

УДК 614.2(497.1)"195"
364-787.9(497.1)"195"

(ДИС)КОНТИНУИТЕТ БЕЗ ПРЕСЕДАНА ЗДРАВСТВЕНА ПОЛИТИКА ЈУГОСЛОВЕНСКЕ ДРЖАВЕ У ПРВОЈ ПОЛОВИНИ 20. ВЕКА

Мр Сања ПЕТРОВИЋ ТОДОСИЈЕВИЋ
Институт за новију историју Србије

АПСТРАКТ: Покушај анализе југословенске здравствене политике, са акцентом на периоду после 1945. године, указује на процес континуираног залагања политичких елита за принципе такозване социјалне медицине, прокламоване 1919. године оснивањем Здравствене организације Лиге народа, али и на немогућност, скромне здравствене службе, недовољно стимулисане од државе, традиционално опредељене за начела куративне а не превентивне медицине, да одговори захтевима времена и савремене медицинске науке.

Кључне речи: Југославија, здравствена политика, КПЈ, социјална медицина, Андрија Штампар

Социјална медицина или „борбена операција са стратегијским циљем”¹

Окончањем Првог светског рата наступа нова ера у дефинисању здравствене политике, која више него икада раније у средиште занимања ставља јавноздравствене проблеме и превентиву. Социјалномедицинске идеје као резултат кристализације инспирисане процесима који су крајем 19. и почетком 20. века захватили филозофију и науку, несагледиве последи-

¹ Архив Србије и Црне Горе, 142-33-102, Здравствено просвећивање – проблематика, организација, план.

це ратних разарања и страдања несумњиво су допринеле манифестовању нових тенденција у решавању крупних здравствених проблема тога доба.² Све до 1914. године и избијања великог ратног сукоба, међународни санитарни режим сводио се на заштиту одређених тј. развијених делова света као што су неки делови Европе и Северна Америка „од зараза које би се до њих могле проширити”. Спремност политичких елита, које су се након 1918. године ставиле на чело националних држава, да се међусобно повезују директно је утицала на олакшавање процеса протока људи не само из једног, по правилу неразвијеног дела света у други односно развијени, већ и из једног друштвеног, по правилу нижег слоја у други дакле виши. Интензивнија размена људи и добара, која је требало да допринесе праведнијој расподели светског капитала, утицала је на процес стварања нових профитабилних подручја која су, са друге стране, услед интензивних миграција људи, постала мета напада различитих заразних болести. Забринут за сопствену судбину, развијени свет почиње интензивно да се интересује за: узроке, начине ширења, лечења и, што је свакако најбитније, превенцију заразних обољења. Мотивисана идејом о спречавању не само ширења већ пре свега избијања смртоносних зараза, 1919. исте године када се окупила око усвајања Повеље Лиге народа, међународна заједница доноси одлуку о оснивању Здравствене организације Лиге народа како би се створиле реалне могућности за сарадњу на подручју јавног здравства.³ Управо под вођством пољског бактериолога др Лудвига Рајхмана (Ludwig Rajchman), који ће двадесет осам година касније са функције првог председавајућег Извршног одбора УНИЦЕФ-а обавестити Кабинет председника Владе ФНРЈ маршала Јосипа Броза Тита о оснивању Међународног фонда за хитну помоћ деци Уједињених нација,⁴ новоформирана агенција Лиге народа постаће иновативна институција задужена да, путем ангажованијег деловања у решавању локалних здравствених проблема, подстиче националне заједнице на развој до тада запостављених области као што су истраживање и едукација. Бројне међународне конференције организоване у периоду између два велика рата показале су се као најсврсисходније средство у циљу окупљања стручњака из различитих делова света, њиховог упознавања са резултатима најновијих истраживања и давања смерница националним владама, посредством одабраних појединаца, у циљу постизања бољих резултата на подручју јавног здравства. Европска здравствена конференција посвећена проблемима заразних болести са акцентом на распрострањености

² Željko Dugac, *Protiv bolesti i neznanja. Rockefellerova fondacija u međuratnoj Jugoslaviji*, Zagreb, 2005, str. 3.

³ Исто, стр. 9.

⁴ АСЦГ, 31-107-155, Телеграм др Лудвига Рајхмана, председника Међународног фонда за хитну помоћ деци, Маршалу Јосипу Брозу Титу, председнику Владе ФНРЈ, 22. јануар 1947.

тифуса у источној Европи, као један у низу скупова под покровитељством Здравствене организације Лиге народа, имала је прилику да 1922. године у Варшави, по први пут, угости два еминентна стручњака са простора Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца: начелника Одељења за расну, јавну и социјалну хигијену Министарства народног здравља Краљевине СХС др Андрију Штампара (1888–1958) и др Берислава Борчића (1891–1977).⁵

Министарство народног здравља Краљевине СХС основано је 20. децембра 1918. године у складу са општим трендом формирања ресора који ће преузети бригу о здравственом стању целокупне заједнице.⁶ Као начелник Хигијенског одељења др Андрија Штампар преузима на себе, показаће се у појединим тренуцима, претешко бреме креирања нове, по многим представницима струке, револуционарне здравствене политике. Сузбијање епидемија заразних болести формулисано је као приоритетан задатак новог министарства. Суочавање са поражавајућим приликама на терену са разлогом је обесхрабрило многе прваке струке. Хватање у коштац са пошастима 20. века, али и претходних времена, наметало се као вишеструко сложен задатак који је захтевао далеко шири и сложенији приступ решавању проблема од уобичајеног подвргавања терапији оболелог појединца.

Образована од територија две релативно нове независне државе Србије и Црне Горе, оних које су вековима биле у саставу Отоманске империје и Аустроугарске монархије, југословенска држава се могла похвалити конгломератом различитости на својим просторима. Ипак, у случају само једне у низу нових држава које су настале по окончању Првог светског рата, разноликост се показала као фатална. Суочена са неједнаким државним и политичким условима, различитим схватањима политичког и управног система, различитим прилазима етничком феномену, верским шаренилом, дијаметрално супротстављеним степенима образовања и животног стандарда у појединим деловима земље, ресорна министарства су се у решавању приоритета у оквиру свога подручја деловања наша пред непрегледним морем препрека. Ако се овоме додају последице ратних разарања, огромни људски губици, лоша или готово никаква инфраструктурна повезаност различитих делова земље која се, без обзира на одређене индустријске потенцијале Словеније, Хрватске, Војводине и Београда није могла похвалити развијеном привредом, идеја о хватању у коштац са заразним епидемијама које су харале Краљевином деловала је као само један у низу покушаја да се наглас размишља на одређену тему.

Као стручњак Андрија Штампар је био један од најзначајнијих сарадника Фондације Рокфелер за подручје јужне и југоисточне Европе. Своје искуство стечено на подручју Краљевине СХС ставио је на располагање

⁵ Željko Dugac, *Protiv bolesti i neznanja...*, str. 10.

⁶ *Исто*, стр. 23.

Здравственој организацији Лиге народа, која га је, између осталог, ангажовала у спровођењу програма помоћи здравственој администрацији у Кини. Оцењен од сарадника Фондације Рокфелер као појединац изузетних организационих способности, изнад политике и уских интереса, непристрасан према појединим подручјима и нацијама у земљи, стручан, иновативан, транспарентан у сваком финансијском подухвату, искрен, отворен,⁷ др Андрија Штампар се у постојећем социјалном и политичком миљеу прихватио посла који је на тренутке постајао раван борби са ветрењачама.

