

Paciorek, Magdalena

Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947-1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych

Medycyna Nowożytna 17/1, 149-167

2011

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



MAGDALENA PACIOREK

Instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego w Polsce w latach 1947–1950 w świetle ówczesnych doniesień prasowych

Słowa kluczowe: organizacja służby zdrowia, nadzór fachowo-lekarski, konsultanci wojewódzcy, konsultanci krajowi, służba zdrowia w latach 1947–1950

Jednym z sektorów życia publicznego, które dość znacząco odczuło straty wojenne była ówczesna służba zdrowia. Straty te dotyczyły przede wszystkim czynnika ludzkiego, choć równie ważną kwestię w przywróceniu względnej równowagi systemu ochrony zdrowia ogrywał też czynnik materialny a w szczególności możliwość w miarę szybkiego reaktywowania leczenia zarówno zamkniętego jak i otwartego. Do ich funkcjonowania, organizowanego często w bardzo prowizorycznych warunkach, potrzebny był fachowy personel zarówno lekarski jak i pielęgniarz. Tymczasem straty widoczne zwłaszcza w grupie zawodu lekarskiego, sięgały ponad 40% ogólnej liczby lekarzy z 1938 r.¹

¹ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r.*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 3.

Tab. 1. Liczba pracowników śl. zdrowia z podziałem na grupy w latach 1938 i 1946.²

	Liczba pracowników w grupie	
	1938	1946
Lekarzy	12 917	7732
Pielegniarek	6674	5840/6064
Położny	9356	6311
Lekarzy dentyków	3686	1581
farmaceutów	3787	2414

Spadek ogólnej liczby pracowników służby zdrowia w okresie wojennym stwarzał poważny problem organizacyjny, dotyczący niemożności zachowania w miarę równomiernego rozmieszczenia ich przedstawicieli na obszarze całego kraju. W 1947 r. rejonem najbardziej ubogim pod względem opieki zdrowotnej były województwa białostockie, olsztyńskie, szczecińskie i rzeszowskie. Do najlepiej pod tym względem usytuowanych należały województwa śląskie, krakowskie, poznańskie oraz wrocławskie.

Tab. 2. Personel służby zdrowia w 1947 r.³

województwo	l. lekarzy	l. pielęgniarek	l. dentyków	Położnych	farmaceutów	Felczerów
warszawskie	420	563	168	502	299	77
Łódzkie	233	211	70	273	216	45
Kieleckie	323	340	92	172	239	85
Lubelskie	368	276	70	222	245	72
Białostockie	114	158	21	154	85	49
Olsztyńskie	107	107	14	103	42	19
Gdańskie	379	540	81	314	139	12
Pomorskie	383	520	79	373	178	20
Szczecińskie	207	96	31	144	96	31
Poznańskie	751	1011	104	637	398	30
Wrocławskie	693	712	124	338	252	34
Śląskie	968	2006	162	957	426	39
Krakowskie	990	720	106	727	443	15
Rzeszowskie	251	170	18	361	102	–
Warszawa	873	733	283	396	425	47
Łódź	486	563	158	225	298	27

² S. Tubiasz, *Rozmieszczenie personelu Służby Zdrowia w terenie*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 1–2, s. 67.

³ S. Tubiasz, dz. cyt., s. 67.

Niepokojące to zjawisko obserwowano już przed wojną⁴. Wówczas to istniały okręgi o nadmiernym nagromadzeniu przykładowo lekarzy (Śląsk)⁵, podczas gdy w innych 1 lekarz przypadał na 30 tys. mieszkańców (pow. Stolin).

Zdając sobie sprawę z pogłębiającego stanu rzeczy władze państwowe, w pierwszych latach po wojnie, wprowadziły politykę szczególnego motywowania pracowników służby zdrowia w celu zatrzymania ich na terenach wiejskich. Służyć temu miało m.in. zarządzenie ujednolicenia płac⁶ wraz z podwyżką czy dodatkiem interwencyjnym, dla tych którzy zdecydują się na osiedlenie na terenach zaniedbanych pod względem gospodarczym. Ponadto, w ramach realizacji planu trzyletniego, zamierzano stworzyć nowe miejsca pracy, ośrodki zdrowia i szpitale⁷, które zagwarantować miały lekarzom i pielęgniarcom maksymalny komfort pracy. Były to jednak plany, na których realizację należało poczekać, a które, jak wiadomo, wprowadzono w życie z różnym skutkiem⁸. Tymczasem lecznictwo prowincjonalne „nie mogło czekać”. Sytuacja na wsiach i w małych miasteczkach była bardzo poważna jeszcze w trzy lata po zakończeniu wojny.

W szpitalach na prowincji zdarzało się, że stanowisko dyrektora, ordynatora i lekarza powiatowego powierzano jednej i tej samej osobie. Był nim zazwyczaj lekarz chirurg bądź ginekolog-położnik nie rzadko będący w obowiązku udzielania pomocy w przypadkach wykraczających poza jego specjalność. Braki kadrowe dotyczyły wszystkich dziedzin nauk medycznych a w szczególności: interny, radiologii czy ortopedii. Najbardziej odczuwalne były jednak w pediatrii. W prowincjonalnych szpitalach brakowało nawet oddziałów dziecięcych a małych pacjentów, o ile nie były niemowlętami, umieszczano

⁴ Braki kadrowe szczególnie odczuwała prowincja, co pośrednio wpływało na poziom fachowości prezentowanej przez nich instytucji leczniczej. Zdaniem J. Zaorskiego jeszcze przed wojną „przez wiele dziesiątków lat istniał podział na kliniki uniwersyteckie, które zachowywały swój *splendit isolation* w stosunku do prowincji”. J. Zaorski, *Wpływ pracy konsultanta do spraw nadzoru fachowego na podniesienie poziomu szpitalnictwa z punktu widzenia administracji publicznej*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 63.

⁵ T. J. Stępniewski, *Planowe rozsiedlenie lekarzy*, „Zdrowie Publiczne” 1948, nr 1–2, s. 59.

