

мр РАДМИЛА РАДИЋ
Истраживач сарадник, ИИРПС, Београд

Оригинални научни рад

ПРИЛОГ ПИТАЊУ СОЦИЈАЛНО-ЗДРАВСТВЕНЕ СИТУАЦИЈЕ У ФНРЈ У ПЕРИОДУ 1948-1952

Послератна историјска грађа, која по пореклу потиче од партијских тела, могла би се класификовати у две групе. Првој би припадао онај материјал који је био широко доступан, као што су документи са партијских конгреса и конференција, говори партијских функционера, резолуције и сл. Основна њихова карактеристика била би: оптимизам, ведрина, успех, вера у сопствене снаге и брзи напредак, уз неминовне, али лако пребродиве тешкоће. Другу врсту грађе чинили би партијски извештаји са терена, резултати рада разних контролних комисија, дискусије са затворених седница политбироа и пленума итд., из којих се добија често сасвим супротна слика о развоју земље. Овај раскорак између жељене, замишљене и нормативно одређене сфере и онога што је била стварност у пракси, био је изражен у свим друштвеним аспектима, па и у области социјалних и здравствених услова живота. Прилогом који следи, настојали смо да искључиво на основу партијске грађе, прилажемо какво је било стање у здравству и социјалној политици у Југославији, крајем четрдесетих година. Због тог ограничења, слика није потпуна, али је свакако илустративна и може да послужи за даља истраживања.

У склопу формирања „народне свести”, која је подразумевала развијање „радног полета” и његово величање, основна вредност новог друштва постао је „рад”. Он је био обавеза сваког појединца. Али није се радило о обичном раду, већ о раду с љубављу, са задовољством, јер нико више није радио само за себе, већ за целу заједницу. Љубав према раду била је главни елемент комунистичке етике, а рад ствар „части и херојства”. Првим петогодишњим планом било је озакоњено као право и обавеза сваког грађанина Југославије да учествује у његовој реализацији. Да би сваки појединац могао да пружи максимум у изградњи заједнице, основни услов је био да буде „здрав и снажан”. Због тога се велика пажња посвећује спорту, заједничким излетима,

летовањима и сл. Плакати представљају младе раднике снажих мишица и одлучног погледа, актуелни су слетови и разна такмичења.

Нова власт непосредно после ослобођења доноси законе којима се регулише радно време запослених, годишњи и недељни одмор, социјално осигурање, хигијенско-техничка заштита на раду и др. Новине су препуне написа о успесима у производњи, такмичењима трудбеника, пребацивању норми. У партијским документима, међутим, од 1948. године, све су чешћа упозорења о стању у здравству. На Другом пленуму ЦК КПЈ 1948, као и на Петом пленуму 1952, др Павле Грегорић скреће више пута пажњу на тешке прилике са здравственим стањем становништва. Јуна 1950. године одржан је Пленум ЦК КП Србије, на којем је друга тачка дневног реда био реферат Митре Митровић о питањима здравства, а октобра исте године изашао је у „Борби” чланак Виде Томшич о истој теми. Неколико дана касније, ЦК КП Македоније одржао је пленум о питањима здравства. Половином 1950. године ЦК КПЈ је упутио свим ЦК-има република, писмо о мерама које треба предузети ради побољшања ситуације са здравством. Том приликом је признат велики заостатак у сектору бриге за здравље и спорост у „праћењу и испуњавању потреба трудбеника”. Као главни проблеми којима се треба бавити наводе се: здравствено просвећивање и даљи развитак санитарне службе; хигијенско-техничка заштита рада; посвећивање веће пажње изградњи већ започетих објеката здравства, лоше снабдевање здравствених установа; оскудан медицински кадар, који се још уз то бави великим канцеларијским послом, јер нема довољно административних радника; ниске плате лекара у превентиви; недостатак превозних средстава; неефикасност медицинске индустрије (посебно алкавост у производњи лекова и сл.)¹

Истовремено су формулисани и „основни циљеви здравствене службе у социјализму”. Они су укратко били: приближавање здравствене службе широким народним масама, учешће широких народних маса у подизању народног здравља, борба за здравље широких маса народа као услов за срећу појединца и целог народа, борба против обољевања, против незгода, специјална заштита здравља мајки и деце, усклађивање здравствене службе са социјалистичим привредним системом, борба за здраве и снажне градитеље и бранитеље земље.² Недостаци, циљеви и задаци су лако пронађени и формулисани, али до њиховог остварења могло је доћи само подизањем укупног нивоа животног стандарда становништва, што је почетком педесетих година било још неостварљиво.

Низак животни стандард, тј. деловање разних неповољних фактора спољашње средине, као услови становања, рада, исхрана, недовољна мрежа здравствених установа, здравствена непросвећеност, нехигијенско руковање намирницама, недостатак витамина и лекова, чинили су погодно тле за развој одређених обољења, као „болести прљавштине” (тифус, дизентерија и сл.), разна кожна и венерична обољења, туберкулоза и др., која су односила животе и исцрпљивала организам оболелих, а тражила време и средства да се искорене.

Југославија је пре другог светског рата била неразвијена земља, са заосталом пољопривредном производњом, малом индустријом, великим процентом пољопривредног становништва и огромним бројем неписмених.³ Готово стопирана производња, експлоатација привредних извора и окупаторска пљачка уништен сточни фонд и запуштена пољопривреда, суша 1943, разарања, болести и друге ратне страхоте, довели су становништво до ивице физичке егзистенције. У другој половини 1944, у Далмацији је народ умирао од глади, а број оболелих се пео на хиљаде. Пред крај рата, ситуација се поправља у ослобођеним крајевима, али стање и даље отежавају реквизиције за потребе војске, лоша мрежа путева и недостатак превозних средстава, што онемогућава брз транспорт робе и хране из једног дела земље у други.

Наредних година, нормализовање исхране становништва онемогућавали су бројни узроци, почевши од поремећаја у вези са аграрном реформом и колонизацијом, наглог прилива становништва у градове, великих суша 1946. и 1952. године, лоше обраде земље, недостатка вештачких ђубрива, слабог откупа, до неефикасног система обавезног и допунског снабдевања. Увођење режима диригованих цена и контрола зарада није дало очекиване резултате. Због неразвијене производње и сужене могућности увоза, цветала је шпекулација прехранбеним производима. Нешто помоћи примљене од UNRR-е и AML-а било је недовољно да задовољи све потребе. Цене су расле и јавила се врло брзо несразмера између цена и плата. Пораст цена у периоду од 1946. до 1950. износио је 200%. Нарочито су брзо расле цене на пијацама и робе у слободној продаји. По једној анкети Савезног статистичког уреда, 48-80% месечних прихода домаћинства су трошила на храну. Ниски доходи усмеравали су исхрану претежно на примарне животне намирнице као хлеб, маст, пасуљ и кромпир.⁴

Узроци оваквог стања били су бројни. Почевши од поремећаја у вези са аграрном реформом и колонизацијом, великих суша 1946. и 1952. године лоше обраде земље и недостатке вештачких ђубрива, слабог откупа и неефикасног система обавезног и допунског снабдевања. Нешто помоћи примљене од UNRR-е и AML-а, било је недовољно да задовољи све потребе.

