

Ewelina Szpak

Instytut Historii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa

„Zdrowie na peryferiach”. Lecznictwo i opieka zdrowotna w praktyce codziennej pierwszych dwóch dekad PRL na przykładzie listów do władz*

Zarys treści: Prezentowany tekst podejmuje próbę pokazania zakresu problemów zdrowotnych i organizacyjnych zgłaszanych w skargach i listach obywateli PRL do władz dotyczących opieki zdrowotnej. Czy w skargach dotyczących opieki szpitalnej, pisanych zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy oraz personel medyczny (pomocniczy) przewijały się te same zjawiska? Czym różniły się formułowane przez poszczególne grupy problemy i na ile miały one charakter uniwersalny lub wyjątkowy dla danego czasu? Co dostrzegane w analizowanych listach różnice lub podobieństwa mówiły o systemie państwowej służby zdrowia – to bazowe pytania badawcze stanowiące punkt wyjścia prowadzonych analiz.

Słowa kluczowe: skargi i zażalenia, opieka zdrowotna PRL, organizacja służby zdrowia, prowincja

Keywords: complaints and grievances, health care in the Polish People's Republic, health service organisation, the provinces

„Zawiozłam córkę do doktora w K. Doktor dał mi skierowanie do szpitala do Siemiatycz, więc ja telefonowałam do tamtejszej stacji pogotowia. Zapytali się mnie czy należę do ubezpieczalni. Potwierdziłam prawdę, że należę, to od razu mi powiedzieli, że są popsute karetki i nie mogą przyjechać. A to było nie pierwszy raz. Telefonowałam dwa lata temu, to mi powiedzieli, że to jest daleko i nie przyjadą. I syn mi zmarł. Teraz nie przejechali i córka mi znowu zmarła”¹.

* Praca powstała w wyniku realizacji projektu badawczego nr UMO–2015/17/B/HS3/00170 finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki. Prezentowany tekst stanowi fragment badań i w formie szkicowej wygłoszony został w ramach konferencji „Życie codzienne w PRL na tle innych państw bloku radzieckiego”, Lublin, 12–14 października 2016 r.

¹ AAN, sygn. 237-XXV-17, s. 76.

Ten przejmujący swą lakonicznością list przesłany w 1955 r. do KC PZPR przez mieszkankę wsi w powiecie Siemiatycze pokazuje nie tylko dramat matki, dwukrotnie doświadczonej śmiercią dziecka, ale również jeden z najbardziej charakterystycznych problemów funkcjonowania opieki zdrowotnej na polskiej prowincji w pierwszych dwóch dekadach po II wojnie światowej. Choć na pozór lakoniczny w treści, gdy zostanie umiejscowiony w szerszym kontekście i zestawiony z dokumentacją towarzyszącą opisywanej sprawie ujawnia nie tylko problem wiejskiej komunikacji i odległości, ale również liczne trudności związane z funkcjonowaniem szpitali terenowych oraz samą organizacją państwowej opieki zdrowotnej. W krótkim wyjaśnieniu odnotowanym w Biuletynie listów KC PZPR przeczytać możemy, że przyczyną, dla której w obu tragicznych przypadkach karetka pogotowia nie dotarła, był najpierw brak dostępnych lekarzy, a następnie brak sprawnych pojazdów mogących wyruszyć z pomocą (jedna z karetek była w innym rejonie, a druga była nieczynna z powodu braku opon)².

Zarówno w tym przypadku, jak i w wielu innych niedoinwestowane i słabo wyposażone w sprzęty powojenne, peryferyjne szpitale pozostawały poza zasięgiem ludności zamieszkującej w znacznej odległości. A przecież opisywany przez autorkę i wcale nie tak częsty wówczas fakt przynależności jej rodziny do płatnej dla rolników „ubezpieczalni” gwarantować miały jej i jej bliskim pełen pakiet świadczeń zdrowotnych. A już z pewnością dawać powinny gwarancję bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia życia.

Co ważne jednak, cytowany wyżej i skierowany do władz centralnych list zrozpaczonej wiejskiej matki nie miał na celu poszukiwania winnych (odpowiedzialnych) śmierci obojga jej dzieci. Był bardziej głosem obywatelki kraju rozczarowanej i boleśnie dotkniętej sposobem funkcjonowania instytucji publicznej w terenie i zgłaszającej swój sprzeciw wobec takiej sytuacji do władzy najwyższej.

Wiara w sprawczość czynników decyzyjnych pochyłających się – jak przecież sugerowała ówczesna propaganda – nad każdą, nawet najmniejszą sprawą nie była w tym czasie zjawiskiem sporadycznym. Jak pokazywali wielokrotnie w swoich badaniach Marcin Kula, Dariusz Jarosz, Grzegorz Miernik czy Anna Adamus, listy do władz od pierwszych lat po wojnie spływały do urzędów centralnych w ogromnych ilościach, stanowiąc dla biurokratyzowanych i scentralizowanych władz niezwykle ważne źródło informacji o nastrojach społecznych i ogólnej sytuacji w terenie³. Według danych szacunkowych, przytaczanych m.in. przez Adamus

² *Ibidem*.

³ Zob. m.in. *Supliki do najwyższej władzy*, red. M. Kula, Warszawa 1996; D. Jarosz, *Akta Biura Listów i Inspekcji KCPZPR jako źródło do badań rzeczywistości społecznej w Polsce 1950–1956*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2, 1997, s. 191–216; G. Miernik, *Codziennie troski Polaków w okresie gierkowskiego „dobrobytu” w świetle listów do „Warszawy”*, w: *Życie codzienne w PRL (1956–1989)*, red. G. Miernik, S. Piątkowski, Radom–Starachowice 2006, s. 199–234. Najobszerniejsze i najbardziej aktualne zestawienie wszystkich prac uwzględniających listy do władz zebrała

i Jarosza, rocznie do instytucji centralnych oraz redakcji czasopism i Polskiego Radia trafiało od kilkudziesięciu do kilkuset tysięcy listów ze skargami, zażaleńiami i prośbami⁴. Dominująca większość z nich dotyczyła kwestii społecznych i ekonomicznych, a więc tych, które w życiu codziennym przeciętnego mieszkańca polskiej wsi czy miasta wydawały się najistotniejsze.

Jakie miejsce wśród nich zajmowały sprawy zdrowotne oraz lecnictwa to jedno z bazowych pytań i celów stawianych przeze mnie w poniższym tekście. Opierając się przede wszystkim na korespondencji nadsyłanej do władz centralnych, analizowane listy oraz – jeśli było to możliwe – towarzyszącą im dokumentację wyjaśniającą traktuję jako ważny punkt wyjścia dla pokazania najbardziej palących i kluczowych zjawisk dotyczących funkcjonowania powojennego lecnictwa zamkniętego. Poprzez tak dobrany materiał, który skonfrontowany zostanie ze znacznie szerszą bazą źródłową, podejmować będę jednocześnie próbę przyjrzenia się strategiom i motywacjom adresatów zgłaszających poszczególne sprawy. Trzecim – zasygnalizowanym tylko w tekście – polem zainteresowania badawczego będzie również sam list, postrzegany nie tyle jako źródło wiedzy i faktów, ale swego rodzaju czynnik sprawczy wywołujący reakcje różnych aktorów życia społecznego.