⁶ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 5. VII 1947 R. Okólnik Ministerstwa Zdrowia nr 32/47.

⁷ Tamże, s. 61.

⁸ Konsekwencją miernych dość skutków polityki „zachęcania” pracowników służby zdrowia do osiedlania się na prowincji była m.in. ustawa z 7 lipca 1950 r. o planowych zatrudnieniach absolwentów średnich szkół medycznych i szkół wyższych. *Planowe kierowanie do pracy absolwentów AM*, „Służba Zdrowia” 1950, nr 27, s. 3.

w salach ogólnych pomiędzy dorosłymi⁹, często z objawami gruźlicy. Poważniejsze przypadki kierowano zazwyczaj do specjalistycznych klinik. Te zaś dotkliwie odczuwały natłok młodych pacjentów nie zawsze wymagających aż tak fachowej wiedzy pediatrów czy chirurgów dziecięcych.

Braki kadrowe odczuwalne zwłaszcza na prowincji przyczyniały się również do obniżenia poziomu fachowości tamtejszych lekarzy. Ogrom powierzonych im funkcji zazwyczaj wykluczał możliwości permanentnego dokształcania się w danej dziedzinie. Uczestnictwo w kursach czy posiedzeniach regionalnych towarzystw lekarskich stało się nierealne. Jedynie prenumerata fachowego czasopiśmiennictwa lekarskiego dawała możliwości weryfikowania osiągnięć nauk medycznych. Ta zaś z różnych przyczyn, często prozaicznych (brak czasu, rutyniarstwo), nie zawsze w pełni była wykorzystywana. W 1950 r. w sprawozdaniach pisano m.in. „lekarze „nie mają czasu czytać”, zapoznawać się z literaturą; zdarzały się też przypadki, że dla tzw. „świętego spokoju” prenumerowano fachową prasę. „Leżą one pięknie i równo ułożone, ale nawet nie przecięte”¹⁰.

Wobec takiego stanu rzeczy Ministerstwo Zdrowia (MZ) „czerpiąc wzorce z organizacji służby zdrowia w Związku Radzieckim” w dniu 30 X 1947 r. podjęło decyzję o utworzeniu instytucji nadzoru fachowo-lekarskiego¹¹ celem podniesienia poziomu lecznictwa w zakładach leczniczych oraz nawiązania współpracy pomiędzy poszczególnymi zakładami a klinikami. Nadzór ów sprawowany miał być poprzez tzw. konsultantów powołanych przez MZ spośród profesorów, docentów, adiunktów szkół akademickich oraz ordynatorów szpitali publicznych.

Wbrew pozorom stanowisko konsultanta w danej specjalności powodowało wiele dodatkowych problemów natury organizacyjnej. Konsultantów obarczano dodatkowo kontrolą odgórnie ustalonej liczby placówek leczniczych w danym województwie. Zgodnie z zarządzeniem do ich zadań należało m.in.:

- „Przeprowadzenie lustracji oddziałów szpitalnych celem zbadania metod leczniczych i operacyjnych praktykowanych na oddziale;
- Badanie stanu organizacji oddziałów pod względem fachowym oraz planowego wykorzystania kadr osobowych i środków materiałowych;

⁹ S. Popowski, *Jakie formy winna mieć praca konsultanta w dziedzinie pediatrii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 105.

¹⁰ S. Schwarz, *Jakie formy winna mieć praca konsultanta w dziedzinie ginekologii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 110.

¹¹ „Dziennik Zdrowia” 1947, nr 19/20, poz. 90, s. 117.

- Obserwowanie zakresu wiedzy i umiejętności fachowych lekarzy ordynujących;
- Przeprowadzanie praktycznego instruowania przez zaznajamianie lekarzy ordynujących z nowymi metodami leczniczymi i operacyjno-zabiegowymi drogą osobistego przeprowadzenia zabiegu lub kierowania nim na sali operacyjnej;
- Udzielanie wskazówek w sprawie prawidłowego prowadzenia ksiąg operacyjnych, porodowych, kart historii chorób;
- Rozwiązywanie wątpliwości diagnostycznych i terapeutycznych oraz wszelka pomoc lekarzom szpitalnym¹².

W realizacji zadań pomocna miała okazać się współpraca z naczelnikiem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, w kwestii ustalania terminu wizyty konsultanta a także pomocy technicznej a zwłaszcza przydziału pojazdów służbowych. Konsultant obowiązany był również do sporządzenia sprawozdania zawierającego uwagi i wnioski, które za pośrednictwem naczelnika Wydz. Zdrowia miały być przesłane do MZ. Zgodnie z powyższym zarządzeniem praca konsultanta miała być wynagradzana w zależności od warunków pracy i jego kwalifikacji.

Instytucja konsultanta fachowego zaczęła funkcjonować od 1 listopada 1947 r. Pierwsze stanowiska, przykładowo na terenie województwa gdańskiego i olsztyńskiego, obsadzono w chirurgii, ginekologii i położnictwie, chorobach wewnętrznych, pediatrii oraz rentgenologii. Liczba konsultantów pod koniec 1948 r., a zatem w 13 miesięcy od jej utworzenia wynosiła 67 przedstawicieli nauk medycznych¹³. Wśród nich było 36 profesorów wydziałów lekarskich, 4 docentów i 26 ordynatorów szpitali klinicznych. Rozmieszczenie konsultantów na terenie całego kraju nie było jednak równomierne. Według założeń wstępnych jeden konsultant danej specjalności miał przypadać na jedno województwo. Przy 14 województwach winno być 14 konsultantów z każdej dziedziny co stanowiło wówczas niezbędne minimum. Zdarzały się jednak przypadki, braku konsultanta na terenie województwa, o czym świadczyć mogą dane statystyczne za rok 1948. Braki konsultantów odczuwano w zakresie: rentgenologii – 7 gruźlicy i ortopedii, interny –2 oraz w pediatrii –1, a także w doraźnej pomocy lekarskiej, dziedzinie obsadzonej zaledwie przez jednego na cały kraj tzw. centralnego konsultanta¹⁴. Stan liczebny

¹² Tamże.

