

БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ SÉCURITÉ SANITAIRE EN SERBIE
セルビアの健康安全 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В СЕРБИИ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΡΒΙΑ SEGURIDAD SANITARIA EN SERBIA HEALTH SAFETY
IN SERBIA ჯანმრთელობის უსაფრთხოება სერბეთში
LA SICUREZZA SANITARIA IN SERBIA HELSESIKKERHET I SERBIA
ZDRAVOTNÍ BEZPEČNOST V SRBSKU SIRBIŠTAN'DA SAĞLIK GÜVENLİĞİ
EGÉSZSÉGBIZTONSÁG SZERBIÁBAN SIGURANȚA SĂNĂTATE ÎN SERBIA БЕЗБЕДНОСТ
НА ЗДРАВЈЕТО ВО СРБИЈА GESUNDHEITSSICHERHEIT IN SERBIEN
ЗДРАВНА БЕЗОПАСНОСТ В СЪРБИЈА ZDRAVSTVENA VARNOST V SRBIJI
БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ SÉCURITÉ SANITAIRE EN SERBIE
セルビアの健康安全 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В СЕРБИИ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΡΒΙΑ SEGURIDAD SANITARIA EN SERBIA HEALTH SAFETY
IN SERBIA ჯანმრთელობის უსაფრთხოება სერბეთში
LA SICUREZZA SANITARIA IN SERBIA HELSESIKKERHET I SERBIA
ZDRAVOTNÍ BEZPEČNOST V SRBSKU SIRBIŠTAN'DA SAĞLIK GÜVENLİĞİ
EGÉSZSÉGBIZTONSÁG SZERBIÁBAN SIGURANȚA SĂNĂTATE ÎN SERBIA БЕЗБЕДНОСТ
НА ЗДРАВЈЕТО ВО СРБИЈА GESUNDHEITSSICHERHEIT IN SERBIEN
ЗДРАВНА БЕЗОПАСНОСТ В СЪРБИЈА ZDRAVSTVENA VARNOST V SRBIJI
БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ SÉCURITÉ SANITAIRE EN SERBIE
セルビアの健康安全 БЕЗОПАСНОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В СЕРБИИ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΕΡΒΙΑ SEGURIDAD SANITARIA EN SERBIA HEALTH SAFETY

Адријана Грмуша

БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ

*Црвени крст и епидемиолошки проблеми
(сџудија случаја)*



Институт за политичке студије
Београд, 2023.

АДРИЈАНА ГРМУША

БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ
Црвени крст и епидемиолошки проблеми
(студија случаја)

Адријана Грмуша

БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ

*Црвени крст и епидемиолошки проблеми
(студија случаја)*

Институт за политичке студије
Београд, 2023

Адријана Грмуша

БЕЗБЕДНОСТ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ

Црвени крст и епидемиолошки проблеми
(студија случаја)

Рецензенти

др Александра Колаковић

др Александар Лукић

др Владимир Ајзенхамер

Лектура текста

Стефан Милошевић

Издавач

Институт за политичке студије

Београд

За издавача

др Зоран Милошевић

Пословни секретар

Смиљана Пауновић

Дизајн корица

Иван Јовановић

Прелом и штампа

Донат Граф д.о.о

Гроцка

Тираж

100

Ова монографија је настала у оквиру плана научно-истраживачке делатности за 2023. годину Института за политичке студије у Београду и Института за филозофију и друштвену теорију Универзитета у Београду, које финансира Министарство науке, технолошког развоја и иновација Републике Србије.

САДРЖАЈ

РЕЧ АУТОРА	7
УВОД	9
1. ЗДРАВСТВЕНА БЕЗБЕДНОСТ	13
1.1. Друштво као референтни објекат здравствене безбедности. .	13
1.2. Епидемиолошки проблеми као безбедносни ризици и претње	14
2. МЕЂУНАРОДНИ ПОКРЕТ ЦРВЕНОГ КРСТА	21
2.1. Оснивање Црвеног крста и Женевска конференција.	22
2.2. Женевске конвенције	25
2.3. Организација Међународног покрета Црвеног крста	26
2.3.1. Међународни комитет Црвеног крста.	27
2.3.2. Међународна федерација Црвеног крста и Црвеног полумесеца	28
2.3.3. Национална друштва Црвеног крста	29
3. СРПСКО ДРУШТВО ЦРВЕНОГ КРСТА	31
3.1. Оснивање Српског друштва Црвеног крста	31
3.2. Организација Српског друштва Црвеног крста	33
3.3. Општа и епидемиолошка делатност Српског друштва Црвеног крста у ратовима од 1876. до 1918. године	34
3.3.1. Први српско-турски рат (1876)	34
3.3.2. Други српско-турски рат (1877–1878)	37
3.3.3. Српско-бугарски рат (1885)	39
3.3.4. Балкански ратови и епидемија колере (1912–1913)	40
3.3.5. Први светски рат (1914–1918) и епидемија тифуса у Србији (1914–1918)	46
4. ДРУШТВО ЦРВЕНОГ КРСТА КРАЉЕВИНЕ СХС И ЈУГОСЛАВИЈЕ	53
4.1. Организација Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије	54
4.2. Општа здравствена делатност Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије.	56
4.2.1. Проширење мирнодопског програма после Првог светског рата	56
4.2.2. Здравствено-образовна делатност.	57
4.3. Епидемиолошка делатност Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије.	59