Listy – głos obywateli „w trwającym dialogu władz ze społeczeństwem”⁵

Zwyczaj pisania suplik, podań i listów do władz posiadał w Polsce długą tradycję i nie był po wojnie niczym nowym. Tym jednak, co wyróżniało ten okres od wcześniejszych, były niewątpliwie skala i dynamika zjawiska, które, z mniejszym lub większym natężeniem, obejmowało w zasadzie wszystkie grupy i środowiska społeczne. Do pisania listów – jak dowodzi m.in. Adamus, zachęcały zresztą same władze – publikując na łamach codziennych gazet artykuły zachęcające do takiej formy kontaktu⁶.

Nie dziwi zatem również i to, że tematyka listów nadsyłanych przez polskich obywateli była bardzo złożona i zróżnicowana. Choć według szacunków, w ciągu całego okresu PRL Polacy wysłać mogli nawet kilkadziesiąt milionów listów, to

Anna Adamus w książce *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017, s. 17–23.

⁴ A. Adamus, *op. cit.*, s. 80–81.

⁵ Według ustaleń Anny Adamus, w 1973 r. redaktor Polskiego Radia w jednej z audycji, składając podziękowania autorom listów wysyłanych na adres redakcji radia, stwierdzał: „Korespondencja ta jest tym bardziej cenna, że jej autorzy – jak sami często podkreślają – traktują listy jako swój głos w trwającym dialogu władz ze społeczeństwem”, *ibidem*, s. 42.

⁶ *Ibidem*, s. 41–42.

obecnie w archiwach ich dokumentacja jest w dużym stopniu przetrzebiona. Znaczne zasoby zachowanej korespondencji zlokalizowane są m.in. w zbiorach archiwalnych kilku centralnych instytucji (m.in. Biurze Listów i Inspekcji KC PZPR, dokumentach Kancelarii Rady Państwa, Urzędu Rady Ministrów czy w Archiwum Dokumentacji Radiowej Polskiego Radia i Telewizji). Ich ogromna liczba oraz odmienne sposoby porządkowania sprawiły, że wyłowienie z archiwalnych teczek wyłącznie przykładów dotyczących lecznictwa i ochrony zdrowia było niezwykle trudne. Dokonanie wyboru tak określonych źródeł wiązało się z koniecznością zaakceptowania faktu, iż w zależności od spuścizny instytucjonalnej listy zarchiwizowane były w nieco innej formie i uporządkowane według innego klucza. Biuletyny listów, a zatem swoiste tematyczne opracowania wybranych spraw wraz z ich odpisami lub fragmentami i adnotacjami dotyczącymi przebiegu lub finału sprawy, wytworzone m.in. przez Biuro Listów i Inspekcji przy KC PZPR, choć z jednej strony ułatwiały przegląd materiałów, to z drugiej, poprzez przeprowadzoną już przez PRL-owskich urzędników selekcję i fragmentaryzację, nie pozwalały na zapoznanie się z całością materiału dotyczącego danej skargi bądź powiadomienia. Pozbawione na ogół obszerniejszego wyjaśnienia oraz dokumentacji pozwalającej odtworzyć proces postępowania i gromadzenia danych, nie pozwalają też na głębszy wgląd w istotę zgłaszanego problemu.

To ostatnie umożliwiły z kolei zbiory listów gromadzonych przez Biuro Listów i Skarg Kancelarii Rady Państwa. Posegregowane w kilka wiodących kategorii tematycznych (sprawy rolne, zatrudnienia, mieszkaniowe, sądowe, anonimowe oraz sprawy dotyczące opieki i pomocy socjalnej) zdominowane są w zasadzie przez towarzyszącą im dokumentację wyjaśniającą, na którą składały się notatki, protokoły kontroli, wycinki prasowe, materiały prokuratorskie itp. Wybrany do weryfikacji lub interwencji list, zanim doczekał się bowiem odpowiedzi do nadawcy, nierzadko krążył między instytucjami, generując obszerną dodatkową dokumentację wyjaśniającą. W przypadku spraw z zakresu opieki zdrowotnej docierał on nie tylko do lokalnych i wojewódzkich wydziałów zdrowia, ale również Najwyższej Izby Kontroli, zarządu szpitali, niekiedy prokuratury, zakładów pracy i innych instytucji państwowych. Wyjaśnianie i analiza sprawy nie zawsze kończyły się też tylko na obiegu dokumentacji papierowej. Nierzadko w miejscowości bądź instytucji, której dotyczyła skarga lub doniesienie, zwoływana była komisja rozpatrująca daną sprawę, przesłuchująca świadków i strony ewentualnych konfliktów. Tego rodzaju materiał źródłowy – a więc najpierw list a później wywołana przez niego dokumentacja towarzysząca skonfrontowana z archiwaliami Ministerstwa Zdrowia i lokalnych wydziałów zdrowia oraz źródłami narracyjnymi, rzuca światło nie tylko na funkcjonowanie instytucji państwowej w okresie PRL, ale również na list jako źródło historyczne. Dotąd rozpatrywany był on głównie w kategoriach subiektywnego źródła narracyjnego, opisującego rzeczywistość społeczną tylko przez pryzmat jednej ze stron. Możliwa

w opisywanym wyżej przypadku konfrontacja motywów i argumentacji piszących z argumentacją oskarżanych lub teoretycznie postronnych (przedstawiciele administracji) pozwala na przyjrzenie się technikom i strategiom rozumienia i opisywania otaczającej rzeczywistości

Charakter listów wysyłanych w sprawach związanych z funkcjonowaniem szpitali był zróżnicowany. Można powiedzieć, że listy w sprawie leczenia zamkniętego pisali reprezentanci wszystkich grup stykających się z tą instytucją. A zatem zarówno pacjenci, jak i ich krewni, lekarze i personel niższy. Najmniej dokumentacji epistolograficznej wytwarzały, jak sugerują zebrane dokumenty, kadry zarządzające: kierownicy, ordynatorzy, dyrekcje. Nie oznacza to jednak, że z ich strony również nie pojawiały się sygnały mające na celu zgłoszenie problemu związanego z zarządzaniem lub funkcjonowaniem kierowanej przez nich instytucji. Listy te miały zwykle jednak inny charakter – odzwierciedlały bolączki zarządzania, modernizowania, finansowania przedsięwzięć instytucjonalnych i opisywały z reguły bezradność w staraniach o pozyskanie środków bądź sprzętów. W ich przypadku skierowane do władz centralnych prośby lub zapytania stanowiły swoisty sposób odwołania się od decyzji lokalnych władz do wyższej instancji. Strategia ta praktykowana była w sytuacji, gdy współpraca z miejscowymi wydziałami zdrowia zawodziła.

