

W tym konkretnym wypadku Erich Koch został wydany władzom polskim przez Trybunał Ekstradycyjny, działający w brytyjskiej strefie okupacyjnej w Hamburgu. Ten Trybunał Ekstradycyjny ukonstytuował się w roku 1947. Rolę tego Trybunału określił jeden z czołowych zachodniemieckich specjalistów prawa międzynarodowego prof. dr Walter Schätzel w głosie do wyroku Luksemburskiego Trybunału dla spraw przestępców wojennych z dnia 25 października 1948 r. („Archiv des Völkerrechts“ 1949 Heft 4 s. 509—512). Prof. Schätzel stwierdza w swojej głosie, że:

1) Trybunał Ekstradycyjny w Hamburgu powołany został dla ochrony obywateli niemieckich przed wnioskami ekstradycyjnymi państw, na których terytoriach dopuścili się oni zbrodni wojennych.

2) Trybunał Ekstradycyjny w Hamburgu przeprowadza we własnym zakresie wstępne badania wniosków ekstradycyjnych celem ustalenia, czy zarzucane zbrodnie wojenne istotnie zostały popełnione.

3) Trybunał Ekstradycyjny w Hamburgu pojęcie zbrodni wojennych ujmuje według interpretacji zwięzającej.

Od siebie dodaje, że mimo to Trybunał Ekstradycyjny w Hamburgu wydał Ericha Kocha władzom polskim.

ALFONS KŁAFKOWSKI

ROZBUDOWA SŁUŻBY ZDROWIA NA ZIEMI LUBUSKIEJ *

W okresie minionych 13 lat od chwili powrotu do Ziemi Lubuskiej w granice państwa polskiego, a szczególnie w ostatnich siedmiu latach istnienia województwa zielonogórskiego dokonał się tu olbrzymi krok naprzód w dziedzinie rozbudowy służby zdrowia.

I. WARUNKI STARTU SŁUŻBY ZDROWIA W WOJ. ZIELONOGÓRSKIM

a) Placówki opieki zdrowotnej za czasów pruskich

Niemiecka sieć placówek opieki zdrowotnej na tym terenie była słaba. Podobnie jak prawie w całej Europie środkowej, w okresie przedwojennym i w czasie ostatniej wojny, lecznictwo otwarte opierało się głównie na prywatnych gabinetach; profilaktyka, poza bardzo skromnymi wyjątkami, nie istniała. Liczba łóżek szpitalnych na Ziemi Lubuskiej w stosunku do ilości mieszkańców należała do najniższych w Niemczech. Większość szpitali prócz kilku wojskowych była pod każdym względem przestarzała, zarówno jeżeli chodzi o rozwiązania funkcjonalne jak i o zaplecze gospodarcze, dużą ich część

* Autorzy tego artykułu biorą wybitny udział w organizowaniu służby zdrowia na Ziemi Lubuskiej: doc. dr Maria Rozwadowska-Dowżenko jest przewodniczącą Zespołu Konsultantów Wojewódzkich, a dr Jerzy Kamiński naczelnikiem Wydziału Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej w Zielonej Górze (przypis. redakcji).

stanowiły małe, kilkudziesięciolóżkowe szpitale kongregacyjne. Wytlumaczyć to chyba można bliskością Berlina posiadającego doskonale wyposażone kliniki, które prawdopodobnie obsługiwały ludność spoza stolicy.

b) Zniszczenia sprzętu medycznego i niedostatki okresu początkowego

Działania wojenne uszczupliły, a różnego rodzaju „szabrownicy“ rozkradli i tak ubogi sprzęt lekarski, tworząc tym samym wyjątkowo trudną sytuację dla zorganizowania na nowo ochrony zdrowia. Tak więc wyposażenie potrzebne do tego celu w momencie utworzenia województwa zielonogórskiego składało się z niespełna dwóch tysięcy łóżek szpitalnych, nielicznych ośrodków zdrowia zorganizowanych przez dawną Ubezpieczalnię Społeczną i słabiejlecznictwa specjalistycznego, wśród którego najprężniej prezentowało się poradnictwo chorób wenerycznych, na które położono duży nacisk ze względu na sytuację epidemiologiczną i które rzeczywiście zadania swe wykonało w pełni. Wystarczy tylko podać, że wskaźnik zachorowań na kiłę świeżę na przestrzeni od 1950 r. do 1952 r. spadł z 4,9 do 1,78/10.000 mieszkańców, a więc blisko do 1/3, a do 1955 r. do 1/2, czyli do 1/4.

Przy szpitalach istniały poradnie chirurgiczne, poza tym było parę poradni przeciwgruźliczych oraz pojedyncze pracownie rentgenowskie.

Profil szpitali miał tylko 4 podstawowe specjalności, liczba łóżek gruźliczych czy zakaźnych była bardzo mała, a ortopedia, traumatologia, neurologia, laryngologia czy okulistyka w ogóle nawet nie były reprezentowane. Dodać do tego trzeba przestarzałość większości obiektów, zasadnicze braki w podstawowym wyposażeniu, praktycznie całkowity brak służby sanitarno-epidemiologicznej.

c) Brak fachowego personelu

Trudną sytuację zaostrzał jeszcze niezwykle deficyt personelu fachowego, występujący w pierwszych latach po wojnie ze szczególną ostrością na Ziemiach Zachodnich.

Liczba lekarzy na terenie całej Polski w wyniku działań wojennych i eksterminacyjnej polityki okupanta w stosunku do polskiej inteligencji spadła prawie do 50% stanu sprzed 1939 r., zamykając się liczbą 6.000 osób, co odpowiadało wskaźnikowi 2,5 na 10.000 (w 1938 r. — 3,7/10 000).

Liczba lekarzy-dentystów zmniejszyła się do 40% stanu sprzed wojny, położonych do 60%, pielęgniarek do około 80%. Przeważająca większość lekarzy czy pielęgniarek pozostała w ośrodkach akademickich, w dużych miastach i miasteczkach województw centralnych i wschodnich Polski, co pociągnęło za sobą szczególne upośledzenie Ziemi Zachodnich, wśród których chyba tylko miasto Wrocław stanowiło wyjątek dzięki przeniesieniu się tu licznych zespołów leczniczych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego.

Jeszcze w r 1950 woj. zielonogórskie liczyło tylko 115 lekarzy medycyny, co odpowiadało wskaźnikowi 1,9/10.000 mieszkańców przy średniej krajowej

3,5/10.000. Takie wskaźniki dla innych specjalności w służbie zdrowia wynosiły wówczas w woj. zielonogórskim:

lekarzy-dentystów	0,7/10.000	mieszkańców
farmaceutów	0,9/10.000	„
położnych	2,7/10.000	„
pielęgniarek	9,8/10.000	„

W tym 40% tzw. przyuczonych.