О критичном стању снабдевања становништва прехранбеним производима, сведоче документи највиших партијских органа, на чијим су седницама често претресана питања прехране, престанка извоза пшенице или меса, повећања или смањења количине хлеба у редовном снабдевању и сл. крајем 1950. године донета је Наредба о мерама за штедњу артикала широке потршње и смањењу количине обезбеђеног снабдевања храном.⁵

Док, са једне стране, налазимо мноштво података о недостатку прехранбених производа за подмирење основних потреба становништва, на другој страни, истовремено, наилазимо и на оне који говоре о великим количинама бачених намирница, због нехигијенског спремања и чувања. У Југославији се, крајем четрдесетих година, годишње губило око 3 000 вагона жита, због лошег смештаја, нечистоће и лоше мељаве. Ради неправилног руковања, просечно се кварило 15% произведеног кромпира, 20% воћа, 10% меса, 20-30%

млека и 30% јаја. Приликом транспорта воћа и поврћа, губило се и до 50%, а пропадале су и читаве пошилке. У току 1949. године, на кланицама Београда и Загреба, губици код свиња били су између 20-30%, говеда 10-15%, што је износило укупно 200 вагона, што меса, што масти. На београдској кланици било је одбачено као неупотребљиво 245 000 kg меса, 1949. године, а на загребачкој 81 300 kg. У Војводини се још у млекарама кварило 30% млека, а у Београду је месечно пропадало 200 000 л млека.

Лабораторијски прегледи редовно су установљавали неисправност млека и млечних производа, који не само да су били бактериолошки загађени, већ је млеко било и разводњено.⁶

Контролни органи непрестано су слали извештаје о нехигијенској и некавалитетној исхрани по мензама предузећа и ресторанима друштвене исхране. Наилазили су на покварене и неусловно смештене намирнице, а особље је било неупућено како треба руковати намирницама на хигијенски начин. Просторије менза и ресторана биле су прљаве, без довољно опреме, судова и апарата, а служиле су се углавном јела као пасуљ, кромпир и купус.

Маја 1948, донет је Основни закон о санитарној инспекцији, којим је обједињена превентивна здравствена служба. Предвиђено је чврсто организовано руковођење по вертикалној линији од среских и градских одбора, преко републичких министарстава народног здравља, до Савезне санитарне инспекције, Комитета за заштиту народног здравља Владе ФНРЈ. Структура и рад савезне санитарне инспекције, одвијали су се по: противепидемијској линији, линији комуналне хигијене, хигијене исхране, рада и школске хигијене. Истовремено је донет и Општи закон о спречавању и сузбијању заразних болести. Свака република имала је своју противепидемиолошку службу, а организацијом на целој територији руководила је противепидемиолошка служба Савета за народно здравље и социјалну политику⁷

Међутим, све ове службе имале су врло мале компетенције. Постојала је могућност жалбе на донета решења, а казне за неизвршење биле су симболичне. Закони су остајали немоћни пред здравственом непросвећеношћу становништва. Пошто је то био један од најкрупнијих проблема послератног здравства, који није могао бити брзо решен пропагандом или редовним школовањем, организоване су одмах по ослобођењу земље, екипе Црвеног крста које су обилазиле терен. Чинили су их лекари и медицинско особље, које је обављало прегледе становништва, вакцинације, држало предавања о неговању деце, исхрани, личној хигијени и сл. Њихова појава у унутрашњости земље, често је изазивала отпор. Председници народних одбора одбијали су да им пруже потребну помоћ, сматрајући њихов посао неважним, а није био редак случај да су морали тражити одобрење за окупљање становника, од сеоског попа или хоце.⁸

Низак образовни и културни ниво становништва, које се после рата досељавало у велика насеља и запошљавало у индустријским предузећима, доносили са собом своје навике и обичаје, стварао је крупне проблеме у градовима. У периоду од 1946. до 1950. године, миграциона кретања су изно-

сила око 215 000 лица годишње, а од 1948. до 1950. преко 250 000 лица. Само у НР Србији, из пољопривредних у непољопривредне делатности прелазило је просечно годишње 57 000 људи.

Прираштај градског становништва у Југославији од 1945. до 1950. године, износио је око милион лица. Ако се рачуна да је за четворочлану породицу било потребно око 50 m^2 стамбеног простора, онда је у Југославији недостајало око 250 000 станова.¹⁰ Послератна стамбена изградња није могла да прати овакав пораст. Стамбени фонд у Југославији 1948. године износио је само 2,8 милиона станова. Према необјављеним подацима Савезног завода за статистику, у периоду од 1949. до 1951. године просечна квадратура по становнику у Југославији износила је $8,6 \text{ m}^2$ а као норма узимало се 20 m^2 . Најбоља ситуација у том погледу била је у Словенији, где је по становнику долазило $10,7 \text{ m}^2$, а најгора у Босни и Херцеговини са 6 m^2 .

У Београду је 1948. године, на 150.000 домаћинства, било свега 90 000 станова, или стан на 1,7 домаћинства. Стамбена површина овде је износила од 6-7 m^2 , док је у Загребу била 7,2 m^2 .¹¹

По подацима из пописа станова 1949/50. године у НР Србији је у 67 пописаних градова са 358 000 становника, на собу је долазило у 14% случајева, 1 лице, у 40% случајева 1,5 до 2 лица, а у 35% случајева 2,5 до 4 лица. По истом попису, од 100 станова, свега 14 је имало купатило, 29 клозет, 26 воду, 66 кухињу и 87 електричну струју.¹² Значи, да и ако је поседовао стан, станар у њему није могао да задовољава основне хигијенске потребе, пре свега због скученог простора и недостатка водовода и канализације. После рата нису извођени никакви већи радови на уређењу снабдевања насеља водом, увођењу канализационе мреже и организацији чишћења градова. Много насеља у земљи налазило се у врло тешком стању због недостатка воде или заостајања у изградњи водовода и канализације. Чисто су из тих разлога, избијале епидемије, као у Славонском Броду, Огулину, Раши, Дрвару, Сплиту и другим местима.

