zdrowia	90	121	169	189
Punkty zdrowia ogółem:	1812	1783	1693	1635
Punkty zdrowia lekarskie	240	237	255	244
Punkty zdrowia felczerskie	1534	1511	1407	1364
Punkty zdrowia pielęgniarskie	38	35	31	27
Izby porodowe	809	802	795	770
Izby chorych	51	46	47	45
Wiejskie punkty położnych	1464	1337	1238	1206

Źródło: AAN, Zb. NIK, 30/203, k. 70.

Przyjrzyjmy się temu uważniej w szerszym wymiarze. Zgodnie z ogólnymi wytycznymi¹⁹ jedna wiejska placówka, w skład której wchodziła przede wszystkim poradnia ogólna²⁰, powinna obsługiwać

¹⁸ Ibidem, k. 296.

¹⁹ Według wytycznych Ministerstwa Zdrowia wiejskie ośrodki zdrowia powinny obejmować opieką obszar zamieszany przez 4–8 tys. osób. Instrukcja nr 12/58 Ministra Zdrowia z dn. 3 marca 1958 r. w sprawie organizacji opieki zdrowotnej otwartej, Dz. Urz. MZ, 1958, nr 6, poz. 24.

²⁰ Wiejski ośrodek zdrowia miał składać się z poradni ogólnej z zastrzeżeniem, że powinna również realizować w odrębnych godzinach świadczenia profilaktyczne dla dzieci i kobiet w ciąży. W instrukcji z 1958 r. wymieniano również poradnię lekarsko-dentystyczną, punkt sanitarno-przeciwepidemiczny, podręczną pracownię analitycz-

ok. 5–6 tys. mieszkańców zamieszkałych w promieniu 5 km. A zatem przy 15 674 mln ludności wiejskiej (stan z 1963 r.) powinno być ok 3 tys. wiejskich ośrodków zdrowia, przy czym co druga placówka powinna mieć wyasygnowaną aptekę bądź punkt apteczny²¹. W rzeczywistości żadne z ówczesnych województw nie spełniało wymogów w kwestii średniej liczby pacjentów przypadających na ośrodek zdrowia. Najtrudniejsza sytuacja przedstawiała się w województwie szczecińskim, gdzie na jeden ośrodek zdrowia przypadać miało aż 18,6 tys. osób, dalej: w poznańskim – 12,1 tys., bydgoskim – 11,1 tys., olsztyńskim – 10,5 tys., koszalińskim – 10,5 tys. Najlepiej zaś przedstawiała się sytuacja w katowickim – 7,0 tys., krakowskim – 7,4 tys. oraz lubelskim – 7,5 tys.²² Reasumując, w 1963 r. na jeden wiejski ośrodek zdrowia w kraju przypadało średnio ok. 9 tys. mieszkańców.

Tabela 2. Średnia liczba ludności przypadająca na ośrodek zdrowia w kraju

Rok	Liczba mieszkańców wsi	Liczba ośrodków zdrowia na wsi	Liczba ludności przypadająca na 1 ośrodek zdrowia w tys.
1961	15 506	1500	10,3
1962	15 604	1575	9,9
1963	15 731	1716	9,1

Źródło: AAN, Zb. NIK, sygn. 30/203, Notatka informacyjna dotycząca opieki zdrowotnej na wsi dla KC PZPR, k. 70.

Sytuacja z pozostałymi placówkami organizacyjnie podporządkowanymi ośrodkom zdrowia (typu: felczerskie punkty zdrowia, izby porodowe, pielęgniarskie punkty zdrowia czy izby chorych) była odmienna. Ich obowiązki z czasem przejmowały nowo powoływane ośrodki zdrowia, a przede wszystkim szpitalnictwo powiatowe.

na oraz izbę chorych czy izbę porodową. W przypadku istnienia w rejonie odrębnych punktów izby chorych czy porodowej nadrzędne ośrodki zdrowia nie dysponowały na miejscu wspomnianymi pododdziałami. Ibidem. W kolejnej instrukcji sugerowano potrzebę utworzenia na terenie wiejskich ośrodków zdrowia odrębnych poradni dla dzieci chorych i zdrowych oraz dla kobiet w ciąży. Instrukcja 27/60 MZiOS z dn. 21 czerwca 1960 r. zmieniająca instrukcję w sprawie organizacji opieki zdrowotnej otwartej, Dz. Urz. MZiOS 1960, nr 14, poz. 58.

²¹ AAN, Zb. NIK, sygn. 30/203, Notatka informacyjna dotycząca opieki zdrowotnej na wsi dla KC PZPR, k. 65.

²² Ibidem, Notatka służbowa do Komisji Sejmowej, k. 69.

Równie istotna w badanym okresie była też sprawa liczebności fachowego personelu medycznego, a właściwie jego niedoboru. Pomimo wydania i wprowadzenia w życie na początku lat 50. wielu ustaw i rozporządzeń²³ zmierzających do poprawy tej sytuacji, 10 lat później liczba lekarzy na wsi była nadal przeraźliwie niska; stanowiła bowiem zaledwie od 5,3 do 5,7% ogólnej liczby lekarzy w kraju, a osiedlonych na wsi było jeszcze mniej, bo 3,7%²⁴. W latach 1961–1963 liczba lekarzy na wsi wzrosła zaledwie o 381 medyków; dentystów o 105, a farmaceutów o 26 pracowników. Dodać trzeba, że w tym czasie liczba lekarzy medycyny osiedlonych na wsi powiększyła się jedynie o 233 pracowników²⁵. W skali krajowej na jednego wiejskiego lekarza medycyny przypadało w 1958 r. 10 567 osób; w 1960 r. – 9014, a w 1963 r. – 8315²⁶.

Tabela 3. Personel służby zdrowia w wiejskich ośrodkach zdrowia w latach 1958, 1960 i 1963

Rok	Lekarze	Lekarze dentyści	Felczerzy	Pielęgniarki	Położne
1958	1470	1215	1895	1865	156
1960	1739	1515	1837	1988	205
1963	1885	1712	1642	2005	196*

* Oprócz ośrodków zdrowia położne zatrudnione były także w izbach porodowych i punktach położniczych. Według cytowanego sprawozdania w 1963 r. ogółem zatrudniono 2574 położne.