Студије медицине завршио је у Бечу 1911. године. Као престижни универзитетски центар, главни град Монархије нудио је младим стручњацима обиље интелектуалних изазова. Крајем 19. и почетком 20. века будући лекари и здравствени радници били су у прилици да се на самом извору знања, нових тенденција у науци и истраживањима упознају са запањујућим резултатима прогреса који је захватио све области научноистраживачког деловања па и медицину, односно бактериологију. Млада наука открила је обиље узрока различитих заразних болести које су харале Европом и светом. Ипак, масовна израда лекова који су представљали непознаницу за фармацеутску индустрију, која ће тек доживети интензиван развој, није била могућа или се наметала као непрофитабилна инвестиција. Медицинским радницима тога доба постало је јасно: спас је нудила превентивна страна медицине. Сконцентрисати се на социјалне факторе који представљају примарне оквире за размишљање о болестима које су десетковале планету било је далеко лакше него превазићи карактер медицине као куративне дисциплине која у средиште свог занимања ставља изолованог пацијента „који осим тога мора бити финансијски способан платити пружене услуге”.⁸

Задојен идејама социјалне медицине, стекавши звање високог функционера Министарства народног здравља у новоформираној држави, Андрија Штампар је покушао да реформише здравствену политику тако да се у њеном средишту нађу, са једне стране – друштво, које ће се посматрати кроз призму социјалних узрока болести, патологију, терапију, а са друге стране – лекар, односно социјални радник, народни учитељ који делује тамо где људи раде и живе а не у лабораторији или ординацији, који не прави разлику између богатих и сиромашних па самим тим не зависи финансијски од пацијента, док у оквиру здравствене организације функционише искључиво у потрази за пацијентом а не обрнуто.⁹ Реакције медицинских ауторитета тога доба, али и доброг дела струке, која је живела од новчаних надокнада за пружање услуга, на Штампаров Нацрт закона о чувању народног здравља из 1921. године и његово изнуђено пензионисање десет година касније тј.

⁷ Исто, стр. 51.

⁸ Исто, стр. 24.

⁹ Исто, стр. 25.

1931. године, експлицитан су доказ не само неспремности струке већ пре свега државе да створи услове који ће утрти пут спровођењу најсавременијих метода сузбијања опаких зараза које су десетковале друштво, угрожавале државу и недовољно уравнотежен поредак. *Лијечнички вјесник*, гласило Збора лијечника Хрватске, Славоније и Међумурја, доноси вести о драматичним збивањима у Немачкој где су забележени случајеви самоубиства лекара који умиру од глади, раде „недостојне” послове, једном речју осуђени су на пропаст јер је држава прихватила и применила концепт социјалне медицине. Исти лист 1926. године објављује чланак под називом „Спровођење здравствене политике у Министарству народног здравља од стране неких идеолога у духу ерфрутског програма – социјализма” у ком се, за то време крајње неумерено, повлаче паралеле између ситуације у большевичкој Русији и Краљевини.¹⁰ И док су га сународници оптуживали за изградњу централизоване здравствене службе која се може повезати с општом централизацијом и унитаризмом конституисаним Видовданским уставом, а Нацрт закона о чувању народног здравља из 1921. године поистовећивали са „нацртом устава једне политичке партије”,¹¹ колеге српске националности, згрануте над чињеницом да ће се Школа народног здравља подићи у Загребу а не у Београду, сваку су подршку политици Андрије Штампара повезивале са издајом виталних тј. српских интереса. Тако је Стеван Иванић, директор Средишњег хигијенског завода из Београда, 1931. године на састанку Југословенског друштва за чување народног здравља обраћајући се Миодрагу Поповићу, представнику Савеза трезвене младежи пребацно: „Срамота да браните Штампара, и Ви сте Србијанац. Није Штампар дао ни стоти део Србији онога што је дао Хрватској”.¹²

Изградња Школе народног здравља у Загребу и Средишњег хигијенског (епидемиолошког) завода у Београду захваљујући средствима Фондације Рокфелер¹³ као једног од најгласнијих поборника нових тенденција у медицини које је пре свега заговарала Здравствена организација Лиге народа, несумњиво је тековина политике новог и другачијег приступа решавању здравствене проблематике. Ипак, отворено супротстављене и завађене националне елите, оптерећене политиком и уским партијским интересима у држави у којој је на 10.000 становника долазио један лекар, нису биле у могућности да превазиђу оквире атара сопственог деловања. Лична иницијатива или помоћ са стране могла је да послужи као подстицај да се што пре стане на сопствене ноге како би се држава суочила са крупном друштвеном проблематиком, односно искорењивањем заразних болести. Без обзира на појединачне покушаје делимичног проучавања одређених

¹⁰ Исто, стр. 131.

¹¹ Исто, стр. 129.

¹² Исто, стр. 134.

¹³ Исто, стр. 116.

болести и сакупљања виталне статистике,¹⁴ држави није пошло за руком да стане на пут даљем ширењу бројних зараза које су харале Југославијом.

Други светски рат уназдио је скромне резултате постигнуте на пољу развоја социјалне медицине и борбе против опаких болести. Чињеница да је велелепно загребачко здање Школе народног здравља послужило као седиште немачког војног заповедништва за Балкан можда понајбоље персонификује напоре изузетних појединаца али и недовољну спремност политичких елита да се далеко одлучније упусте у једну од најтежих борби коју савремени свет ни данас у 21. веку није добио у неким деловима света.

Конференција санитарних инспектора из јануара месеца 1949. године закључила је да „здравствено стање и хигијенске прилике у Југославији представљају озбиљан проблем о коме ваља водити рачуна у току изградње социјализма”. Сваки пропуст доводио је у питање изградњу новог поретка.¹⁵ Проглашавање здравственог просвећивања народа, које ће довести до подизања хигијенских стандарда, уништења санитарне заосталости и сузбијања заразних болести, „борбеном операцијом са стратегијским планом, одређеним тактичким задацима свих учесника у њему са конкретним етапним, стратегијским планом, одређеним тактичким циљевима”¹⁶ не делује претенциозно ако се зна да је, са једне стране, идеја водила нових југословенских власти преточена у одредбе Закона о петогодишњем плану развика народне привреде у периоду од 1947. до 1951. године представљала не само покушај да се у земљи подигне материјално благостање већ и изврши културни преображај који ће по свом обиму имати карактер културне револуције.¹⁷ Са друге стране, смањење општег морбидитета су и морталитета су дефинисани као најважнији задаци у плановима Комитета за заштиту народног здравља јер су представљали „сталну потенцијалну опасност за случај избијања рата или неке друге катастрофе”¹⁸ али и „проблем народне привреде”.¹⁹ Страх од „другог” разумљив је ако се зна да је у годинама хладног рата Југославија, све до

¹⁴ Од 1929. до 1932. године Фондација Rockefeller у неколико наврата пружала је финансијску подршку проучавању маларије у Краљевини тј. проучавању врсте комарца *Anopheles Superictus* на простору планинског масива између Скопља и бугарске границе. Тридесетих година 20. века ова фондација путем средстава додељених Школи народног здравља у Загребу подржава истраживање шарлаха и ендемског сифилиса на подручју Босне и Херцеговине. Željko Dugač, *Protiv bolesti i neznanja...*, стр. 124–125.

¹⁵ АСЦГ, 19-202-1765, Закључци Конференције санитарних инспектора одржане у Савезној санитарној инспекцији, јануар 1949.

¹⁶ АСЦГ, 142-33-102, Здравствено просвећивање – проблематика, организација, план.

¹⁷ Исто.

¹⁸ АСЦГ, 19-202-1765, Уредба о двогодишњем плану борбе против заразних болести, 29. август 1949.

¹⁹ Архив Јосипа Броза Тита, КИП, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

разлаза са СССР-ом, сматрана земљом под изразитим совјетским утицајем а након лета 1948. године респектабилним фактором на Балкану који се све више окретао земљама тзв. западне демократије. Реална опасност од увлачења у сукоб који је могао произаћи из околности које су по окончању највећег сукоба у историји човечанства поделиле Европу али и свет на два сукобљена табора, константно је наглашавана при сваком покушају да се подвуку потенцијални напори али и жртве које је захтевала изградња новог поретка. У том смислу страх од недовољно јасно препознатљивог агресора представљао је константу у покушајима да се грађанство приволи позицијама социјализма. Са друге стране „социјалистичкој” здравственој служби као једном од „родова оружја”²⁰ додељен је задатак борбе против дубоко укорене непросвећености народа, која је била не само реална опасност за одбрамбену способност народа и социјалистичког поретка већ и „примарни непријатељ” који је из идеолошких и политичких разлога доживљаван као препрека процесу модернизације југословенског друштва.²¹ Преображај југословенске стварности очекивао се на свим пољима. Обнова и изградња земље била је услов сваког даљег напретка. Индустријализација и привредни препород Југославије, праћен неизоставним подизањем животног стандарда становништва, били би најексплицитнија потврда модернизације државе али и друштва. Оваква врста ангажмана захтевала је за рад све способне, дакле здраве грађане. Подизање „радне способности” Југословена представљаће један од најкрупнијих, подухвата нове власти. Полазећи од поражавајућих, за поједине периоде непостојећих података о показатељима општег морбидитета и морталитета становништва свих узраста, Партија је у извештају из 1952. године под називом „Проблеми здравствене службе у Југославији” са неверицом говорила о напорима који се улажу да би се изашло на крај са најалармантнијим проблемима у земљи јер запањујући подаци о броју умрлих говоре да „све представља огроман губитак у економском погледу који настаје прво ради тога што се народни доходак троши на одгој и образовање тих прерано умрлих становника као и због тога што ти прерано умрли испадају из продуктивног живота за који су се оспособљавали”. КПЈ се питала: „Какав би се економски ефекат могао постићи када би се живело петнаест година дуже?”²²