Крајем четрдесетих година, у ФНРЈ је само 23% становништва користило епидемиолошки сигурну воду, 77% је стално било изложено ризику недостатка воде или неисправности, а само 13% је било опскрбљено довољном количином питке воде. У том погледу најбоља ситуација била је у Словенији, а најгора у Црној Гори. У НР Србији је водоводском водом било снабдевано свега 6,25% становништва, укључујући и Београд. Од постојеће водоводне мреже, у овој Републици, 40% је требало реконструисати, а велики део мреже остао је недовршен.

Канализацијом је у ФНРЈ, било обухваћено свега 2,66% стамбених и осталих грађевина, а 97,24% било је без канализационе мреже. Укупно је постојало 1260 км канализационе мреже у целој земљи.¹³ Највећи степен задовољења имале су НР Словенија (13,6%) и НР БиХ (3,6%), а најнижи НР Македонија (0,36%). У НР Србији, канализационом мрежом користио се свега 1,5% становника (без Београда). Осим Београда и Ниша, канализациону мрежу делимично су имали само још Алексинац и Шабац. Ниш је ипак, поред

канализације и водовода, оскудевао са 50% воде и убрајао се у најнездравије градове у земљи, са великим процентом оболелих од туберкулозе.

Највећи извор загађења престављали су неисправни нужници и неадекватно одлагање ђубрета. Почетком педестих година, у ФНРЈ је свега 6,4% становништва користило хигијенски задовољавајуће нужнике, док 93,6% уопште није диспонирало фекалије на исправан начин. Оваква ситуација стварала је услове за множење инсеката који су били преносиоци цревних зараза. И у овом случају наповољнија ситуација била је у Словенији и Хрватској, а најгора у Македонији и Црној Гори. Уз све ово, ниједан канализациони испуст у земљи није био снабдевен уређајима за пречишћавање каналских вода, већ су оне са паразитарним, механичким, хемијским и бактериолошким загађењима, директно изливане у водотоке. У НР Србији је 1952. године, било пронађено 168 великих загађивача, а у НР Словенији 105.

Већина насеља у Југославији, поред нерешеног водовода и канализације, није уопште имала организовано колективно изношење ђубрета из домова и дворишта. Свега 5,1% градских насеља имало је стандардизоване судове за смеће. Ђубре се углавном износило неорганизовано, у 60,4% случајева, а у 19,1% оно се гомилало или скупљало по зиданим јамама. Услед слабог транспортног парка (запрежна кола), ђубре се износило најчешће једном недељно, а понегде и месечно или полугодишње. Депоновало се на удаљености од 500 м од насеља. Ниш је, на пример, имао свега три коњске запреге на 40 улица, а Ђаковица, Зајечар и Крагујевац две. Уклањање ђубрета по селима није ни постојало, а у целој земљи на селима је било свега око 50 000 ђубришта која су испуњавала минималне хигијенске захтеве.¹⁴

Насеља грађана после рата носила су печат хитности, са много импровизација и нису често задовољавала ни основне функције комуналне хигијене (Крека, Брчко, Струмица, Скопље, Кутина, Аранђеловац, Београд итд.). Тако на пример, у новом радничком насељу Београда, у Железнику, део зграда остављен је без славина за воду, па су станари точили воду директно из цеви. Сличних примера било је много. Још већи проблем било је понашање самих станара. Они су у просторијама у којима се јело и спавало, често држали кокошке, угаљ и сл. Ту се обично и кувало, прало и сушио веш. Појединци су гајили и свиње у подрумима.¹⁵

На Другом пленуму ЦК КПЈ, 1948. године, неколико говорника изнело је проблем лоших хигијенских услова рада у предузећим и на великим радним акцијама. Обнова и изградња земље, захтевали су ангажовања великог броја радника, у разним облицима, од фронтонских и омладинских бригада, сезонске радне снаге, до мањих радних акција. Због недостатка финансијских средстава за изградњу смештајних објеката, а често и због неодговорности и небриге извођача радова, стамбени и радни услови су били крајње неповољни. У тешким приликама живели су и стално запослени у великим индустријским предузећима, нарочито у металској, текстилној и дрвној индустрији, на шумским манипулацијама, пољопривредним добрима, градилиштима и у железничком саобраћају. Мале и нехигијенске бараке, без довољно

кревета и сламарица, без ћебади, постељине, јастука, сапуна, воде за пиће, купатила и др., биле су одлично тле за ширење вашки, стеница и појаву разних заразних обољења. На изградњи пруге Шамац - Сарајево, 1947. године, због рђавих хигијенских прилика, избила је епидемија која је довела у питање наставак радова.¹⁶

Већину индустријских предузећа у Југославији, карактерисала је кон-структивна примитивност и примитивност производног процеса. Посао се одвијао углавном физичким преносом материјала за обраду, уз заостале машинске инсталације, уређаје и алате, велику густину радних места, лоше осветљење, слабо грејање, без вентилације и санитариија. По подацима из извештаја са терена, које је добијала Инспекција рада, по предузећима, фабрикама, рудницима и др., недостајали су тушеви, ормарићи за прву помоћ, ватрогасни апарати, гардеробе. Отпадни материјал, ђубре, изливена вода, блато и слично, нису уклањани из одељења и ходника, а по двориштима су лежале машине или одбачени делови. Вентилациони и санитарни уређаји нису функционисали чак ни у новосаграђеним фабрикама, као што је била „Иво Лола Рибар” у Железнику.¹⁷

Тешки услови рада, велики физички напор којем су били изложени запослени радници у редовном и прековременом раду, пешачење до посла, лоша исхрана и неквалитетна хигијенска и здравствена заштита, рађали су обољења као туберкулозу, тифус, дизентерију, болести дисајних органа, анемије, реуматизам и повреде на раду.¹⁸ У Југославији је, 1948. године просечно обољевало месечно 15-20% целокупне радне снаге. Исте године је на 100 чланова осигурања, боловало 71,8%, са просечним трајањем боловања од 15,80 дана. Посебно много осигураника боловало је од туберкулозе.¹⁹ Преко 22 милиона радних дана изгубљено је 1949. године, а на име трошкова због болести исплаћено је око 10 милијарди динара. Крајем четрдесетих и почетком педесетих година, у просеку су осигураници годишње боловали око 30 милиона дана, а у болницама се лечило око 800 000 болесника. Само одрасло становништво боловало је просечно годишње 150 милиона дана. У Србији је, рецимо, у периоду од 1. 1. до 1. 10. 1951. године донето три хиљаде решења за продужење боловања преко годину дана, што је износило 0,45% осигураника.²⁰