Analizując zatem szpital (ale także izbę porodową czy inną instytucję systemu zamkniętej i otwartej służby zdrowia) jako instytucję publiczną i zakład pracy, zauważyć można, że do władz centralnych zgłaszali się w zasadzie przedstawiciele niemal każdego szczebla struktury organizacyjnej danej jednostki. Taka obserwacja prowokuje niejako do postawienia tezy, iż te same patologie i niewydolności systemowe, choć może nie rozkładały się na każdym szczeblu jednakowo, to jednak oddziaływały na wszystkich aktorów społecznych w mniejszym bądź większym zakresie.

„Wszyscy chorzy, zwłaszcza górnicy i chłopi, zwracają się z gorącą prośbą”

Z przyczyn oczywistych największe konsekwencje szpitalnych zaniedbań lub systemowych niedomagań ponosili pacjenci. I w istocie dominująca w ich korespondencji tematyka – niezależnie od czasu – odnosiła się zwykle do sytuacji bezpośredniego zagrożenia lub utraty życia. Najczęściej dotyczyło to przypadków, w których ze względu na błędną diagnozę lub zaniedbania personelu pomocniczego umierało bądź ginęło dziecko. Choć najczęściej jego śmierć wiązała się z chorobą, to jednak dość często dochodziło też do sytuacji, w których istotną rolę odgrywały zaniedbania w opiece ze strony personelu. Przykładowo w 1955 r. mieszkanka powiatu Koło (woj. poznańskie) pisała: „Mam wielki żal z powodu

śmierci mojej córki, której to szpital powiatowy Koło, oddział zakaźny podwoił chorobę. Wyniesiono córkę moją żywą do trupiarni, gdzie po przebytych ataku odzyskała przytomność. Widząc jednego trupa pokrojonego, a drugiego w całości córka bardzo się przelękała i płakała. Potem przyszły siostry i zastały ją żywą i przeniosły z powrotem na salę szpitalną. Dziecko moje żyło po tym jeszcze dwa tygodnie⁷. O nieco innej sytuacji w liście do redakcji Polskiego Radia pisała mieszkanka Świebodzina: „zachorowało mi dziecko. Lekarz przepisał zastrzyki, trzykrotnie zmieniał receptę i żadnego lekarstwa nie mogłam otrzymać w aptece. W rezultacie lekarz skierował dziecko do szpitala. W szpitalu było 25 dzieci i dwie tylko pielęgniarki, które nie dały sobie rady z obsługą, bo wiele dzieci miało biegunkę. Biegunka była i u mojego dziecka. Dnia 25 sierpnia dziecko zmarło. [...] gdybym miała lekarstwo potrzebne dla dziecka to bym sama dopilnowała i by żyło. Zapytuję się, dlaczego u nas w Polsce brak lekarstw, przecież tyle się produkuje różnych rzeczy. Dlaczego tak ważnej rzeczy jak lekarstwo nie można dostać?”⁸.

Podobnie jak w przytaczanym we wprowadzeniu przykładzie, także w tej ostatniej skardze nie pojawiało się automatyczne żądanie wyciągnięcia konsekwencji lub pociągnięcia do odpowiedzialności konkretnych sprawców lub winnych tragedii. Choć w opisach korespondentów żądanie potępienia skrajnych zachowań było oczywiste, to jednak w wielu przypadkach ważniejsze wydawało się samo zgłoszenie problemu, który, jak oczekiwano, dzięki interwencji władz miał zostać usunięty lub rozwiązany. Przykładem takim były skargi na postępowanie lekarzy i personelu pomocniczego. I tak, jeden z mieszkańców gminy Seremin w pow. włoszczowskim w liście do Polskiego Radia w 1954 r. zgłaszał przypadek okrutnego obejścia się ze zwłokami jego zmarłego przy porodzie dziecka: „otrzymałem telefon, ażebym zgłosił się do Izby Porodowej we Włoszczowie w celu zabrania sobie dziecka, które umarło w czasie porodu. Gdy zgłosiłem się, zostałem poinformowany, przez posługaczkę, ażebym przyjechał następnego dnia. Następnego dnia poszedłem do kancelarii położniczej, gdzie powiedziano mi, że dziecko leży w umywalce ażby sobie zabrać samemu. Gdy wszedłem do tej umywalki [...], [która] zamieniona była w ustęp, dziecko leżało między odchodami, okręcone w gazetę. O stanie zdrowia żony też się nie mogłem dowiedzieć, chociaż zwracałem się kilkakrotnie, nie wiem czy to jest tajemnica”⁹.

Chłodne i przedmiotowe traktowanie położnic, a zwłaszcza kobiet, które straciły dziecko lub poroniły, zgłaszane były znacznie częściej. W wielu listach pisano również o lekceważącym stosunku lekarzy do sygnalizowanego przez pacjentów bólu fizycznego i cierpienia¹⁰. Ignorowanie prawa pacjentów do decydowania o własnym ciele, a zwłaszcza przekraczanie kompetencji i błędy w sztuce lekarskiej

⁷ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 79.

⁸ AAN, KC PZPR, 237-XXV-12, s. 102–103.

⁹ AAN, KC PZPR, 237-XXV-11, s. 108.

¹⁰ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 79, 82.

nierzadko kończyły się sprawami sądowymi. Jeden z takich przypadków opisywał w 1960 r. w liście do KC mieszkający w Krakowie Eugeniusz M., któremu podczas zabiegu chirurgicznego lekarze pozostawili zaszytą w jelicie 20 cm szpatułkę, zaś zgłaszającemu się z bólem pacjentowi radzili „nie pieścić się”¹¹. Trwałe kalectwo i utrata pełnej zdolności do pracy sprawiła, że autor listu wniósł o postępowanie sądowe oraz odszkodowanie za trwałą utratę zdrowia. Dwa lata wcześniej, w 1958 r. proces lekarzom wytoczył również inny mężczyzna – ojciec niepełnoletniej dziewczynki, której bez zgody opiekunów i konsultacji z innymi lekarzami amputowano rękę¹². Umorzenie sprawy po blisko dwuletnim dochodzeniu i prośba o pomoc w dochodzeniu sprawiedliwości były w tym przypadku głównymi powodami wystosowanego do władz listu.

Nagłaśniane przez pacjentów i ich rodziny przypadki lekarskich błędów odbijały się również echem w bezpośrednim otoczeniu poszkodowanych, budząc nieufność względem konkretnych lekarzy i nierzadko leczenia szpitalnego w ogóle. Gdy błąd lekarski był ewidentny, niekiedy wokół problemu narastał społeczny lęk przed służbą zdrowia. Ciekawym pod tym względem przykładem jest list zbiorowy kilkunastu kobiet, wystosowany do KC pod wpływem wypadku, do którego doszło w Ciechanowie, gdzie podczas skomplikowanego porodu jeden z lekarzy dokonał usunięcia mięśnia macicy¹³. W liście do władz centralnych przerażone tym faktem kobiety pisały: „Pragniemy się dowiedzieć, czy takie rzeczy są dopuszczalne jak usuwanie kobietom macic i jajowodów. Polska Ludowa nastawia się na to, aby rodziło się potomstwo, ażeby wzrastały pożyteczne pokolenia oddane Ojczyźnie Ludowej. Rząd ludowy nie nakazuje kastrować kobiet polskich jak to robi dyrektor szpitala w Ciechanowie [...] Wojewódzki Wydział Zdrowia toleruje i popiera takiego dyrektora [...] My matki Polki pragniemy mieć nasze potomstwo i wychowywać nasze dzieci na dzielnych i pożytecznych obywateli naszej ukochanej ojczyzny ludowej. Nie pozwolimy, ażeby taki weterynarz kastrował kobiety i wysyłał do ziemi”¹⁴.