5. ЦРВЕНИ КРСТ У СРБИЈИ ТОКОМ ДРУГОГ СВЕТСКОГ РАТА	61
5.1. Организација и деловање Српског друштва Црвеног крста . .	62
5.3. Деловање Црвеног крста у избеглиштву	65
5.3. Оснивање Југословенског Црвеног крста.	66
6. ЈУГОСЛОВЕНСКИ ЦРВЕНИ КРСТ И ЦРВЕНИ КРСТ ЈУГОСЛАВИЈЕ	69
6.1. Организација Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије до 1991. године	69
6.2. Општа здравствена делатност Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије до 1991. године.	71
6.2.1 Здравствено-образовна делатност	71
6.2.2. Добровољно давање крви	72
6.3. Епидемиолошка делатност Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије до 1991. године	74
6.4. Организација и деловање Црвеног крста у Савезној Републици Југославији (1992–2003)	75
6.4.1. Општа здравствена и епидемиолошка делатност Црвеног крста у Савезној Републици Југославији	76
7. ЦРВЕНИ КРСТ СРБИЈЕ	79
7.1. Организација Црвеног крста Србије	79
7.2. Општа здравствена делатност Црвеног крста Србије	81
7.2.1. Добровољно давање крви	81
7.2.2. Промоција здравих стилова живота	83
7.3. Епидемиолошка делатност Црвеног крста Србије	85
ЗАКЉУЧАК	93
ИЗВОРИ И ЛИТЕРАТУРА	103
ПРИЛОЗИ	113
HEALTH SECURITY IN SERBIA The Red Cross and epidemiological issues (a case study)	119
О АУТОРУ	121

РЕЧ АУТОРА

Монографија *Безбедност здравља у Србији студија случаја: Црвени крст и епидемиолошки проблеми* бави се карактеристикама здравствене делатности националног друштва Црвеног крста у Србији и његовим учешћем у суочавању са епидемиолошким проблемима. Поред тога што доноси основне одлике концепта здравствене безбедности, с обзиром на то да је национално друштво Црвеног крста један од актера система јавног здравља који гарантује здравствену безбедност у Србији, ово истраживање детаљно разматра допринос националног друштва Црвеног крста у сузбијању инфективних болести као претњи безбедности, како у рату, тако и у мирнодопском периоду.

Ауторка се најискреније захваљује рецензентима др Александри Колаковић (Институт за политичке студије, Београд), др Александру Лукићу (Институт за новију историју Србије, Београд) и др Владимиру Ајзенхамеру (Факултет безбедности Универзитета у Београду), који су својим сугестијама учинили да ова књига буде квалитетнија. Такође, захвалност припада и колегама из архивских установа, посебно Државног архива Србије, које су својом предусретљивошћу помогле да се лакше дође до релевантних докумената за ово истраживање.

УВОД

Савремени концепти безбедности све више у разматрање узимају невојне безбедносне ризике и претње, међу којима значајно место заузимају питања из здравствене области. С тим у вези, разматра се здравствена безбедност у чијој основи је заштита друштва од епидемија инфективних болести које могу да угрозе живот великог броја људи и својим утицајем изазову економску и политичку нестабилност на националном, регионалном и глобалном нивоу. Гарант здравствене безбедности је систем јавног здравља држава чији су актери: 1) државне институције; 2) установе здравствене заштите; и 3) друге друштвене установе и организације, чије поље деловања обухвата нека од здравствених питања. У важне актере јавног здравља убрајају се национална друштва Црвеног крста, која поред хуманитарне, обављају и здравствену делатност. У оквиру здравствене делатности, друштва Црвеног крста учествују у решавању епидемиолошких проблема који се могу појавити током рата или у мирнодопском периоду.

Тежиште истраживања у монографији је здравствена делатност националног друштва Црвеног крста у Србији и његово учешће у суочавању са епидемиолошким проблемима. Циљ истраживања је да прикаже у чему се састојала делатност националног друштва Црвеног крста на унапређењу здравствене безбедности, са посебним освртом на учешће у борби против колере и тифуса у ратним временима, као и туберкулозе у мирнодопском периоду.

Истраживање се базирало на изворима и релевантној литератури. Литература обухвата научне монографије и чланке у којима су обрађени: 1) деловање националног друштва Црвеног крста у Србији у различитим периодима; и 2) општи развој и стање здравства у Србији, као и специфична здравствена питања која су била у делокругу Црвеног крста. Изворе чине документа (правилници, статuti, извештаји, годишњаци, писма и др.) која су у различитим периодима рада усвајали: 1) органи националног друштва Црвеног крста у различитим периодима деловања; и 2) државни органи који су уређивали одређена питања у вези са националним друштвом Црвеног крста. Већина ових докумената се налази у грађи Државног архива Србије, Архива Југославије и Војног архива. Део архивске грађе због реконструкције фондова није био у потпуности доступан. То посебно важи за период Другог светског рата, али и за деловање

Југословенског Црвеног крста. С тим у вези, деловање националног друштва Црвеног крста у Србији у овим периодима није могло у потпуности да се истражи.

У складу са предметом, циљем и резултатима истраживања, монографија је представљена кроз седам поглавља. У првом поглављу дат је приказ основних одлика концепта здравствене безбедности, с обзиром на то да је национално друштво Црвеног крста један од актера система јавног здравља који гарантује здравствену безбедност у Србији. Пошто је национално друштво члан Међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумесеца, у другом поглављу су представљене кључне тачке оснивања и главне одлике функционисања Међународног покрета.

Преосталих пет поглавља прате деловање националног друштва Црвеног крста у Србији у различитим периодима, од оснивања првог националног друштва 1876. године до данас. Притом, фокус је на здравственој делатности у оквиру које је национално друштво учествовало у решавању епидемиолошких проблема. Садржај сваког поглавља обухвата три елемента. Први елемент представља приказ окружења у коме је деловало национално друштво, начин његове организације и ниво аутономије, што има за циљ добијање шире слике о приоритетима деловања националног друштва и нивоу заступљености и садржају здравствене делатности. Ово се посебно односи на ратна времена, када је целокупна делатност националног друштва Црвеног крста била стављена у функцију одбране државе и опстанка народа, и када су епидемиолошки проблеми били испреплетани са ратним задацима. Други елемент чине главне одлике опште здравствене делатности, која је најчешће подразумевала добровољно давалаштво крви и здравствено-образовну делатност, уз постојање додатних праваца деловања који су у различитим периодима доприносили унапређењу општег стања здравства у Србији. Трећи елемент садржаја поглавља је епидемиолошка делатност националног друштва Црвеног крста, која је у ратним временима обухватала борбу против тифуса и колере, а у мирнодопском периоду превенцију и сузбијање туберкулозе.