Обољевање радника запослених у индустрији, кретало се између 4-6% од укупног броја запослених. Број регистрованих несрећних случајева у ФНРЈ износио је по подацима социјалног осигурања:

1948.	1949.	1950.
50 739	60 460	42 301

Међутим, број повреда на раду које су пријављивала предузећа, био је далеко мањи од стварног. Предузећа су на пример пријавила 1951. године, 38 198 случајева, а болнице и поликлинике су лечиле око 500 000 људи.²¹

Извештаји о резултатима анализа несрећних случајева говоре о највећем броју несрећа у рударству, металској, грађевинској, текстилној, дрвној индустрији и на железници. На ове гране отпадало је 77% свих несрећних случајева. Једна од анализа из марта 1949. показала је да су се у 25 од 29 анализираних привредних грана, несреће догађале најчешће током прекорременог рада. Највише је страдала омладина до 25 година старости (42% случајева). Велики број повреда долазио је услед непажње самих радника, умора, нестручности и некоришћења заштитних средстава. НР Србија је 1948. године заузимала водеће место у земљи по броју несрећних и смртних случајева при раду.

Доста донетих прописа о хигијенско-техничкој заштити, од Општег правилника из 1947. године, до појединачних за све привредне гране, није уопште примењиван. Основни разлог је лежао у схватању да је издвајање средстава за ХТЗ „чист губитак и нерентабилност у пословању”.²²

Последице рата, недовољне и неквалитетне исхране, лоших услова становања и рада и других штетних околности, довели су до тога да је ФНРЈ према истраживањима Светске здравствене организације из 1952. године била земља са највећим процентом обољења од туберкулозе у Европи, иза ње су биле Португалија и Шпанија, па на великом размаку земље из источне Европе. У Југославији је годишње умирало 32 000 људи од ТБЦ-а (у исто време у САД је умирало 30 лица на 100 000 становника), или 200 лица на 100 000 становника. После рата је нарочито запажен пораст тешких облика туберкулозе плућа и костију, као и велики проценат обољења менингитиса. Око 70% туберкулозних болесника, припадало је узрасту од 15 до 40 година старости.

Поред туберкулоз у Југославији су јако биле проширене болести органа за дисање, органа за варење, обољења коже, акутне заразне болести, авитаминозе, токсична обољења органа за варење међу одојчади, рахитис и сл. Опасност по здравље становника представљао је и јако раширени алкохолизам. У Југославији је годишње трошено око 4 милијарде динара за алкохолна пића.²³

Према броју болесника лечених у болницама по републикама, у Словенији је највише обољења било од заразних болести, венеричних, малигнома и озледа. У Хрватској су болесници највише лечени од женских болести, обољења уха, грла и носа и реуматизма, а у Србији од туберкулозе и болести у вези са трудноћом и порођајем.²⁴

Др Павле Грегорич је на Другом пленуму ЦК КПЈ 1948, па поново на Петом пленуму 1952. године скренуо пажњу на велики број оболелих од туберкулозе, тифуса и дизентерије. Док је у Швајцарској од 1. 1. до 30. 12. 1950. године регистрован 71 случај трбушног тифуса и 41 случај дизентерије, Југославија је у истом раздобљу имала регистрованих 4 583 случаја тифуса и 5 550 случајева дизентерије. Само у Србији регистровано је 1946. године 11 744 обољења ТБЦ-а, 2 146 обољења дизентерије, а 1947. преко двадесет хиљада случајева ТБЦ-а и око 2 500 случајева дизентерије.²⁵ Према подацима Анти-

туберкулозног диспанзера, 1951. од ТБЦ-а је боловало у овој републици 8 126 социјалних осигураника у Крагујевцу, 1 186 у Бору, 1 200 у Новом Саду, а у срезу Богатић чак 600 људи, што је било 10% укупног броја становника среза.

Трахом и сифилис су такође били веома проширени. Током 1949. године пронађено је око 30 000 болесника заражених сифилисом, од чега преко 20 000 у БиХ и око 10 000 у Србији. Сифилис је нарочито био распрострањен у срезovima тимочке области, у Богатићу, затим на Косову и Метохији. У Ђаковичком срезу је 18% од укупног броја прегледаних било заражено сифилисом. Ове болести било је и у Словенији.

Трахом се проширио нагло за време рата, претежно у Хрватској, Србији и Словенији. У Хрватској је највише било захваћено Међумурје, а у мањој мери Осиек. У северној Бачкој, Мачви, Подрињу било је двадесетак хиљада оболелих.

Југославија је од УНИЦЕФ-а добила неколико стотина хиљада долара за исхрану деце и борбу против заразних болести. Ова организација је 1949. године обезбедила лекове и транспортна средства, као и суму од 1/4 милиона долара за борбу против сифилиса. Акција је обухватила 53 среза, у којима се зараженост кретала од 2 до 25%.²⁷

Средствима и материјалом добијеним од УНИЦЕФ-а и ИТЦ-а (Међународна кампања против туберкулозе) опремљено је 25 специјалних екипа, које су од октобра 1948. до краја 1951. године водиле кампању масовног цепљења против туберкулозе. Као представник ИТЦ-а, боравила је у Југославији данска мисија Црвеног крста. Акција није у потпуности успела, пре свега због незаинтересованости и пасивног става средских и месних НО. Обухваћено је само 75% од предвиђеног броја деце.²⁸

Средња дужина живота у ФНРЈ износила је почетком педесетих година око 50 година, док је у осталим европским земљама просек био око 65-70 година. Југославија је после рата имала највишу стопу морталитета у Европи, умирало је 13 становника на 1 000, док је просек у европским земљама био 7-10 на 1 000 становника. Истовремено, имала је и највишу стопу рађања, 30 деце на 1 000 становника, у односу на 16 до 24 деце на 1 000 становника у другим европским земљама. Међутим, смртност одојчади и деце до 10 година била је бар три пута већа, а смртност школске деце бар за 20% већа. Југославија је заузимала прво место у Европи по просеку смртности одојчади и у раздобљу од 1934. до 1939, када се проценат кретао око 14%. После рата, 1949. године, проценат се смањивао на 10,24%, али је касније поново растао, па је 1951. године износио 14,9%. Стварни број је сигурно био далеко већи, што је немогуће утврдити због лоше статистике. Док је у Словенији проценат смртности био 9,9%, у неким деловима БиХ, Космета и Војводине прелазивао је 20%.²⁹

Највише деце при порођају умирало је од урођене слабости, повреда приликом порођаја, бронхопнеумоније, инфекција пупка и сл. Према истраживањима дечијих клиника (Београд, Загреб, Сарајево, Љубљана) око 50% одојчади боловало је од форидног рахитиса. Овај податак говори о квалитивној потхрањености мајки и деце и о недостатку витамина. Због несташнице

млека и недовољне ухрањености беба, здравствена служба је исплаћивала по 700 динара награде за сваки литар мајчиног млека, које се сакупљало у 15 сабирних станица у земљи. Деца су ово млеко добијала преко социјалног осигурања. Деца су оскудевала и у другим основним намирницама, као што су гриз, кекс и пиринач.