На основу увида у партијску грађу може се закључити да је држава захтевала изградњу здравствене службе која ће у потпуности почивати на принципима социјалне, односно социјалистичке медицине. Иако су нове власти ниске хигијенске стандарде и санитарну заосталост приписивале

²⁰ АСЦГ, 19-202-1765, Уредба о двогодишњем плану борбе против заразних болести, 29. август 1949.

²¹ Карл Казер, *Породица и сродство на Балкану. Анализа једне културе која нестаје*, Београд, 2002, стр. 441.

²² АСЦГ, 507/X-4/32, Проблеми здравствене службе у Југославији, 1952.

„страном завојевачу и домаћем израбљивачу”,²³ није ли управо једна од најмаркантнијих фигура у Министарству народног здравља Краљевине СХС, др Андрија Штампар, у средиште активности здравствене службе ставио друштво и превентиву а здравственим радницима наменио улогу народних учитеља који ће изаћи из ординација и лабораторија и ући међу неук и хронично болестан народ?²⁴ Необична је сличност у формулацијама неприкосновене КПЈ, нових југословенских властодржаца, и високих функционера здравственог ресурса Краљевине СХС/Југославије о принципима, циљевима и задацима здравствене службе. Са друге стране подударности у виђењима потпуно су оправдане ако се узме у обзир чињеница да су лоше здравствене прилике представљале један од најјаснијих доказа немогућности друштва која су се 1918. године нашла под окриљем заједничке државе, да се пола века касније модернизују, ако не и постану модерна. Недостатак експлицитних показатеља модерности једна је од константи живота на простору централног Балкана. Радикална промена политичког уређења сама по себи није могла начинити дисконтинуитет са поражавајућом друштвеном збиљом претходних деценија па и векова као обележјем живота на Балкану.

Здравствена служба

Суочена са катастрофалним последицама ратног разарања, бројним људским жртвама, великим бројем избеглих и незбринутих међу којима се нашло 283.252 ратне сирочади без једног или оба родитеља,²⁵ недовољно изграђеним и ратним дејствима додатно уназађеним системом здравствених и социјалних установа, општом бедом и немаштином која се манифестовала у недостатку хране и елементарних средстава за живот као што су обућа и одећа, лошим хигијенским приликама које су доприносиле ширењу бројних заразних болести које су се пре рата везивале за одређене територије али и нових које се на југословенским просторима нису сретале, комунистичка власт се нашла пред читавим низом крупних друштвених проблема, који су, пак, представљали несвакидашњи изазов за елиту која је нову државу пројектовала у социјалистички рај у коме заразама попут туберкулозе, маларије, сифилиса, трахома, бруцелозе није смело бити места. Дакле, изборити се са zarazом била је најбоља потврда исправног пута и доказ оправдане пропасти старог режима и, како се говорило, ненародног поретка. Са друге стране, масовна обољења реално су паралисала поједине делове

²³ АСЦГ, 19-202-1765, Уредба о двогодишњем плану борбе против заразних болести, 29. август 1949.

²⁴ Željko Dugač, *Protiv bolesti i neznanja...*, str. 51.

²⁵ Дипломатски архив Министарства иностраних послова Србије и Црне Горе, 151-4/413585.

државе и тиме угрожавала првобитне намере нове власти да у рекордном року обнови, изгради и индустријализује земљу. И на крају, опаке заразе долазиле су понајвише до изражаја као крупан друштвено-политички проблем у годинама када се нова југословенска власт ограђивала најпре са запада, а након лета 1948. године и сукоба са СССР-ом и са истока. Систематско искорењивање заразних болести које су харале Југославијом десило се крајем четрдесетих и у првој половини педесетих година 20. века уз значајну помоћ УНИЦЕФ-а и Светске здравствене организације као директног наследника Здравствене организације Лиге народа. Оно је било последица међународне санитарне политике која је промовисана још 1919. године усвајањем Повеље Лиге народа, али и свеукупне хуманизације односа до које долази у југословенском друштву након, најпре дискретног а од краја 1949. и почетка 1950. године експлицитног Титовог отварања према западној Европи и Америци.

Витална статистика о здравственом стању народа експлицитан је доказ незадовољавајућих здравствених прилика у земљи по окончању Другог светског рата. По резултатима пописа из 1948. године у ФНРЈ је живело 15.772.098 становника. Подаци добијени новим пописом указали су на значајно повећање броја становника у интервалу од пет година. По резултатима пописа од 31. марта 1953. у ФНРЈ је живело 16.927.275 људи што значи да је годишњи пораст износио нешто испод 17%. У поређењу са просечним годишњим прираштајем од 11,12% у интервалу од 1920. до 1950, драстичан скок се може објаснити утицајем рата који је у периоду од 1941. до 1945. несумњиво утицао на просечни годишњи прираштај у дужем временском интервалу који обухвата и ратне године.²⁶

Анализа структуре становништва по животном добу по подацима из 1953. године указује на одређене разлике у односу на 1948. мада им је заједнички именитељ чињеница да је у Југославији по окончању Другог светског рата живело сразмерно много становништва млађих и сразмерно мало старијих годишта. Дакле, по попису из 1948. године деца до навршене 14. године живота чинила су 32,4% укупног броја становника²⁷ док су одрасле особе преко 60 година старости чиниле свега 9,5% од укупног броја становника.²⁸ Подаци из 1953. указују на незнатно смањење броја становника узраста од 11 до 14 година и повећање старијих од 65 година.

²⁶ АЈБГ, КПР II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

²⁷ Исто. У односу на укупан број становника, деца узраста до 14 година чинила су у: Португалији – 29,7%; Грчкој – 29,6%; Холандији – 29,3%; Румунији – 28,9%; Финској – 28,2%; Италији – 26,7%; Чехословачкој – 24,3%; Данској – 22,9%; Норвешкој – 23,1%; Шведској – 22,4%; Француској – 22,2%; Енглеској и Велсу – 21,4%; Белгији – 20,8%.

²⁸ Исто. Одрасли изнад 60 година старости чинили су у: Португалији, Грчкој, Холандији, Финској, Италији, Чехословачкој, Данској, Норвешкој, Шведској изнад 10% од укупног броја становника. Одрасли изнад 60 година старости чинили су у: Белгији, Енглеској и Велсу 17,2%; Француској 18,6% од укупног броја становника.