Деловање Српског друштва Црвеног крста (СДЦК), првог националног друштва Црвеног крста у Србији, од 1876. до 1921. године, обрађено је у трећем поглављу рада. Поред процеса оснивања и начина организације СДЦК, фокус овог поглавља је на деловању СДЦК у ратовима које је Србија водила од 1876. до 1918. године.

Други период, представљен у четвртном поглављу, обухвата деловање Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Краљевине Југославије, при чему је главна тема мирнодопски програм деловања овог друштва у коме је здравствена делатност имала приоритет, а туберкулоза представљала главни епидемиолошки проблем. Пето поглавље обрађује деловање Црвеног крста у окупираној Србији током Другог светског рата. С обзиром на то да архивска грађа за овај период није у потпуности била доступна током истраживања, рад је ограничен на кратак приказ деловања Српског друштва Црвеног крста, који су основали немачки окупатор и квислиншка влада, главних одлика деловања Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије у избеглиштву, као и оснивања Југословенског црвеног крста. Четврти период, представљен у шестом поглављу, обухвата деловање Југословенског Црвеног крста (ЈЦК) и Црвеног крста Југославије (ЦКЈ), и може се поделити на два дела. Први део обухвата период деловања ЈЦК/ЦКЈ од краја Другог светског рата до распада Социјалистичке Федеративне Републике Југославије (СФРЈ) 1991. године, у коме се општа здравствена делатност фокусира на добровољно даваштво крви и здравствено-образовне активности, а епидемиолошка на подршку државним здравственим установама у борби против туберкулозе. Други период обухвата деловање ЈЦК за време постојања Савезне Републике Југославије (СРЈ) од 1992. до 2003. године. У овом периоду су општа и епидемиолошка здравствена делатност биле подређене дистрибуцији хуманитарне помоћи која је представљала главну делатност ЈЦК у току деценије коју су обележили грађански рат на простору бивше СФРЈ, санкције, економска криза и осиромашење у СРЈ и агресија НАТО. Последње поглавље посвећено је организацији и општој здравственој и епидемиолошкој делатности Црвеног крста Србије (ЦКС). Општа здравствена делатност ЦКС обухвата организовање акција добровољног давања крви и промоцију здравих стилова живота, док епидемиолошка делатност обухвата учешће у пројектима превенције и сузбијања туберкулозе.

1. ЗДРАВСТВЕНА БЕЗБЕДНОСТ

Суштина концепта здравствене безбедности се огледа у одговору на следећа кључна питања:

1. Ко је референтни објекат здравствене безбедности: појединац, друштво или држава?
2. Који здравствени проблеми се могу означити као безбедносни ризици и претње?

1.1. Друштво као референтни објекат здравствене безбедности

Референтни објекат здравствене безбедности се изводи из перспективе јавног здравља. При томе, суштински је важно дефинисати појам јавног здравља, имајући у виду две дистинкције.

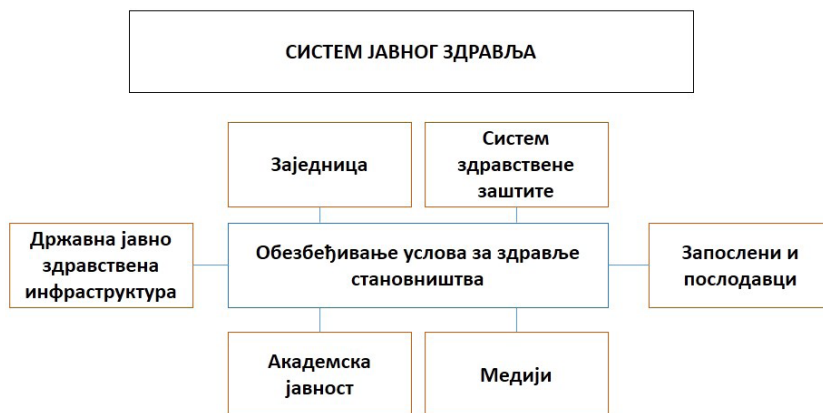
Прва дистинкција се огледа у одређењу самог појма *здравље*. У свом основном и најопштијем значењу, појам здравље представља тежњу ка одсуству болести. Међутим, Светска здравствена организација (СЗО) здравље дефинише као комплетно физичко, ментално и социјално благостање, а не само као одсуство болести и немоћи. Опредељење за одређену дефиницију здравља може имати значајне импликације на здравствену политику једне државе. У зависности од усвојене дефиниције, нагласак може бити на превенцији и сузбијању одређених болести или на мултидисциплинарном и мултисекторском приступу у изналажењу нових технолошких решења унапређења здравља становништва (Beaglehole & Bonita, 1997).

Друга дистинкција постоји између клиничке медицине и јавног здравља. Са становишта клиничке медицине, здравље се примарно односи на дијагностику, лечење и предвиђање даљег развоја болести појединца. Са друге стране, јавно здравље (*public health*) или народно здравље је друштвено (колективно) деловање у циљу унапређења здравља и квалитета живота и продужетка животног века целокупног становништва, превенцијом болести и применом свеобухватних мера здравствене заштите (Beaglehole & Bonita, 1997).

Имајући ово у виду, неопходно је истаћи две значајне карактеристике јавног здравља. Прва је да се јавно здравље бави првенствено превентивним, а не куративним аспектом здравствене

заштите, а друга је да се бави здравственим питањима на нивоу заједнице, а не појединца. То значи да је јавно здравље делатност у којој учествују сви субјекти заједнице, како је приказано у Графикону 1.

Графикон 1: Субјекти система јавног здравља



Водећу улогу у области јавног здравља имају: 1) Министарство здравља и други државни органи чије деловање је повезано са питањима из области здравства; 2) установе здравствене заштите – државне и приватне здравствене установе, лекарска и друге коморе здравствених радника; и 3) специјализовани заводи и институти за јавно здравље. Значајан допринос унапређењу јавног здравља дају и локална самоуправа, невладине организације, медији, верске организације и образовно-васпитне установе (предшколске установе, школе и универзитети).