Поред смртности одојчади, критичну тачку достигла је и смртност породиља и број побачаја. Док је у свету, после проналаска антибиотика, смртност породиља била у опадању и износила 0,5 до 1 на 1 000 порођаја, у Југославији су на 1 000 порођаја умирале 2,03 породиље. Стопа смртности највиша је била у БиХ (5,69%), а најнижа у Хрватској (2%) и Словенији. Крајем 1950. године у ФНРЈ је било свега 3 240 кревета за породиље. У свим постојећим установама те године је обављено 17% порођаја, 13% је обављено уз помоћ бабица по кућама, а за осталих 70% нема података како су урађени. Годишње је око 1 500 жена умирало при порођају због тешких услова порођаја, одсуства лекара и бабица. У целој земљи било је 1950. године око 1 900 бабица, од чега у Словенији 415. Од тог броја око 600 их је било у болничкој служби, а 1 300 на терену. Ове бабице обавиле су близу 60 000 порођаја. По установама се породило 86 776 жена, а без икакве стручне помоћи око 360 000. Само у Београду, где је број кревета у породилиштима после рата смањен, било је 190 лежачева, а дневно се порађало у просеку 25 жена. На бабицу долазило је у просеку годишње око 700 порођаја у Македонији, а у Словенији 64.³⁰

Осим малог броја постеља и бабица, недостајали су и специјалисти. На 23,2 кревета у болницама, долазио је лекар. Укупно је у целој земљи било 183 гинеколога-акушера, од чега је само неколико радило у Београду и Загребу у превентивној служби у диспансерима, док су остали били у клиничко-болничкој служби.

Недовољна исхрана и претеран физички напор, довели су после рата и до пораста броја спонтаних побачаја. Овај број растао је и у апсолутном износу и у односу на број порођаја. У НР Хрватској је 1948. године на сваких 5 порођаја био и побачај, а 1949. на свака 2 порођаја - побачај.

Законом је било предвиђено коришћење 90 дана порођајног одсуства за запослене жене. Међутим, у просеку порођајно одсуство користило се краће. Од 68,11 дана у Словенији, до 28 дана у Црној Гори.

Брига о предшколској и школској деци такође је била недовољна. Више од половине ове деце, углавном сеоске и по мањим местима, пролазило је школско доба без иједног податка о здравственом стању и физичком развоју. Само 26,31% од укупног броја деце до 6 година било је обухваћено радом 113 дечијих диспанзера, 1950. године. Исте године у Љубљани и Загребу је на 8000 ученика долазио 1 лекар, а у Београду на 6 000 ученика. У целој Босни и Херцеговини радиле су само 2 школске поликлинике.

Према испитивањима у Словенији, због последица рата, дошло је до заостајања у развоју деце од 10-11 година, тако да су у просеку деца имала мању тежину за око 2 kg и мању висину од нормалне. У Љубљани је после рата за 6

пута порастао број деце оболеле од ТБЦ-а. Велики број деце у Југославији боловао је од микозе (око 50 000). Врло су чести били и случајеви менингитиса. Почетком 1951. године у тузланском и сарајевском басену, владале су епидемије у којима су захваћена сва деца од 0-14 година, тако да се рачуна да је укупно боловало 170 000 деце од морбила, варичела и других облика богиња.³¹

Колико је оптерећење оваква здравствена слика представљала за Југославију, говори и податак изнет на Другом пленуму ЦК КПЈ, да је од 160 000 младих људи, на регрутацији 1948. године, одбијено 30 000.

Директни узроци оваквих здравствених прилика у земљи, поред већ наведених, као: услови становања, рада, исхране идр., лежали су и у неорганизованој и неефикасној здравственој служби. После рата врло мало је учињено на оспособљавању старих здравствених установа и подизању нових. Ниједна нова зграда није довршена, а само неколико старих је обновљено. Често су зграде додељене здравственој служби одузимане за бербернице, надлештва, милицију, магацине, ресторане и сл. Болничке зграде су углавном биле старе, трошне, малих капацитета, нехигијенске или уопште нису грађене за те сврхе. Посебно су биле лоше опремљене, почевши од постеља, веша, постељине, посуђа - до нередовног снабдевања храном, сапуном, средствима за дезинфекцију, рентген филмовима, лековима и осталом медицинском опремом. Амбулантне установе су оскудевале у инвентару, шприцевима, апаратима за притисак, мантилима, огреву, лековима и превозним средствима. Дешавало се да су болесници у (неким) болницама лежали у свом вешу и држали одела преко кревета. Није било довољно сушионица за веш и пелена за бебе, па су повијане у недовољно чисто или влажно рубље. У нишкој болници болесници су добијали ваши, јер није било машина за веш и сушионица, а санитарни уређаји нису функционисали. Лизол се у свим већим болницама и здравственим установама, употребљавао само на грудном и инфективном одељењу, јер га није било довољно. Механизација погона у болницама била је врло примитивна. Посебно слабу тачку представљало је помоћно особље, углавном нестручно, неодговорно, склоно крађама и крајње некултурно у односу према пацијентима.³²

Упоредни преглед развоја здравствених установа у односу на 1939. годину може се правити тек од 1946, јер статистички подаци о стању до ове године не постоје. У Југославији је 1939. године било 236 болница са 33 148 кревета, а 1946. само 170 болница са 34 892 кревета. Процентуални пораст броја кревета износио је 5%. Разлози смањења броја болница били су бројни: део их је порушен у рату, део је био у рукама ЈА, приватне болнице нису ушле у списак из 1946, изванредан број болница изгубио је просторије које су претворене у надлештва и др. Према подацима Комитета за заштиту народног здравља, четири године касније у Југославији је било 205 болница са 49 000 кревета. И наредних година број болница је врло споро растао, за разлику од броја кревета. Највећи пораст броја кревета био је 1947. године - за 16%. Касније се проценат смањује.