Pomijając warstwę narracyjną i dostrzegane tu charakterystyczne także dla wielu innych listów strategie formułowania i argumentowania racji, wpisujące się w ówczesny dyskurs publiczny, podkreślić należy fakt powoływania się kobiet na rzekome przyzwolenie władz lokalnych na zaistniałą sytuację. Bierność lub nietetyczne zdaniem piszących postępowanie miejscowych władz stanowiło wyraziste uzasadnienie skierowania prośby do władz centralnych. Jak wynika z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia – złożona przez ciechanowskie kobiety zbiorowa skarga zakończyła się dla lekarza zwolnieniem ze stanowiska dyrektora i ordynatora oraz przeniesieniem go do lecznictwa otwartego „z powodu braków fachowych”¹⁵.

¹¹ AAN, KC PZPR, 237-XXV-29, Biuletyn nr 16/323, s. 130.

¹² *Ibidem*, s. 129.

¹³ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 68–69.

¹⁴ *Ibidem*, s. 68.

¹⁵ *Ibidem*.

Niedouczenie lub brak możliwości podnoszenia kwalifikacji przez lekarzy nie były zjawiskami dostrzeganymi jedynie przez pacjentów. Jak pokażę za chwilę, stanowiły one również częsty powód narzekań i skarg samego środowiska lekarskiego.

Kolejnym ważnym i przewijającym się w zasadzie przez kolejne dekady PRL wątkiem skarg i zażaleń kierowanych pod adresem szpitali przez pacjentów było nadużywanie władzy i stosowanie przemocy fizycznej. Najjaskrawiej przypadki takie opisywali bliscy i krewni pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych. Podrzeszowski rolnik w 1956 r. pisał: Miałem syna umyślowo chorego, którego lekarz skierował do szpitala [...] zaraz po odebraniu przez personel szpitalny Kobierzyn zamiast leczyć, to go zaraz chwycili bić i zaczęli katować [...] w styczniu 1955 dostałem pismo ze szpitala, abym przyjeżdżał po odbiór syna, bo jest już zdrowy. [...] kiedym zajechał syna własnego nie poznałem, bo jest taki zбитy, oczy poobijane, sine, szczęka dolna rozbita, ręka lewa i noga niewładne. Zamiast być wyleczony to jest gorszy kaleką jak przed oddaniem go do szpitala. [...] nie ma pieniędzy na leczenie a teraz jest potrzeba opieka lekarska. Uważam, że jak szpital Kobierzyn zrobił syna kaleką to niech go wyleczą...”¹⁶.

W tym samym mniej więcej czasie mieszkaniac Pruszkowa w analogiczny sposób opisywał sytuacją panującą w szpitalu w Tworkach, stwierdzając: „Chorzy nie mogą sami skarżyć się na lekarza, gdyż służba szpitala dopuszcza się bicia, następnie ubierają wtedy chorego w kaftan bezpieczeństwa i przesyłają do izolatki. Wobec faktów, które opisałem nie wiem, czy to jest szpital, który leczy czy też dobija ludzi”¹⁷.

Często zgłaszanym przez pacjentów przykładem nadużywania władzy przez leczących ich lekarzy było szafowanie miejscem szpitalnym. W oparciu o zgromadzone materiały trudno jednak jednoznacznie stwierdzić, w ilu przypadkach nieprzyjęcie pacjenta do szpitala bądź też zbyt wczesne jego wypisanie¹⁸ wynikało z woli i władzy prowadzącego leczenie bądź oddział lekarza, a w ilu przypadkach sytuację taką wymuszała deficyt szpitalnych łóżek. Niewątpliwie zdarzały się takie sytuacje, jak ta opisywana przez jednego z autorów, który pod wpływem kolejnego konfliktu z prowadzącym jego leczenie lekarzem został – jak pisał – „zwolniony dyscyplinarnie” z oddziału szpitalnego¹⁹. W większości pozostałych skarg problem wynikał często też z olbrzymiej kolejki oczekujących na szpitalne łóżko. Zjawisko to szczególnie powszechne było w izbach przyjęć i na oddziałach zakaźnych. Karetki pogotowia, zawracające z pacjentami z jednego szpitala i krążące po całej okolicy w poszukiwaniu miejsc w innym opisywane były przez wielu skarżących. Jeden z nich z nieukrywaną irytacją pisał: „W Białymstoku żaden szpital nie chciał przyjąć chorego. Szpital chirurgiczny go odesłał do oddziału

¹⁶ *Ibidem*, s. 82.

¹⁷ *Ibidem*, s. 83.

¹⁸ *Ibidem*, s. 73.

¹⁹ AAN, KC PZPR, 237-XXV-11, s. 121.

wewnętrzny, ten znów na zakaźny, a zakaźny z powrotem na wewnętrzny, który go wreszcie przyjął²⁰.

Zaniepokojenie czy zdenerwowanie wynikające z tak opisywanego zamieszania miało jednak jeszcze swoją drugą stronę. Równoległe do opisywanej tu sytuacji analogiczna frustracja pojawiała się również u tych, którzy w tym samym czasie, gdy jedyny czynny pojazd pędził z jednego szpitala do drugiego, bezskutecznie próbowali wezwać karetkę do ostrego lub nagłego przypadku w ich okolicy²¹. Adresem tego rodzaju skarg zwykle pozostawały jednak dyspozytorki pogotowia²².

Deficyt szpitalnych łóżek oraz problem psujących się lub niedocierających na czas karetek obserwowany był w zasadzie do końca lat osiemdziesiątych. Jak każdy problem peerelowski deficytu, również i ten generował rozmaite zachowania korupcyjne. Doniesienia o pobieranych przez pracowników instytucji zdrowotnej dodatkowych świadczeniach czy też żądanych przez nich prezentach, bez których leczenie nie było podejmowane lub było gorszej jakości, przewijały się przez wszystkie dekady PRL. W 1987 r. w wewnętrznej podsumowującej dany rok informacji Biura Listów i Skarg przy KC PZPR wskazywano: „na szerzące się łapownictwo, na długie oczekiwania na miejsce w szpitalu oraz na trudności w dostaniu się do lekarzy specjalistów. W listach anonimowych wysuwane są najczęściej zarzuty, że jedyną drogą szybkiego dostania się chorego do szpitala są «zielone» i prywatne gabinety lekarzy. Wiele narzekań dotyczyło spóźnień do pracy lekarzy w przychodniach, którzy pracując dodatkowo w różnych miejscach, nie mają niejednokrotnie czasu dla pacjentów w przychodniach²³”.