¹³ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r. ...*, s. 5.

¹⁴ Tamże.

konsultantów znacząco się powiększył w 1949 r. Pod koniec tego roku zarejestrowano 85 przedstawicieli tej grupy¹⁵, zaś rok później – w 1950 r. już 140¹⁶.

Tab. 3. Liczba konsultantów w latach 1948–1950¹⁷

SPECJALNOŚĆ/ L.KONSULTANTÓW	1948	1949	1950
Chirurgia	17	17	20
Ginekologia	15	15	14
Interna	12	15/14	16
Pediatrya	13	14	13
Rentgenologia	7	11	14
Ftyzjatria	1	2	14
Ortopedia	1	1	1
Doraźna pomoc lekarska	1	1	1
Chirurgia dziecięca	–	2	7
Psychiatria	–	6	8
Laryngologia	–	1	2
Radioterapia	–	1	2
Dermato-wenerologia	–	–	15
Okulistyka	–	–	1
Neurochirurgia	–	–	1
Reumatologia	–	–	1
Hematologia	–	–	1
Chirurgia płucna	–	–	2
Chirurgia szczękowa	–	–	1
Analityka	–	–	1
Anatomopatologia	–	–	1
Toksykologia	–	–	1
Rehabilitacja	–	–	1
RAZEM	67	85	140

Dane statystyczne prezentowane w ówczesnej prasie medycznej wskazują na niewątpliwy rozwój instytucji nadzoru. Z racji pierwszego roku istnienia tej funkcji potraktowany był przez wykonawców jako próbny. Działalność miała bowiem charakter przede wszystkim

¹⁵ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski w 1949 r.* „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 50.

¹⁶ Z. Krajewski, *Nadzór fachowo-lekarski w 1950 r. Jego obecna organizacja i możliwości dalszego usprawnienia*, „Zdrowie Publiczne” 1951, nr 5, s. 84.

¹⁷ Informacje zebrane na podstawie danych z artyk.: W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lek. w 1949...*, Z. Krajewski, *Nadzór fachowo-lek. w 1950 r.* ...

inspekcyjno-fachowy a mniej nastawiony na doszkalanie personelu czy praktyczne instruowanie. Według danych statystycznych, prezentowanych na corocznych zjazdach konsultantów nadzoru fachowo-lekarskiego, w 1948 r. dokonano 1.168 wizytacji co stanowiło 95% szpitali objętych nadzorem¹⁸. Rok później przeprowadzono ich już 2.264¹⁹. Po części spowodowane było to wspomnianym już wzrostem liczby konsultantów ale też i rozszerzeniem zasięgu dotychczasowego nadzoru na lecnictwo otwarte oraz inne specjalności (tj. psychiatria, radioterapia, chirurgia dziecięca czy laryngologia)²⁰.

Nadzór fachowo-lekarski w 1948 r.

Warto cofnąć się jeszcze do roku 1948. Dane statystyczne odnoszące się do działalności nadzoru fachowo-lekarskiego nasuwają wiele interesujących spostrzeżeń. Okazuje się bowiem, że nie tylko sprawozdania i ogólne wnioski z wizytacji konsultanckich interesowały urzędników MZ odpowiedzialnych za ten pion nadzoru. Statystyka lustracji konsultanckich pozwalała na uwidocznienie wielu przyczyn i niedomogów organizacyjnych nowego urzędu. Sprawdzano zatem m.in. częstotliwość wizytacji wg specjalności, a zatem jakie specjalności najczęściej podlegały lustracji, następnie jak często wizytowano poszczególne placówki, jakie typy placówek samorządu terytorialnego odwiedzano, aż wreszcie jak przebiegała lustracja w poszczególnych miesiącach danego roku.

W 1948 r. specjalnością najczęściej poddawaną nadzorowi była chirurgia (największa liczba konsultantów, bo aż 17-tu) – dokonano wówczas 368 kontroli²¹. Na jednego konsultanta przypadało ok. 22 wizyt w roku a zatem niecałe 1,8 wizyty w skali miesiąca. W pozostałych specjalnościach przelicznik ten był niższy, i tak: w ginekologii i położnictwie na jednego konsultanta przypadało 1,5 wizyty miesięcznie; w pediatrii 1,1; rentgenologii 1,8; internie 0,7; gruźlicy 4,2, zaś w ortopedii 2,75.

¹⁸ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r. ...*, s. 5.

¹⁹ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski w 1949 r.*, s. 52.

²⁰ Na wzrost konsultacji w terenie wpływ miał także fakt dodatkowego przydziału samochodów służbowych dla konsultantów. Zgodnie z zestawieniem rocznym w 1949 r. jeden samochód przypadał na każde oddzielne województwo. W dalszych rozliczeniach charakterystycznych dla danego okresu wynikało, że dany samochód wykorzystywano do ww. celu 226 razy, co w skali miesiąca równało się, w ujęciu statystycznym – 19 delegacjom. Czy dużo to, czy mało, trudno to dziś ocenić. Według ówczesnych sprawozdań twierdzono, że pomimo braku kompletu sprawozdań z wszystkich województw, pojazdy te były w pełni wykorzystywane.

²¹ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r.*, s. 7–10.

Tab. 4. Wizytacja konsultantów w 1948 r. wg specjalności²².

Specjalność	ilość wizyt w 1948	liczba konsultantów	ilość wizyt przypadająca na jednego konsultanta w skali miesiąca
Chirurgia	368	17	1,8
ginekologia i położnictwo	272	15	1,5
Pediatrya	174	13	1,1
Rentgenologia	157	7	1,8
Interna	113	12	0,7
Gruźlica	51	1	4,2
Ortopedia	33	1	2,75
Razem	1168	67	1,4

Jak z powyższego wynika liczba wizyt konsultacyjnych w skali miesiąca nie prezentowała się imponująco w badanym okresie, co starano się zmienić wprowadzając usprawnienia organizacyjne, powiększyć liczbę konsultantów ale też i poprawić warunki ich pracy.