Źródło: AAN, Zb. NIK, sygn. 30/203, Notatka informacyjna dotycząca opieki zdrowotnej na wsi dla KC PZPR, k. 64.

²³ Ustawa z dn. 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, Dz.U. 1948, nr 55, poz. 234; Ustawa z dn. 7 marca 1950 r. o planowym zatrudnianiu absolwentów średnich szkół zawodowych oraz studiów wyższych, Dz.U. 1950, nr 10, poz. 106; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 4 września 1950 r. w sprawie nakazów podjęcia pracy w zakładach społecznych służby zdrowia, Dz.U. 1950, nr 41, poz. 372; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 14 czerwca 1949 r. w sprawie ustalania list lekarzy i lekarzy dentyistów przekraczających normę ilościową, Dz.U. 1949, nr 38, poz. 276; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 14 czerwca 1949 w sprawie ogólnych norm ilościowych lekarzy dopuszczonych do wykonywania praktyki lekarskiej, Dz.U. 1949, nr 38, poz. 277. Zob. też: M. Paciorek, *Lekarz na prowincji...*, op. cit., s. 143; eadem, *O wychowaniu nowego typu lekarza w Polsce na przełomie lat 40. i 50., XX w.*, „Medycyna Nowożytna” 2014, z. 2, s. 144.

²⁴ AAN, Zb. NIK, sygn. 30/203, k. 118 i dalsze, bp.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibidem, Notatka informacyjna dotycząca opieki zdrowotnej na wsi dla KC PZPR, k. 64.

Wspomnianą kontrolę NIK przeprowadzono w drugiej połowie 1964 r. na terenie ośmiu województw: szczecińskiego, koszalińskiego, gdańskiego, białostockiego, lubelskiego, rzeszowskiego, warszawskiego oraz zielonogórskiego. Zakresem inspekcji objęto wówczas po dwa powiaty z każdego rejonu, obserwacji zaś poddano dwa ośrodki wiejskie, przychodnie, szpital powiatowy, pogotowie ratunkowe, stacje sanitarno-epidemiologiczne, tamtejszy wydział zdrowia oraz spółdzielnie zdrowia znajdujące się na terenie powiatu. Zgodnie z harmonogramem pracy zamierzano również poddać kontroli ówczesne Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi, a także inne organizacje mające na celu świadczenie pomocy ludności wiejskiej, czyli m.in. „Samopomoc Chłopską”. Raporty z przeprowadzonych inspekcji wpływały sukcesywnie. Już pierwsze wyniki wskazywały na szereg nieprawidłowości na różnych szczeblach organizacyjnych, począwszy od wiejskiej, gromadzkiej służby zdrowia, przez powiatową, a skończywszy na wojewódzkiej. Dotyczyły one kilku zagadnień:

- realizacji zadań profilaktyczno-leczniczych,
- organizacji placówek i dostępności do świadczeń leczniczych,
- nadzoru kierownictwa placówek nad mniejszymi agendami.

Realizacja zadań profilaktyczno-leczniczych

W odniesieniu do pierwszego zagadnienia w wielu sprawozdaniach zwracano uwagę na podobne niedociągnięcia. Obserwowano dość często brak realizacji bądź realizacji w ograniczonym zakresie opieki domowej. Prowincjonalne ośrodki wiejskie skupiały się głównie na udzielaniu porad ambulatoryjnych, choć i tam, jak wykazywano w sprawozdaniach, liczba pacjentów przyjętych ambulatoryjnie przez lekarza medycyny wahała się od 1,5 do 3,6 na godzinę. Z kolei wizyty domowe w województwie olsztyńskim od 0,05 do 0,5 na godzinę²⁷. Z kolei w powiecie pułtuskim, w województwie warszawskim, wiejskie ośrodki zdrowia miały w ogóle nie realizować tego typu usług. W Nasielsku zaś opieka domowa świadczona była jedynie dla mieszkańców miasteczka z pominięciem ludności mieszkającej poza jego obszarem.

Działalność leczniczą ośrodków zdrowia utrudniał też brak możliwości wykonania badań pomocniczych, takich jak OB, morfologia czy badanie moczu. W olsztyńskim chorych kierowano w tym celu do przychodni obwodowych oddalonych o 10–20 km. Z kolei w celu wy-

²⁷ Ibidem, k. 113.

konania badań radiologicznych pacjentów z Fromborka odsyłano do oddalonego o 90 km Olsztyna. Jak wyjaśniano, powodem tego była awaria od kilku miesięcy aparatu rentgenowskiego w powiatowej przychodni obwodowej. Podobne sytuacje miały miejsce także w powiecie siedleckim. Pisano wówczas: „we wszystkich kontrolowanych rejonach za wyjątkiem jednego ośrodka w Dąbrównie nie przeprowadza się żadnych badań analitycznych, chociaż są nieraz możliwości lokalowe zorganizowania badań pomocniczych”, a „chorzy sprawiający trudności diagnostyczne kierowani są do przychodni obwodowych lub szpitali, chorzy ci nie wracają do macierzystego ośrodka z ustaloną diagnozą”²⁸.

Kontrole inspektorów ujawniły także jeszcze inną nieprawidłowość. Lecznictwo chorób, takich jak gruźlica czy choroby weneryczne u pacjentów wiejskich ośrodków zdrowia, polegało jedynie na wstępnej kwalifikacji i odesłaniu chorego do specjalisty. Pracownicy ośrodków zdrowia nie byli informowani na temat potwierdzonej diagnozy i przykładowo wykryciu kolejnego źródła zarazka. W jednym ze sprawozdań pisano: „ośrodki zdrowia przypadkowo tylko przypadkowo dowiadują się o środowiskach chorych na gruźlicę i wówczas rejestrują takie środowiska”²⁹. Podobnie przedstawiała się sytuacja w przypadku chorób skórno-wenerycznych. Pisano: „Lekarze nie orientują się w zachorowaniach na choroby weneryczne (...) i nie współdziałają z poradniami skórno-wenerycznymi”³⁰. Także istnienie chorób społecznych w środowisku, a w szczególności alkoholizmu, nie było dostrzegane przez kierownictwo ośrodków, ale to już problem związany po trosze z zagadnieniem profilaktyki.