Ostatnim choć wcale nie najmniej istotnym obszarem skarg zgłaszanych przez pacjentów były warunki, w jakich przebiegać miało ich leczenie bądź rekonwalescencja. Częściej niż sami pacjenci w takich sytuacjach skargi zgłaszali odwiedzający ich bliscy, poruszeni skalą zaniedbań i trudności czy braków. Te ostatnie bywały niekiedy zupełnie niezależne od stanowiska personelu medycznego i wiązały się bardziej z ogólną polityką państwa i możliwościami samego szpitala. W 1954 r. w zbiorowej i anonimowej prośbie pacjentów skierowanej do KC czytamy: „wszyscy chorzy, zwłaszcza górnicy i chłopci, zwracają się z gorącą prośbą do przewodniczącego KC PZPR B. Bieruta i całego rządu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej by rozważyli przychylnie załatwienie naszej prośby i zezwolili na transmitowanie mszy w niedzielę i święta przez radio²⁴”.

Częściej jednak niż skargi na niemożność realizowania potrzeb religijnych pojawiały się zażalenia dotyczące brudnych lub niehigienicznych pomieszczeń,

²⁰ AAN, KC PZPR, 237-XXV-26, s. 44; AAN, MZiOS, sygn. 1/1190, s. 187.

²¹ Np. AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 75; *ibidem* 237-XXV-15, s. 2.

²² Np. AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 77; *ibidem* 237-XXV-12, s. 55.

²³ AAN, KC PZPR, XXVII/18 (1987-88), Informacja o treści listów kierowanych do Kom. Cent. PZPR w marcu 1987 r., k. 108.

²⁴ AAN, KC PZPR, 237-XXV-11, s. 187.

braku wody czy światła lub – co w sytuacji szpitalnej niezwykle ważne – prywatności i umożliwiającej odpoczynek ciszy. Poruszający pod tym względem był m.in. list córki chorego na raka ojca, który ostatnie dni swojego życia spędzał w podlegającym Instytutowi Radowemu szpitalu w Wyrozębach pod Sokołowem Podlaskim: „odwiedziłam szpital powiatowy we wsi Wyrozęby [...] Stwierdziłam w tym miejscu rzeczy następujące: szpital [...] nie jest skanalizowany [...] nie ma elektryczności, w rezultacie czego już od zmierzchu i później nocą wszelkie zabiegi, opatrunki, zastrzyki dożylnie, wszelką pomoc wykonuje się przy małych jak kocie oko lampach naftowych. Urządzenia medyczne, zależne od prądu, więc kwarcówka i rentgen, są nieczynne [...] W szpitalu od kilku miesięcy trwa remont generalny. Nie tylko maluje się ściany, ale nad głowami ciężko chorych ludzi wybija się młotami otwory, wmontowuje się szafy ściennie [...] Dla ciężko chorych ludzi ten remont odbywający się wokół nich, to dodatkowa tortura²⁵.

O tym, że taka sytuacja dotyczyła nie tylko szpitali czy ośrodków funkcjonujących na peryferiach, świadczyła skarga, którą w 1954 r. do KC wysłało dziewięciu chorych ze szpitala miejskiego w Inowrocławiu: „wnosimy skargę na dyrekcję szpitala miejskiego w Inowrocławiu, ponieważ oddział zakaźny znajduje się w barakach, w których jest dotkliwie zimno. Nocami nie można spać, gdyż zimno dokucza każdemu. Najwięcej cierpią dzieci, które kostnieją po prostu z zimna. Grzejniki elektryczne nie mogą ogrzać baraku a na dworze z każdym dniem temperatura opada. Prosimy, aby Komitet Centralny zajął się tą sprawą jak najprędzej i nie pozostawiał nas na katorgę zimna”²⁶.

Personel pomocniczy

O analogicznych problemach jak szpitalni kuracjusze pisali również inni bywalcy szpitalnych sal i korytarzy. Przestrzeń szpitalnych budynków była bowiem nie tylko dosłownym miejscem kontaktu pacjentów, personelu i kadr kierowniczych, ale również miejscem, wobec stanu którego mieli wspólnie wiele zastrzeżeń i zażaleń. Na panujące w szpitalach warunki narzekali bowiem zarówno lekarze (braki sprzętów, dostaw prądu, ciasnota), jak i odpowiedzialny za stan szpitalnych urządzeń personel pomocniczy. Sanitariusze, pielęgniarki czy salowe zwykle też inaczej niż pacjenci postrzegali wiele sytuacji zachodzących w ich miejscu pracy. Układy i zależności towarzyskie, podobnie jak nadużywanie władzy przez starszych stażem lekarzy, a zwłaszcza dyrektorów i ordynatorów, często zgłaszane były przez nich bezpośrednio do władz w Warszawie. Ich doniesienia, choć niekiedy podyktowane chęcią zaszkodzenia lub osobistego odwetu na znienawidzonym przełożonym, nierzadko rozpatrywane były bardzo skrupulatnie przez urzędników, którzy albo

²⁵ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 80.

²⁶ AAN, KC PZPR, 237-XXV-12, s. 98.

stwierdzali niezasadność skargi, albo podejmowali konkretne działania, nierzadko zwolnienia lub przeniesienia pracowników. Ciekawym przykładem była sytuacja w szpitalu miejskim w Bogatyni, o której w 1954 r. pisały skierowane tam na praktykę pielęgniarki: „wszystkie zabiegi i zlecenia wykonywane są z zazdrością przez siostry zakonne – Niemki. Wizyty odbywają się w języku niemieckim” – pisały pielęgniarki, dodając: „Zlecenia lekarskie otrzymują bezpośrednio siostry zakonne i nie zapisują do kart chorych. Nasi lekarze w zupełności polegają na opinii sióstr zakonnych. Nam każą tylko podawać baseny, prac pieluszki itp. Kiedy chcemy asystować przy jakimś opatrunku, to jesteśmy po prostu wyprowadzane z sali przez siostry zakonne. Na dyżury nocne nie dają nam żadnych lekarstw, a gdy ktoś bardzo źle się czuje, musimy budzić siostry zakonne. Siostronom zakonnym chodzi o to, aby żadna z przyuczonych pielęgniarek nie otrzymała dyplomu przez dokończenie zawodowe [...] Te nasze bolączki zna dobrze Prezydium WRN – Wydział Zdrowia, a jednak nic nam nie pomoże. Prosimy o przysłanie kontroli, ale nie ze Zgorzelca”²⁷. Podobna sprawa zgłoszona została również w szpitalu gdańskim, w którym skarżono się na „ogromny wpływ sióstr zakonnych ograniczających wpływy pielęgniarek”²⁸. Jak wynika z wyjaśnienia: „w szpitalu miejskim istotnie działała klika [...] Osoby te powiązane były z siostrami zakonnymi i przy pomocy ich usuwano niewygodny dla sióstr zakonnych personel pielęgniarski. Wśród lekarzy utarło się zdanie, że zakonnice są niezastępowalne w pracy, a POP godziła się z tym zdaniem nie podejmując żadnych kroków, aby siostry zakonne zastąpić świeckimi”²⁹.