Веће болничке установе са по 400 кревета, постојале су једино у Хрватској и Словенији. У осталим републикама болнице су углавном биле малих капацитета, са по 100 до 150 кревета и мање. АКМО, Македонија и Црна Гора имале су болнице са 50 до 100 кревета у просеку. После рата су, и у односу на број становника, највеће повећање постелног фонда имале Словенија и Хрватска.³³

Стање постелног фонда крајем 1950. године, у односу на број становника по републикама:

Србија	3,21	кревет на 1 000 становника
Хрватска	4,82	”
Словенија	6,24	”
БиХ	2,01	”
Македонија	2,52	”
Црна Гора	4,1	”
ФНРЈ	3,63	”

Различито је било и тражење помоћи у болницама, од републике до републике. Док је у Словенији долазио сваки 14. или 15. становник у току године да затражи помоћ, у БиХ је долазио тек сваки 38-9, а на Космету и мање. Због малих капацитета болесници су били смештени по двоје или троје у кревету, или су чекали по девет месеци на хитну операцију. Само на пријем у специјалне болнице за ТБЦ у Србији 1952. године је чекало у просеку око 5 000 најакутнијих болесника.³⁴

Болнице су пословале на принципу буџета. Имале су текуће рачуне у Народној банци, где су улагале приходе и расходе. Уколико нису могле да покрију расходе приходима, предвиђале су дотацију у годишњем предрачуноу. Основни приходи болница састојали су се од накнаде за болничке услуге. За планирање и обрачунавање услуга, основица је био болнички дан или преглед. Структура цене услуге обухватала је плате особља, трошкове материјала за лечење, трошкове материјала за исхрану, трошкове амортизације и режију управе. Болнички дан коштао је 500 динара, а толика је била и цена 1 гр стрептомицина.³⁵

Основни пропуст Министарства народног здравља била је слаба брига за правилно организовање мреже амбулантно-поликлиничке службе. Број ових установа износио је 1939. године 717, а 1950. године 1 886, од чега су 522 биле зубне ординације, а 150 анти tubеркулозни диспанзери. У свим овим установама било је запослено свега 2 097 лекара, од чега 169 у установама за борбу против ТБЦ-а. У просеку је преко 100 000 људи долазило на анти tubеркулозни диспанзер.

Пре рата, 1938. године, у Југославији је било 4 754 лекара и 11 305 осталог медицинског особља. На лекара долазило је 6,9 кревета и 3 240 становника. Подаци о броју лекара постоје само за 1945. годину, када је обављен први попис вишег медицинског кадра. Даља евиденција није вођена. Број лекара те године био је 4 234, или лекар на 3 721 становника. Пет година доцније било је у земљи 5 072 лекара и 15 000 средњег и нижег медицинског кадра. Највећи

број лекара имале су Словенија, Хрватска и Србија, док су остале републике задовољавале потребу за лекарима у просеку од 10% до 15%.

Да би се регулисала неравномерна распоређеност медицинског кадра по републикама. Народна скупштина ФНРЈ, донела је Закон о обавезној служби медицинског кадра. По овом закону неколико стотина лекара из Србије и Хрватске (из Словеније свега двадесетак) упућено је да ради годину дана у Црној Гори, Македонији и Босни и Херцеговини. Међутим, Комитет за заштиту народног здравља могао је да мобилише лекаре и остали медицински кадар, тек по салгасности, односно по предлогу оне републике у којој су дотични здравствени радници били запослени. Због отпора који је пружен у Словенији и остале републике су обуставиле провођење овог закона. Отпор премештању пружали су и сами лекари. Тако се дошло у ситуацију да је у Новом Саду било 110 лекара, а чак 20 срезова у БиХ није имало ниједног.³⁷

Школовање младог медицинског кадра захтевало је дужи временски период, а постојећи лекари били су углавном старији људи, од којих је знатан број боловао од лакших или тежих облика ТБЦ-а. Они су обављали дневно од 50 до 150 прегледа, а у већим индустријским центрима (Какањ, Бановићи, Крека, Цазин и сл.) и по 200 до 300 дневно, а ови због количине нису могли бити квалитетни.³⁸ Поред тога, животни услови лекара у градовима и на терену, често су били толико лоши, да су осетно утицали на њихов радни елан. Тенденција повећавања броја постеља у болницама ишла је на штету стамбених просторија болничког особља, које је смештено по подрумима и на таване. Нарочито је то било акутно у клиничким болницама у Београду. Физичка радна снага напуштала је посао и одлазила на друга радна места, а административног особља никада није било довољно. Особље у болницама није имало решено питање исхране, радног времена и плата. Лекари су нередовно добијали додатке за рад на тешким и опасним местима, а функционалне додатке нису уопште имали. Наставници и асистенти на медицинским факултетима били су оптерећени разним хонорарним дужностима. Због тешких услова рада и нерегулисаног положаја, као и због слабог награђивања, у школе за средње медицинско особље уписивало се врло мало полазника. Просечна примања лекара кретала су се од 5 500 до 7 000 динара, а болничког особља од 2 500 до 4 000 динара, што не би било мало под условом да су остали проблеми били решени. Осим тога, у мањим местима, лекари су наишли на секташки став представника средњих и месних одбора, као високо образовни кадар. То је утицало и на држање нижег особља према њима. Локални моћници отежавали су им рад и на друге начине. Нису се устручавали да им одузимају службена возила за своје приватне сврхе, додељивали им лоше станове и сл.³⁹

Поред недовољног капацитета болница и малог броја лекара и медицинског особља, оно што је најтеже погађало становништво, био је недостатак лекова. За увоз материјала за лекове давало се годишње преко 50 милиона девизних динара, због тога што домаћа постројења нису била довољно искоришћена. Фармацеутска индустрија и увоз извршавали су заједнички план по

асортиману за око 50%, што практично значи да је недостајао сваки други лек. Због тога су се пред апотекама стварали редови. Поједини лекови недостајали су баш у оним периодима када су највише тражени, на пример диуретици, сулфамидски препарати, антибиотици, гумене рукавице, рентген филмови, оптичка стакла и др. Здравствени сектор није примао чак ни оне артикле који су се у земљи производили у огромним количинама. Ниједно републичко предузеће није имало алкохола ни за најосновније потребе, а у продаји су се могле наћи колоњске воде и ликери. Делимичан узрок лошег асортимана лежао је у начину извршавања финансијског плана у фармцеутској индустрији. Пред крај године све фабрике су производиле оне лекове који су били најскупљи, а многе су испоручивале читаве контингенте два пута годишње, у децембру и у јануару.