Właśnie przywołana profilaktyka oprócz lecznictwa była jednym z podstawowych zadań stawianych placówkom opieki zdrowotnej. Jak wynika z kwerendy źródła, także i na tym polu pojawiało się wiele niedociągnięć.

Jednym z nich był brak opieki profilaktycznej nad pracownikami PGR-ów. Jak wynikało z raportów inspekcji, badania kontrolne wykonywano dorywczo, niekiedy z przerwą dwuletnią, nie obejmując przy tym opieką wszystkich pracowników. Zaobserwowano też brak rozeznania kierownictwa nawet w kwestii ich ogólnej liczebności. Podczas kontroli badano tyłu pacjentów, ile się zgłosiło, nie egzekwując konieczności przebadania całego zespołu. Zjawisko to było nagminne,

²⁸ Ibidem, k. 105.

²⁹ Ibidem, k. 112.

³⁰ Ibidem.

występowało w inspekcjonowanych placówkach w województwach: warszawskim, koszalińskim, szczecińskim oraz gdańskim.

Problemy z realizacją zadań profilaktycznych miały również poradnie „C” funkcjonujące w ramach ośrodków zdrowia oraz izby porodowe – obie placówki odpowiedzialne za opiekę nad kobietą ciężarną, dzieckiem i niemowlęciem. Zaobserwowano brak szerzenia oświaty zdrowotnej wśród kobiet oraz związane z tym konsekwencje. Jak ustalono – kwestia propagowania świadomego macierzyństwa oraz promowania środków antykoncepcyjnych przez położne z poradni „C” praktycznie nie istniała. Także w punktach aptecznych zorganizowanych przy ośrodkach zdrowia nie rozsyłano ulotek, nie wywieszano plakatów, nie zamieszczano żadnej na ten temat informacji³¹. W przypadku kobiet ciężarnych większość kobiet wiejskich dopiero w 8.–9. miesiącu ciąży korzystała z usług poradni „C”. Zjawisko to było nagminne. W jednym z raportów pisano „przez trzy dni naszej inspekcji izba porodowa w Łukcie nie miała żadnej rodzącej, a personel i położne nic nie robiły pomimo, że stan porządkowy izby (...) i patronaż jest niezadawalający”³². Podczas inspekcji poradni „C” dostrzeżono także i inne uchybienia związane m.in. z prowadzeniem dokumentacji medycznej. W raportach pokontrolnych wspomniano o braku kart ciążyowych pacjentek oraz badań pomocniczych, dziś określanymi mianem dodatkowych. Ale to nie wszystko. Innym poważnym przewinieniem były nieścisłości w prowadzeniu samej ewidencji pacjentek poradni. Kontrola wykazała niejednokrotnie przypadki, kiedy to położne rejonowe nie obejmowały opieką wszystkich położnic, noworodków i niemowląt urodzonych poza izbą porodową. Niezgłaszanie do przychodni nowo narodzonego dziecka urodzonego w warunkach domowych skutkowało właśnie tego typu sytuacjami. Jako jeden z jaskrawych przykładów zaniedbań wskazywano na przypadek ośrodka w miejscowościach Ośno Lubuskie gmina Bogdaniec, w którym m.in. „położne wykonały w 1963 r. 4 wizyty domowe u położnic i niemowląt w wieku do 6 tygodni, podczas gdy w tym okresie w samej gromadzie Bogdaniec, urodziło 48 dzieci. Ośrodek ten nie dysponował żadnymi danymi o dzieciach urodzonych poza izbą porodową”³³.

Również sprawa szczepień profilaktycznych była poważnie zaniedbywana. W województwie olsztyńskim w jednym z kontrolowanych ośrodków szczepienia BCG odnotowano zaledwie w 75% u nowo naro-

³¹ Ibidem, k. 112.

³² Ibidem, k. 111.

³³ Ibidem, Uwagi o działalności służby zdrowia w zakresie zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską, s. 6.

dzonych dzieci, z kolei szczepienia Di-Per-Te³⁴ zrealizowano jedynie u 30% ogółu małych pacjentów³⁵.

Kolejne błędy w pracy ośrodków zdrowia dotyczyły zagadnień związanych z higieną szkolną. Kontrola z 1964 r. wykazała, że dzieci nie były poddawane systematycznym badaniom okresowym. W trzech szkołach będących pod opieką wiejskiego ośrodka zdrowia w Karczmiskach w woj. lubelskim przerwy między badaniami wynosiły nawet do trzech lat. Zdarzały się też inne wiejskie ośrodki zdrowia, gdzie nie prowadzono nadzoru nad pracą higienistów szkolnych, a dzieci nie były objęte opieką lekarską (w Zlewie pow. Starogard). Odnotowywano także liczne przypadki niewywiązywania się przez lekarzy z powierzonych obowiązków³⁶. Pisano o braku wspomnianych badań okresowych u dzieci, niestosowaniu zasad dyspanseryzacji u dzieci, a nawet jeśli były one wdrożone, nie kierowano dzieci do specjalisty. Równie niekorzystnie przedstawiała się sprawa opieki stomatologicznej wśród najmłodszych. W wielu szkołach wiejskich praktycznie jej nie zapewniano, z prostego powodu – braku lekarza dentystry.

Także kwestia nadzoru higienicznego nad placówkami oświatowymi nie była realizowana. Pisano: „w szkole podstawowej we Fromborku, ustęp nieszczelny, śmietnik niezabezpieczony i nie dezynfekowany wapnem chlorowanym. (...) W szkole podstawowej w Łukcie brudno i ciasno (brak korytarza i sal rekreacyjnych)”³⁷.