Praktycznie więc całą ochronę zdrowia trzeba było organizować zupełnie od nowa, dysponując nad wyraz skromną bazą materiałową i jeszcze skromniejszą liczbą wyszkolonego personelu. — Na szczęście wartość tego personelu, zarówno o ile chodzi o jego poziom fachowy jak i postawę moralno-etyczną przez wiele długich lat wyrzynwała niedobór ilościowy. Jego wysokie kwalifikacje, zapał do pracy i pełne samozaparcia poświęcenie pozwoliły zapewnić ludności niezbędną opiekę i pomoc, stworzyć podwaliny nowoczesnej, społecznej służby zdrowia. Ci w najlepszym tego słowa znaczeniu pionierzy stanowią do dziś najzdrowszy trzon służby zdrowia województwa, a ich nieustrudzony entuzjazm, który udziela się napływającej z uniwersytetów i szkół młodzieży, stanowi najlepszą rękojmię dalszego jej rozwoju i postępu. Znałszy się niestety osobniki, których jedynym celem zjawienia się na Ziemi Lubuskiej była chęć jak najszybszego wzbogacenia się za wszelką cenę, ludzie, którzy nie cofali się nawet przed zwykłymi kradzieżami drogocennej aparatury medycznej i wywożeniem jej z terenu województwa. Dość szybko jednak zostali oni wykluczeni z miejscowej społeczności lekarskiej i usunęli się. Podkreślenia wymaga tu też pomoc, jakiej Ziemi Lubuskiej udzielały i udzielają województwa sąsiednie, szczególnie dawniejszy Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego, obecnie Akademia Medyczna. Jej kliniki nie tylko leczyły chorych tej ziemi, ale stanowiły i wciąż jeszcze stanowią mimo utworzenia Studium Doskonalenia Kadr Lekarskich zasadniczą placówkę szkoleniową personelu fachowego dla województwa.

Wybitną rolę w podnoszeniu poziomu opieki leczniczo-profilaktycznej odegrał Zespół Specjalistów Wojewódzkich, rekrutujących się spośród naukowych pracowników Akademii w Poznaniu, jej profesorów i docentów.

Oto w największym skrócie obraz przedstawiający warunki startu służby zdrowia świeżo powstałego województwa zielonogórskiego, województwa bez tradycji i doświadczenia organizacyjno-administracyjnego, walczącego równocześnie z wieloma trudnościami nie tylko w dziedzinie ochrony zdrowia.

d) Stosunki ludnościowe

Dla stosunków ludnościowych Ziemi Lubuskiej, jak większości Ziem Zachodnich, charakterystyczne są pewne zasadnicze i bardzo istotne momenty. Przede wszystkim przeszło 90% ludności stanowi element napływowy. Jest jasne, że kultura duchowa i materialna repatriantów jest bardzo różna. Wy różnia się tu ludność pochodząca z Wielkopolski, reprezentująca najwyższy

w Polsce poziom cywilizacji i odznaczająca się inną, niemniej pozytywną i tak rzadką u nas cechą, jaką jest zmysł organizacyjny.

Minionych trzynaście lat stanowi okres niewątpliwie za krótki, by doprowadzić do zupełnego skonsolidowania ludności, wobec czego wciąż mamy i przez dłuższy jeszcze czas mieć będziemy do czynienia z grupami ludności, różniącymi się między sobą poziomem kultury i związanymi z tym wymaganiami także na polu ochrony zdrowia. Prócz tego należy zauważyć, że napływ ludności na Ziemię Zachodnie trwa dalej; wskaźniki migracyjne dla województwa szczecińskiego i zielonogórskiego są najwyższe w kraju, np. w r. 1956 wyniosły dla szczecińskiego: 10,9/1.000 mieszkańców, a dla zielonogórskiego: 8,5/1.000 mieszkańców.

Równocześnie przyrost naturalny ludności na Ziemi Lubuskiej należy do najwyższych w Polsce; jego wskaźnik w 1955 r. wynosił 30,2/1.000 mieszkańców, w 1956 r. 28,6/1.000 przy średniej krajowej wyrażającej się w tych samych latach liczbami 19,5 i 18,9/1.000. — Jest to uwarunkowane nie tylko liczbą (jedną z największych) urodzeń, ale i liczbą (jedną z najmniejszych) zgonów. Wskaźnik zgonów za 1955 r. wynosił 8,9‰ przy średnim dla kraju 9,6‰, w roku 1956 8‰ (średnia krajowa 9‰). Niewątpliwym wpływem na takie kształtowanie wymienionych wskaźników ma skład ludności z wyraźną przewagą osobników młodych i w wieku średnim.

W efekcie ludność woj. zielonogórskiego z 560.000 w 1950 r. wzrosła do 720.000 w 1957 r., czyli o 30,7% w ciągu zaledwie 7 lat.

Jednocześnie charakter województwa zmienia się stopniowo z rolniczego na rolniczo-przemysłowy, z czym związany jest zwiększony napływ ludności do miast; o ile bowiem w 1949 r. ludność miejska stanowiła 35,8% ogółu mieszkańców, to na koniec ub. r. odsetek ten wzrósł już do 44,4% i wykazuje dalszą tendencję zwyżkową. Ten stały napływ ludności do środowisk miejskich oddziałuje niekorzystnie na zagęszczenie powierzchni mieszkaniowej, a co za tym idzie, wpływa pogarszająco na ogólny stan sanitarny. Za przykład służyć może sama Zielona Góra, której ludność w chwili obecnej zwiększyła się prawie dwukrotnie w stosunku do okresu sprzed r. 1945.

e) Powstanie Wydziału Zdrowia w Zielonej Górze

Oceniając realnie stan, potrzeby województwa i konkretne możliwości ich urzeczywistnienia, powstały w 1950 r. Wojewódzki Wydział Zdrowia w Zielonej Górze ustalił dwa zasadnicze etapy budowy ochrony zdrowia, z których pierwszy można krótko określić jako „walka o życie“, drugi zaś jako „walka o zdrowie“. Dzisiaj, z perspektywy minionych lat, widzimy, że było to stanowisko jak najśluszniesze.

Założeniem pierwszego etapu było zapewnienie ludności przede wszystkim pomocy we wszystkich wypadkach wymagających niezbędnej interwencji lekarskiej. Podstawowym ogniwem musiały tu być: lecznictwo zamknięte i pomoc doraźna. Dlatego też pierwsze lata charakteryzowało skupienie większości sił i środków na tych dwóch zagadnieniach.