Незнатне осцилације података из 1953. у односу на податке из 1948. године последица су постепеног отклањања катастрофалних последица рата. Ипак, оба пописа несумњиво указују на изузетно младу структуру становништва, што се пре свега може и мора разумети као последица недопустиво високе стопе смртности у ФНРЈ.²⁹

Анализом података који указују на драстичну разлику у старосној структури и великих разлика у просечној старости становништва у различитим деловима земље долази се до закључка да је, по правилу, у најнеразвијенијим областима Југославије живело највише малишана испод десет година старости (Косово и Метохија – 29,96%; Босна и Херцеговина – 27,48%; Македонија – 26,01%; Црна Гора – 25,47%; Словенија – 18,76%; Србија – 18,63%; Хрватска – 18,48%; Војводина – 55,14%). Даља рачуница показује да су осам година по окончању рата деца узраста испод 10 година старости чинила 21,13% од укупног броја становника.³⁰

Није тешко закључити да је по свим претходно изнетим подацима дужина људског века у Југославији била изузетно кратка. Просечан људски век у Југославији 1953. године износио је 50,89 година,³¹ с тим што су разлике међу републикама биле драстичне (Словенија – 55,32; Војводина – 55,14; Хрватска – 54,20; Србија – 52; Црна Гора – 49,55; Македонија – 47,02; Косово и Метохија – 45,34; Босна и Херцеговина – 42,66). Према подацима за 1950. годину у Југославији се на 1.000 становника родио 30,1 и умрло 13,1 становник. Упоредибањем података о броју рођених и умрлих на 1.000 становника у интервалу од годину дана долази се до закључка да је Југославија у периоду који представља предмет интересовања овога рада спадала у земље са релативно високом стопом наталитета и морталитета.³²

Полазећи од задатка „борбе за здравље широких маса народа као услова за срећу појединца и целог народа, очување здраве и снажне радне снаге о којој овиси изградња социјалистичког друштва”, Партија је прокламовала основне принципе и циљеве здравствене службе у социјализму. Почивајући на врхунским, социјалистичким принципима: превентиви као основном смеру, јединству профилактичке и терапеутске службе, болничке

²⁹ Исто.

³⁰ Исто.

³¹ Исто. Просечна дужина људског века износила је у: Холандији – жене: 69,7; мушкарци: 67,1; Енглеској – жене: 71,1; мушкарци: 66,4; Данској – жене: 67,7; мушкарци: 65,6; Швајцарској – жене: 67,0; мушкарци: 62,7; Француској – жене: 68,0; мушкарци: 62,5; САД – жене: 69,5; мушкарци: 61,6.

³² Исто. Стопа наталитета и морталитета за 1950. годину износила је у: Португалији – наталитет: 24,2; морталитет: 12,1; САД – наталитет: 23,4; морталитет: 9,6; Холандији – наталитет: 22,7; морталитет: 7,5; Француској – наталитет: 20,4; морталитет: 12,6; Италији – наталитет: 19,6; морталитет: 9,8; Норвешкој – наталитет: 19,3; морталитет: 9,1; Шведској – наталитет: 19,1; морталитет: 10,0; Данској – наталитет: 18,6; морталитет: 9,2; Енглеској и Велсу – наталитет: 15,7; морталитет: 11,6; Аустрији – наталитет: 15,6; морталитет: 12,4.

и амбулантно-поликлиничке службе, на потреби приближавања „широким народним масама” и неопходности детаљног планирања, пред здравствену службу су постављени следећи циљеви: борба против смртности, обољења, незгода у производњи и заштита здравља мајке и детета.³³ Оживљавање принципа, досезање циљева и испуњавање задатака показале се као један од најобимнијих подухвата југословенске државе. Анализа покушаја превазилажења различитих препрека на путу санирања здравствене проблематика на најбољи могући начин указује на карактеристике југословенске политике и друштва које је, у првих десет година по окончању Другог светског рата, прошло кроз једну од најдинамичнијих фаза у свом развоју.

Главне узроке лошег здравственог стања народа, незадовољавајућег броја кадрова и установа Партија је видела у незаинтересованости најнижих органа народне власти тј. градских и среских народних одбора за рад Повереништва за заштиту народног здравља. Извештаји показују да су одлуке доношене у самом врху власти, најнижи органи и по неколико година занемаривани. Упутство о разграничењу надлежности између Министарства социјалне политике и Министарства народног здравља објављено у *Службеном листу* 27. фебруара 1945.³⁴ и након пет година није се поштовало на подручју које се налазило у надлежности Повереништва народног здравља ГНО Београд.³⁵ Повреде правила о непостојању разграничености одређених сфера деловања делују безазлено ако се зна да су повереништва једва опстајала. Ускраћена за већи број компетентних лица, њихов рад се често сводио на активност једног службеника, што је 1950. године био случај са већим бројем среских повереништава у Хрватској.³⁶ Колико се подручје заштите народног здравља сматрало „озбиљним” најбоље говори чињеница да су се „за поверенике постављали људи који или нигде на другој дужности нису могли да задовоље или ако су имали способности ангажовани су на решавању привредног проблема (откуп, жетва, сетва итд.)”.³⁷ Незаинтересованост најнижих органа власти за побољшање здравствених прилика долазила је до изражаја на седницама извршних одбора, народних одбора, на којима здравствене теме и по годину дана нису долазиле на дневни ред.³⁸ У Извештају о здравственом стању народа и здравственој служби у ФНРЈ за 1953. годину високи функционер Комитета за заштиту народног здравља др Воја Ђукановић подвлачи минорну ангажованост народних одбора на развоју здравствене службе у земљи. Потпуна незаинтересованост

³³ АСЦГ, 507/Х-4/32, Проблеми здравствене службе у Југославији.

³⁴ *Службени лист ФНРЈ*, бр. 8, 27. фебруар 1945.

³⁵ АСЦГ, 507/Х-4/4, Проблеми наше здравствене службе, 20. фебруар 1950.

³⁶ *Исто*.

³⁷ АСЦГ, 507/Х-4/8, Здравствене прилике, 1950.

³⁸ *Исто*.

и снисходљивост према проблематици која по дефиницији није спадала у оквиру процеса обнове и изградње земље проузроковала је, како је истакао Ђукановић, „тешке грешке од неких народних одбора или руководилаца” према „лекарима и осталим здравственим радницима”. Први човек ресора заштите народног здравља истакао је пример народног одбора у Ђаковици који је „отказао службу једном врло добром лекару, који је много учинио и радио на организацији добре здравствене заштите, на предлог другог врло слабог лекара који је успео да наметне своје штетно гледиште”. Стајући на страну струке и уочавајући крупне проблеме у разумевању и спровођењу одлука највиших органа власти на локалном нивоу, др Воја Ђукановић истиче оправдано индиспонираност лекара који у народним одборима виде „власт која неће да разуме њихове проблеме”.³⁹

Један од кључних узрока непоштовања прокламованих социјалистичких принципа здравствене службе Партија је видела у слабој заинтересованости здравствених радника за укључивање у рад партијске организације. Чињеница да је 1950. године 63% чланова КПЈ запослених у здравству припадало помоћном особљу и намештеницима најбољи је показатељ немогућности власти да допре до, по много чему, специфичне струке. Резултати анализе партијске грађе указују на запањујуће мало присуство партијске организације у здравственим установама. Од 477 здравствених установа у Македонији 1950. године КПЈ се могла похвалити својим присуством у једва тридесет две. Ништа боља ситуација није била ни у осталим југословенским републикама. Далеко развијенија здравствена служба у Хрватској сарађивала је са Партијом у свега педесет четири здравствене установе.⁴⁰ Главни узрок слабог присуства Партије међу лекарима препознат је у лошем раду најнижих органа власти, који су и по речима др Воје Ђукановића у лекарима видели „остатке старог друштва на које треба вршити притисак и спроводити силу”.⁴¹

Изношење виталних статистичких података само донекле указује на третман здравствене службе у земљи. Према подацима за 1952. годину здравствена служба у ФНРЈ располагала је са 224 болнице од којих је 160 било општег карактера док је 47 служило за лечење плућне и коштанозглобне туберкулозе, девет за „душевне” болести и седам. за сва остала обољења. У свим болницама било је укупно 60.694 кревета, од којих је 41.354 или 68,1 % отпадало на постеље у општим болницама. На основу изнетих података долази се до закључка да су у Југославији 1952. на 1.000. становника долазила 3,63 кревета. Неравномеран развој народних република одразио се на драстичне разлике у смештајним капацитетима болница различитог

³⁹ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁴⁰ АСЦГ, 507/Х-4/4, Проблеми наше здравствене службе, 20. фебруар 1950.