Имајући у виду перспективу јавног здравља, у концепту здравствене безбедности референтни објекат безбедности је друштво (*populations or human communitites*).

1.2. Епидемиолошки проблеми као безбедносни ризици и претње

У основи односа здравства и безбедности вековима су били епидемиолошки проблеми оличени у инфективним болестима, које су у кратком временском периоду односиле велики број живота, често више него ратови, и које су могле да утичу на токове историје. Најпознатије болести, које су биле пандемичне у глобалном смислу и усмртиле милионе људи у релативно кратком временском периоду,

биле су: куга, колера, грип, тифус, велике и мале богиње, туберкулоза, маларија и жута грозница. Епидемије појединих инфективних болести мењале су ток историје. Према речима историчара медицине Ладислава Талера (према Ђорђевић, 1927: 275), црна смрт (куга), која је похарала Европу у XIV веку, омогућила је лакши продор Турака, а спречила авињонског папу да истера римског папу и тиме раније учини крај западној шизми; почетком XX века око 20% европске интелигенције било је заражено сифилисом, од туберкулозе је умирало 12,5% становника Европе, а шпански грип непосредно након Првог светског рата однео је неупоредиво више живота него сам рат.

У XIX веку, посебно у тзв. првом таласу глобализације након индустријске револуције, када је међународна трговина достигла веома висок ниво, појавила се опасност од преношења разних инфективних болести у Европу из других делова света. Европске државе су инфективне болести сматрале егзогеном претњом на коју је требало одговорити средствима међународне сарадње и увођењем међународно усаглашених здравствених прописа. Због тога порекло међународне сарадње у јавном здрављу лежи у безбедносним ризицима за Европу у XIX веку (Makinis, 2012: 359).

У периоду после Другог светског рата однос између здравља и безбедности био је ограничен и једносмеран, и сводио се на то да су војни сукоби били узрок одређених здравствених проблема. Научна истраживања су била усмерена на начине којима непосредни резултати сукоба (попут жртава током борби) и посредни резултати сукоба (попут уништења инфраструктуре болница, болести које настају услед недостатка воде или броја избеглица које су шириле инфективне болести) изазивају последице по јавно здравље (Salama et al 2001; Goodyear & Hynes, 2001; Hankins et al., 2002; CDC 2003). На овакав однос здравља и безбедности након Другог светског рата утицала су два кључна разлога. Први је тај што су свеобухватна питања здравља превазилазила хладноратовску уско схваћену сферу безбедности. Са једне стране сфера безбедности је сужена на област односа између држава у контексту хладноратовске поделе на блокове и опасности од избијања нуклеарног рата, при чему су разматране само војне претње безбедности. Са друге стране, здравље је дефинисано као људско право, што је потврђено одредбама Универзалне декларације о људским правима из 1948. године (чл. 25) и Међународног пакта о економским, социјалним и културним правима из 1966. године (чл. 3). Други разлог је то што је током

1970-их година постало јасно да су многе инфективне болести, услед употребе антибиотика, постале излечиве. Број регистрованих смртних случајева од инфективних болести у првим деценијама након Другог светског рата на Западу се значајно смањивао, а 1977. године су искорењене и велике богиње (*variola vera*), главна инфективна болест у том периоду. Међутим, ситуација на здравственом пољу, посебно у погледу инфективних болести, није се поправљала у државама у развоју, у којима су услови живота знатно лошији у поређењу са Западом. Имајући ово у виду, унапређење стања глобалног здравља је, из перспективе Запада, сврстано у развојне програме, и није повезивано са безбедносним ризицима и претњама.

Након завршетка Хладног рата, и са отпочињањем новог таласа глобализације, здравствена питања се све више повезују са безбедношћу и појављују у програмима спољне и безбедносне политике. У свету после Хладног рата, у којем је, према речима Џозефа Наја (2002:130), дошло до преношења моћи са једних држава на друге (дифузија моћи) и до процеса спуштања моћи са државе на недржавне актере (расипање моћи), на дневни ред међународне безбедности дошле су невојне претње. Појам безбедности се, с једне стране, проширио са војног на друге секторе, а с друге се продубио, са државних на недржавне референтне објекте. Премда је национална безбедност била доминантна у периоду Хладног рата, глобална и људска безбедност добијају све више места у послехладноратовском свету. Иако се дефиниције људске безбедности разликују, сама идеја да опасности по појединца долазе од развоја на макронивоу, отворила је простор за увођење здравља у сферу безбедносних питања (Makinis, 2012). У жижи интересовања нашла су се два кључна здравствена питања која су означена као безбедносни ризици, а то су: 1) ширење инфективних болести (нарочито на Запад) и 2) утицај ХИВ/сиде на стабилност држава.

Нови талас глобализације је донео опасност од ширења инфективних болести. Инфективне болести су првобитно означене као безбедносна претња за САД, да би касније биле дефинисане као претња на глобалном нивоу. У извештају америчког Института за медицину из 1992. године, истакнуто је да постоје многобројне претње по безбедност САД које проистичу из инфективних болести. У овом извештају је наглашено да глобализација има пресудни утицај на ширење инфективних болести. Наиме, комбинација кретања робе и људи и огромне промене које утичу на екосистем и његове

функције заједно доводе до повећаног ризика од ширења инфективних болести, услед чега ни један грађанин САД не може бити сигуран у том погледу (Institute of Medicine (US), 1998). Лори Гарет, новинар њујоршких новина *Newsday*, на сличан начин је објашњавао опасност од ширења новонасталих инфективних болести. Гарет је при томе тврдио да би инфективне болести могле да се употребе као биолошко оружје, што представља безбедносну претњу за САД, али и претњу међународној стабилности (Garrett, 1996). Ледерберг је, на пример, тврдио да инфективне болести представљају претњу глобалном здрављу и глобалној безбедности (Lederberg, 1996). Америчка Централна обавештајна агенција је отишла корак даље, тврдећи да инфективне болести представљају опасност за међународну стабилност и економски развој, стављајући их у оквир националне безбедности (CIA, 2000).