II. LECZNICTWO ZAMKNIĘTE

a) Organizacja szpitali w Zielonej Górze i Gorzowie

W zakresie lecznictwa zamkniętego postanowiono utworzyć 2 duże szpitale specjalistyczne: w Zielonej Górze — Szpital Wojewódzki dla południowej i środkowej części województwa i w Gorzowie Szpital Miejski, dla części północnej. Organizacja tych placówek jest już obecnie posunięta bardzo daleko naprzód: szpital zielonogórski łącznie z mieszczącym się czasowo w Sulechowie szpitalem płucnym liczy 760 łóżek, szpital gorzowski z wydzielonym, samodzielnym szpitalem dziecięcym 725 łóżek. Prócz czterech podstawowych specjalności dysponują one oddziałami zakaźnymi (z których 133-łóżkowy w Gorzowie Wlkp. należy do najładniejszych w Polsce) oddziałami płucnymi, laryngologicznymi, okulistycznymi (w Gorzowie w trakcie uruchamiania) ortopedycznym (w Zielonej Górze) i traumatologicznym (w Gorzowie), oddziałami dermatologicznymi, oddziałami chirurgii dziecięcej, oddziałem neurologicznym (w Zielonej Górze — dla Gorzowa taki oddział znajduje się w miejscowym szpitalu dla nerwowo i psychicznie chorych) oraz świeżo otwartym oddziałem reumatologicznym (w Zielonej Górze). W budowie są oddziały: zakaźny i płucny w Zielonej Górze, a w perspektywie najbliższych lat przewidziana jest rozbudowa oddziałów: dziecięcego, położniczego, ginekologicznego i ortopedycznego oraz zakładu onkologii w Zielonej Górze i oddziałów laryngologicznego i okulistycznego w Gorzowie. Oba ośrodki posiadają pełne, w niektórych gałęziach wręcz kliniczne zaplecze pracownicze; w Zielonej Górze po oddaniu do użytku w br. dużego zakładu anatomii patologicznej na ukończeniu są nowoczesne pracownie: radiologiczna i analityczno-bakteriologiczna. Obsada stanowisk ordynatorskich i kierowników pracowni obu szpitali składa się w olbrzymiej większości z wysokiej klasy specjalistów, tak iż placówki te prócz swojej roli usługowej i konsultacyjnej stanowią duże ośrodki szkoleniowe, dostarczające województwu specjalistów. W ten sposób województwo zielonogórskie zaczyna już obsadzać samodzielne placówki ordynatorów szpitali powiatowych własnymi wychowankami.

Ta możliwość rozwoju lekarza i awansu stworzyła warunki pewnego wrastania w teren ludzi wartościowych.

Prócz tego szpital gorzowski od paru lat jest bazą szkoleniową dla szkoły pielęgniarstwa i położniczej, zaś szpital wojewódzki stanie się nią do 1960 r., kiedy w Zielonej Górze powstanie również szkoła pielęgniarstwa z wydzielonymi klasami laborantek medycznych, analitycznych i rentgenowskich.

b) Szpitale powiatowe i ich rozbudowa

Organizuje się i rozbudowuje również szpitale powiatowe: odbudowano duży, pięciooddziałowy szpital w Szprotawie i sześcioddziałowy w Głogowie, powiększono do 5-ciu oddziałów szpitale w Świebodzinie i Międzyrzeczu, od podstaw zorganizowano i później powiększono do 150 łóżek szpital w Skwierzynie, kończy się odbudowę pełnego czteroodziałowego szpitala w Gubinie i w Sulechowie. Jeszcze w tym roku przystąpi się do budowy nowoczesnego

szpitala w Słubicach dotąd jedyne miasta w województwie nie posiadającego szpitala powiatowego. Również w roku bieżącym rozpocznie się budowę nowoczesnego oddziału zakaźnego w Krośnie przy tamtejszym szpitalu powiatowym. W r. 1960 zaś przystąpi się do odbudowy 400-łóżkowego szpitala ortopedyczno-rehabilitacyjnego w Głogowie, który zasięgiem swoim obejmie kilka województw sąsiednich. Obecnie już tworzy się oddział dziecięcy w szpitalu w Sulęcinie, a w następnych latach zaplanowano rozbudowę i powiększenie tego szpitala stosownie do potrzeb powiatu, podobnie jak szpitala w Żaganii. Wreszcie w latach 1961—65 zostaną powiększone i unowocześnione szpitale w Żarach i Nowej Soli.

W wyniku tej akcji po siedmiu latach ilość łóżek szpitalnych, nie wliczając zupełnie łóżek w szpitalach psychiatrycznych, powiększyła się już prawie o 100%, osiągając aktualnie liczbę 3.300 łóżek; pod koniec 1960 r. wzrosła ona do 4360, a do 1965 r. co najmniej do 6000 łóżek; wskaźnik łóżek na 1000 mieszkańców z 3,4 w 1950 r. wzrósł już mimo omówionego poprzednio olbrzymiego wręcz przyrostu ludności do 5,3. Na koniec 1960 r. powinien on się wyrażać liczbą 5,6/1000 mieszkańców, a w 1965 r. 7,0/1000.

Liczyby powyższe mówią oczywiście tylko o ilościowej poprawie stanu szpitalnictwa na terenie Ziemi Lubuskiej. Nie mniejszy jednak postęp dotyczy jakości pracy lecznictwa zamkniętego. Wystarczy zauważyć, że na blisko 100 oddziałów różnych specjalności zaledwie 14 nie ma ordynatorów z pełną specjalizacją. Wszystkie oddziały chirurgiczne są obsadzone specjalistami i to z wyjątkiem pięciu ze specjalizacją II stopnia. Tylko 3 oddziały chorób wewnętrznych i 2 dziecięcych nie mają lekarzy specjalistów, tak samo jak 2 oddziały płucne i 2 zakaźne. Najtrudniejsza sytuacja istnieje jeszcze na oddziałach położniczo-ginekologicznych, z których tylko 6 ma specjalistów z II stopniem, a 3 z pierwszym stopniem specjalizacji, pozostałych zaś 7 znajduje się pod opieką chirurgów.

Niemniejszej poprawie uległo wyposażenie szpitali w sprzęt niezbędny, każdy z nich dysponuje co najmniej dwoma aparatami rentgenowskimi, 9 posiada elektrokardiografy, wszystkie większe nowoczesne aparaty do narkozy. Coraz wyżej stoi diagnostyka laboratoryjna, a kilka szpitali wykonuje już we własnym zakresie praktycznie wszystkie potrzebne oznaczenia, dysponując niezbędną do tego aparaturą i obsadą fachową. Najslabiej przedstawia się zagadnienie anatomii patologicznej, a zwłaszcza histopatologii, jednak i tu zaznaczył się pewien postęp i są realne nadzieje na szybki rozwój tej tak potrzebnej ze względów dydaktycznych gałęzi medycyny.

c) Szpitale psychiatryczne

Liczba łóżek w szpitalach psychiatrycznych przekroczyła obecnie 4000 i oprócz województwa zielonogórskiego, pokrywają one jeszcze zapotrzebowanie kilku województw ościennych. Szczególnie pożyteczne było otwarcie szpitala neuropsychiatrii dziecięcej w Żarach. W ścisłej współpracy z tymi szpitalami rozwija się poradnictwo zdrowia psychicznego, do niedawna jeszcze zu-

pełnie zaniedbane, a tak potrzebne ze względu na obserwowany w całym świecie wzrost zachorowań o podłożu psychoneurotycznym, na co niewątpliwy wpływ ma wręcz oszałamiające tempo współczesnego życia, postępująca mechanizacja, nieuregulowany i nerwowy tryb życia, czynniki, które niestety nie omijają i Ziemi Lubuskiej.