⁴¹ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

типа. И док се Словенија могла „похвалити” са 5,49 постеља на стандардном узорку, Босна је са 2,23 кревета била далеко иза ње. Словеначки, па самим тим ни југословенски стандард није могао прићи постелном фонду болница развијених земаља Европе и света.⁴² Па ипак дневна заузетост постеља у мањим општим болницама показује да су кревети били „слабо заузети”⁴³ и то пре свега због слабијег квалитета рада здравствених установа у унутрашњости, које нису располагале довољним бројем специјалиста, али ни техничким, дијагностичким, терапеутским уређајима, лабораторијама у којима је било могуће извршити све врсте испитивања. Чињеница да су болнички капацитети били попуњенији у развијенијим деловима земље иде у прилог изнетој тези.⁴⁴

Амбулантно-поликлиничка служба располагала је у 1952. години са 2.065 различитих здравствених установа и то: диспанзера, саветовалишта и других специјалистичких ординација. Током исте године у свих 2.065 здравствених објеката обављено је 27.533.369 прегледа и интервенција при чему је на један радни час лекара долазило 7,8 прегледа. Специјалисти из различитих области нису се могли похвалити идентичним бројем прегледа по радном часу. Хирурзи, офтамолози и отоларинголози имали су по петнаест и више прегледа у назначеном временском интервалу, што није био случај са интернистима, који су били заузети са, у просеку, 4-5 случајева у току једног радног сата. Различити обим посла последица је заступљености одређених болести али и степена развијености здравствене службе у различитим деловима земље, броја лекара, сразмере социјално осигураног становништва, степена развијености свести, приступачности здравствене установе пацијенту.⁴⁵

Степен здравствене заштите мајки и деце један је од кључних показатеља (не)успешног процеса модернизације. Недовољно развијен систем установа за здравствену заштиту мајки и деце није био у могућности да одговори алармантним прохтевима времена. На 403.428 порођаја у 1949. години долазило је свега 1 689. болничких и 747. ванболничких кревета.⁴⁶ Иако се ситуација у наредне три године драстично поправила, немогућност акушерских одељења при болницама тзв. болничких и ванболничких поро-

⁴² Исто. Број болничких постеља на 1.000 становника у 1952. години износио је у: Швајцарској: 15,1; Шведској 11,7; САД 9,9; Данској 9,6; Норвешкој 8,6; Финској 8,0; Аустрији 7,8; Чехословачкој 6,9; Мађарској 4,1; Пољској 3,8.

⁴³ Исто. Попуњеност болничких капацитета у општим болницама 1952. године износила је у ФНРЈ 78,98 %.

⁴⁴ Исто. Попуњеност болничких капацитета у општим болницама 1952. године износила је у: Хрватској 81,87 %, Словенији 81,02 %; Босни и Херцеговини 80,30 %; Београду 79,55 %; Војводини 74,87 %; Македонији 73,37 %; ужој Србији 68,10 %; Црној Гори 60,98 %; Косову и Метохији 60,48 %.

⁴⁵ Исто.

⁴⁶ АЈБГ, КМЈ, II-7-А/16, Неки проблеми из области дечије заштите, 21. септембар 1949.

дилишта,⁴⁷ која су у 1952. години располагала са 4.099, од потребних 11.000 постеља, да збрину све породиле била је један од главних узрока изузетно високе стопе морталитета трудница и великог броја последица нестручно вођених порођаја. Трауматичан долазак на свет, праћен великим бројем компликација, свакако је утицао на поражавајуће велику стопу морталитета деце за време порођаја и у току првих дана живота.⁴⁸

Недовољно развијен систем дечијих диспанзера, клиника, болничких одељења, опоравилишта, али и домова и јаслица, није задовољавао потребе лечења југословенских дечака и девојчица. Укупан број постеља у дечијим болницама и болничким одељењима износио је 1952. године 4.380.⁴⁹ Дечије постеље чиниле су 1949. године 7–10% од укупног броја кревета у болницама које су имале одељења за најмлађе. То је било далеко од актуелних стандарда који су инсистирали на дупло већем постотку.⁵⁰ Ако се наведеним релацијама дода податак да је 5.444.000 становника до 19. године живота⁵¹ у 1949. години лечило 196 педијатара,⁵² оцена о алармантности здравственог стања најмлађих добија на значају.

Иако број свих врста здравствених установа у периоду по окончању Другог светског рата бележи пораст,⁵³ многи извештаји са терена указују на катастрофално лоше стање у здравству. Анализирајући проблеме здравствене заштите мајке и детета Организација антифашистичког фронта жена констатовала је 1948. године да су „методе рада, начини, садржина рада тих установа остали исти као што су били у старој”, наглашава се, „капиталистичкој Југославији”.⁵⁴

Као главни узрок незадовољавајућих прилика у здравственим установама наводи се недостатак материјалних и финансијских средстава.⁵⁵ Недостатак новца несумњиво се може приписати свеопштој немаштини са којом су се по окончању највећег сукоба у историји човечанства суочила сва друштва захваћена разарањима и страдањима. У југословенском случају недостатак средстава се често изједначавао са неиздвајањем истих. Већ је

⁴⁷ Исто. Поред болничких и ванболничких породилишта у којима се обављао највећи број порођаја труднице су се обраћале за стручну помоћ и савет диспанзерима или саветовалиштима за труднице при амбулантно-поликлиничким службама и материнским домовима.

⁴⁸ Исто.

⁴⁹ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁵⁰ АЈБТ, КМЈ, II-7-А/16, Неки проблеми из области дечије заштите, 21. септембар 1949.

⁵¹ Према попису из 1948. године у Југославију је живело преко 15.500.000 становника. Становништво испод 19 година старости било је заступљено (приближно) у укупном броју становника по узрастним категоријама на следећи начин: 0–1 = 498.000; 1–4 = 1.412.000; 4–9 = 1.587.000; 9–14 = 1.043.000; 14–19 = 904.000; АСЦГ, 31-107-155, Преглед.

⁵² АЈБТ, КМЈ, II-7-А/16, Неки проблеми из области дечије заштите, 21. септембар 1949.

⁵³ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁵⁴ АСЦГ, 141-33-187, Проблеми здравствене заштите матера и деце.

⁵⁵ Исто.

скренута пажња на незаинтересованост најнижих органа народне власти за решавање здравствених проблема у земљи. Осврћући се на здравствену проблематику у Војводини 1950. године Партија је констатовала проблеме који су настали истицањем захтева за подизање ТБЦ одељења у Панчеву и Гинеколошко-акушерског одељења у Зрењанину. Градски народни одбори у поменутиим градовима нису показали значајније интересовање за подизање поменутих установа, о чему сведоче „врло мали” кредити издвојени за решавање акутних проблема. Овакав однос према крупној друштвеној проблематици „мотивисао” је ентузијасте по одборима да изградњу отпочну „на превару”. Средства би се прибављала пошто су радови на изградњи већ отпочели.⁵⁶ Понашање неодговорне власти попримало је епитет бахато, пошто су већ изграђене здравствене објекте користили у друге сврхе. Тако се 1950. године у зграду поликлинике у Приштини уселио Окружни народни одбор, у просторије амбуланте у Тузли ресторан, нову болницу у Јабланици милиција, амбуланту у Деспотовцу берберница итд.⁵⁷ Проблем постаје још алармантнији ако се зна да су се многи здравствени објекти налазили у ненаменским зградама. Како разумети податак да је новоизграђена зграда поликлинике у Приштини служила за потребе Окружног народног одбора док је особље заразног одељења у истом граду било приморано да тешко болесне пацијенте лечи у „лименој бараци” и док се на територији целог Косова и Метохије у истој, 1950. години, само једна болница могла похвалити наменски грађеном зградом?⁵⁸ Запостављање испуњавања стратешких друштвених задатака прописаних Законом о петогодишњем плану било је предмет оптужби на рачун неефикасних народних одбора у допису министра председника Комитета за заштиту народног здравља др Павла Грегорића Кабинету председника Владе ФНРЈ Јосипа Броза Тита. Грегорић је упозорио Броза на могуће подбацавање Плана у вези са петогодишњим инвестирањем у здравство јер је од предвиђене суме тј. 5.400.000.000 динара, које је требало потрошити у року од 1947. до 1951, до 1950. године искориштено свега 35% па је постојала оправдана бојазан да у последњој години Петогодишњег плана није могуће утрошити преосталих 65%.⁵⁹

Поред недостатка новца, мањкање евиденције и статистичких података представљало је још један у низу чинилаца који је био препрека ефикаснијем развоју здравства у Југославији.⁶⁰ Недостатак драгоцених података најбољи је доказ неадекватног рада народних одбора, дакле власти, на пољу савлађивања здравствене проблематике али и самих здравствених

⁵⁶ АСЦГ, 517/X-4/4, Неки проблеми здравства у АП Војводини, 1950.