На везу глобализације и ширења инфективних болести указала је и Гро Харлем Брунтланд, бивша генерална директорка СЗО. Брунтланд, за време чијег мандата је СЗО сковала термин *глобална здравствена безбедност*, истицала је да се појам јавног здравља у глобализованом свету обогатио, тако да се сада разматрање глобалног јавног здравља не може одвојити од ширих друштвених и политичких тенденција. Према њеним речима:

„С глобализацијом – од које напредак САД тако много зависи – цело човечанство весла по мору микроба... и морамо да закључимо да не постоје здравствени резервати... Нивои болесних у земљама које чине већину светског становништва представљају непосредну претњу националној економској и политичкој виталности, и, према томе, глобалним економским и политичким интересима САД и свих других земаља. Територијалне препирке нису више првенствени извор сукоба. Он је све више укоренењен у људској беди, као последици хуманитарних катастрофа, недостатку хране и воде, ширењу сиромаштва и инфективних болести. Зато је улагање у здравље улагање у националну безбедност” (Brundtland, 1999).

На опасности ХИВ/сиде посебно је указао Ричард Холбрук, стални представник САД при УН током 1990-их година, који је у литератури препознат као кључни актер увођења овог питања у безбедносну сферу. Барнет и Принс спомињу да је приликом посете Африци 1999. године Холбрук схватио, не само колики је обим пандемије ХИВ/сиде, него и да постојеће мере не успевају да

се изборе са њом (Barnett & Prins, 2006). Последице пандемије су негативно утицале и на државну стабилност. С тим у вези, важно је истаћи да пандемије могу угрозити стабилност државе у четири правца: 1) поверење у државу може да се смањи ако она не може да гарантује основни ниво заштите од болести; 2) друштвене неједнакости могу да избију у први план уколико богати или повлашћени имају приступ бољим лековима или квалитетнијој здравственој нези, што може довести до нереда; 3) ако велики број људи умире или је неспособно за рад, угрожен је рад јавних служби и функционисање државе; и 4) може доћи до појаве насиља и избијања нереда ако групе осећају да због тешког стања немају шта да изгубе, а власти немају капацитет да на насиље одговоре. Поред тога, епидемије инфективних болести могу да услове и опадање економске моћи. Услед губитка квалификованог особља (због повећања броја оболелих и смртности), долази и до смањења продуктивности, а услед недостатка пословног поверења смањују се и инвестиције.¹ Такође, последице пандемија се могу осећати и на макроекономском нивоу претећи да релативно богате актере претворе у сиромашне, због тога што државе морају да троше све већи део бруто националног дохотка на борбу са болешћу (Makinis, 2012: 364).

По повратку у Њујорк, Холбрук је одиграо значајну улогу у стављању питања у вези са ХИВ/сидом на дневни ред Савета безбедности УН. Нејасно је да ли је Холбруково деловање било мотивисано једино интересима безбедности или је увођење безбедносних мера у погледу ХИВ-а/сиде доживео као начин да се лично политички више истакне и покрене глобалну акцију у превазилажењу кризе (Makinis, 2012: 362). Савет безбедности УН је на свом првом састанку у новом миленијуму отворио тему која се односи на претње које изазива ХИВ/сида у Африци. Резолуцијом 1308, која је усвојена на том састанку, закључено је да, уколико се пандемија ХИВ/сиде не контролише, она може да: 1) представља опасност по стабилност и безбедност државе; 2) негативно утиче на

¹ Повезаност епидемије и губитка пословног поверења показује пример епидемије тешког акутног респираторног синдрома (САРС) у источној и југоисточној Азији 2002. и 2003. године. Ова болест се појавила у кинеској покрајни Гуангдонг, а периоду од 2002. до 2003. године се проширила на Хонг Конг, Сингапур, Вијетнам, Тајван и Тајланд. Епидемија је однела мање од хиљаду живота, што је, у поређењу са годишњем бројем смртних случајева од туберкулозе, маларије и сиде, статистички практично безначајно. Међутим, ова епидемија је довела до губитка у инвестицијама у азијским државама од 30 милиона долара.

друштвену стабилност; и 3) непосредно угрожава мировне мисије у областима које су захваћене пандемијом. Из тога проистиче да последице ове болести узрокују потенцијалну регионалну и глобалну нестабилност (Makinis, 2012: 364–367).

Из повезаности безбедности и здравства током историје, и посебно у периоду након Хладног рата, проистиче да су инфективне болести главни здравствени проблем који се може сврстати у безбедносне ризике и претње. Међутим, важно је напоменути да се не сматрају све инфективне болести безбедносним ризиком или претњом, већ је пажња усмерена на оне са специфичним карактеристикама, а то су да: 1) болести угрожавају целокупно друштво, а не само појединце и 2) постоји висок ниво смртности.

2. МЕЂУНАРОДНИ ПОКРЕТ ЦРВЕНОГ КРСТА

Све до формирања покрета, који се развио у онај који данас познајемо под називом Међународни покрет Црвеног крста, ратни рањеници су углавном били препуштени себи. Историчари Старог и Средњег века бележе појединачне, али ретке, примере указивања помоћи рањеним војницима у ратовима. У овом контексту, у литератури се спомињу персијски цар Кир и римски цар Аурелијан у оквиру античког доба, затим у VI веку византијски цар Лав VI Мудри, у X и XI веку монашко-витешки редови Св. Јована и Св. Лазара, а у XII веку арапски султан Саладин. Такође, наводи се и да је краљица Изабела Католикиња отворила прву пољску болницу од шест шатора за време опсаде Гранаде крајем XV века. Крајем XVI века градић Турнеј и принц од Парме Александар Фарнезе склопили су уговор о заштити рањеника, што представља први вид државне помоћи ратним рањеницима. Затим, брандербуршки кнез Фридрих III и француски маршал гроф Д'Асфалд потписали су споразум о збрињавању и човечном поступању са свим рањеницима током ратова. Као редак пример организованог старања о ратним рањеницима наводи се и Први шлески рат, вођен 1711. године између Аустрије и Пруске. Зарађене стране су се договориле да ће бригу о рањеницима и болесницима преузети лекари обеју страна, док ће трошкове лечења сносити она страна којој рањеници припадају. Такође, у контексту хуманости и старања о ратним рањеницима, између Фридриха Великог и Луја Француског 1759. године закључен је уговор по којем се целокупан лекарски персонал означава као неутралан (Игњатовић, 2002: 430).