Zagadnienie leczenia i profilaktyki tych schorzeń staje się także u nas jednym z najistotniejszych problemów stojących co najmniej na równi z chorobami narządu krążenia czy nowotworami, zresztą niejednokrotnie ściśle powiązаныmi ze sobą, zwłaszcza w zakresie etiopatogenezy chorób układu krążenia.

d) Zamknięte zakłady przeciwgruźlicze

W przeciwieństwie do otwartego leczenia przeciwgruźliczego i profilaktyki, zamknięte zakłady przeciwgruźlicze ani ilością miejsc, ani swoimi możliwościami terapeutycznymi nie odpowiadają potrzebom województwa i nowoczesnym wymogom.

W minionych latach zwiększono wprawdzie ilość szpitalnych łóżek przeciwgruźliczych przeszło dwukrotnie i sanatoryjnych dwukrotnie, jednak na 1000 mieszkańców rozporządzamy zaledwie 0,4 łóżka szpitalnego i 0,4 sanatoryjnego. Na terenie województwa nie ma ani jednego oddziału ftyzjochirurgicznego, brak jest sanatorium przeciwgruźliczego dla dzieci, sanatorium gruźlicy kostnostawowej, a liczba łóżek prewentyjnych wynosi wszystkiego 80, i to tylko dla dzieci w wieku szkolnym. Z uwagi na niedobór miejsc średni pobyt chorego w szpitalu, a zwłaszcza w sanatoriach przeciwgruźliczych jest bardzo krótki, zamyka się w granicach 70—75 dni, co w najlepszym razie stanowi zaledwie 1/2, o ile nie 1/3 niezbędnego minimum. Dlatego też już obecnie przystąpiono do rozbudowy zamkniętego leczenia przeciwgruźliczego, rozpoczęto budowę dużego 100-łóżkowego pawilonu płucego w Zielonej Górze z oddziałem ftyzjochirurgii, a w kilku szpitalach powiatowych zaplanowano własne 25—30 łóżkowe oddziały przeciwgruźlicze. Do r. 1965 da to łącznie ponad 700 łóżek i zwiększenie wskaźnika do 0,8 łóżka na 1000 mieszkańców. W 1959 r. przystępuje się do odbudowy 450-łóżkowego sanatorium przeciwgruźliczego w Kostrzynie n/Odrą z oddziałami płucnymi i gruźlicy kostnostawowej dorosłych, jak również 25-łóżkowym oddziałem chirurgicznym. W ciągu najbliższych trzech lat sanatorium w Torzymiu zostanie powiększone do 600 łóżek z wydzielonym terenowo 140-łóżkowym sanatorium dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, w związku z czym najdalej w 1963 r. uzyskamy wskaźnik 1,1 łóżek sanatoryjnych na 1000 mieszkańców.

Wreszcie w przyszłym roku zostaną oddane do użytku: jedno prewentyrium dla dzieci szkolnych i jedno dla przedszkolnych, a w 1960 r. drugie dla przedszkolnych, co całkowicie zaspokoi potrzeby województwa i pozwoli na izolowanie dzieci żyjących w trudnych warunkach wielu środowisk gruźliczych na okres kilkakrotnie dłuższy niż obecnie.

e) Stacje krwiodawcze

Bardzo ściśle z lecnictwem zamkniętym wiąże się krwiodawstwo. Trudno sobie dzisiaj wyobrazić nowoczesną terapię prawie w każdej specjalności, nie mówiąc już o zabiegach operacyjnych — bez stosowania krwi czy środków krwiopochodnych lub zastępczych. Doceniając powyższe już w 1953 r. uruchomiono w Zielonej Górze nowo wybudowaną Wojewódzką Stację Krwiodawstwa, jako głównego „producenta” krwi i płynów, a równocześnie jako czynnik kierujący i koordynujący ten problem w skali wojewódzkiej.

Przy wszystkich większych szpitalach utworzono własne punkty krwiodawstwa. Zużycie krwi wzrasta z każdym rokiem i w ub. roku wyniosło ono już 2,080.830 ml., przy czym średnia zużytej krwi na 1 łóżko w ciągu tego roku była najwyższa w Szpitalu Wojewódzkim (1.426 ml) i Miejskim w Gorzowie (688 ml). Średnia dla województwa wyniosła 577 ml., co w naszych warunkach jest wskaźnikiem wysokim, dowodzącym również coraz wyższego poziomu działalności szpitali. Poważnym osiągnięciem stacji jest rozpoczęta w 1957 r. produkcja płynnego osocza, z którego we współpracy ze stacją wrocławską zaopatruje całe województwo w suchą plazmę, a do tego czasu dostarczana z Instytutu Hematologii w Warszawie w śmiesznie małych ilościach, bo 10—20 litrów rocznie, gdy tylko do końca ub. r. od momentu rozpoczęcia własnej produkcji ilość ta mogła być zwiększona do 103 litrów.

III. POMOC DORAŻNA

Zgodnie z omówionymi założeniami, celem zapewnienia ludności niezbędnej natychmiastowej pomocy drugim ogniwem, na którego rozbudowę położono szczególny nacisk, była pomoc dorażna.

W 1950 r. na terenie całego województwa znajdowało się zaledwie 8 stacji pogotowia ratunkowego, dysponujących po jednej do dwóch najwyżej karetek sanitarnych. W chwili obecnej stacji tych łącznie z wojewódzką jest 20, co odpowiada postulatowi, że każdy powiat powinien posiadać własną stację pogotowia. Każda z nich dysponuje co najmniej trzema, w większości czterema i więcej pełnosprawnymi karetkami oraz niezbędnym sprzętem. Prócz tego od przeszło dwu lat województwo posiada zespół pogotowia lotniczego z trzema samolotami, służącymi do specjalnie naglących przewozów chorych, do przewozów na dalsze odległości chorych lub wzywanych na konsultacje specjalistów, czy wreszcie dostawy niezbędnych leków.

Usługowość pogotowia wzrasta z każdym rokiem, w samym tylko okresie 1954—57 r. wzrost liczby udzielonych usług wyraża się odsetkami 65%, a wcale niemałą ich część stanowią porady i pomoc udzielana w zastępstwie placówek leczenia otwartego, które zwłaszcza w terenie wiejskim z uwagi na trudności personalne nie wywiązują się należycie w pełni ze swoich zadań.

Uznać trzeba, że obecna sieć placówek pomocy dorażnej jest zupełnie wystarczająca i dlatego nie przewiduje się poza drobnymi zmianami dalszej ilo-

ściowej rozbudowy pogotowia. Dążyć natomiast się będzie do dalszego podnoszenia poziomu ich usług oraz zwiększenia zadań profilaktycznych na polu walki z nagłymi wypadkami.

IV. LECZNICTWO OTWARTE

Służba zdrowia Ziemi Lubuskiej, skupiając w ubiegłych latach większość swych wysiłków na zagadnieniach szpitalnictwa i pomocy doraźnej, nigdy oczywiście nie traciła z oczu konieczności stałego wzmacniania leczenia otwartego, czy to na odcinku pomocy podstawowej, czy specjalistycznej; dynamizm jednak tego rozwoju był, zwłaszcza początkowo, dużo mniejszy.