Zarówno ten, jak i poprzedni list wystosowany przez pielęgniarki zwraca uwagę na bardzo ważny wątek listów pisanych do warszawskich notabli. Poza wyrażanym w nich jawnie dążeniem do likwidacji obserwowanych patologii i nadużyć, towarzyskich powiązań i układów kryły się zwykle partykularne bądź grupowe interesy skarżących. W tym przypadku było to dążenie do ograniczenia konkurencji zakonnicy i niekomfortowej sytuacji podlegania doświadczonym stażem pracownikom. Młodym praktykantkom w sukurs szła również ideologia.

Ale zakres skarg zgłaszanych przez szpitalny personel nie ograniczał się tylko do dbałości o własne interesy, ale również bezpieczeństwo i jakość wykonywanej pracy. Jako odpowiedzialny za stan i kompletność publicznego sprzętu i wyposażenia nierzadko też dostrzegał jego wyraźne braki lub ubytki. To właśnie przez salowe lub pielęgniarki zgłaszane były przypadki kradzieży szpitalnych zapasów lub żywności³⁰ bądź też wykorzystywanie przez lekarzy i kadrę zarządzającą służbowych samochodów do celów prywatnych. Jeszcze częściej sygnalizowane były problemy z asenizacją, utrzymaniem szpitalnej czystości, higieny i... moralności

²⁷ AAN, KC PZPR, 37-XXV-11, s. 54; 237-XXV-12, s. 97–98.

²⁸ AAN, KC PZPR, 237-XXV-11, s. 98–99.

²⁹ *Ibidem*, s. 99.

³⁰ AAN, KC PZPR, 237-XXV-15, s. 10.

(przyzwoitości). Przykładowo w 1958 r. do Komitetu Centralnego PZPR wpłynęło doniesienie na dyrektora szpitala w Przemyślu, który – jak podkreślano – „rządzi szpitalem jak własnym folwarkiem. Dawniej szykanował personel zakonny, a obecnie wykańcza świecki. Robi nadużycia. Syn jego, lekarz tegoż szpitala prowadzi się niemoralnie, wykorzystuje młode pielęgniarki”³¹. Podobną sprawę zgłaszano w tym samym czasie również w odniesieniu do szpitala w Świnoujściu, gdzie panować miały „brud, niechlujstwo, niegospodarność, niemoralne prowadzenie się personelu [oraz] kradzieże mienia szpitalnego oraz mienia chorych”. Sytuacja taka – jak podkreślał anonimowy autor – bagatelizowana miała być przez lokalne władze³².

Tak formułowane problemy zgłaszane przez personel szpitala znajdowały potwierdzenie w listach pisanych przez pacjentów. W obu przypadkach głównym przedmiotem / podmiotem skarg pozostawali lekarze i kadry zarządzające. W tym miejscu pojawia jednak pytanie, na co zatem skarżyli się sami lekarze, posądzeni w wyżej przywoływanych przypadkach niemal o wszystko.

Lekarze

Listy lekarzy, podobnie jak dokumentacja towarzysząca wyjaśnianiu zgłoszonej sprawy, nierzadko przynosiły ciekawą kontrę dla wcześniejszych zgłoszeń, zwracając jednocześnie uwagę na odmiennosc przyjmowanych perspektyw patrzenia na dany problem. Dobrym przykładem jest choćby zarzucany lekarzom różnych specjalizacji brak kompetencji lub wystarczających kwalifikacji zawodowych. Jak pokazują materiały, problem ten miał swoje głębsze przyczyny i budził frustrację również samego środowiska lekarskiego. I tak w 1956 r. młoda lekarka, która po skierowaniu do pracy w jednym z warszawskich szpitali kontynuowała doszkalcenie się, pisała: „Po 10 miesiącach specjalizacji zostałam poinformowana ustnie, że z dniem 15 marca br. cofnięto mi delegację do szpitala. Fakt ten pozbawia mnie możliwości kontynuowania poważnie zaawansowanej specjalizacji i nie zmierza do podnoszenia kwalifikacji lekarza. Konieczność stałego i systematycznego podnoszenia kwalifikacji lekarskich jest zagadnieniem niezbędnym. Jasnym jest, że młody lekarz posiadający jedynie pewien zasób wiedzy teoretycznej nie będzie w stanie podjąć wysoce odpowiedzialnemu zawodowi, o ile w okresie początkowej praktyki zostanie pozbawiony możliwości nauki w szpitalu pod kierunkiem wysoko wykwalifikowanych lekarzy”³³.

W tym samym czasie o podobnych problemach pisał również w liście do władz młody absolwent Akademii Medycznej, który po otrzymanym nakazie

³¹ AAN, KRP, sygn. 63/6, KRP Biuro listów i zażaleń, Zażalenia roczne i wykazy anonimów 1957–1961, s. 32.

³² *Ibidem*, s. 100.

³³ AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 73.

pracy w szpitalu w Krotoszynie zderzył się z ograniczeniami w podnoszeniu swych kwalifikacji zawodowych: „z chwilą przybycia z nakazu pracy na teren Krotoszyna [...] systematycznie dławiono mój entuzjazm. Moją chęć zdobywania wiedzy, ośmieszając moje oparte na nowych zdobyczach poglądy”³⁴. Jego kłopoty wynikały z autorytarnego stosunku starszego o kilka dekad przełożonego, nie dopuszczającego żadnej krytyki i sceptycznie ustosunkowanego do najnowszej wiedzy medycznej. Problem z podnoszeniem kwalifikacji nie wynikał jednak tylko z niechęci starszego pokolenia lekarzy do nowej wiedzy teoretycznej. Stanowił on wyraźną i bolesną w skutkach konsekwencję braków kadrowych i związanych z nimi wakatów w placówkach peryferyjnych.

Będącemu skutkiem wojny przetrzebieniu kadr lekarskich próbowano zaradzić, powołując szkoły felczerskie. Choć wyuczały one felczerów dość szybko, obiecując absolwentom łatwiejszą drogę na akademie medyczne, to w praktyce efekty ich działań nie były zadowalające dla sytuacji kadrowej. Felczerzy zwykle trafiali na prowincję do lecznictwa otwartego (ośrodki zdrowia), gdzie dyplomowani lekarze zagrzewali miejsca dość krótko³⁵. Niekiedy jednak, z uwagi na braki kadrowe w pogotowiu lub prowincjonalnych szpitalach felczerzy zatrudniani byli na nieadekwatnych do swych kwalifikacji stanowiskach, co, jak sygnalizowali wielokrotnie w listach piszący, prowadzić mogło do sytuacji niebezpiecznych, owocując poważnymi błędami lekarskimi i śmiercią pacjentów³⁶. Ale – jak zaznaczałam wcześniej – nie tylko felczerzy popełniali błędy w sztuce. Jak wynika bowiem z listów lekarzy i personelu, tuszowanie błędów lekarskich bądź felczerskich poprzez przeniesienia pracowników, wymuszanie korzystnych zeznań na personelu niższym, było zjawiskiem dość częstym i zwykle powiązanim z rozmaitymi układami towarzyskimi³⁷.