Предузећа медицинске и хемијске индустрије слала су робу лошег квалитета. Магнезијев и натријев сулфат апотеке су примале у стању како се пре рата користио у ветеринарске сврхе. Испоручиване су празне или полу-празне боце, флаше са излапелом течношћу или лоше опране, тако да су по њима пливали комадићи сламе („Галеника”). Таблете су се ломиле, а у оригиналним паковањима их није било довољно на броју. Због тога што су фабрике достављале робу без обзира на квартале и одмах је наплаћивале, гомилале су се огромне количине лекова које су задовољавале само 50% асортимана, али су зато исцрпљивале финансијска средства. На слаб асортиман утицала је и лоша дистрибуција, која је била последица недостатка превозних средстава и складишта. Осим недостатка лекова, у земљи није било ни довољно апотека. Просечно је апотека долазила на 16 000 становника, тј., 1952. године било је 912 апотека са 1 771 фармацеутом. Због свега тога, махинације лековима и рецептима биле су уобичајене. На црној берзи је неки лек знао да достигне цену и до 7 000 динара.

Да би се некако регулисали проблеми здравства, почело се 1951. године са реорганизацијом здравствене службе. Пре реорганизације, здравственом службом је руководио повереник који је био члан извршног одбора и стајао на челу повереништва за народно здравље, као административно-техничког апарата НО. За поверенике су постављани људи који нигде на другим местима нису могли да задовоље, често и неписмени, а повереништва нису увек попуњавана довољним бројем службеника. Извршни одбори среских и градских НО нису се бавили питањима здравства, нити организацијом здравствене службе на терену. Ова служба третирана је као искључива надлежност државе. Државни органи руководили су њоме без учешћа стручњака из ове области. Чак су се и по министарствима ретко могли пронаћи људи од струке.

Здравствена служба гранала се: на хигијенско-епидемиолошку, амбулантно-поликлиничку, службу за болничко лечење, здравствену заштиту мајки и деце, трауматолошку службу, службу за борбу против туберкулозе и апотекарску. Реорганизацијом је гранска подела остала иста, али је измењен систем руковођења здравственом делатношћу. Указом од 6.4.1951, у оквиру Владе ФНРЈ, нашао се поред других седам савета и Савет за народно здравље

и социјалну политику. Укинута су комитети, са образложењем да су као организационе форме органа управе били неспојиви са самоуправљањем. Организациона шема здравствене службе од тада је изгледала на следећи начин. На врху се налазио Савет за народно здравље и социјалну политику ФНРЈ, са сектором за социјалну политику и сектором за народно здравље, а њему су у републикама одговарали савети са одборима за социјалну политику и народно здравље, а на дну су били савети среза и града. У њиховој надлежности налазили су се домови здравља, здравствене станице, диспанзери, амбуланте, лабораторије и станице за хитну помоћ. Клиничке и специјалне болнице и разни институти потпадали су под надлежност република.³⁹

Формирањем Савета за народно здравље и социјалну политику народних одбора, учешће у одлучивању добили су и здравствени радници. Савет за народно здравље среза постао је колективни орган, који је био састављен од народних одборника, представника друштвених организација, здравствених радника и извесног броја лица из грађанства. Он је руководио целокупном здравственом службом на подручју среза (града), обављао надзор над радом здравствених установа, обезбеђивао материјална средства и кадрове итд.⁴⁰

Крајем фебруара 1952. године образован је Одбор за заштиту мајки и деце при Савету за народно здравље и социјалну политику ФНРЈ. Истовремено је формирано и неколико комисија при овом телу. Задатак Одбора је био да проучава целокупну проблематику из ове области и да Савету предлаже конкретне мере.

Посматрајући документа која сведоче о степену развијености, тј. заосталости, на коме се налазила послератна Југославија, изненађује храброст и одлучност са којом се кренуло у привредну обнову и индустријализацију. Привредни развој земље био је у првом плану и одвијао се на рачун животног стандарда становника. Истовремено, изградња се базирала на јефтиној радној снази и захтевала је физичко напрезање знатног дела становништва. Ово, као и тешки услови живота и рада, односили су непрекидно знатна средства преко боловања, повреда на раду, епидемија и сл. Закони који су за своје време били врло прогресивни, пружали су могућност широког и бесплатног коришћења услуга друштвених служби, регулисали су радни однос, заштиту на раду, одмор и сл., али су у пракси често били само мртво слово на папиру, услед недостатка финансијских средстава, кадрова, често и неразумевања и отпора. И поред сталних упозорења и извештаја са терена, одговорних кадрова, у партијским круговима се није озбиљно приступало отклањању узрока појава, већ се акција углавном сводила на реорганизацију административног апарата у надлежним службама.

НАПОМЕНЕ

1. А ЦК СКЈ, Одлуке, директиве, упутства и писма ЦК КПЈ, II-к 1/64;
2. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/32;