W obecnym okresie na plan pierwszy siłą rzeczy zaczyna się wysuwać właśnie pomoc otwarta z jej szczególnie istotnymi ogniwami, jakimi są walka z gruźlicą, opieka nad dzieckiem i kobietą oraz pomoc lekarska dla ludności wiejskiej.

a) Walka z gruźlicą

Gruźlica, tak jak w całej Polsce, przestała i u nas być zagadnieniem umiERALNOŚCI, stała się natomiast problemem inwalidztwa i niemniej ciężkim do rozwiązania problemem epidemiologicznym. Jeżeli bowiem umieralność z powodu gruźlicy wynosiła w Zielonogórskim jeszcze w 1951 r. 10,2/10.000 ludności, to obecnie kształtuje się ona w granicach 4,5/10.000, będąc dotychczas stale niższa od średniej krajowej.

Wskaźnik zachorowań na gruźlicę wzrósł z 0,7‰ w 1951 r. do 2,4‰ w 1957 r., przy czym 1/10 z tego stanowi gruźlica płuc włóknisto-jamnista a wskaźnik odkrztuszających prątki wyraża się odsetkiem ok. 20‰ z ogółu chorych na czynną gruźlicę płuc. Tak wysoką chorobowość z jednej strony świadczy dodatnio o skuteczności pracy zespołów walki z gruźlicą na polu wykrywania i objęcia opieką poradni przeciwgruźliczych możliwie największej liczby środowisk gruźliczych, z drugiej jednak strony stawia niełatwe do rozwiązania zadania stworzenia chorym odpowiednich warunków długotrwałego leczenia. W związku z tym trzeba zapewnić chorym środki finansowe niezbędne do życia. Duży bowiem procent chorych ma na utrzymaniu często wieloosobowe rodziny. Do tego dochodzi trudność w zapobieżeniu tworzenia się zakażenia gruźliczego, trudność niemała, jeżeli wziąć pod uwagę, że wśród 700.000 ludności żyje, pracuje i porusza się ok. 17 000 chorych na gruźlicę, z tego co najmniej 4000 odkrztusza prątki. Mając te sprawy na uwadze, wyjątkowo właśnie w walce z gruźlicą, główny nacisk położono przede wszystkim na sprawy profilaktyki i leczenia otwartego, odsuwając organizację zakładów opieki zamkniętej chwilowo na plan drugi. — W każdym prawie powiecie utworzono odpowiednio wyposażoną poradnię przeciwgruźliczą, której zasadniczym zadaniem była jak najszybsza penetracja swego terenu dla wykrycia możliwie największego odsetka środowisk gruźliczych i objęcia ich opieką. Udostępniono chorym bezpłatnie szeroki wybór środków przeciwprątkowych, dużej części leczenie sanatoryjne lub szpitalne, długie, płatne urlopy chorobowe.

Przeprowadzono akcję uświadamiającą w środowiskach o sposobach i konieczności profilaktyki zakażeń prątkami gruźlicy. Największą jednak uwagę poświęcono szczepieniom przeciwgruźliczym BGG. W ciągu zaledwie dwóch lat uruchomiono 20 stałych punktów szczepień i kolumnę ruchomą BGG dla szczepień dzieci i przeszkolono wszystkie położne w szczepieniu noworodków. W wyniku tego na polu szczepień przeciwgruźliczych osiągnięto poważne sukcesy; odsetek zaszczepionych noworodków wzrasta z każdym rokiem, osiągając w 1957 r. 79,7%. Tak samo planowe szczepienia dzieci wykazują stałe postępy. — W ub. r. poddało się rewakcytacji BGG 72% podlegających szczepieniom. Oba wyniki przewyższają wyraźnie odpowiednie średnie krajowe i stawiają Zielonogórskie w rzędzie najlepszych na tym odcinku województw, gdy się uwzględni duży wysiłek i wkład pracy lekarzy, pielęgniarek i położnych. Efekty tak masowo prowadzonych szczepień nie dały długo czekać na siebie; wśród dzieci i młodzieży Ziemi Lubuskiej stwierdza się już wyraźny spadek zachorowań na gruźlicę, przede wszystkim na jej tak ciężkie i wciąż nie najlepiej rokujące postacie, jak ostra prosówka i gruźlicze zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych.

b) Opieka nad dzieckiem

Trudności w pionie pediatrycznym polegały głównie na niedoborze lekarzy. Jeszcze z początkiem 1957 r. w pediatrii pracowało w ogóle tylko 39 lekarzy, w tym zaledwie 2 z II stopniem specjalizacji, a na ich barkach ciążył obowiązek prowadzenia ponad 500 łóżek dziecięcych, całego lecznictwa i profilaktyki dziecięcej oraz szkolenia lekarzy ogólnych i felczerów w zakresie pomocy pediatrycznej. Koniec ub. roku i rok bieżący znamionuje wyraźny przełom na tym polu. Liczba lekarzy pracujących w pediatrii zwiększyła się przeszło dwukrotnie, w związku z czym powstały realne możliwości przystąpienia do należytej organizacji otwartej pomocy pediatrycznej tak na polu lecznictwa, jak profilaktyki. Z zagadnień tej ostatniej, zasadniczej poprawy wymaga w pierwszym rzędzie działalność poradni D (dla dzieci zdrowych) oraz higiena szkolna, leżąca jeszcze do ubiegłego roku szkolnego prawie odłogiem. Stały natomiast postęp — aczkolwiek nawet stan aktualny daleki jest jeszcze od doskonałości — obserwuje się w szczepieniach ochronnych dzieci, zwłaszcza przeciw błonicy. Zapadalność na tę chorobę jeszcze w 1954 r. była w Zielonogórskim jedną z najwyższych w kraju, wynosząc 17,6/10.000 ludności przy krajowym wskaźniku 16,3. Nie w samym tylko wysokim wskaźniku zamykała się groza ówczesnej sytuacji. Częstość i ciężkość powikłań oraz wysoka liczba zgonów dawały dopiero właściwy obraz, np. według danych z 1955 r. błonica stanowiła przyczynę 2/3 zgonów w oddziałach zakaźnych. Rozpoczęta w listopadzie 1954 r. szeroko i długofalowo zakrojona akcja szczepień w krótkim czasie doprowadziła mimo swej niedoskonałości do wyników doskonałych; już w 1956 r. zapadalność na błonicę spadła do 1/3 w stosunku do 1954 r., a w ub. r. do 3,9/10.000 ludności, obniżając się w r. 1958 jeszcze bardziej.