Положај рањених и болесних војника донекле се побољшао у периоду након Наполеонових ратова, када су владе зарађених страна оснивале војне санитете као вид државне помоћи. Међутим, како се број жртава у све чешћим ратовима повећавао, ни државна помоћ у форми војног санитета није била довољна, па су неретко ратна бојишта пружала страховите призоре. Многобројни примери указују да су капацитети војних санитета били недовољни да одговоре ратним задацима, па се наметала потреба за приватном помоћи. Током Кримског рата (1853–1856) забележено је да су, упркос чињеници да су европске војске имале три деценије непрекидног мира за своју реорганизацију, капацитети војних санитета зарађених страна били веома оскудни. Појединачна приватна помоћ у овом рату

пружена је енглеским рањеницима од стране Флоранс Најтингел са 38 добровољних болничарки, а руским од стране Јелене Павловне са 300 милосрдних сестара (Игњатовић, 2006: 317).

2.1. Оснивање Црвеног крста и Женевска конференција

Историја покрета, који данас познајемо под називом Међународни покрет Црвеног крста, почела је 1859. године, када се потреба за приватном помоћи рањеницима још изразитије наметала током рата Пијемонта и Француске против Аустрије. Наиме, на северу Италије, у непосредној близини града Солферино, 24. јуна 1859. године, одиграла се најжешћа битка у овом рату. После битке, у којој је учествовало око 300.000 војника, на бојном пољу је остало преко 40.000 мртвих и рањених војника. Као последица недостатка капацитета војних санитетских служби тога доба, велики број рањеника данима није могао да буде збринут (Игњатовић, 2006: 317).

У близини бојног поља нашао се Женевљанин Анри Динан (*Henry Dunant*), кога су послови водили у тај зарађени део Европе. Ужаснут сликом коју је затекао на бојном пољу, Динан је организовао локално италијанско становништво ради помоћи свим рањеницима. Официри и војници победничке француско-сардинијске војске, у почетку су нерадо гледали на акцију Динана и становништва, оптужујући их да помажу непријатељу. Динан и становништво места Кастиљоне су цркве претворили у болнице, а рањеницима су пружали сву помоћ коју су могли да обезбеде у таквим условима (Ђорђевић, 1876: 101).

По повратку у Женеву 1862. године, Динан је, под утисцима језивих призора након битке код Солферино, објавио књигу *Сећање на Солферино*, која је имала великог одјека у Европи. У књизи је, поред описа дешавања и страха на које је наишао, Динан изнео и две идеје. Прва идеја је била да се у доба мира оснују друштва за помоћ која ће окупљати и обучавати волонтере за помоћ рањеницима у ратовима, а друга, да се усвоји међународни споразум који би признао и гарантовао заштиту за ова друштва.

Динан је своје идеје овако образложио:

„Зар не би било могуће да се формирају добровољачка помагачка друштва, која би у ратно доба неговала рањенике и болеснике или која би на време спремала све што треба за неговање. Те би дружине у мирно доба помагале жртвама великих поплава, пожара и других елементарних недаћа, а поглавито би спремале све што им треба за случај рата, како би биле организоване и готове чим се рат огласи. Оне би, прво, под управом војно-санитетске власти на самом војишту указивале прву помоћ рањеницима и болесницима, и друго, неговале би их по болницама док не оздраве. У ратно доба народ неће остати равнодушан кад његова деца бију љути бој. Нема дакле ничега што би могло сметати таквом предузећу. Ту није тешкоћа, већ једино у озбиљном спремању за време мира, у образовању тих самих дружина. Потребни новци неће недостајати. Ствар захтева само доста оданости од стране неколицине људи” (Динан, 1998: 93).

Динанови напори су почели да се остварују када је у Женеви добио подршку још четири позната суграђанина и заједно са њима је 17. фебруара 1863. године основао неформални *Комитет петорице*. Комитет петорице сачињавали су: генерал Дифур, који је био председник; др Теодор Моаније, који је због болести председника обављао дужности председника; др Теодор Моноар, један од најбољих хирурга тога времена; др Луј Апиа, који је неговао рањенике из битке на Солферину и о томе написао књигу под називом *Хирург у амбуланти*; и Динан, који је обављао секретарске послове (Јоксимовић, 1926: 2).

За сва нова друштва, која би се на основу Динанових идеја формирала у појединачним државама, др Моаније је израдио нацрт правила. На основу тих правила, у свакој држави би се оснивало приватно добровољно друштво, са обавезом да се за време мира припрема за указивање помоћи рањеницима у рату, делујући као допуна капацитетима војног санитета.