W ramach działalności profilaktyczno-leczniczej, zgodnie z odgórnymi wytycznymi, ośrodki zdrowia miały również obowiązek szerzenia oświaty zdrowotnej wśród mieszkańców podległego im rejonu. Także i tutaj pojawiły się niedociągnięcia, bowiem – „w większości kontrolowanych ośrodków zdrowia nie prowadzono akcji oświatowo-sanitarnej w szerszym środowisku wiejskim ograniczając się do wygłaszania pogadank, dla pacjentów oczekujących w poczekalniach lub w izbach porodowych”³⁸.

Innym przewinieniem ściśle związanym z działalnością leczniczą było też zjawisko przekraczania uprawnień zawodowych przez personel medyczny. Dotyczyło to zazwyczaj felczerów udzielających świadczeń leczniczych wobec dzieci do 14. r.ż. Przypadki te, jak podkreślano, nie były jednostkowe; odnotowano je na terenie placówek województw białostockiego, szczecińskiego i zielonogórskiego. W sprawoz-

³⁴ Szczepionka przeciw błonicy, krztuścowi i tężcowi.

³⁵ Ibidem, k. 111.

³⁶ Ibidem.

³⁷ Ibidem, *Sprawozdanie z województwa olsztyńskiego*, k. 110.

³⁸ Ibidem, *Uwagi o działalności służby zdrowia*, s. 9.

daniu pisano: „w punkcie felczerskim w Lewkowie Starym (...) felczer udzielał porad dzieciom i niemowlętom zarówno w ambulatorium jak i w domu chorego. Na podstawie kart choroby dzieci, którym felczer udzielił porad ustalono, że były one leczone bez konsultacji z lekarzem ośrodka w Narewce lub poradni D w Hajnówce (...)”³⁹. Z kolei w Józefowie nad Wisłą „stwierdzono fakt leczenia zębów u młodzieży szkolnej przez pomoc dentystyczną, która została do tego rodzaju praktyk dopuszczona przez miejscowego lekarza stomatologa”⁴⁰.

Kolejne uwagi dotyczyły wspomnianych już wcześniej zaniedbań w dokumentacji medycznej. Sprawa sposobu ich prowadzenia, archiwizowania historii chorób pacjentów, prowadzenia rejestru poszczególnych poradni czy ogólnie sprawozdawczości ośrodków zdrowia wymagała natychmiastowego rozwiązania. W wielu kontrolowanych placówkach, jak wynikało ze sprawozdań⁴¹, statystyka medyczna była często zawiązana. Sytuacje te miały miejsce we wszystkich kontrolowanych placówkach. W olsztyńskim „dokumentacja lekarska niepełna, nieczytelna a nawet fikcyjna. W kartach choroby w większości stwierdzono brak wywiadów, brak adnotacji o przepisanych lekach, brak sposobu podawania leków, a nawet nie wpisane są porady lekarskie”⁴². Dzienniki pracy lekarza prowadzone były nieczytelnie, zdarzały się też wpisy niezgodne ze stanem faktycznym. Także książki ewidencji noworodków wymagały korekty. Brakowało bowiem w historii choroby dziecka nawet daty jego urodzenia. Tłumaczono to, „że powiadomienia o urodzeniach dziecka wpływają często z dużym opóźnieniem, nawet po upływie paru miesięcy”⁴³. Sytuacje tego typu były nagminne. W ośrodkach zdrowia brakowało też podstawowych druków: recept, kart historii choroby, książki oddziałowej itp.

Organizacja placówek i dostępność świadczeń leczniczych

Organizacja pracy kontrolowanych placówek oraz ich dostępność dla mieszkańców danego rejonu stanowiła kolejny punkt w harmonogramie kontroli NIK. Jak wynika ze źródeł, w badanym roku skupiono się na systemie organizacji pracy danej placówki; badano jej wyposażenie, stopień wykorzystania urządzeń i ich niedobory, zwracano też uwagę na przestrzeganie regulaminu pracy kadry medycznej czy kwestię przekazu informacji na temat możliwości uzyskania porad

³⁹ Ibidem, s. 7.

⁴⁰ Ibidem, k. 43; ibidem, Uwagi o działalności służby zdrowia, s. 7.

⁴¹ Ibidem, s. 10–11.

⁴² Ibidem, k. 109.

⁴³ Ibidem, k. 108.

medycznych (tablice informacyjne, wykaz cennika usług itp.). Jak się okazało, także i w tej sferze dociekań odnotowano szereg nieprawidłowości.

W odniesieniu do wiejskich placówek opieki zdrowotnej odnotowano brak rejonizacji poszczególnych placówek, co wprowadzało dezorganizację pracy na większym terenie. Pojawiały się bowiem ośrodki zdrowia o zbyt małej liczbie zarejestrowanych pacjentów, podczas gdy w rzeczywistości podlegać im miały jeszcze inne obszary. Zdarzało się, że kierownictwo kontrolowanych ośrodków zdrowia nie zdawało sobie sprawy z przynależnej do jego placówki rejonizacji. Przykładem tego był ośrodek zdrowia w Darłowie, gdzie, zgodnie z rejestrem, powinien być on obsługiwać 44 wsie, a w rzeczywistości w kartotece ośrodka zarejestrowano jedynie mieszkańców dziewięciu osad, „o pozostałych miejscowościach nikt z ośrodka nie wiedział”⁴⁴.

Podstawowym jednak problemem w pracy ośrodków zdrowia było nierespektowanie regulaminu pracy, który, jak się okazało, w żadnej z kontrolowanych placówek nie został opracowany zgodnie z instrukcją⁴⁵ z 1960 r. Nieprzestrzeganie czasu pracy poszczególnych lekarzy, zmiana godzin przyjęć bądź niestawianie się w danym dniu w placówce to jedne z wielu wykroczeń dostrzeganych przez inspektorów. Jako przykład podawano sytuację z powiatu koszalińskiego, kiedy to lekarz zatrudniony na 10,5 godz. dziennie w jednym z ośrodków zdrowia pojawiał się w placówce co drugi dzień na 4 godziny. Był lekarzem dojeżdżającym z miasta powiatowego. Oprócz niego i lekarza stomatologa, zatrudnionego w niepełnym wymiarze, w ośrodku zdrowia pozostawała jedynie pielęgniarka.