Bardzo dobrze też przebiegają rozpoczęte w IV kwartale ub. r. szczepienia przeciwko chorobie Heinego-Medina, którym z podlegających szczepieniom poddanych zostało w pierwszej fazie okrągło 95% dzieci, gdy np. w Warszawie w ub. roku odsetek ten nie przekroczył 65%.

c) Opieka nad kobietą

Coraz większymi sukcesami pochwalić się może pion położniczy; w ub. roku zaledwie 4% kobiet na Ziemi Lubuskiej rodziło bez fachowej pomocy, a 75% odbywało poród w szpitalach lub izbach porodowych. Poradnie dla kobiet ciężarnych opieką swoją objęły blisko 2/3 ciężarnych, z czego 35% stanowiły kobiety do III miesiąca ciąży, gdy np. w 1955 r. odsetek ten stanowił 12,6% przy średniej krajowej 13,6%. Zorganizowano też w kilku większych ośrodkach poradnie świadomego macierzyństwa, działalność ich jednak na polu zapobiegania niepożądaney ciąży dotychczas nie przyniosła spodziewanych wyników. Wprawdzie ilość poronień rozpoczętych poza szpitalami w I półroczu ub. r. zmniejszyła się o 7,6% w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego, ale równocześnie wzrosła ilość przerwania ciąży o blisko 48%, co daje w efekcie zwiększenie liczby ciąży niepożądaney o 10%. Zmniejszenie liczby poronień rozpoczynanych pokątnie jest oczywiście objawem dodatnim, ostatecznym jednak celem propagowania świadomego macierzyństwa musi być profilaktyka niepożądaney ciąży drogą stosowania odpowiednich sposobów i środków antykoncepcyjnych, a nie usuwanie ciąży. Sam bowiem zabieg przerwania ciąży nie jest dla ustroju kobiecego obojętny, nawet wykonany przez najlepszego specjalistę i w najodpowiedniejszych warunkach!

d) Opieka nad zdrowiem wsi

Całość lecznictwa otwartego w województwie skupia się w 250 placówkach, w tym 5 przychodniach wojewódzkich i 17 obwodowych. Dodać tu trzeba 42 ośrodki zdrowia w małych miastach i wioskach oraz 34 wiejskie punkty felczerskie.

Już tych kilka liczb dowodzi wyraźnego niedostatku opieki lekarskiej nad ludnością wiejską; dla blisko 400 tysięcy ludności wiejskiej podstawowej pomocy udziela zaledwie 42 lekarzy. Zasadniczy ciężar pomocy spoczywa wciąż jeszcze na punktach felczerskich. W ogóle felczyrzy w zielonogórskim lecznictwie otwartym odegrali i częściowo jeszcze odgrywają dość istotną rolę. Sytuacja ta powstała przez niedobór lekarzy i ich wyraźną niechęć do pracy w pomocy otwartej w ogóle, a na wsi w szczególności. W związku z tym duży odsetek, bo blisko 1/3 ogółu placówek musiano obsadzić felczeraami. Są to ludzie w większości młodzi, wprost ze szkół, u których najlepsze chęci nie zawsze idą w parze z niezbędnymi wiadomościami, doświadczeniem i przygotowaniem do zawodu. Jeżeli do tego dodać zupełny prawie brak opieki i nadzoru nad ich działalnością ze strony lekarzy i zdanie tym samym felczarów wyłącznie na własne siły, jasnym staje się powód niskiego na ogół poziomu pracy punktów felczerskich zarówno na polu lecznictwa jak profilaktyki,

połączony niejednokrotnie ze zmanierowaniem się wielu z nich, zapowiadających się pierwotnie wcale nie najgorzej.

e) Obsada fachowa placówek pomocy otwartej

Problem należytej opieki fachowej placówek pomocy otwartej i nadzór konsultacyjno-instruktażowy nad ich pracą ze strony starszych, doświadczonych i wysokokwalifikowanych lekarzy jest jednym z najistotniejszych problemów, od których zależy podniesienie poziomu świadczonych przez nich usług. Dotychczas niestety większość ich także w miastach obsadzona jest siłami najmniej kwalifikowanymi z najmniejszym stażem, a tak zwany patronat ordynatorów nad przychodniami i poradniami wciąż jeszcze okazuje się w praktyce najzwyczajszą fikcją. Zasadnicza tego przyczyna tkwi głównie w braku jakiegokolwiek atrakcyjności pomocy otwartej dla lekarzy; jest to praca w większości cięższa niż w szpitalu, przeważnie mniej ciekawa, a ponieważ była dotychczas opłacana prawie według tych samych stawek, co w lecznictwie zamkniętym, nic dziwnego, że chętnych do niej było tak mało. Wydaje się, że najlepszym łódzkiem, mogącym skłonić starszych lekarzy do pracy w lecznictwie otwartym byłoby zróżnicowanie stawek zarobkowych z wybitnym uprzywilejowaniem właśnie lecznictwa otwartego, podobnie jak to było przed rokiem 1939, kiedy pobory asystenta szpitala mieściły się w granicach 150—200 zł, gdy tzw. lekarz rejonowy Ubezpieczalni otrzymywał stawkę co najmniej dwukrotnie wyższą i więcej.

Wówczas na obsadzenie wolnych stanowisk lekarzy rejonowych ogłaszano konkursy, których wygranie wcale nie było tak łatwe, gdy dzisiaj trzeba próśb i presji, by zapewnić poradniom rejonowym minimalną choćby obsadę lekarską. Wówczas też gabinety lekarzy ogólnych zajmowały się naprawdę leczeniem, gdy dzisiaj niemały ich odsetek stanowią punkty rozdzielcze skierowań do różnych specjalistów czy pracowni.

Niemniej poważnym mankamentem jest nieprzestrzeżenie zasady rejonizacji pomocy podstawowej, mimo mnóstwa wydanych w tym względzie instrukcji i zarządzeń.

Trudno wyobrazić sobie należycie dziś postawioną ochronę zdrowia bez oparcia jej na ścisłej znajomości środowiska. Dotyczy to zarówno lecznictwa jak przede wszystkim profilaktyki, której dominujące stanowisko w nowoczesnej, zwłaszcza socjalistycznej, ochronie zdrowia chyba nie podlega dyskusji. To niezrozumienie istoty rejonizacji i niedoceniecie znaczenia środowiska przebiega nie tylko w pracy w terenie, ale znalazło nawet swój wyraz w ostatnich czasach w prasie i to w wypowiedziach niektórych czynników kompetentnych, usiłujących nawrócić nawet do tradycji lekarzy domowych, bazujących na prywatnych, podnajmowanych kiedyś od ubezpieczalni gabinetach. Ma się to dziać w imię zbliżenia pomocy lekarskiej do ludności i w imię maksymalnego zaoszczędzenia kosztów rozbudowy przychodni rejonowych, na co nas nie stać rzekomo. Jak w warunkach 1 czy 2 pokoiów rozwiązać organizację poradni ogólnej, dla dzieci chorych z filtrem i izolatką, dla dzieci zdrowych również

z filtrem, dla kobiet ciężarnych i podstawowej ginekologii, stomatologii, podręcznego laboratorium, gabinetu zabiegowego, punktu szczepień i sanitarnego z zachowaniem ujęcia środowiskowego? Wydaje się to raczej rzeczą niemożliwą i realizacja tej koncepcji nawrotu do chałupniczego systemu pomocy podstawowej stanowiłaby niewątpliwie krok wstecz i zahamowanie na jedynie słusznej drodze rozwoju lecznictwa otwartego. Oszczędność w naszych warunkach jest konieczna i słuszna z zastrzeżeniem jednak, że nie przyniesie ze sobą więcej szkód niż pożytku.