Слика 1: Комитет петорице (*International Committee of the Red Cross, 2013*)



С циљем међународног регулисања положаја рањеника у рату, Комитет петорице је организовао међународну конференцију у Женеви, 26. октобра 1863. године. Пред сам почетак Конференције, Комитет се конституисао као *Женевски комитет за помоћ рањеним војницима*. Позив за конференцију је упућен свим европским владама и великом броју угледних лица из војних, лекарских и филантропских кругова. Одзив је био повољан – на конференцији је учествовало 16 држава са 18 делегата и четири филантропска друштва са шест делегата. На конференцији, која је трајала од 26. до 29. октобра 1863. године, донета је одлука о организовању националних приватних друштава „ради пружања помоћи рањеницима у оним случајевима у којима је недовољна помоћ војног санитета”. На конференцији су утврђени и принципи којима треба да се руководе национална друштва: 1) друштво мора да буде признато од своје државе; 2) друштво прикупља сва средства за помоћ рањеницима која даје приватно милосрђе; 3) свако лице може постати члан; 4) у програму друштва морају да буду заступљене све гране војног санитета; 5) друштвом мора да управља Главни одбор; 6) друштво мора да одржава везе са другим друштвима и да их помаже у рату и миру; и 7) друштво мора да прими знак: Црвени крст на белом пољу (Игњатовић, 2006).

2.2. Женевске конвенције

Након успешног окончања Женевске конференције 1863. године, швајцарски Федерални савет је на иницијативу Женевског комитета, 6. јуна 1864. године, позвао владе свих европских и неколико америчких држава на међународну конференцију. Конференција је имала три циља: 1) усвајање конвенције за ублажавање стања рањених у рату; 2) разматрање питања неутралности рањеника, болница и болничког кадра; и 3) потписивање уговора којим би државе дозволиле националним друштвима Црвеног крста да делују у улози помоћног органа војног санитета на њиховој територији. Шеснаест држава представљених са 26 делегата на овој конференцији, која је одржана од 8. до 22. августа 1864. године, потписале су међународни уговор назван *Женевска конвенција за побољшање судбине војних рањеника у војскама у рату*, отворен свим државама за приступ.

Главни принципи постављени у Конвенцији су:

1. Гарантовање неутралности (неповредивости) медицинским установама (амбулантама и војним болницама), медицинском особљу, као и добровољцима који у санитетским установама збрињавају рањенике и болеснике;
2. Збрињавање и пружање помоћи рањеницима без обзира на националност;
3. Знак црвеног крста на белој основи је дефинисан као заштитни знак добротворних друштава за помоћ рањеницима (Boissier, 1985).

У складу са усвојеном Конвенцијом, Женевски комитет је 1864. године преименован у *Међународни комитет за помоћ рањеним војницима*.

На самом почетку, принципи Женевске конвенције су се односили искључиво на копнени рат, да би се касније њене одредбе прошириле и на поморски. То је учињено 1899. године усвајањем две Хашке конвенције: Конвенције о законима и обичајима рата на копну и Конвенције о примени принципа Женевске конвенције из 1864. године на поморско ратовање. Женевска конвенција је допуњена 1906. године, а Хашке конвенције су допуњене 1907. године. Док је Женевска конвенција из 1864. године штитила санитетске установе и

особље искључиво док негују рањенике и болеснике, Конвенција из 1906. године им је признала стално ту заштиту (Andrassy, 1963: 29).

Први светски рат је донео нова искуства у примени Конвенције, па је то дало подстицај ревизијама 1922. и 1929. године. Први пут, у јулу 1922. ревидирани су Конвенција из 1906. године и Хашки правилник из 1907. године. Како би се Женевска конвенција ревидирала и прилагодила захтевима савременог ратовања (употреба авиона, бојних отрова итд.), на позив швајцарског Федералног савета, одржана је од 1. до 27. јула 1929. године међународна конференција у Женеви. На овој конференцији усвојене су Конвенција за побољшање положаја рањеника и болесника у војскама у рату и Конвенција о поступању са ратним заробљеницима. На основу ових конвенција, особље националних друштава Црвеног крста је изједначено у погледу заштите са војним санитетским особљем (Andrassy, 1963: 31).

Нова ревизија конвенција је извршена након Другог светског рата, на конференцији 1949. године. Тада су усвојене конвенције којима је гарантована заштита жртава рата: Конвенција о побољшању положаја рањеника и болесника у оружаним снагама у рату, Конвенција о побољшању положаја рањеника, болесника и бродоломаца оружаних снага на мору, Конвенција о поступању с ратним заробљеницима, као и Конвенција о заштити грађанских лица за време рата (Andrassy, 1963: 30).

2.3. Организација Међународног покрета Црвеног крста

Међународни покрет Црвеног крста чине Међународни комитет Црвеног крста, Међународна федерација Црвеног крста и Црвеног полумесеца и национална друштва Црвеног крста. Односи између делова Покрета, као и његово функционисање, уређени су Статутом. Први статут Покрета је усвојен 1928. године. Након Другог светског рата, усвојен је и неколико пута ревидиран нови статут. Нови статут је усвојен 1952. године, а ревидиран 1986, 1995. и 2006. године. Покрет је 1986. године променио назив у Међународни покрет Црвеног крста и полумесеца, а тада је усвојен и нови статут (Boissier, 1985; Chenot, 2010).

Радам Покрета управљају Међународна конференција, Савет делегата и Стална комисија. Међународна конференција се одржава сваке четири године и укључује делегације националних друштава,

МКЦК, Федерације и држава потписница Женевских конвенција. Међународна конференција је врховно тело Међународног покрета, а одржава се сваке четири године. У надлежности Међународне конференције су: 1) разматрање и одлучивање о хуманитарним питањима од заједничког интереса и другим заједничким питањима; 2) усвајање и измена Статута Међународног покрета; и 3) одлучивање о свим питањима која садрже разлике између МКЦК и Федерације. Савет делегата чине делегације националних друштава, МКЦК и Федерације. Савет даје мишљење и, када је потребно, доноси одлуке о свим питањима која се тичу Покрета, која му могу поставити Међународна конференција, Стална комисија, национална друштва, МКЦК или Федерација. Стална комисија се састоји од девет чланова: пет чланова које бира Конференција, два представника МКЦК, два представника Федерације. Председник се бира из редова делегата МКЦК и Федерације. Састаје се сваких шест месеци. Стална комисија врши припреме за следећу Међународну конференцију и заседање Савета, решава питања у вези са статутом Покрета и усклађује рад делова Покрета (ICRC, 1986, 1995, 2006).