⁵⁷ АСЦГ, 507/X-4/8, Здравствене прилике, 1950.

⁵⁸ АСЦГ, 507/X-4/4, Проблеми наше здравствене службе, 20. фебруар 1950.

⁵⁹ АСЦГ, 31-8-22, Допис министра председника Комитета за заштиту народног здравља Др Павла Грегорића председнику Владе ФНРЈ Јосипу Брозу Титу.

⁶⁰ АСЦГ, 141-33-187, Проблеми здравствене заштите матера и деце.

установа које су се, без јасног увида у крајње циљеве и задатке, суочене са недостатком новца, простора, кадрова и средстава за рад препуштале стихијском и непланском санирању болести.

Недостатак новца и лоша организација често су, као што је већ наглашено, били последица немара и бахатости. Прилике унутар самих установа, описи ентеријера, инвентара, хигијенских прилика тј. снабдевености водом, сапуном, чистим рубљем, што се несумљиво одражавало на квалитет лечења пацијената, експлицитна су и сасвим конкретна последица узнемиравајуће занемарљивог односа власти и државе према здравству. Лош квалитет рада, како стоји у поменутој анализи здравствене заштите мајке и детета АФЖ-а из 1948. године, који се „у поређењу са предратним стањем погоршао”, допринео је „да здравствене установе уместо да буду жаришта здравља, хигијене и просвећености у многим случајевима постају жаришта ширења дечијих и других заразних обољења”.⁶¹ Као један од кључних проблема у одржавању елементарне хигијене наводи се недостатак воде. Ако се зна да се већина здравствених установа налазила у старим дотрајалим зградама, неадекватне прилике у снабдевању најелементарнијим средством за одржавање хигијене делују прихватљиво. Болница у Сремској Митровици снабдевала се 1950. водом уз помоћ коњске запреге.⁶² Доступност воде није био једини услов за одржавање личне хигијене. Неадекватне перионице и сушионице по болницама нису могле да задовоље потребу за чистим вешом, па су деца, због недовољног броја пелена, често повијана у мокре и недовољно чисте пелене⁶³ које су се пре тога прале у хладној води, пошто многе здравствене установе нису располагале ни шпоретима на којима би се вода могла угрејати.⁶⁴ Најтежа ситуација свакако је била на гинеколошко-акушерским одељењима где су породиле „биле принуђене да леже на крвавим и гнојавим чаршафима”.⁶⁵ У оваквим ситуацијама недостатак сапуна деловао је као уобичајено стање. Дешавало се да болнице по три месеца не добијају сапун. Недостатак елементарног хигијенског средства проузроковао је 1950. године у осигејчкој болници појаву тифуса и дизентерије „у већем броју случајева”.⁶⁶ Смештене у ненаменски грађеним зградама, здравствене установе су могле понудити својим пацијентима готово искључиво онај инвентар који су тамо затекле. Скоро да нема извештаја о приликама у здравству који не наглашава недостатак кревета, столова, столица, клупа, отомана за преглед, постељног и другог рубља, посуђа, есцајга, али и ситних потрепштина без којих се не

⁶¹ Исто.

⁶² АСЦГ, 507/Х-4/4, Неки проблеми здравства у АП Војводини, 1950.

⁶³ АСЦГ, 507/Х-4/35, Извештај о стању и проблемима здравствене службе, 9. јун 1952.

⁶⁴ АСЦГ, 19-201-1762, Предлог за контрола, 20. октобар 1949.

⁶⁵ Исто.

⁶⁶ АСЦГ, 507/Х-4/4, Проблеми наше здравствене службе, 20. фебруар 1950.

може замислити рад здравствене установе која пружа лечење и негу. Примери попут Хируршког одељења болнице у Зрењанину, где је уместо пет на један болнички кревет долазило 2,7 чаршафа,⁶⁷ Болнице за душевне болеснике у Новом Саду, где се „болесници туку за кашику”, или Санаторијума у Сурдулици који 27 чаша распоређује на више од 300. пацијената,⁶⁸ могу се наводити у недоглед.

Кадрови у здравству

Прилике у здравству не могу се сагледати без увида у кадровску политику. Према подацима за 1953. годину здравствена служба у Југославији располагала је са 6.700 лекара (без војних), што је у односу на 1945, када их је било 4.234, био значајан помак. И док је у Југославији један лекар долазио на 2.825 становника⁶⁹ актуелни стандарди у лечењу пацијената прописивали су сразмеру 1:1.000⁷⁰ Дакле, ако је у ФНРЈ живело око 16.000.000 становника, број од 16.000 до 17.000 лекара је могао да задовољи потребе пацијената у земљи.

Школовање будућих лекара представљало је значајну фазу у изградњи кадрова којима је, као што је већ наглашено, била додељена улога народних учитеља који ће изаћи из лабораторија и ординација и упутити се на терен међу неук и болестан народ. Осам година по окончању Другог светског рата високи државни службеник је констатовао да „факултети не дају онакав лик лекара каквог ми желимо и каквог треба да има наша здравствена служба”. Пре свега наставни програми нису били усклађени са потребама савременог лекарског позива. Сувише екстензивни, превише специјалистички, наставни програми су мотивисали студенте на погрешан начин. Овладавање материјом сводило се на меморисање чињеница које нису знали да повезују. Стечено медицинско знање било је препрека упуштању у извлачење закључака, вршењу анализа и извођењу преко потребних синтеза. Настава, која се сводила на рад у учионицама медицинских факултета, тј. на предавања *екс катедра*, није поклањала довољно пажње семинарима и практичном раду. Узорне установе, попут Градске болнице

⁶⁷ АСЦГ, 507/Х-4/4, Неки проблеми здравства у АП Војводини, 1950.

⁶⁸ АСЦГ, 507/Х-4/4, Проблеми наше здравствене службе, 20. фебруар 1950.

⁶⁹ Исто. Док је у Словенији један лекар долазио на 1.806 становника у другим деловима земље ситуација је била далеко гора. Тако је у Босни и Херцеговини један лекар долазио на 6.722 а на Косову и Метохији на 8.991 становника. АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁷⁰ Исто. Један лекар долазио је 1953. године у: Канади на 1.000 становника; САД на 750 становника; Израелу на 300 становника; Јапану на 1.200 становника; Аустрији на 650 становника; Белгији на 1.000 становника; Данској на 1.000 становника; Финској на 2.000 становника; Француској на 1.500 становника; Грчкој на 1.100 становника; Швајцарској на 1.000 становника.

у Земуну, Железничке болнице на Дедињу итд., искључене су из процеса едукације будућег лекарског кадра.⁷¹ Ретко присуство студената „на лицу места” по правилу се претварало у гужву. Гинеколошка клиника у Београду уступила је 1950. године своје капацитета али и пацијенте студентима четврте године Медицинског факултета. Када се 900 студената распоредило на 100 кревета, рад клинике био је потпуно паралисан а овакав вид оспособљавања будућих лекара је оквалификован као „прилично слаб”. У једном од извештаја о проблемима здравствене службе стоји да је „слична ситуација на интерним клиникама због чега пацијенти беже из болница јер се по неколико стотина студената вежба на једном пацијенту”.⁷²

Уобличавање новог лика лекара по изласку са факултета било је подложно одредбама Закона о обавезној служби медицинског кадра. Законска регулатива је предвиђала, уз стриктну сагласност републичких ресора, право Комитета за заштиту народног здравља да одређени број лекара из развијенијих делова земље, тј. Словеније, Хрватске и Србије, пребаци на неку врсту привременог рада у неразвијенија подручја као што су Македонија, Црна Гора, Босна и Херцеговина.⁷³ Огроман отпор спровођењу актуелног закона доказао је неспремност југословенске здравствене службе да се ухвати у коштац са актуелном проблематиком и изгради себе на начелима социјалне медицине, која су у периоду после 1945. године преименована у социјалистичке принципе. Пре свега отпор су пружала републичка министарства народног здравља. Овакав став на републичком нивоу лако се може разумети ако се анализирају подаци о помањкању лекарског кадра у свим, па и у најразвијенијим републикама. Одрицати се стручног кадра, у годинама после рата када се здравствена проблематика наметала као примарна, није било логично па самим тим ни прихватљиво. Квалитетан лекарски кадар додатно је редукован независним функционисањем здравствене службе при војсци, која је, због лоших здравствених прилика у Југословенској армији али и значаја који јој је припадао на спољнополитичком плану,⁷⁴ полагала право на најреспектабилнији кадар из редова асистената медицинских факултета у Београду, Љубљани а касније Сарајеву и Скопљу.⁷⁵ Неадекватан систем награђивања није деловао подстицајно на лекаре, од којих се очекивало не само да промене радно место већ и средину, културни миље, који је често представљао дијаметралну супротност од

⁷¹ Исто.