Nie lepiej przedstawiała się sytuacja w powiatowych przychodniach obwodowych. Sprawa obecności lekarzy w poradniach specjalistycznych, pomimo wcześniej ustalonego harmonogramu pracy, była raczej sprawą umowną. Pacjenci zgłaszający się do przychodni dopiero po otwarciu „okienka” rejestracji mogli poznać nazwisko lekarza, do którego zostali skierowani. Co więcej, informacja była podawana na bieżąco przez kierownika przychodni tuż przed jej otwarciem, co świadczyło o braku grafiku przyjęć lekarzy. Również godziny pracy personelu medycznego były płynne. W sprawozdaniu pisano „w dniu 8.VII. o godz. 17 żadna z poradni nie była czynna, jakkolwiek obowiązek ordynowania do godziny 18.30 dotyczył 6 lekarzy w 4 poradniach.

⁴⁴ Ibidem, k. 45.

⁴⁵ Instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Nr 43/60 z dn. 22 września 1960 r. w sprawie ramowego regulaminu zadań poradni ogólnych, Dz. Urz. MZiOS, 1960, nr 20, poz. 94.

W dniu 13 VII. w czterech przypadkach miało miejsce wcześniejsze zakończenie pracy w poradni ogólnej i dziecięcej, których gabinety lekarze opuścili o godz. 15, zamiast o 18.30 oraz w gabinecie dentystrycznym, gdzie lekarz pracował 3 godzinny jakkolwiek zatrudniony był w wymiarze 7 godzin dziennie⁴⁶. Zjawisko to było dość powszechne⁴⁷.

Często obserwowanym uchybieniem były też braki w wyposażeniu kontrolowanej placówki. Dotyczyło to głównie sprzętu diagnostyczno-terapeutycznego oraz środków farmaceutycznych. Niedobór podstawowych leków pierwszej pomocy oraz tzw. torby lekarskiej, wyposażonej w niezbędne medykamenty, w sytuacjach nagłych wezwań zaobserwowano m.in. na terenie woj. gdańskiego, białostockiego, rzeszowskiego oraz lubelskiego. W powiecie Hajnówka, jak pisano: „na szczególne podkreślenie zasługuje brak niezbędnych surowic oraz jakość płynów krwiozastępczych, oraz leków nie posiadających opakowań firmowych (...)”⁴⁸. W innym ośrodku, w Karczmiskach w powiecie Opole Lubelskie, odnotowano, że zabrakło fotela ginekologicznego w poradni ginekologicznej oraz wzierników i tzw. miednicomierza, co w praktyce uniemożliwiało świadczenie usług leczniczych. Natomiast w ośrodku zdrowia w Pusznie Godowskim nie było podręcznego zestawu do wykonywania analiz, wspomnianej torby lekarskiej, leków, a wśród nich zestawu przeciwwstrząsowego, środków przeciwbólowych, a także środków dezynfekcyjnych, takich jak spirytus i jodyna⁴⁹. Niedobory dotyczyły także leżanki lekarskiej, aparatu do pomiaru ciśnienia, szafki narzędziowej, stolika opatrunkowego. W Łukcie w woj. olsztyńskim stwierdzono zaś brak termometrów oraz stołu do badania niemowląt. W Lubniewicach zaś w tamtejszym ośrodku zdrowia pomimo braku sprzętu medycznego – wagi medycznej, fotela ginekologicznego czy cytowanej aparatury – w zapotrzebowaniu na kolejny rok nie uwzględniono tychże urządzeń tylko, co ciekawe, kolejne dwa biurka lekarskie. W przychodni obwodowej w Parczewie w województwie lubelskim odnotowano natomiast sytuację niewykorzystania posiadanego sprzętu (aparat rentgenowski, diatermia krótkofalowa, lampa kwarcowa Solux) z powodu m.in. braku przeszkolenia tamtejszego personelu w ich obsłudze.

Jak wynika z powyższego, w badanym okresie braki i niedobory w sprzęcie medycznym były powszechne, co nie oznaczało jednak, że

⁴⁶ AAN, Zb. NIK, sygn. 30/203, k. 42.

⁴⁷ Ibidem, *Uwagi o działalności służby zdrowia*, s. 13–14.

⁴⁸ Ibidem, k. 45.

⁴⁹ Ibidem, k. 44.

ów stan rzeczy należało akceptować. Przywołane źródła nie wykazywały jednak żadnej informacji odnośnie do starań personelu o zmianę powyższej sytuacji w kwestii zaopatrzenia. Być może pisano wnioski do centrali⁵⁰, jednak nie zachowały się na ten temat żadne ślady. Jak wynika z notatek, roczne zamówienia na sprzęt medyczny i doposażenie placówek były realizowane, ale czy zawsze to doposażenie było właściwie rozplanowane? Z drugiej zaś strony czy przywołana centrala realizowała wszystkie zamówienia, jak było z ich dostawą? Można też zadać kolejne pytanie – czy winą za wspomniane braki należy obciążać jedynie kierownictwo ośrodków? Pytania te pozostają otwarte, choć biorąc pod uwagę ciężką sytuację zaopatrzeniową w różnych innych sektorach gospodarki państwowej w badanym okresie, należy zachować pewną ostrożność w wyrażaniu opinii.