Poza narzekaniami na układy i zależności oraz utrudnienia w podnoszeniu kwalifikacji, wśród skarg lekarskich dość często przewijały się problemy organizacyjne. Skargi na fatalny stan budynków szpitalnych, złe rozplanowanie oddziałów czy też niewystarczające zabezpieczenia przed rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych podyktowane były autentyczną troską o los i stan przebywających w szpitalu pacjentów i jakość opieki nad nimi. Przykładowo jeden z lubartowskich lekarzy pisał: „Szpital składa się z dwóch baraków [...] znajdują się tu trzy oddziały, wewnętrzny, gruźliczy i zakaźny. Żaden z tych oddziałów nie jest od siebie oddzielony. Chorzy mają wspólny korytarz, jedną łazienkę i umywalkę. To zmusza ich do codziennego stykania się ze sobą i powoduje rozsiewanie zarazków,

³⁴ *Ibidem*, s. 69; KC PZPR, 237-XXV-12, s. 101.

³⁵ Zob. np. P. Fiktus, *Prawno-społeczna pozycja felczera w Polsce w latach 1945–1989*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 15, 2017, s. 127–148.

³⁶ Np. AAN, KC PZPR, 237-XXV-17, s. 75.

³⁷ *Ibidem*, s. 70.

zwłaszcza gruźlicy³⁸. Inny skarżący pisał z kolei o panującym w częstochowskim szpitalu przepełnieniu: „Chorzy z braku miejsca w większości przypadków zmuszeni są opuszczać szpitale przedwcześnie kosztem swojego zdrowia i co gorsze, że niejednokrotnie nie znajdują dalszej należytej opieki w przychodniach specjalistycznych, których jest niewystarczająca sieć bądź nienależyte wyposażenie w odpowiedni sprzęt³⁹. Przepełnienie szpitali powodowało, że niejednokrotnie chorzy leczeni byli w mało komfortowych warunkach, nierzadko – jak w przypadku izby chorych w Limanowej – ulokowani po dwóch na jednym łóżku⁴⁰. O tym, że w wielu rejonach nie potrafiono problemu w krótkim czasie rozwiązać, świadczyły też materiały z Wielkopolski, gdzie w 1969 r. stwierdzano, iż zagęszczenie chorych w placówkach szpitalnych było 30% wyższe od obowiązujących norm. Możliwości zapewnienia aseptyki i zwyczajnej higieny w takich warunkach stawały się tym samym niewielkie. O innych powiązanych z przepełnieniem szpitali problemach pisał kolejny doktor: „oddział ma najwyżej jedną zmianę bielizny. Często nie tylko na oddziale, ale i na porodówce leży rodząca, pod niepowleczonym kocem. U noworodków podobna sytuacja. Na przeszło 200-łóżkowym szpitalu pierze się bieliznę ręcznie a etaty personalne są takie same jak w szpitalach mających pralnie mechaniczne. Brak zasadniczych leków, brak instrumentarium i wyposażenia porodówki⁴¹”.

Gdy do opisywanego zestawu braków dodamy sygnalizowany przez bywalców szpitali brak kanalizacji, a niekiedy też i bieżącej wody lub elektryczności, łatwo dostrzeżemy, iż panujące do końca lat sześćdziesiątych warunki pracy szpitali prowincjonalnych przedstawiały się dramatyczne nie tylko dla samych pacjentów.

Kadry zarządzające i lokalni decydenci

Wszystkie zjawiska opisywane w przytoczonych skargach z reguły znane były lekarzom piastującym stanowiska kierownicze. Choć, jak pokazywały niektóre z listów, ignorowanie tego rodzaju problemów i czerpanie osobistych korzyści z piastowanego stanowiska przez kadry zarządzające było często faktem⁴², to jednak w wielu przypadkach zarówno ordynatorzy, jak i dyrektorzy placówek szpitalnych z dużą determinacją podejmowali starania mające na celu poprawę wewnętrznej sytuacji ich zakładu pracy. O problemach, z którymi się zderzali,

³⁸ *Ibidem*, s. 64.

³⁹ *Ibidem*, s. 63.

⁴⁰ Zob. AAN, MZiOS, GMWP, sygn. 1/39, Protokół nr 39/58 posiedzenia Kolegium Ministerstwa Zdrowia w Krakowie poświęconego omówieniu stanu służby zdrowia miasta Krakowa i woj. krakowskiego w dniu 26 listopada 1958 r., s. 2.

⁴¹ AAN, 237-XXV-16, s. 91.

⁴² AAN, 237-XXV-60, s. 4.

dobitnie napisał jeden z korespondentów: „W terenie jest tak, że na brak różnego rodzaju komisji nie możemy narzekać, jednak wszystkie te komisje wykazują nam braki i niedociągnięcia, które musimy usunąć, a z których my doskonale zdajemy sobie sprawę. Brak tylko komisji, która by nam wskazywała drogi i sposoby naprawienia tej sytuacji”⁴³.

Podsumowanie

Swoista bezradność wyrażona przez cytowanego wyżej lekarza wobec trudności to tylko jedno ze zjawisk, które stale przewijają się przez listy. Choć nierzadko opisywane są w nich sytuacje, z których nie było już wyjścia lub których – jak trwałe kalectwo bądź śmierć bliskiej osoby – nie można już cofnąć – to jednak przytaczane skargi i wnioski są najczęściej wyrazem desperacji obywateli. W wielu przypadkach stanowiły jedyną lub ostatnią możliwość wpłynięcia na sytuację, dawały Polakom poczucie elementarnej sprawczości.

Warto jednak pamiętać, że listy nie zawsze pisane były przez obywateli szczerze zaniepokojonych stanem polskiego lecnictwa. Wiele anonimów bywało też fikcyjnych lub służyło jedynie (nie zawsze prawdziwym) oskarżeniom i wyrównywaniu osobistych porachunków lub krzywd⁴⁴. Jeśli przyjrzymy się dokumentacji towarzyszącej wielu listom, okaże się, że wiele pisanych było przez osoby wykazujące zaburzenia psychiczne czy manie prześladowcze⁴⁵ lub zwyczajnie przejaszkawiających opisywane fakty. Nie dotyczyło to oczywiście wyłącznie służby zdrowia czy funkcjonowania szpitali i rozmywało się w gąszczu pism i podań dotyczących i innych spraw⁴⁶.

W przeglądanych i przytaczanych wyżej materiałach rzeczywistość szpitalna widziana jest niemal wyłącznie w negatywie. Zestawienie jednak bolączek, argumentacji i skarg wyrażanych przez różnych uczestników życia szpitalnego buduje

⁴³ AAN, 237-XXV-16, s. 94.