⁷² АСЦГ, 507/X-4/4, Проблеми наше здравствене службе, 20. фебруар 1950.

⁷³ АСЦГ, 507/X-4/42, Учешће маса и радних колектива у управљању и контроли здравствених установа.

⁷⁴ Видети у: Војан В. Dimitrijević, „Na zdravstvenom frontu”, *Jugoslovenska armija*, Београд, 2006, стр. 288 -299.

⁷⁵ АСЦГ, 507/X-4/42, Учешће маса и радних колектива у управљању и контроли здравствених установа.

онога унутар ког се требало изборити за статус. Прековремени рад и ноћна дежурства нису надокнађивани. Одлазак на рад у село, фабрику или рудник није подлегао додатним стимулацијама. Рад са туберкулознима, у епидемиолошкој служби или на рентгену није се финансијски награђивао.⁷⁶ Размимоилажења у виђењу развоја здравствене службе у Југославији могу се и морају се тумачити као последица неразумевања између центра и локала. Центра – који се у формулисању основних начела здравствене службе сконцентрисао на своје потребе и жеље потпуно занемарујући стање на терену и расположење у народу и локала – који је традиционално окренут проблемима сопствене средине и чврсто се држи сопствених интереса, јер су му делови у другом делу земље, у годинама када је држава још увек слабо повезана а већина становништва и даље читав живот проводи у атару свога села ускраћена за бројне информације, сасвим непознати.

Склона специфичним интерпретацијама друштвене збиље, Партија је отпор спровођењу прописаног закона доживљавала пре свега као опортунизам. Забрињавајући став лекарске бранше приписивао се слабом упливу комуниста међу медицинаре, о чему је било речи. Одговорност за незаинтересованост докторске струке на пољу друштвено-политичког рада приписивала се поменутом опортунизму али и „неправилном начину прилажења од партијских и руководиоца друштвених организација које линијом мањег отпора крсте лекаре реакцијом а не боре се за тога лекара који би знатно могао допринети и помоћи”. Неспремност струке да се ухвати у коштац са крупним здравственим проблемима Партија је била склона да види у деловању оног дела чланства који је потицао из, како се говорило, „малограђанских слојева, често са сумњивом прошлосту” ускраћених за могућност да разумеју захтеве Партије али са друге стране спремних да „кроз партијску организацију провлаче нека страна схватања”. Спремност истакнутих комуниста да се ставе на страну „деце остатака буржоазије” под изговором да се ради о „генијалним и надареним” појединцима које би држава оштетила уколико им „одмах не би пружила могућност да наставе са научним радом”, Партија је објашњавала управо „падањем у то благо”. Склона различитим преиспитивањима, ни КПЈ није све приписивала реакционизму. Пошто се показало да управо чланство пружа највећи отпор отелотворењу социјалистичких принципа здравствене службе, разлози за отворено противљење законским мерама препознати су и у недовољној стручности кадрова, неспремних да се самостално, без ичије помоћи преузимајући сву одговорност, ухвате у коштац са крупним санитарним проблемима, што се свакако није могло тумачити независно од проблематичног става комуниста међу лекарима.⁷⁷

⁷⁶ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁷⁷ АСЦГ, 507/X-4/42, Учешће маса и радних колектива у управљању и контроли здравствених установа.

Творци „нове” здравствене политике, жељни сваке врсте дисконтинуитета са претходним режимом, као да су заборавили да је здравствена служба нове југословенске државе наследила не само установе већ и људе на којима је почивало здравство у Краљевини Југославије. Без обзира на значајан пораст броја лекара у првих неколико година по окончању рата, просек година старости међу лекарима износио је 1950. године 48.⁷⁸ Са друге стране „нова” здравствена политика почивала је на далеко ширим принципима санитарно-хигијенског режима, кога је још 1919. године конституисала Хигијенска организација Лиге народа суочена са до тада у међународним размерама невиђеним приливом становништва из сиромашних у развијене земље света.⁷⁹

Материјално необезбеђена, приморана на рад у изузетно тешким условима, традиционално оријентисана на куративну а не превентивну медицину, лекарска струка се сконцентрисала на „занат” и обезбеђивање егзистенције. Приликом посете Југославији у јуну месецу 1953. године један од медицинских саветника Главног стана УНИЦЕФ-а за Европу је констатовао „појачану деморализацију и корупцију у круговима лечничког кадра”. Сматрао је да „један део лекара врши несвесно своју дужност радећи непуним капацитетом, одбијајући добар део пацијената, приморавајући их да га посете у приватној ординацији”. По мишљењу стручњака Међународног дечијег фонда наведеним појавама ишао је на руку „недовољно правилно регулисан” систем плата и награда.⁸⁰ Потпуно занемаривање не само новоустановљених начела, елементарних принципа струке већ и правила моралног понашања, Партија је, са друге стране, тумачила као још један доказ, пре свега, опортунистичког става установа неспремних да обликују „нов лик лекара”. Привржене, као што је већ речено, застарелим методама едукације кадрова, просветне установе нису предочавале студентима потребу преоријентације на превентиву, јер је једино она била лек против свих заразних пошаста које су деценијама харале Југославијом. Велико запрепашћење изазвало је понашање завидног броја будућих лекара ангажованих за време акције сузбијања ендемског сифилиса у Србији који су „развили приватну праксу и наплаћивали сваку и најмању услугу”. Забележен је случај студента четврте године медицине који је „приликом вакцинације у срезу Жупском отворио праксу, давао инекције и варао народ”. Неразумевање масовних здравствених акција показује неспремност струке традиционално ограничене на рад у ординацији да се суочи са проблемима на терену који су представљали кључ успеха здравствене политике у Југославији. Тешки услови рада доводили су медицинаре у безизлазне ситуације.

⁷⁸ АЈБТ, КПП, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁷⁹ Željko Dugač, *Protiv bolesti i neznanja...*, str. 9.

⁸⁰ АЈБТ, КПП, I-4-Ц, Забелешка, 24. јун 1953.

ције. Млад лекар упућен на рад у Севојно пише у писму да ће се убити ако га не врате кући. Са друге стране немогућност да се схвате озбиљни проблеми прелазила је границе доброг укуса у случају двојице студената који су одбили да започну са радом док им Срески народни одбор у Ужичкој Пожеги не обезбеди превозно средство које ће их пребацити до места интервенције удаљеног три км од места где су се налазили.⁸¹

Отпор лекарске струке тзв. социјалистичким принципима здравствене струке није новина која се везује за период после 1945. године. Идентични отпори постојали су у претходној Југославији, која се као друштвено-политички механизам базирала на потпуно другачијим начелима. Не треба заборавити да су, традиционално завађени, ауторитети Загреба и Београда досегли завидни степен сагласности 1931. године у вези са пензионисањем др Андрије Штампара, светски признатог стручњака и творца нове здравствене политике Краљевине која се базирала не на социјалистичким али свакако на принципима социјалне медицине, коју су послератне власти покрстиле у складу са сопственим идеолошким убеђењем. Да ли се, на крају, лекарска струка икада тако јединствено, одлучно и сурово супротставила новим тенденцијама у савременој медицини бранећи искључиво сталешке повластице као када је критиковала бесплатно лечење ендемског сифилиса, једне од највећих пошаста југословенских простора, неосалварсаном, јефтиним леком произведеним захваљујући средствима Фондације Рокфелер у лабораторијама Школе народног здравља у Загребу.⁸²

Недостатак средњег и помоћног медицинског особља представљао је још једну тешко савладиву препреку на путу савладавања крупних здравствених проблема и изградње савремене службе. У периоду од 1918–1941. године пет нижих медицинских школа похађало је скромних 3.800 ученица.⁸³ У ратом разореној и пострадалој земљи, постојећи кадрови нису могли одговорити захтевима времена. Систематска изградња здравства захтевала је време. Компликовани здравствени проблеми захтевали су моменталну реакцију и пуно ангажовање свих који су могли да помогну. Ако се квалитетан лекарски кадар није могао, како се тих дана говорило, „изградити у рекордном року”, средњи и нижи медицински кадар брусио се брже него што се мислило да је могуће. Само током 1945. и 1946. године организовано је преко сто шестомесечних курсева на којима је, по скраћеним програмима, обучено 1.500 помоћних медицинских сестара, неговатељица, бабица и лабораната. Од 1946. до 1952. године 5.110, претежно ученица, стекло је диплому средње медицинске школе. Осам година по окончању рата у Југославији су постојале 53 средње медицинске школе.