Na temat dostępności do placówek opieki zdrowotnej pisano już przy omawianiu ograniczonego czasu pracy kadry medycznej. Warto zaznaczyć, że istniały też i inne czynniki. Brak przekazu informacyjnego⁵¹ odnośnie do możliwości leczniczych w tej czy innej placówce bardzo poważnie komplikował sprawę. W sprawozdaniach z kontroli zwracano uwagę na powszechne braki tablic informacyjnych w kontrolowanych placówkach. Nie było też wywieszonego cennika opłat dla nieubezpieczonych czy informacji o sposobie postępowania w przypadkach nagłych. Brakowało również przekazu na temat możliwości skorzystania z poradni specjalistycznych (przeciwgruźliczych, okulistycznych, reumatologicznych). Co ciekawe, zdaniem kontrolerów nawet kierownictwo placówek nie dostrzegało potrzeby udzielania tego typu wskazówek. W ich opinii informacja o czasie pracy specjalistów w przychodni obwodowej była potrzebna przede wszystkim lekarzom, a nie pacjentom⁵², ponieważ to oni kierują chorego do specjalisty. Zjawisko to nie było jednostkowe, odnotowano je bowiem na terenie województw koszalińskiego, białostockiego, rzeszowskiego, lubelskiego, szczecińskiego czy olsztyńskiego.

Problem dostępności do świadczeń medycznych dotyczył również szpitali powiatowych. Jak wykazały przeprowadzone w nich kontrole, wielokrotnie obserwowano odmowy przyjęcia chorych z powodu braku miejsc przy równoczesnym dysponowaniu w tym czasie wolnymi łóżkami. W lutym 1964 r. w szpitalu powiatowym w Hajnówce odmówiono przyjęcia dwóch chorych na oddział wewnętrzny, mimo

⁵⁰ „Centrosprzęt” – Centrala Zaopatrzenia Sprzętu Sanitarно-Medycznego.

⁵¹ Ibidem, k. 107.

⁵² Ibidem.

istnienia wówczas rezerwy 9-lóżkowej. Podobna sytuacja miała także miejsce w Szpitalu Powiatowym w Krośnie, gdzie w I kwartale 1964 r. – jak udowodniono – w 87 przypadkach odmówiono przyjęcia z powodu braku wolnych miejsc, pomimo że w tym czasie szpital dysponować miał wolnymi łózkami. Według ustaleń inspektorów 56% odmów dotyczyło pacjentów z wiejskich ośrodków zdrowia. Wolne miejsca zarezerwowane były z reguły dla tzw. pacjentów prywatnych, skierowanych przez lekarzy zatrudnionych w szpitalu⁵³. Podobne fakty odnotowano też w innych szpitalach na terenie województwa zielonogórskiego i gdańskiego.

Nadzór

Jak wynikało ze sprawozdań NIK, poważne konsekwencje dla ówczesnego systemu opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską miały też uchybienia w zakresie braku nadzoru i koordynacji ze strony placówek nadrzędnych. Powiatowe poradnie, którym podporządkowane były wiejskie ośrodki zdrowia, ograniczały swoją współpracę zaledwie do świadczenia porad specjalistycznych. Także i te placówki, jak wynikało z dokumentów, nie miały rozeznania co do potrzeb podległych im ośrodków zdrowia, punktów felczerskich i położniczych. Wynikało to często z analizowanego już wcześniej faktu, że kierownicy obwodowych placówek zatrudniani byli w niepełnym wymiarze godzin 1–1,5 godz. dziennie. Nadzór placówek nadrzędnych nad podległymi jednostkami, o ile takowy został odnotowany, wykonywano z reguły pobieżnie, skupiając się głównie na sprawach administracyjno-finansowych. Pomijano też zagadnienia merytoryczne, nie pozostawiając notatek, sprawozdań, a przede wszystkim wskazówek czy zaleceń. Błędy tego typu odnotowano nie tylko w odniesieniu do poradni obwodowych czy poradni specjalistycznych danego rejonu. Dotyczyły też pracy wydziałów zdrowia prezydium wojewódzkich rad narodowych. Przykładem tego może być Starogard Gdański, gdzie w tamtejszym Wydziale Zdrowia zaplanowano 204 kontroli na lata 1963–1964, z czego do skutku doszło zaledwie 36 z nich⁵⁴. Także w Lublinie Prezydium WRN w 1963 r. nie przeprowadziło żadnej kontroli w placówkach lecznictwa otwartego. Z kolei konsultanci wojewódzcy zarówno w roku 1963 jak i w I półroczu 1964 r. ograniczali się głównie do wizytacji

⁵³ Zgodnie z obliczeniami kontrolerów na 387 pacjentów przyjętych w badanym okresie do szpitala w Krośnie aż 12%, czyli 64 z nich, miało być pacjentami prywatnymi. Ibidem, k. 41; ibidem, *Uwagi o działalności służby zdrowia*, s. 11.

⁵⁴ *Uwagi o działalności służby zdrowia w zakresie zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską*, NIK, kwiecień 1965, ibidem, s. 15.

szpitali. Uchybienia tego typu zaobserwowano w mniejszym lub większym stopniu na wszystkich szczeblach nadzoru. Patronat szpitali nad placówkami lecznictwa otwartego ograniczał się do świadczenia porad konsultacyjnych przez ordynatorów. Nie organizowano szkoleń dla tamtejszego personelu medycznego. Uchybienia te miały miejsce na terenie większości kontrolowanych województw.

Podobne błędy i niedopatrzienia wykryto także w pracy Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych (dalej: PSSE), którym zarzucano niewywiązywanie się z obowiązków m.in. kontroli staniun sanitarno-epidemiologicznego obiektów komunalnych, placówek żywienia zbiorowego, zakładów produkcyjnych, a nawet szkół i przedszkoli. Poważnym niedopatrzaniem było też zaniechanie egzekwowania wytycznych pokontrolnych w patronowanych placówkach. Dla przykładu PSSE w Gorzowie Wielkopolskim „zobowiązała GS «Samopomoc Chłopską» do oczyszczenia starych czy względnie wybudowania nowych urządzeń sanitarnych w barze w Santoku, grożąc karą pieniężną w wysokości 1000 zł, za niewykonanie tego nakazu w terminie do końca stycznia 1963 r. Pięciokrotne kontrole przeprowadzone w 1963 r. przez Stację w wymienionym barze, stwierdzały każdorazowo niewykonanie omawianego nakazu, mimo to stacja nie zastosowała sankcji”⁵⁵.