f) Rejonizacja lecznictwa otwartego

Rozpoczęty obecnie drugi etap rozbudowy służby zdrowia na Ziemi Lubuskiej, mający na celu przede wszystkim organizację należycie postawionego lecznictwa otwartego opieramy na zasadzie ścisłej rejonizacji w ujęciu środowiskowym. Przewidujemy, że do 1965 r. rejon pomocy podstawowej winien obejmować 3—4.000 ludności w mieście i 5—6.000 na wsi. Na takie 2 rejony dla dorosłych winien przypadać 1 rejon pediatryczny, na 3 zaś rejon położniczy i podstawowej ginekologii. Za podstawę potrzeb lecznictwa otwartego przyjmujemy średni dla województwa wskaźnik dziennej zgłaszalności w 1965 r. wynoszący 1,45‰, dla miast Zielonej Góry i Gorzowa jako udzielających pomocy wysokospecjalistycznej, wskaźnik ten ustalono w wysokości 1,8‰, dla pozostałych powiatów 1,4‰. W obu wymienionych wyżej miastach przyjęto 40‰ z dziennej zgłaszalności na porady specjalistyczne, w pozostałych zaś powiatach 30‰ zgłoszeń z pomocy podstawowej przewidziano dla gabinetów dentystycznych.

Główny nacisk musi być położony na rozbudowę lecznictwa otwartego na wsi, opartą na stopniowej zamianie punktów felczerskich na ośrodki zdrowia ze stałą obsadą lekarską (co najmniej 5 godz. dziennie). W związku z tym ilość punktów felczerskich stopniowo będzie zmniejszana; pewna ich ilość pozostanie jeszcze w 1965 r. Wszystkie one muszą jednak być organizacyjnie ściśle powiązane z ośrodkami zdrowia lub przychodniami rejonowymi, które będą odpowiadać za ich działalność fachową oraz stan organizacyjny. W 1965 r. lecznictwo otwarte powinno się skupić w 28 przychodniach rejonowych, 117 ośrodkach zdrowia, 49 punktach felczerskich, 19 przychodniach obwodowych i 7 wojewódzkich przychodniach. Pomoc położniczą, prócz szpitali, zapewnią izby porodowe, których liczba zwiększy się z 26 do 54, oraz punkty położnicze w ilości 287, przy czym założono, że każda gromada winna posiadać punkt położniczy z co najmniej 1 położną, osiedla zaś i miasta w zależności od potrzeb do kilku położnych. Położne te, prócz opieki nad ciężarnymi, rodzącymi i położnicami, winny być bezwzględnie wciągnięte do pracy profilaktycznej na odcinku świadomego macierzyństwa i opieki nad niemowlętami oraz do pracy sanitarno-oświatowej, bo nawet przy tak szerokiej rozbudowie punktów położniczych nie będą one zbyt przeciążone.

g) Opieka nad zakładami pracy

W podobnej sytuacji jak lecznictwo podstawowe znajdują się przychodnie w zakładach pracy. Ich sieć, na którą się składają 32 przychodnie lekarskie, 33 punkty felczerskie i 4 punkty pielęgniarские, jest za szczupła, obsada fachowa w większości słaba, a prowadzona przez nie profilaktyka niewystarczająca. Stąd też w zakładach pracy planuje się zorganizowanie przychodni odpowiedniego typu (od I do V) na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z lutego 1953 r. przewidując 1 lekarzo-godzinę dziennie na 125 pracowników przemysłu chemicznego, 160 przemysłu metalowego i górnictwa, 235 przemysłu włókienniczego i 300 w pozostałych gałęziach. W skład każdej takiej przychodni (z wyjątkiem typu I) prócz poradni ogólnej powinien wchodzić gabinet okulistyczny, poradnia higieny pracy i podręczne laboratorium oraz gabinety specjalistyczne, właściwe dla danego zakładu, np. gabinet ginekologiczny i poradnia dla kobiet ciężarnych w zakładach przemysłu włókienniczego z uwagi na dużą ilość zatrudnianych w nich kobiet. W typie III dojdzie jeszcze gabinet fizykoterapii, w typie IV gabinet rtg. Przy większych zakładach celowe jest tworzenie kilkułożkowych przyzakładowych izb chorych. Całe lecznictwo, w szczególności zaś otwarte i przyzakładowe, nastawione być musi na działalność profilaktyczną.

IV. PROFILAKTYKA I STAN SANITARNY

W tym celu co najmniej 10—15% dziennego zatrudnienia całego personelu fachowego przewiduje się na pracę zapobiegawczą i oświatę sanitarną, naczelną zaś miejsce zajmą: szczepienia ochronne, opieka nad dzieckiem małym, higiena szkolna, opieka nad kobietą ciężarną z propagandą świadomego macierzyństwa, masowe badania radiologiczne, wczesne wykrywanie nowotworów, okresowe badania pracowników, walka z chorobami wenerycznymi i z alkoholizmem.

Niemniej ważne znaczenie profilaktyczne posiada podnoszenie stanu sanitarnego miast i wsi. Niedociągnięcia zarówno na odcinku higieny komunalnej, jak i higieny żywienia i pracy są niestety znaczne, a wina tego tkwi częściowo w zaniedbaniu tych zagadnień w minionych latach, częściowo jednak i w stanie, który na Ziemi Lubuskiej zastaliśmy w 1945 r. Dokładna analiza tego stanu podważa w znacznym stopniu bezkrytycznie często podnoszony rzekomo wysoki poziom niemieckiej kultury sanitarnej czy „niemieckiego porządku“, przynajmniej o ile chodzi o teren zielonogórski. Większość np. wodociągów była już wówczas przestarzała (ołowiane rury), a ilość dostarczanej przez nie wody niższa od norm dopuszczalnych. Odsetek wody sanitarnej złej, a więc nie nadającej się do picia, był wyjątkowo duży zarówno w miastach, jak i w wsiach. Większość zakładów wytwórczych i obrotu artykułami żywnościowymi oraz zakładów zbiorowego żywienia nie odpowiadała nowoczesnym wymogom sanitarnym, zarówno o ile chodzi o pomieszczenia konsumpcyjne czy wytwórcze, jak zaplecza gospodarcze i magazynowe. Szczególnie źle prezentowały się kuchnie, służące równocześnie za obieralnię ja-

rzyn, przygotowanie mięsa i ryb, zmywalnię brudnych naczyń i szatnię personelu, przy czym jakoś dziwnie często w najbliższym ich sąsiedztwie ulokowane były ustępy. Rozwiązania wentylacji i oświetlenia stanowisk pracy były prawie zawsze niedostateczne. Większość szkół była ciasna, izby szkolne ciemne, ławki szkolne przestarzałe, urządzenia sanitarne bardzo skromne.