Równie ciekawych wniosków dostarczają dane odnośnie zależności częstotliwości wizytacji w miesiącu kalendarzowym. Według nich w badanym 1948 r. najmniej konsultacji odbyto w miesiącach zimowych (począwszy od lutego do marca) oraz w miesiącach letnich. W pierwszym przypadku zjawisko to tłumaczono złym stanem dróg, oraz trudnościami komunikacyjnymi. W drugim zaś niska absencja wskazywała na okres urlopowy. W pozostałych miesiącach liczba wizyt utrzymywała się mniej więcej na tym samym poziomie.

Tab. 5. Wizytacje konsultantów w 1948 r. w poszczególnych miesiącach kalendarzowych²³.

1948	Ilość wizyt	Przyczyna niskiej frekwencji
Styczeń	98	–
Luty	40	Stan dróg
Marzec	35	Stan dróg
Kwiecień	128	–
Maj	123	–
Czerwiec	119	–
Lipiec	58	Urlopy, zjazdy
Sierpień	57	Urlopy zjazdy
Wrzesień	120	–
Październik	134	–
Listopad	126	–
Grudzień	130	–

²² W oparciu o dane W. Chrzanowskiego – patrz przypis 19 – obliczenia własne.

²³ Tamże.

Kolejnych informacji dostarczały dane o zrealizowaniu nadzoru lekarskiego w określonych placówkach leczniczych. Jak można było przypuszczać wyniki te potwierdzały zasadność utworzenia instytucji konsultanta. Wykazano, że najczęściej wizyt odnotowano w szpitalach powiatowych (748) najmniej zaś, co wydawało się rzeczą oczywistą, w szpitalach wojewódzkich (6).

Tab. 6. Wizytacje konsultantów w 1948 r. w zależności od typów placówek leczniczych²⁴.

Placówki lecznictwa zamkniętego w 1948 r.	Liczba odnotowanych wizytacji
Szpitala wojewódzkie	6
Szpitala miejskie	176
Szpitala powiatowe	748
Szpitala ubezpieczalni społ. ZUS	110
Szpitala kongregacyjne	51
Szpitala fundacyjne	31
Szpitala PCK	13
Sanatoria	33

W badanym 1948 r. najczęściej odwiedzane były województwa: krakowskie – 186 razy, gdańskie – 174 oraz poznańskie – 169. Najrzadziej zaś pomorskie, gdzie ogólna liczba konsultacji wszystkich specjalności (a było ich wytypowanych 7, w badanym okresie) wyniosła zaledwie 20. Przyczyn tak dużych dysproporcji trudno dociekać nie znając liczby konsultantów przypadających na dane województwo, ani tamtejszej infrastruktury służby zdrowia.

Tab. 7. Wizytacje konsultantów w 1948 r. w poszczególnych województwach²⁵.

województwo	Liczba wizyt konsultanckich w 1948 r.
Białostockie	58
Gdańskie	174
Kieleckie	77
Krakowskie	186
Lubelskie	85
Łódzkie	90
Olsztyńskie	78
Pomorskie	20
Poznańskie	169
Rzeszowskie	42
Szczecińskie	53
Śląsko-dąbrowskie	96
Warszawskie	73
Wrocławskie	47

²⁴ Tamże.

²⁵ Tamże.

Podsumowanie pierwszego roku działalności instytucji nadzoru fachowo-lekarskiego.

Jak już wspomniano powyższe dane wskazywały dość przekonująco na różnego rodzaju niedociągnięcia w organizacji nadzoru fachowo-lekarskiego. Stan ten potwierdzały też relacje konsultantów ze współpracy z wojewódzkimi wydziałami zdrowia. Zastrzeżenia dotyczyły bowiem kilku zagadnień:

- Niedostatecznego wykorzystywania wniosków konsultanckich zarówno przez MZ jak i wydziały wojewódzkie²⁶;
- trudności zharmonizowania obowiązków konsultanta z Wojewódzkim Wydziałem Zdrowia;
- braków środków transportu²⁷;
- nieterminowego wypłacania honorariów, diet czy kosztów podwozów.

Odrębną kwestię stanowiła sprawa udziału a przez to i opinii konsultantów przy wyborze na stanowiska ordynatorów czy dyrektorów szpitali. Domagano się wręcz zagwarantowania ich eksperckiego głosu w konkursach. Jak wiadomo z przekazów prasowych nie zawsze były one uwzględniane²⁸.

Urzędy Wojewódzkie (Wydział Zdrowia) ze swej strony również zgłaszały zastrzeżenia. Dotyczyły one m.in. nieuwzględniania urzędu naczelnika wydziału zdrowia w przypadkach zgłaszania gotowości odbycia wizytacji w województwie czy też niezachowania kolejności przy składaniu sprawozdań z odbytych lustracji. Sprawozdania konsultanckie, zgodnie z zarządzeniem, winny być przedłożone w pierwszej kolejności naczelnikowi wydziału. Ten zaś, po zapoznaniu się z ich treścią miał obowiązek przesłania ich do MZ²⁹. Odrębną nie mniej istotną sprawę stanowiła też jakość sprawozdań oraz systematyczność w ich sporządzaniu. Pisano wówczas „sprawozdania jeszcze niedoskonałe...[widoczne] problemy ze statystyką”³⁰.

²⁶ Spotykano się z zastrzeżeniem, że naczelnicy nie starają się realizować wniosków konsultanckich, gdyż uważają, że sami konsultanci są do tego upoważnieni jako reprezentanci MZ. E. Drescher, *Praca konsultanta nadzoru fachowego a podniesienie poziomu szpitali*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 67.

²⁷ Planowanie wizyt konsultanckich przez poszczególne Wydziały Zdrowia polegało na umawianiu na ten sam termin kilku konsultantów różnych specjalności; co podyktowane było zapewne trudnościami komunikacyjnymi. W 1949 r. Roguski pisał „zebranie 3-4 konsultantów jednego dnia jest rzeczą niemożliwą”. J. Roguski, *Konsultant fachowo-lekarski z zakresu chorób wewnętrznych na województwo poznańskie*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 43-45. Zob. też M. Trawiński, *Konsultant fachowo-lekarski na terenie województwa śląsko-dąbrowskiego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 27-29.