Także w Kościerzynie w woj. gdańskim tamtejsza stacja sanitarno-epidemiologiczna wykonała plan kontroli przewidziany na 1963 r. w bardzo wąskim zakresie, bo zaledwie w 29% w odniesieniu do stanu sanitarnego wodociągów publicznych; w 25% – wiejskich publicznych studni oraz w 20% – w odniesieniu do prywatnych urządzeń wodnych⁵⁶.

Poważnym naruszeniem przepisów ze strony powyższych placówek była też sprawa niewywiązywania się z obowiązku szerzenia oświaty zdrowotnej w podległych placówkach. Jak się okazało, w Koszalinie od 1962 r., tj. od momentu zlikwidowania Wojewódzkiego Społecznego Komitetu Higienizacji Wsi, zaniechano szerzenia oświaty zdrowotnej, ponadto „nie interesowano się inicjatywami społecznymi w 14 wsiach województwach”⁵⁷. Podkreślano brak nadzoru instytucji nad lokalnymi organizacjami PCK w zakresie organizowania konkursów czystości w PGR-ach czy współzawodnictwa o miano wzorcowej wsi.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ Ibidem, s. 17.

⁵⁷ Ibidem.

Podsumowanie

Przeprowadzona w 1964 r. kontrola NIK potwierdziła szereg uchybień i zaniedbań ze strony regionalnych placówek ochrony zdrowia na wszystkich szczeblach. Pierwotną ich przyczyną był niedobór liczebny wiejskich ośrodków zdrowia, spowodowany, jak pisano w sprawozdaniu, brakiem niezbędnych materiałów budowlanych. Jak ustalono, w roku 1964 r. na terenach wiejskich funkcjonowało zaledwie 59% z planowanych 3 tys. tego typu instytucji. Innym równie ważnym problemem potwierdzonym przez NIK okazał się niedobór liczebny kadry medycznej, zarówno lekarzy, lekarzy dentyków, jak i pielęgniarek oraz położnych. Wszelkie wcześniejsze zachęty dla lekarzy pragnących osiedlić się na wsi – typu dwuletni 1000-złotowy dodatek do pensji oraz prawo do 10,5-godzinnego dnia pracy w roku 1964 – nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Dodatkowym brakiem motywacji do osiedlania się na wsi, jak już wspomniano, był brak mieszkań dla medyków⁵⁸. Według obliczeń, w roku 1963 r. 51% ludności całego kraju zamieszkujących tereny wiejskie obsługiwało zaledwie 5,3% ogółu lekarzy..

Do zasadniczych nieprawidłowości w pracy wiejskich zakładów służby zdrowia należało: niewykonywanie w dostatecznym stopniu świadczeń zdrowotnych przez wiejskie placówki zdrowia; skupianie się głównie na terapii ambulatoryjnej, zaniedbując przy tym opiekę nad obłożnie chorymi; brak skutecznej profilaktyki nad dziećmi i młodzieżą szkolną; brak opieki nad pracownikami PGR, nierealizowanie zadań z zakresu oświaty zdrowotnej. Zwracano też uwagę na niedobory w wyposażeniu ośrodków zdrowia w sprzęt medyczny i podstawowe środki terapeutyczne. Także brak informacji na temat dostępności świadczeń w placówkach ochrony zdrowia przyczyniał się często do zaniechania bądź rezygnacji z dalszego leczenia.

Uwagi wobec kadry medycznej dotyczyły w dużym stopniu nieprzestrzegania dyscypliny pracy czy niewywiązywania się z zawartych umów.

Jak wynika z powyższego, wszystko to przyczyniało się do powstania ogólnego zamieszania i nieładu w systemie organizacji wiejskich placówek ochrony zdrowia. Służba zdrowia połowy lat 60. na prowincji pomimo wysiłków ówczesnego Ministerstwa Zdrowia nadal okazywała się niewydolna. Nadal brakowało lekarzy na wsi, a ci, którzy tam byli, w dużym stopniu stanowili kadrę młodą, niedoświadczoną,

⁵⁸ M. Paciorek, *Lekarz na prowincji...*, op. cit., s. 141–160.

której brakowało praktyki. Wciąż było zbyt mało ośrodków zdrowia, a te, które funkcjonowały, pod wieloma względami wymagały wielopłaszczyznowej reorganizacji.

Problemy ze zgłaszalnością⁵⁹ ludności wiejskiej do ośrodków zdrowia były zatem w dużym stopniu spowodowane powyższą sytuacją. Nic więc dziwnego, że mieszkańcy wsi bez względu na posiadane ubezpieczenie zdrowotne często wybierali poradnictwo u tzw. lekarza prywatnego, który w prawdzie za opłatą, ale był na czas i realizował swoją powinność.

Na zakończenie warto odpowiedzieć na pytanie o to, jakie były losy przeprowadzonej w 1964 r. kontroli NIK. Sporządzoną w formie opisowego raportu pokontrolnego przesłano do odpowiednich instytucji państwowych, m.in. do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, do Komisji Zdrowia ówczesnego Sejmu, poszczególnych PWRN, właściwych stacji sanitarno-epidemiologicznych, a także do KC PZPR.