3. У Југославији је 19311. године било 44,6% неписмених преко 10 г. старости. Године 1948. било их је 25,4%, али су постојале велике разлике по републикама. У НР Србији је те године било 26,8% неписмених, а у БиХ 44,9%. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/32;
4. Архив Југославије, Савезна планска комисија, 41-613-965;
5. Архив ЦК СКЈ, Пленуми, II/1; А ЦК СКЈ, Политбиро, III/28, 31, 36, 40; Борба, 15.10.1950, стр. 1; Борба, 2.10.1950, стр. 2; Службени лист ФНРЈ, бр. 56/1950;
6. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/32, 42;
7. А ЦК СКЈ, X-4/59, Комисија за народну власт; Сл. лист ФНРЈ, 5.5.1948;
8. Разговор вођен са др Олгом Милошевић, 18.2.1988. у Београду;
9. И. Гинић, Демографски извори и фактори урбанизације у СР Србији, Становништво, април-јун 1966, бр. 2, стр. 116-126; П. Марковић, Миграције пољопривредног становништва, Гледишта, новембар 1962, стр. 1378-1399; М. Сентић, Д. Брезник, Демографска кретања и пројекције у Југославији, Становништво, април-јун 1964, бр. 2, стр. 101-141; С. Обрадовић, Утицај привредног развоја на миграторна кретања у Југославији, Становништво, јануар-март 1966, бр. 1, стр. 25-29; С. Обрадовић, Унутрашње миграције Југославије 1948-1953, Економист, бр. 2, 1955, стр. 428;
10. Д. Стефановић, Стамбена изградња и њено финансирање у градовима ФНРЈ, Економист 1, Београд 1955, стр. 45, 82; Д. Вогелник, Урбанизација као одраз привредног развоја ФНРЈ, Београд 1960;
11. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42;
12. Д. Стефановић, Стамбена изградња и њено финансирање у градовима ФНРЈ, Економист бр. 1, Београд 1955, стр. 45-82; Архив Југославије, Савез синдиката Југославије, 117-385-2276;
13. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X2-IV/3, X-4/32, X-4/24, X-4/23, X-4/43, X-4/а; А ЦК СКЈ, ДПС, V, K-IV/13, 34; Архив Србије, Планска комисија НРС, ф-5; АЈ, Комисија за заштиту народног здравља, ф-24; А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42;
14. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42, X-4/35; X-4/23;
15. А ЦК СКЈ, Комисија за масовне и друштвене организације, XII-7-1/6; АЈ, Министарство рада ФНРЈ, Д-XXVIMР, ф-13, ф-30; АС, Министарство рада, ф-121;
16. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42;
17. Седнице ЦК КПЈ, 1948-1952, Београд 1985, стр. 260-261; А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42; АЈ, ССЈ, Савезна инспекција рада, 117-49-254-258; АЈ, Министарство индустрије, 17-2-2; АЈ, Веће Савеза синдиката Југославије, 117-43-211; 117-44-220; 117-404-2452; О односу радника према личној заштити говори податак да су по предузећима редовно нестајале чаше за воду. Тек што би набавили нову количину чаша, нестајале би и поново би сви пили из исте чаше. АЈ, ССЈ, 117-209-214-43; 117-51-263;
18. АЈ, ССЈ, 117-51-263; 117-44-229; 117-209-21443; 117-49-254-258; АЈ, Привредни савет, 40-99-229; А ЦК СКЈ, Пленуми, II/1; АЈ, ССЈ, 117-338-2090; АЈ, Комитет за заштиту народног здравља Владе ФНРЈ, Д-XXXI-НЗ-III/а, ф-58;
19. А ЦК СКЈ, Одлуке, директиве, упутства и писма ЦК КПЈ, II-к 1/64, 1950.;
20. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/50 и X-4/42; X-4/43;
21. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/43, X-4/32;
22. Предузећа су објашњавала да немају довољно инвестиција за побољшање ХТЗ-а. Решења Инспекције рада извршаване су само делимично. Према подацима Савезне инспекције рада, скоро сва виша привредна удружења у својим финансијским плановима, одбијала су да предвиде потребне суме за спровођење хигијенско-заштитних мера, сматрајући то за непотребну ставку. Генералне дирекције, које су одобравале средства редузећима, у случајевима када је општи план капиталне изградње превазилазно одобрена квоту, прво су сторнирале суме за ХТЗ. А ЦК СКЈ, Организационо-политички секретаријат, V; K-II/24; А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42;
23. АЈ, Комитет за социјално старање Владе ФНРЈ, Д-XXXIII-СС-II/а, ф-7;
24. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42, X-4/4, X-4/43, X-4/8;
25. Седнице ЦК КПЈ, 1948-1952, Београд 1985, стр. 254, 663; АС, Извештај ЦК КПС за 1947. годину;

26. А ЦК КПЈ, X-4/4, X-4/35, X-4/43; Комисија за народну власт;
27. Исто.
28. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/42; X-4/43;
29. А ЦК КПЈ, Ком. за н.в., X-4/32, X-4/50;
30. А ЦК СКЈ, Ком. за н.в., X-4/4, X-4/8, X-4/50;
31. А ЦК КПЈ, Комисија за народну власт, Извештаји о стању и проблемима здравствене службе, X-4/35, X-4/32, X-4/4, X-4/42; X-4/50;
32. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/15; X-4/4; X-4/16; X-4/6; X-4/42; X-4/8;
33. А ЦК СКЈ, Ком. за н.в., X-4/42;
34. А ЦК СКЈ, Ком. за народну власт, X-4/48;
35. А ЦК СКЈ, Ком. за народну власт, X-4/4, 6, 43;
36. А ЦК СКЈ, Ком. за н.в., X-4/42; Седнице ЦК КПЈ, н.д., стр. 253/254;
37. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/4, X-4/8, X-4/32, X-4/42; АЈ, ССЈ, 117-51-263; 117-404-2452; А ЦК СКЈ, ОПС, V; К-IV/15; АС, Веће ССС, ф-203; АС, Записници Председништва ГО ССЈ за Србију, ф-121; АЈ, Комитет за заштиту народног здравља ФНРЈ, Д-XXX, Ф-5; АС, Веће ССС, ф-382;
38. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/9; X-4/4; X-4/7, X-4/5, X-4/42;
39. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/10;
40. А ЦК СКЈ, Комисија за народну власт, X-4/4, 10, 25, 36, 58.

РАДМИЛА РАДИЋ

РЕЗИМЕ

У послератном периоду југословенске изградње, услед великих улагања у подизање економске основе материјалне производње, превагнула је економска страна у односу на развој личне потрошње и друштвеног стандарда. Приоритет су имали базична индустрија и кључни привредни објекти. Истовремено је требало задовољити и многе у прошлости незадовољене потребе радних људи. Животни стандард се остваривао преко личне потрошње и потрошње у оквиру служби друштвеног стандарда, тј. социјалних служби. У складу са социјалистичким принципима, знатно су проширена права на услуге друштвених служби и извршена је делимична прерасподела стамбеног фонда. Дошло је до уједначавања животних услова у корист широких слојева становништва, посебно оних категорија које су се тек укључивале у индустрију. На основу широке социјалне политике, рађале су се све веће потребе становништва, које су обзиром на донете законске одредбе морале бити задовољене, а са друге стране су стајали уски материјални оквири у којима се привреда кретала и слаба материјална база друштвених служби. Полазне основе за побољшање здравственог и стамбеног стања становништва биле су лоше. Здравствена служба била је на ниском степену развоја, а са малим бројем кадрова и установа. Да би се успешно борила са болестима карактеристичним за недовољно развијену земљу и низак општи стандард, била су јој потребна знатно већа средства него што је имала. Иста ситуација била је и у другим областима.

Mr Radmila Radić

SUMMARY

Great investements in production in the post-war Yugoslavia placed the economy of the country over the social standard and personal consumption. Basic industries and the key industrial plants had the priority. At the same time, the needs of people had to be fulfilled. The standard of living was being achieved through consumption and social services. In accordance with the socialist principls, social services were expanded and the partial distribution of appartements was carried out. The living conditions were being standardized and improved particulary to those entering indusatry. The needs were increased, and according to the law had to be fulfilled, but, on the other hand the weak economy and social services could not make it possible. The basis for the improvement of the health services and accomodation

were weak. Health services were undeveloped. In order to fight diseases typical of an underdeveloped country and low of standard living, health services did not have sufficient resources. The similar situation was, in other branches.