²⁸ H. Gromadzki, *Konsultant fachowo-lekarski w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie gdańskim*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 51.

²⁹ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r.*, s. 17.

³⁰ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski w 1949 r.*, s. 55.

Problemy natury organizacyjnej pojawiały się również w sposobie postrzegania wizyt. Dość często w relacjach konsultantów pojawiał się problem charakterystycznego stosunku personelu szpitalnego wobec odwiedzających. Wizytacje te traktowano jako kolejną formę kontroli MZ, mającą na celu wychwycenie nadużyć czy nieprawidłowości. Konsultanci spotykali się bowiem z dość dużą względem nich nieufnością. Osobą poddawaną kontroli był zazwyczaj ordynator, który w badanym okresie okazywał się być jedynym fachowcem w swej dziedzinie na danym terenie. Wszelkie uwagi natury merytorycznej często przyjmowane były przez niego niezbyt przychylnie czy nawet z dużym oporem³¹. Wspominano nawet o „pomniejszaniu (jego) autorytetu (...) na własnym terenie”³² a pojawiający się oportunizm wynikał zazwyczaj z obawy przed zachwianiem ustabilizowanego dotąd porządku. Stosunek ten z czasem miał ulec poprawie. W 1950 r. pisano „obecnie pobyt konsultanta nie jest uciążliwą wizytą inspekcyjną a wręcz oczekiwana”³³. Wspominano też o „chłonnych umysłach” wizytowanego personelu, licznych telefonach i listach lekarzy proszących o pomoc i konsultację³⁴. Trudno dociec czy zmiana nastawienia nie była charakterystycznym dla tamtego okresu chwytem propagandowym. Były to jednak nieliczne wyjątki. Nadzór fachowo-lekarski postrzegany był zazwyczaj jako kontrola organów nadzorczych.

W kwestii merytorycznej zaś wnioski konsultantów pozwalały na zobrazowanie ówczesnego poziomu lecznictwa prowincjonalnego.

Przykładowo w dziedzinie chirurgii weryfikacja umiejętności technicznych lekarzy a zwłaszcza ordynatorów pozostawiała wiele do życzenia. Zdarzały się przypadki wykonywania tzw. zabiegów dużych, przy braku niezbędnego ku temu zaplecza aparaturowego. Postawa ta aczkolwiek rokująca nadzieje w rozwój manualny poszczególnych lekarzy stwarzała jednak bezpośrednie zagrożenie dla pacjentów. Proponowano wówczas powstrzymanie się od wykonywania powyższych operacji do momentu uzupełnienia sprzętu. Niebezpieczne sytuacje, jak donoszono w sprawozdaniach konsultantów, obserwowano natomiast na Ziemiach Odzyskanych. Tam też dokonywano operacji, których stopień trudności znacznie przekraczał umiejętności techniczne

³¹ Z. Kieturakis, *Jakie formy winna mieć praca konsultanta w dziedzinie chirurgii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 77.

³² A. Goldschmied, *Poziom fachowy oddziałów internistycznych na terenie województwa lubelskiego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr1, s. 89–93.

³³ Z. Kieturakis, dz. cyt., s. 77.

³⁴ J. Kossakowski, M. Paradowska, *Konsultacje fachowo-lekarskie z chirurgii dziecięcej na terenie kraju w 1949 r.*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 65.

poszczególnych operatorów³⁵. Zarzuty pod adresem chirurgów kierował np. prof. J. Rutkowski. Dotyczyły one nie tylko błędnie wykonanych zabiegów ale też i „źle prowadzonych historii chorób operacji, a nawet (braku wpisów tętna na kartach gorączkowych)”. W dalszej kolejności wymieniał również niewłaściwe stosowanie sulfonamidów oraz brak zainteresowania bieżącym piśmiennictwem polskim³⁶.

W ginekologii natomiast obserwowano dość częste przypadki obsadzania na stanowisku ordynatora lekarzy chirurgów, którzy nie posiadali wymaganego przygotowania specjalistycznego. Braki w wiedzy przyczyniały się do podejmowania błędnych decyzji tj. np. leczenie torbieli jajnika nakłuciem powłok brzusznych czy też operacja złośliwego nowotworu bez użycia specjalistycznego sprzętu, obowiązkowego badania histopatologicznego aż wreszcie zaniechania leczenia energią promienistą w danym przypadku³⁷. Lista rażących błędów nie kończyła się na powyższych zarzutach. Cechą charakterystyczną dla chirurgów specjalizujących się w ginekologii miała być też niezajomość nie tylko ówczesnych specjalistycznych podręczników ale też i mianownictwa ginekologicznego. W 1950 r. w wyniku konsultacji fachowo-lekarskich stwierdzano niejednokrotnie „samorodne nowotworzenie rozmaitych nazw i określeń nieznanymi i nieużywanymi w żadnych z istniejących podręczników”³⁸.

Nieprawidłowości dotyczyły również i innych specjalności medycznych m.in. pediatrii. Prof. Henryk Brokman – ówczesny konsultant województwa gdańskiego w raporcie zamieszczonym w 1949 r. donosił, że oddziały szpitalne dziecięce na wizytowanym przez niego terenie prowadzone są przez lekarzy nieposiadających podstawowych wiadomości z zakresu lecznictwa oraz pediatrii zapobiegawczej³⁹. Co gorsza, stwierdzał dalej, istnienie tendencji likwidowania oddziałów noworodkowych albo umieszczania ich razem z matkami na izbie porodowej⁴⁰. Podobnego zdania był wspomniany W. Chrzanowski. Jego zdaniem pediatria traktowana była jeszcze gorzej niż ginekologia. Pisał „(zauważalny jest) z reguły brak specjalistów a oddziałem, jeśli w ogóle taki istnieje, zajmuje się nim dorywczo jeden z lekarzy

³⁵ Z. Kieturakis, dz. cyt., s. 81.