Ministerstwo Zdrowia z kolei, a właściwie jego organ – Departament Sanitarno-Epidemiologiczny, nakazał wojewódzkim wydziałom zdrowia, a te swoim powiatowym odpowiednikom, dostosowanie się do wytycznych wskazanych w raporcie NIK-u. Dotyczyły one m.in. wzmocnienia działalności informacyjnej w ośrodkach zdrowia, ponadto realizacji zadań ośrodków zdrowia w zakresie opieki nad dzieckiem i niemowlęciem, kobietą ciężarną, higieną szkolną zgodnie z odpowiednimi instrukcjami zamieszczonymi w Dzienniku Urzędowym MZ. Dalsze uwagi dotyczyły wyposażenia ośrodków zdrowia umożliwiających sprawne wykonywanie zadań, konieczności przestrzegania dyscypliny pracy pracowników ośrodków, regularności płacy, wzmocnienia przelotowości szpitali w celu ułatwienia dostępu ludności wiejskiej hospitalizacji, szerzenia oświaty zdrowotnej, a także wzmocnienia nadzoru nad placówkami wiejskich ośrodków zdrowia⁶⁰, które to zadanie powierzono przychodniom obwodowym, szpitalom oraz terenowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym. Pewnym *novum* było powołanie na szczeblu wojewódzkim 1–3-osobowych stanowisk pracy do spraw wsi w komórce metodyczno-organizacyjnej wojewódzkiej przychodni wielospecjalistycznej. Miała ona pełnić rolę koordynatora działalności poszczególnych pionów i placówek w zakresie organizacji i nadzoru nad wiejską służbą zdrowia⁶¹.

⁵⁹ M. Paciorek, *Opieka zdrowotna na wsi...*, op. cit.

⁶⁰ AAN, NIK, sygn. 30/203, k. 137–138.

⁶¹ Ibidem, k. 147.

W jednym z pierwszych pokontrolnych raportów z roku 1966 r.⁶² Ministerstwo Zdrowia, zobligowane do udzielenia odpowiedzi na wcześniejsze raporty, informowało NIK m.in. o rozwoju akcji szerzenia oświaty zdrowotnej na wsi, wzroście liczby organizatorów sanitarnych w ośrodkach zdrowia, szkołach oraz zakładach PGR oraz o powoływaniu w tym celu tzw. wiejskich szkół zdrowia. Oświata zdrowotna szerzona była również przez PCK, koła gospodyń wiejskich, gromadzkie komitety higienizacji wsi, z którymi stacje sanitarno-epidemiologiczne były w ścisłym kontakcie. Problemem była rekrutacja na wspomniane stanowisko instruktora higieny wiejskiej z racji małej atrakcyjności zawodu, a przede wszystkim braku mieszkania czy niskiego uposażenia.

Także sprawa nadzoru wiejskich ośrodków zdrowia powierzona terenowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym miała odnosić sukcesy. Czy było tak rzeczywiście, trudno ocenić. Należy jednak zaznaczyć, że na temat budowy nowych placówek zdrowotnych czy też rozwiązania problemu niedoboru kadry medycznej w rejonach wiejskich raporty pokontrolne milczały.

Bibliografia

- AAN, Ministerstwo Zdrowia 1944–1960
AAN Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej 1960–1990.
AAN, MZ, sygn. 1/38, Protokoły z posiedzeń Kolegium Ministerstwa Zdrowia z dn. 26.06.1958 r.
AAN, Zb. Najwyższej Izby Kontroli, sygn. 30/203.
Adamus A., *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017.
Adamus A.M., *Obraz wsi w latach 1956–1980 w świetle chłopskich skarg*, [w:] M. Choma-Jusińska, M. Kruszyński, T. Osiński (red.), *Życie codzienne w PRL*, Lublin–Warszawa 2019.
Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia, 1958.
Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, 1960, 1962
Dziennik Ustaw 1948, 1949, 1950.
Felchner A., *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian: z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku lat 70-tych XX w.)*, Wrocław 2006.

⁶² Ibidem, k. 156–158.

- Jarosz D., *Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia*, [w:] I. Machaj, J. Styk (red.), *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce w latach 1948–1956 a chłopci*, t. 2 *Wieś*, Lublin 1995.
- Kosiński S., *Pielęgniarka w wiejskiej służbie zdrowia*, Warszawa 1977.
- Kosiński S. Tokarski. S., *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa 1987.
- Kuźma-Markowska S., *Walka z „babkami” a zdrowie kobiet: medykalizacja przerywania ciąży w Polsce w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku*, „Polska 1944/1945-1989. Studia i Materiały” 2017, t. 15.
- Paciorek M., *Lekarz na prowincji w okresie PRL- u problemy i troski środowiska lekarskiego lat 50. i 60. XX wieku*, [w:] W. Korpalska, W. Ślusarczyk, G. Frischke (red.), *Czystość i brud. Higiena za żelazną kurtyną 1945–1989/1991*, Lublin 2021.
- Paciorek M., *O wychowaniu nowego typu lekarza w Polsce na przełomie lat 40. i 50. XX w.*, „Medycyna Nowożytna” 2014, z. 2.
- Paciorek M., *Opieka zdrowotna na wsi na przełomie lat 60. i 70. XX wieku w świetle doniesień prasowych – problem zgłaszalności pacjentów*, [w:] W. Ślusarczyk, G. Frischke (red.), *Lecznictwo na prowincji. Między perspektywą lokalną i globalną. Wybrane problemy*, Lublin 2023.
- Pasterski B., *Ośrodki zdrowia jako ogniwo publicznej służby zdrowia w Drugiej Rzeczypospolitej*, „UR Journal of Humanities and Social Sciences” 2021, nr 3(20).
- Rafałski H., *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, Warszawa 1972.
- Rokicki K., *Możliwości i ograniczenia służby zdrowia w powojennej Polsce*, [w:] M. Choma-Jusińska, M. Kruszyński (red.), *Życie codzienne w PRL*, Lublin–Warszawa 2019.
- Szpak E., *„Chory człowiek jest wtedy jak go coś boli”. Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, Warszawa 2018.
- Szpak E., *Zdrowie na peryferiach”. Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL, na przykładzie listów do władz*, „Polska 1945–1989. Studia i materiały” 2018, XVI.
- Szpak E., *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*, Warszawa 2013.
- Szpak E., *Epidemie chorób zakaźnych w powojennej Polsce jako problem społeczny*, [w:] T. Głowiński, E. Kocik (red.), *„Od powietrza, głodu, ognia i wojny... Klęski elementarne na przestrzeni wieków*, Wrocław 2013.