⁸¹ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁸² Željko Dugač, *Protiv bolesti i neznanja...*, str. 130.

⁸³ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

Постојећи број био би већи да у периоду од 1949. до 1950. године један број школа није укинут „због слабих услова за одгој сестара”,⁸⁴ што отвара једно од најалармантнијих питања у изградњи југословенске здравствене службе тј. проблем квалитета кадрова и услуга.

Приликом посете Југославији јуна месеца 1953. године, двоје саветника Светске здравствене организације и медицински саветник УНИЦЕФ-овог Главног стана за Европу обишли су више медицинских школа у земљи и изнели неколико негативних оцена на рачун њиховог рада. Том приликом примећено је да школе примају више ученика него што капацитети дозвољавају и да се оваква уписна политика одражава пре свега на квалитет наставе приликом извођења практичних вежби. По мишљењу еминентних стручњака Светске здравствене организације и УНИЦЕФ-а, школе нису располагале адекватним средствима за рад у пракси и довољним бројем уџбеника на матерњем језику. Негативну оцену наставничког кадра⁸⁵ потврђују и неки од извештаја високих функционера Комитета за заштиту народног здравља у којима се каже да „лекари – специјалисти и бољи стручњаци... нерадо држе предавања а поготово вођење практичних вежби” јер „нису схватили значај тако важног медицинског кадра”.⁸⁶

Актуелни светски стандарди о школовању средњег медицинског кадра подразумевали су изградњу школа интернатског типа. Поштовање уобичајеног режима представљало је несавладиву тешкоћу за југословенску државу. Постојећи интернати су били недовољно пространи да приме највећи број будућих медицинских сестара. Извештај поменутих стручњака из 1953. године обилује критикама на рачун квалитета живота и рада у југословенским медицинским школама интернатског типа за које се каже да „нису достигле стандард западно-европских земаља”. Школе су неретко биле удаљене од болница што се пре свега одражавало на квалитет сарадње која је била услов адекватне едукације будућих медицинских радника. Пренатрпане спаваонице и недостатак просторија за рад и одмор „мотиви-сао” је многе ученице да пре истека одређеног периода напусте школу.⁸⁷ Ванредно велики број исписаних ђака забележен је 1951. године када је држава драстично скресала фондове за стипендирање будућег здравственог кадра и увела обавезно плаћање интерната. Први разред медицинске школе у Загребу укинут је јер су све ученице напустиле школу. Исте године шестина ученика средњих медицинских школа у Босни и Херцеговини одустала је од даљег школовања. Пораст трошкова живота, обавезно плаћање интерната, лоши услови живота и рада били су услов за напуштање али и слабо

⁸⁴ Исто.

⁸⁵ АСЦГ, 536-44, Посета Розалије Дрејер Југославији, јул 1953.

⁸⁶ АЈБТ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁸⁷ АСЦГ, 536-44, Посета Розалије Дрејер Југославији, јул 1953.

интересовање за уписивање у школе које су оспособљавале младе ученице за обављање једног од изузетно лоше плаћених занимања.⁸⁸

Незадовољавајући квалитет школовања одразио се на ниво знања, чија је примена у здравственим установама широм Југославије доводила понекад и до катастрофалних последица. Посета контролне комисије Дечијој и Гинеколошкој клиници Медицинског факултета у Скопљу октобра месеца 1949. године окончана је израдом Извештаја који је забележио најгрубља кршења прописа у раду средњег и нижег медицинског особља. Поменути персонал оцењује се као „неискусан, прилично ниског културног нивоа и идеолошко-политичког образовања”. Контролни органи констатовали су да управо ове карактеристике медицинског особља долазе до изражаја у контакту са пацијентима. Забележени су драстични примери небриге према најмлађим пацијентима. Дежурна дечија неговатељица Војка Вукмировић оставила је „непреповијено дете целе ноћи поред отвореног прозора”, што је изазвало промрзлине високог степена од којих је дете други дан по инциденту преминуло. Њена колегиница, Даница Димчева покушала је да загреје дете оштећеним термофором. Врела вода исцурела је на пацијента и изазвала опекотине од којих је дете преминуло након три дана. Наведени примери не могу се детаљније анализирати без увида у околности које су довеле до смртних исхода. Ипак, овакви пропусти у раду могли би се са пуно права објашњавати недостацима у образовању средњег и нижег медицинског кадра у Југославији после Другог светског рата.⁸⁹

Крупна здравствена питања ставила су на један од најтежих испита недовољно развијену и кадровски неутемељену здравствену службу. Обучени за рад у ординацији а не под најнеусловнијим околностима, медицински радници су као и пре 1941. године, пружали велики отпор новим тенденцијама у савременој медицини, која је од лекара захтевала да изађу из ординација и упуте се ка неуком и болесном свету настањеном широм нове југословенске државе. Иако ванредно заинтересована за школовање нових кадрова, држава није пронашла начин да одшколује довољан број лекара, средњег и нижег медицинског особља и обезбеди адекватне услове за рад и даље напредовање у струци. Материјално необезбеђени, ускраћени за вршење приватне праксе, у годинама када се од струке тражило да поднесе највећу жртву у циљу санирања најкрупнијих друштвених проблема, које држава деценијама није решавала, став медицинских радника представљао је неку врсту тихог отпора поретку који није могао да задовољи професионалне и егзистенцијалне захтеве.

⁸⁸ АЈБГ, КПР, II-7-А, Извештај о здравственом стању народа и здравственој служби.

⁸⁹ АСЦГ, 19-201-1762, Предлог за контрола, 20. октобар 1949.

Summary

The (Dis)continuity Without a Precedent. Healthcare Policy of the Yugoslav State in the First Half of the 20th Century

Key works: *Yugoslavia, healthcare policy, CPY, social medicine, Andrija Štampar*

The end of the First World War ushered into the new era in defining the healthcare policy, which centered much more than ever before, on public health problems and prevention. The attempt at reform of the healthcare policy in the Kingdom of Yugoslavia which strove to put on one side the society, seen through the lens of social causes of sickness and the physician or the social worker who would work where people lived and worked and not in a laboratory or a ward, on the other side, failed to yield noteworthy results. The Second World War diminished the modest results achieved in the field of social medicine and struggle against grave illnesses. The „Socialist” healthcare system, as one of the „branches of service” was saddled with the task of fighting the deep-grained benightedness of the people which was not only a real danger for the defense capacity of the people and the socialist regime, but also the „prime enemy”, perceived for ideological and political reasons as an obstacle to the process of modernization of the Yugoslav society. Large health problems were one of the major tests for the insufficiently developed and professionally unrooted healthcare service. Trained to work in wards and not under the most unpropitious conditions, the medical staff, just like before 1941, offered strong resistance to the new tendencies of the modern medicine which demanded that doctors go out of their wards and join the benighted and sick people living all over the Yugoslav state. Although it was exceedingly interested in training new cadres, the state did not find the way to educate the sufficient number of physicians, middle and lower medical staff and secure the adequate conditions for work and further education. Financially insecure, prevented from having private practice, in a time when their profession was asked to undergo utmost sacrifices in order to solve the largest social problems which the state had not solved throughout the previous decades, the attitude of the medical staff was a kind of silent resistance to a regime which could satisfy neither their professional nor existential demands.