³⁶ J. Rutkowski, *Konsultant fachowo-lekarski na terenie województwa łódzkiego i m. Łodzi*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 25.

³⁷ S. Schwarz, dz. cyt., s. 110.

³⁸ Tamże, s. 111.

³⁹ H. Brokman, *Konsultant fachowo-lekarski w zakresie pediatrii w województwie gdańskim*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 46.

⁴⁰ Tamże.

szpitalnych (...)"⁴¹. Rok później inny konsultant pisał „pediatria prowincjonalna leży odłogiem”⁴².

Krytyczne uwagi kierowano nie tylko pod adresem lekarzy. W każdym niemal sprawozdaniu podkreślano brak wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego we wszystkich specjalnościach⁴³. Wyjątek w tej kwestii stanowił poziom wykształcenia siostr zakonnych, o czym nadmieniano jeszcze w 1949 r.⁴⁴

Wspomnieć należy również o stanie ówczesnej rentgenologii prowincjonalnej. Do podstawowego zarzutu, jakim był niedostatek fachowców⁴⁵ również i w tej dziedzinie, należy dołączyć zupełny brak koordynacji w rozmieszczaniu sprzętu radiologicznego. Pisano: „pracownie rentgenowskie urządzone są rozmaicie... jedne są wyposażone niemal bogato w sprzęt i aparaturę. Inne znowu urządzone nad wyraz prymitywnie bez większej znajomości rzeczy”⁴⁶. To niewłaściwe a i często przypadkowe zaopatrzenie w sprzęt placówek do tego nieprzystosowanych przyczyniało się do popełniania nierzadko błędów organizacyjnych. Jednym z nich była konieczność przewożenia pacjentów np. ze szpitala pozbawionego aparatu do oddalonego o 0,5 km ośrodka zdrowia celem wykonania badania rentgenowskiego, która to placówka wyposażona została przez Departament Walki z Gruźlicą w aparat Fischera. Stwierdzono przy tej okazji: „Aparat w gruncie rzeczy bardzo dobry ale zupełnie nie przystosowany do warunków pracy ośrodków zdrowia”⁴⁷.

Innym błędem natury organizacyjnej był również fakt niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej. W wyniku kontroli stwierdzano wielokrotnie brak opisów zdjęć rentgenowskich, a jeśli

⁴¹ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r.*, s. 15.

⁴² S. Popowski, *Jakie formy winna mieć praca konsultanta w dziedzinie pediatrii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 103.

⁴³ Tamże. Zob. też, K. Joncher, *Konsultant fachowo-lekarski z zakresu pediatrii na województwo poznańskie*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 56.. Pisał: „pielęgniarka wykwalifikowana z ukończoną szkołą pielęgniarską należy do bardzo rzadkich wyjątków”. J. Kossakowski, M. Paradowska, dz. cyt., s. 68.

⁴⁴ M. Trawiński, dz. cyt., s. 33.

⁴⁵ W Olsztyńskiem nie było żadnego lekarza radiologa. Zdjęcia wykonywali lekarze innych specjalności, co pozostawiało wiele do życzenia. L. Herbst, *Jakie formy powinna mieć praca konsultantów w dziedzinie radiologii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 118. Zob. też, K. Rowiński, *Konsultant fachowo-lekarski na województwo gdańskie z zakresu rentgenologii*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 58. Pisał wówczas m.in. stosunek lekarza specjalisty rentgenologa do ogólnej liczby lekarzy wynosił wówczas 1:60 bądź 1:70.

⁴⁶ Tamże, s. 117.

⁴⁷ Tamże, s. 118.

były to sporządzano je chaotycznie i w sposób odrębny. W 1950 r. zdarzały się i takie uwagi: „Ftjzjologowie w szpitalach i ośrodkach zdrowia prześwietlają dla siebie i dla zasady nie piszą (...) czasem robią znaki na pieczętce klatki piersiowej tylko dla nich zrozumiałe”⁴⁸. Problemy pojawiały się również w samej procedurze przekazywania chorego do radiologii. W sprawozdaniach konsultantów wspomiano o braku wpisów do historii choroby wystawionych skierowań. Donoszono wówczas: „na karcie gorączkowej pacjenta widnieje napis „RTG”⁴⁹. Nierzadko opisywano również przypadki stosowania zaledwie ustnego niczym nieudokumentowanego polecenia wykonania badania. Zarzuty pod adresem klinicystów kierowali też sami radiolodzy, którym brak bliższych informacji o chorobie pacjenta „nie ułatwiał pracy”⁵⁰. „W pojęciu niektórych lekarzy radiodiagnostyka to odgadywanie rebusów, przy czym nie wolno odgadującemu ułatwić roboty”⁵¹.

Najmniej uwag adresowano pod adresem prowincjonalnych internistów, choć i im zarzucano brak dogłębnej wiedzy internistycznej⁵² oraz zbyt małe wykorzystywanie osiągnięć ówczesnej analityki medycznej⁵³.

Pomimo szeregu niedoskonałości w pierwszym roku działalności instytucja nadzoru fachowo-lekarskiego, o czym już wspomiano, rozwijała się w kolejnych latach coraz prężniej. Wzrostowi uległa liczba konsultantów jak i poprawiła się jakość przebiegu wizyt. Zwracano uwagę na sposoby przeprowadzanych wizytacji, przepływowość szpitali⁵⁴ oraz badanie poziomu leczenia zakładów uwzględniając opinię chorych i miejscowego czynnika społecznego⁵⁵. Kwestią wciąż aktualną była sprawa doszkalania fachowego personelu medycznego.

⁴⁸ W. Chrzanowski, *Dział radiologii w świetle pracy konsultantów fachowych*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 144.

⁴⁹ Tamże.

⁵⁰ Zjawisko to szczególnie nasilonie było w okresie międzywojennym. Zob. M. Paciorek, *Polskie zakłady i pracownie rentgenowskie dwudziestolecia międzywojennego*, w: *Zawody: diagnosty laboratoryjnego i felczera na ziemiach polskich w XIX i XX w.*, pod red. B. Urbanek, Warszawa 2011, s. 230.