W następstwie kilkuletniego *désintéressement* władz tymi sprawami stan ten uległ jeszcze pogorszeniu i dopiero od 2—3 lat datuje się wyraźny zwrot ku lepszemu. Zadania jednak stojące przed służbą sanitarną na tym polu są bardzo duże i wymagać będą jeszcze przez wiele lat olbrzymiego wysiłku, dużego wkładu materialnego i współpracy całego społeczeństwa.

V. LEKI I STAN APTEK

Czynnikiem bardzo istotnym, warunkującym przeważnie skuteczność leczenia i profilaktyki, skuteczność pracy szpitali i przychodni, jest dostarczenie tym placówkom leków. Sieć aptek społecznych Ziemi Lubuskiej jest zbyt rzadka w związku z podanym już niedoborem farmaceutów. O ile w skali krajowej 1 apteka przypada na ok. 15.000 mieszkańców, w Zielonogórskim wskaźnik ten wyraża się liczbą 1/19.600 mieszkańców, liczba zaś farmaceutów przypadających na 1 aptekę wynosi tylko 2,5.

Znowu należy tu zwrócić uwagę, że przeważająca część pozostałych po niemieckich „rządach“ aptek była w złym stanie. Były one tak ciasne i przestarzałe, że musiano je poszerzać, unowocześniać i wyposażać dodatkowo, co w większości równało się organizowaniu ich prawie od podstaw i co wykonano już w odniesieniu do prawie 90% aptek. W tymże samym czasie uruchomiono też 17 punktów aptecznych I kategorii i 67 II kategorii. — Samo zaopatrzenie w leki ulega stałej poprawie i obecnie stojący każdej chwili do dyspozycji zbiór leków odpowiada wszelkim potrzebom nowoczesnej terapii. W związku jednak z pokrywaniem przez państwo dużego % wartości leków przepisywanych osobom uprawnionym do świadczeń społecznej służby zdrowia lub całkowitej wartości w stosunku do rencistów coraz ostrzej wysuwa się problem marnotrawstwa leków przez osoby, którym się je zapisuje. Część z nich w ogóle nie odbiera z aptek przyrządzanych leków, druga część tworzy natomiast w domu niekiedy wcale pokaźne zapasy leków, z których wiele przeterminowuje się, wiele zaś ulega zepsuciu na skutek nieodpowiednich warunków przechowywania.

Radykalnym z tego wyjściem byłoby, naszym zdaniem, jedynie wprowadzenie pełnej odpłatności za leki dla wszystkich z wyjątkiem chorób społecznych, jak gruźlica, choroby weneryczne itp., przy równoczesnym obniżeniu ich cen właśnie o wartość tych dotychczasowych dopłat państwa. Dopłaty te np. w woj. zielonogórskim stanowią $\frac{1}{3}$ ogólnego obrotu Zielonogórskiego Zarządu Aptek i o ten właśnie odsetek można by obniżyć ceny leków, dotacje zaś przekazywane wydziałom zdrowia na te dopłaty przekazać wprost wytwórciom farmaceutycznym na wyrównanie kosztów produkcji. Z jednej strony ukróciłoby to niesamowitą papierkową robotę, jaką wykonują apteki i ich zarządy oraz wydziały zdrowia przy obliczaniu dopłat i rozliczaniu się, z drugiej strony

ukróciłoby w niemałym stopniu marnotrawstwo, a nawet zmniejszyło napływ do lekarzy rzekomo chorych, zgłaszających się po przepisanie leku, dostępnego bez recepty, tylko dlatego że na receptę otrzymują ten lek taniej o 70 lub więcej procent.

VI. ADMINISTRACJA SŁUŻBY ZDROWIA

Należyte i bez zgrzytów funkcjonowanie tej szkieletowo tylko nakreślonej maszyny ochrony zdrowia, niezależnie od niezbędnej bazy ludzkiej i materiałowej, zależy jest w dużym stopniu od odpowiedniej organizacji, momentu, który wciąż jeszcze szwankuje, i to poważnie w wielu dziedzinach naszego życia. — W służbie zdrowia dzieje się też nielepiej, a zasadnicze tego przyczyny zdają się tkwić w słabej pod względem fachowym obsadzie terenowych wydziałów zdrowia, co jest szczególnie ważne wobec dalszej decentralizacji systemu zarządzania i kierowania oraz w dziwnym wręcz łączeniu tejże decentralizacji z równoczesnym zmniejszaniem ilości etatów administracji państwowej na wszystkich szczeblach. O ile bowiem przekazuje się zadania z władz centralnych na wojewódzkie czy powiatowe, rozumiałe jest zmniejszanie ilości pracowników w organach centralnych, ale dlaczego równocześnie obcina się etaty i w tych władzach, na które nakłada się nowe, dodatkowe obowiązki, trudno zrozumieć. Dotyczy to i służby zdrowia Ziemi Lubuskiej, bo jeżeli np. Wydział Zdrowia PWRN z początkiem 1957 r. liczył 84 pracowników, to do chwili obecnej zdążono już przekazać mu z Ministerstwa Zdrowia sanatoria, handel sprzętem medycznym, polecono utworzyć nowy lekarski inspektorat orzecznictwa, a równocześnie ilość etatów zmniejszono o 30%. Ponieważ w najbliższej przyszłości planuje się obdarzyć tenże wydział zarządem aptek i szpitalami psychiatrycznymi liczącymi 4.000 łóżek, już obecnie zwrócono się do niego, ile w przyszłym roku mógłby pozbyć się etatów.

Taką politykę stosuje się również wobec prezydiów rad narodowych pozostałych szczebli i wydaje się w ogóle jakimś grubym chyba nieporozumieniem, mogącym w przeszłości doprowadzić do poważnego krachu organizacyjnego. Jest to szczególnie niebezpieczne właśnie na Ziemiach Zachodnich, dysponujących zwłaszcza w administracji państwowej kadrą — słabą fachowo, młodą wiekiem i doświadczeniem, która nie jest w stanie podolać takim dodatkowym obciążeniom.

Poruszana w artykule problematyka ochrony zdrowia na Ziemi Lubuskiej nie obrazuje nawet w największym skrócie całokształtu ani zawłości szerokiego, składającego się na nią wachlarza zagadnień.

Wiele z nich jest specyficzne dla tego terenu, inne wspólne dla Ziemi Zachodnich, wiele innych typowych dla sytuacji na tym polu w całym kraju. Staraliśmy się ująć momenty najistotniejsze, badając przyczyny ich powstania analizując stan istniejący i próbując sformułować wnioski, nie roszcujące sobie żadnych pretensji do jakiegoś *panaceum* na wszystkie bolączki służby zdrowia, a będące jedynie wynikiem obserwacji w trakcie codziennej pracy bieżącej.

MARIA ROZWADOWSKA-DOWŻENKOWA i JERZY KAMIŃSKI