⁴⁴ AAN, KRP, sygn. 62/1, 22–29; sygn. 63/6, s. 24–25, 32.

⁴⁵ Np. Archiwum Kancelarii Prezydenta, Wydział skarg i wniosków, sygn. 654/4, teczka 2, b.pag.

⁴⁶ Ciekawa pod tym względem jest notatka sporządzona przez urzędników biura przyjmującego interesantów w sprawach skarg i zażaleń przy KC PZPR: „Szczególnie uciążliwą grupą zgłaszających się do KC są umyślowo chorzy / stanowią oni ponad 10% interesantów. Ich kontakt z otoczeniem jest w dużym stopniu ograniczony lub nie ma go wcale ze względu na zmniejszenie poczucia lub całkowite jej wyłączenie. Mają oni swoje idee fixe lub fobie i cierpią na urojenia prześladowcze. Są wśród nich schizofrenicy, paranoicy itd. Oni również niezwykle utrudniają pracę, ponieważ zajmują często bardzo dużo czasu, zaś w momentach podniecenia maniakalnego występują u nich stany szału z b. dużą napastliwością. Zachowują się wtedy bardzo głośno i niezwykle agresywnie [...]. Objawy natręctwa występującego np. u paranoików przejawiają się w żądaniu dokładnego czytania stosów różnych dokumentów, które przywożą ze sobą w pękatach teczkach lub walizkach. Spełnianie takich wymagań jest oczywiście niemożliwe, zaś pozorowanie czytania może być zauważane a w skutkach trudne do przewidzenia”, AAN, 237-XXV-65, s. 3–4.

bardziej złożony i systemowy obraz rzeczywistości, w którym jednoznaczna wina za dostrzegany błąd, patologię lub niedomaganie nie jest już tak łatwa do przypisania jednostce.

Sama idea listu do władz zakładała z reguły formę skargi lub zażalenia i faktycznie to tego typu pisma dominują w pozostawionej dokumentacji wszystkich instytucji. Czy jednak wykazane tu problemy i zjawiska przewijają się przez cały okres PRL z tą samą dynamiką, trudno jednoznacznie stwierdzić. Wybrana na potrzeby artykułu korespondencja koncentruje się bowiem wyraźnie na jednej dekadzie (1950–1961) i jako taka nie może być reprezentatywna dla całego okresu, choć oczywiście wiele z występujących w tym czasie zjawisk i patologii – jak choćby deficyt leków i korupcja – występowało również w okresie późniejszym. W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych w obszarze służby zdrowia wiele jednak uległo zmianie – wiele szpitali wojewódzkich, a zwłaszcza miejskich zostało rozbudowanych, wyremontowanych lub zyskało nowe siedziby. Stałej poprawie ulegała również sytuacja kadrowa. Zwiększała się świadomość zdrowotna i higieniczna Polaków i proporcjonalnie do niej poprawie ulegała również sytuacja sanitarna. I w istocie, jak sugerować może kwerenda przeprowadzona zarówno w materiałach Biura Listów i Inspekcji KC PZPR oraz w Wydziale Skarg i Wniosków Kancelarii Rady Państwa po 1970 r., liczba skarg dotyczących służby zdrowia staje się znacznie mniejsza – a same problemy zdrowotne częściej pojawiają się na marginesie kwestii opieki społecznej, warunków życia, BHP czy wypadków w pracy. W wykonywanych na potrzeby urzędów statystykach rocznych sprawy zdrowotne zwykle stanowiły niewielki procent zgłaszanych zażeń lub też – jak w przypadku Kancelarii Rady Państwa – nie pojawiały się niemal zupełnie. Nie jest to jednak dowód na to, że negatywne zjawiska omijały szpitalne placówki – statystyki dowodzą raczej, iż problemy związane z opieką zdrowotną nie były już przez Polaków (a przynajmniej tych, którzy pisali zażalenia) postrzegane w kategoriach najbardziej dokuczliwych zjawisk życia codziennego. Za takie zaś zdecydowanie uchodziły kwestie związane z mieszkalnictwem (deficyt mieszkań), zatrudnieniem (patologie pracy) i codzienną biedą (warunki życia).

**“Health in the peripheries”. Medical and health care
in everyday practice of the first two decades of the Polish People’s
Republic [– on the example of letter to the state authorities]
(Abstract)**

Citizens’ letters addressed to the state authorities were not a phenomenon specific to Poland of those times as a similar phenomenon was present in other countries of post-war Central Eastern Europe.

The thematic scope of the letters addressed by Polish citizens to the state authorities focused usually on situations and phenomena that caused the most bitter everyday frustration and concern. What was most often brought up in these letters were unmet fundamental needs of people – housing problems, supply shortages, lack of work, issues related to the security of possession, etc. The

problems of health care, although not prevailing in general (throughout the whole period of People's Poland), was constantly present in the files of the Bureau of Letters and Complaints. The problems of the state health system (both open and closed healthcare systems) which emerge from the letters reveal that, regardless the perspective of the author (patient, doctor, medical staff), the set of the most burning issues was the same for all. This was especially true for the first twenty years after the war experiencing the biggest organisational difficulties of the Polish healthcare system. An analysis of the problems accompanying the organisation of state healthcare system reveals that a number of phenomena and work pathologies present at that time in the medical care institutions were similar as those in other socialist workplaces.

Bibliografia

Źródła

AAN, KC PZPR – Biuro Listów i Inspekcji KC PZPR 1952–1989

AAN, KRP, Biuro Listów i Zażaleń: skargi i zażalenia, sprawozdania, 1953–1961

Archiwum Kancelarii Prezydenta RP – Wydział skarg i wniosków 1972–1989

Opracowania

Adamus A., *Problemy wsi w Polsce w latach 1956–1980 w świetle listów do władz centralnych*, Warszawa 2017

Jarosz D., *Akta Biura Listów i Inspekcji KCPZPR jako źródło do badań rzeczywistości społecznej w Polsce 1950–1956*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 2, 1997, s. 191–216

Miernik G., *Codzienne troski Polaków w okresie gierkowskiego „dobrobytu” w świetle listów do „Warszawy”*, w: *Życie codzienne w PRL (1956–1989)*, red. G. Miernik, S. Piątkowski, Radom–Starchowice 2006, s. 199–234

Fiktus P., *Prawno-społeczna pozycja felczera w Polsce w latach 1945–1989*, „Polska 1944/45–1989. Studia i Materiały” 15, 2017, s. 127–148

Supliki do najwyższej władzy, red. M. Kula, Warszawa 1996

Ewelina Szpak, dr nauk humanistycznych (Uniwersytet Jagielloński, 2010), od 2012 r. pracownik Instytutu Historii PAN. Specjalizuje się w badaniach historii społecznej i kulturowej PRL, historii mentalności oraz społecznej historii medycyny i historii środowiskowej.

Kontakt: e-mail: enka2@o2.pl