⁵¹ W. Chrzanowski, dz. cyt., s. 145.

⁵² „Funkcję internisty sprawują lekarze o niedużych kwalifikacjach internistycznych, niejednokrotnie traktując ją jako specjalność uboczną” – A. Goldschmied, *Konsultant fachowo-lekarski z zakresu chorób wewnętrznych na województwo lubelskie*, „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 36.

⁵³ Częstokroć spowodowane brakiem laboratoriów diagnostycznych w szpitalach.

⁵⁴ Badanie słuszności decyzji lekarza szpitalnego odnośnie pozostawienia chorego w szpitalu względnie kierowania ich na inne oddziały. W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r.* s. 20

⁵⁵ Tamże, s. 20.

Problem ten znalazł swój „odzew” na I zjeździe konsultantów w grudniu 1948 r. W wyniku jego ustaleń MZ podjęło decyzję o rozszerzeniu zakresu obowiązków konsultanta nadzoru fachowo-lekarskiego m.in. w tej dziedzinie. Doszkalanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego miało odbywać się poprzez:

1. „Okresową wymianę asystentów klinicznych z lekarzami szpitalnymi z terenu;
2. Zorganizowanie krótkich kursów doszkalających;
3. Wygłaszanie referatów przez konsultantów dla szerszego grona lekarzy – co najmniej 81 referatów;
4. Ogłaszanie w pismach lekarskich krótkich rad konsultantów mających za temat praktyczne wskazówki dla lekarzy;
5. Zwiększenie liczby pokazowych operacji;
6. Okresową wymianę personelu pomocniczego wielkich szpitali z małymi;
7. Wciągnięcie do współpracy towarzystw naukowo-lekarskich”⁵⁶.

Najwięcej kontrowersji wzbudzał jednak obowiązek czasowej wymiany asystentów klinicznych z lekarzami prowincjonalnymi. Zarządzenie to z racji zbyt małej liczby wyszkolonych asystentów klinicznych uniemożliwiało jego realizację. W sprawie tej głos zabierał m.in. prof. J. Rutkowski – dyrektor Kliniki Chirurgicznej w Łodzi a jednocześnie konsultant chirurgiczny tamtejszego województwa jak i prof. Ksawery Rowiński – konsultant z zakresu rentgenologii na terenie woj. gdańskiego. Zdaniem tego ostatniego o wymianie asystentów nie mogło być mowy, gdyż przykładowo, „asystent radiolog w żadnym wypadku nie zdoła zastąpić lekarza prowincjonalnego w całości realizacji jego zadań lekarskich jakimi są poza znajomością medycyny ogólnej, zabiegi operacyjne czy położnicze”⁵⁷. Z drugiej zaś strony klinika pozbawiona fachowych asystentów klinicznych a obsadzona szkolącymi się lekarzami prowincjonalnymi również mogła mieć trudności organizacyjne. Problemu tego nie widział natomiast wspomniany już W. Chrzanowski pisząc na łamach prasy, że owa wymiana asystentów i lekarzy realizowana będzie z „pożytkiem” dla każdego i „nie może być mowy o krzywdzeniu jakiegokolwiek strony”⁵⁸.

⁵⁶ Zjazd Konsultantów fachowo-lekarskich Ministerstwa Zdrowia, „Zdrowie Publiczne” 1949, nr 1–2, s. 90–91.

⁵⁷ K. Rowiński, *Konsultant fachowo-lekarski na województwo gdańskie z zakresu rentgenologii* „Szpitalnictwo Polskie” 1949, nr 1, s. 59. Również i urządzanie kursów uważał za daremne z racji braku zastępstw zakwalifikowanych na nie lekarzy.

⁵⁸ W. Chrzanowski, *Nadzór fachowo-lekarski nad zakładami leczniczymi w 1948 r.*, s. 13.

W kolejnym 1950 r. mimo stale wprowadzanych usprawnień w instytucjach nadzoru fachowo-lekarskiego, zdaniem władz ministerialnych, nadal popełniano błędy. Wynikały one „ze zbyt indywidualistycznego podejścia do zakresu swoich obowiązków przez każdego z konsultantów”. Zgodnie z ówczesną ideologią planowości i pracy zespołowej wzorowanej jak już wspomniano na dokonaniach polityki Związku Radzieckiego tendencje te zamierzano zdecydowanie zmienić. W 1950 r. pisano: „Konsultanci w swej pracy byli często niedostatecznie związani z wojewódzkim kierownictwem służby zdrowia. Nie wykształciły się dotychczas formy współpracy konsultantów między sobą, jak również z władzami służby zdrowia”⁵⁹. Zapowiadano więc wprowadzenie kolejnych usprawnień – oczywiście zaczerpniętych z wzorców – systemu radzieckiego. Zmiany te polegać miały na powołaniu tzw. wojewódzkich i krajowych specjalistów, którym gwarantowano szerszy niż dotychczas zakres uprawnień.

Zarządzenie o powołaniu krajowych i wojewódzkich specjalistów weszło w życie z dniem 20 lipca 1950 r.⁶⁰ Poza dotychczasową rolę konsultantów wojewódzcy specjaliści od 1950 r. mieli opiniować plan sieci instytucji danej specjalności i ich poziom fachowy, współdziałać w ramach zespołu w „wypracowaniu planu” rozmieszczania specjalistów, wspólnie opracowywać programy szkoleń i dokształceń specjalistów, inicjować wybór najważniejszych typowych metod leczniczych zasługujących na upowszechnienie w placówkach leczniczych⁶¹. A zatem oprócz obowiązków wynikających z indywidualnych zadań konsultanta wobec nadzorowanej przykładowo placówki zgodnie z zarządzeniem pojawiały się nowe obowiązki pracy „w ramach zespołu”. Kolejną zmianą wprowadzoną w 1950 r. była możliwość, w przypadku pracy konsultantów wojewódzkich, korzystania z pomocy swoich asystentów⁶² a także rozszerzenie roli edukacyjnej przez akceptację różnych form kontaktów z podległymi nadzorowi instytucjami jak: wizytacje, kontakt telefoniczny, listowny, posiedzenia naukowe, organizacja dni operacyjnych w klinice konsultanta⁶³.

Struktura powołanego urzędu kształtowała się następująco: w każdym województwie przy naczelniku Wojewódzkiego Wydziału Zdro-

⁵⁹ J. Sztachelski, *Wytyczne pracy służby zdrowia na rok 1950*, „Zdrowie Publiczne” 1950, nr 1–2, s. XIII–XIV.

⁶⁰ Dz. Urz. Ministerstwa Zdrowia z 1 VIII 1950 r. nr 15, poz. 130.

⁶¹ J. Sztachelski, *Wytyczne pracy służby zdrowia na rok 1950*, s. XIV.

⁶² W. Chrzanowski, *Nowe drogi nadzoru fachowo-lekarskiego*, „Służba Zdrowia” 1950, nr 13, s. 3.

⁶³ Tamże.

wia (PWRN) utworzono tzw. zespół konsultacyjny, w skład którego wchodził wojewódzcy specjalista z różnych specjalności powołani na stanowiska przez MZ. Zgodnie z zarządzeniem tworzyli oni organ doradczy przy Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia. Jego utworzenie miało na celu jak najściślejsze powiązanie specjalistów z władzą wojewódzką służby zdrowia. Zespół wojewódzkich specjalistów wyłaniał spośród siebie przewodniczącego, który miał nadzorować planową pracę pozostałych konsultantów różnych specjalności. Do jego obowiązków należało też wyznaczanie terminów wizytacji wojewódzkich specjalistów czy choćby nadzorowanie ich sprawozdawczości kierowanej do Wydziału Zdrowia Wojewódzkich Rad Narodowych⁶⁴. Była to zależność pozioma – administracyjna.

Zależność pionowa a inaczej fachowa odnosiła się zaś do utworzonego krajowego zespołu specjalistów powołanego i odpowiedzialnego przed samym Ministrem Zdrowia. Do powinności tej grupy należał nadzór fachowy nad działalnością wszystkich zakładów w kraju w zakresie danej specjalności oraz przedstawianie MZ ogólnych wniosków dotyczących poziomu wiedzy fachowej w danej dziedzinie. Wojewódzcy specjaliści z danej dziedziny byli podporządkowani decyzjom krajowego specjalisty⁶⁵. W kwestii organizacji tegoż zespołu ich prace nadzorować miał również przewodniczący specjalistycznych grup ogólnokrajowych.

Zaprezentowany powyżej rozwój organizacji nadzoru fachowo-lekarskiego przypadł na okres kształtowania się nowego układu politycznego, który niewątpliwie wpłynął na ostateczny kształt jego struktury – obowiązującej w okresie PRL-owskim. Rok 1947/48 to czas względnych jeszcze swobód, dopuszczania czy lansowania nowatorskich koncepcji a przede wszystkim możliwości otwartego prezentowania własnych opinii odnośnie ówczesnego poziomu lecznictwa również prowincji. Możliwość ta w kolejnych latach coraz bardziej ulegała ograniczeniu. Artykuły prasowe ale i sprawozdania konsultantów często formułowane były w sposób propagandowy czy, jak wówczas je określano, „politycznie poprawny”⁶⁶. Praktyka składania

⁶⁴ Spotkania wojewódzkiej grupy konsultantów miały odbywać się raz w miesiącu, natomiast raz na kwartał umawiano spotkania teje grupy z naczelnikiem Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia. Tamże.

⁶⁵ *Specjaliści krajowi i wojewódzcy*. „Służba Zdrowia” 1950, nr 37, s. 3.

⁶⁶ „Dążeniem konsultanta jest również zapoznanie lekarzy terenowych (...) z wnioskami praktycznymi płynącymi z nowych zdobyczy nauk biologicznych opartych na poglądach Miczurina i Łysenki”. A. Goldschmied, *Poziom fachowy oddziałów internistycznych na terenie województwa lubelskiego*, „Szpitalnictwo Polskie” 1950, nr 1, s. 91.

publicznej samokrytyki w ówczesnej dobie pozwalała jednak dostrzec problemy w samej organizacji instytucji nadzoru. Pomimo ciągłych usprawnień wprowadzonych zwłaszcza w 1950 r. występowały one nadal, były nawet powtarzalne i przypominały te z poprzednich lat np. z 1948 r., zwłaszcza w kwestii współpracy pomiędzy poszczególnymi jej ogniwami.

SUMMARY

Institution of Professional and Medical Supervision in Poland from 1947 to 1950 – presentation based on the then press publications

Institution of professional and medical supervision was established by the Minister of Health's decision on October 30, 1947 and its purpose was to improve the quality of medical practice and establish cooperation between various in-patient and out-patient health institutions. It was also an element of health care system centralisation. Presented in the article development of professional and medical supervision took place in the period when the new political system was being shaped and this undoubtedly influenced the final structure of this institution in Polish People's Republic. The years 1947/48 were still the time of relative liberty, when innovative ideas were still accepted or even promoted and when it was possible to express openly opinions on the level of health care development in rural areas. This liberty was gradually restricted in subsequent years. Published in press articles or consultant reports varied at that time in form and contents. Some were too laconic and gave no new information but there were also some that with disarming frankness pointed to serious shortcomings and errors not only in organisation of controlled units but also resulting from purely professional incompetence. However, with the development of political system in Poland, the consultant reports changed their nature. Often they were written in a 'politically correct' manner. Nevertheless, the practice of public self-criticism makes it possible to see problems not only with the organisation of the supervision at that time. It showed the condition of public health care system, the glaring shortcomings resulting to a great extent from personal and material loss incurred during the WWII but also – in line with the propaganda policy – from the mistakes made in Polish political system before 1939. Despite constant improvements that were introduced especially in 1950, the mistakes were still repeating and reminded those seen in 1948, especially as regards the cooperation of individual institutions in the health care system.