2.3.1. Међународни комитет Црвеног крста

Међународни комитет црвеног крста (МКЦК) је 1876. године израстао из Међународног комитета за помоћ рањеним војницима. Главни циљ МКЦК је да на основу Женевских конвенција пружи помоћ и заштиту жртвама рата и унутрашњих немира. На основу Женевских конвенција из 1949. године, функције МКЦК су: 1) интервенисање код зараћених страна да поштују конвенције; 2) контрола логора и других места где се налазе заробљеници и друге жртве рата; 3) вођење евиденције о заробљеницима и обавештавање заинтересованих страна; и 4) организовање пружања и расподеле помоћи жртвама рата (Andrassy, 1963: 30).

Знак МКЦК је знак црвеног крста на белом пољу. Основна девиза МКЦК је *Милосрђе и у пату (Inter arma caritas)*, а такође признаје и девизу *Хуманостију ка миру (Per humanitatem ad pacem)*, коју је усвојила Прва светска конференција Црвеног крста о миру, одржана у Београду 1975. године. У погледу здравствене делатности, МКЦК обавља значајне активности у обезбеђивању хуманитарне помоћи жртвама оружаних сукоба у подручјима која су захваћена сукобима. У тим подручјима МКЦК обезбеђује помоћ распоређивањем својих мобилних болница и здравствених установа, обезбеђивањем лекова,

санитетског материјала и опреме, хране, пијаће воде и средстава за хигијену. У оквиру Међународног покрета, МКЦК је надлежан за процењивање да ли ново или реконструисано национално друштво испуњава услове утврђене Статутом Међународног покрета за међународно признање, као и за давање тог признања. У својим активностима, МКЦК блиско сарађује са националним друштвима, на основу споразума које са њима закључује (Boissier, 1985).

2.3.2. Међународна федерација

Црвеног крста и Црвеног полумесеца

Међународна федерација Црвеног крста и Црвеног полумесеца је проистекла из Лиге друштава Црвеног крста, која је формирана 1919. године. Искуства из Првог светског рата су показала да постоји потреба за ближом сарадњом националних друштава Црвеног крста, нарочито у мирнодопским условима. Ради унапређења сарадње националних друштава Црвеног крста, на иницијативу Хенрија Дејвисона, председника америчког Црвеног крста, уз подршку америчког председника Вилсона, у Паризу је 1919. основана Лига друштава Црвеног крста. Лигу су првобитно чинила национална друштва САД, Велике Британије, Француске, Италије и Јапана. Главни циљ Лиге је био да изради нов, мирнодопски, програм рада Црвеног крста и предложи га свим националним друштвима (Старчевић, 2001; General Assembly of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2010; Lander, 2010).

Мирнодопски програм, који је Лига предложила, био је заснован на делатности у области здравства. Програм је предвидео ангажовање националних друштава Црвеног крста у: 1) унапређењу здравства; 2) спречавању болести; и 3) ублажавању сиромаштва. У организационом погледу, предвиђено је да свако национално друштво оснује међународни одбор и централни здравствени одбор. Са друге стране, конкретни задаци Лиге били су да подстиче и помаже национална друштва у њиховом мирнодопском ангажовању, да помаже напредак човечанства посредовањем, омогућајући свим народима корист од утврђених истина, нових медицинских и научних открића и њихове примене. Посебан задатак тицао се образовања једног посредничког фактора који ће регулисати пружену помоћ у великим националним и међународним недаћама (Јоксимовић, 1926: 17).

Овај преокрет у разумевању проширене делатности Црвеног крста за време мира запажен је и на Конференцији мира у Версају 1919. године, а проширени делокруг Црвеног крста спомиње се и у члану 15. Пакта Друштва народа: „Чланови Друштва народа обавезују се да подстичу и помажу стварање и координацију добротворних друштава Црвеног крста, која имају задатак да унапреде здравство становништва, да учине све у циљу превенције болести и ублажавање недаћа и патња у свету.” Национална друштва Црвеног крста су прихватила програм Лиге, и већ током 1920. године Лиге је приступило 30, а до 1924. године 51 национално друштво Црвеног крста (Јоксимовић, 1926: 19).

Лига и МКЦК представљали су одвојене организације са особеним циљевима и активностима. Док је МКЦК свој рад заснивао на активностима у рату, Лига се усмерила на мирнодопску делатност, која је обухватала унапређење хигијене и општег здравља становништва, школовање медицинских сестара и оснивање подмлатка Црвеног крста. И поред различитог делокруга, развијена је сарадња између двеју организација. Представници МКЦК су били делегати при управним органима Лиге, а Лига је имала своје представнике у МКЦК. Односи МКЦК и Лиге су детаљније уређени Статутом Међународног покрета Црвеног крста. Лига је 1983. године променила назив у Лига друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца, а 1991. године у Међународна федерација друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца (Старчевић, 2001; General Assembly of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; Lander, 2010).

2.3.3. Национална друштва Црвеног крста

Национална друштва Црвеног крста чине оперативну окосницу Међународног покрета Црвеног крста. Признање друштва и његово чланство у Федерацији је регулисано Статутом Међународног покрета. Са друге стране, национална друштва морају да буду призната и од стране влада својих држава. У свакој држави се оснива по једно друштво Црвеног крста, које се организационо грана у складу са државним уређењем (нпр. покрајинске, окружне, градске или општинске организације). У својим државама национална друштва делују у складу са националним законодавством, а њихова организација и рад уређени су статутом и посебним законима (Јаковљевић, 1964).

Национална друштва обављају две групе послова. Прва група се односи на време рата, када национална друштва делују као материјална и стручна подршка војним санитетима и организују збрињавање рањеника и помоћ жртвама рата. У периоду непосредно након завршетка рата, национална друштва пружају помоћ инвалидима и рањеницима. Друга група послова се односи на време мира, када национална друштва својим радом доприносе: 1) унапређењу квалитета здравствене заштите и здравственог стања становништва (нега болесника, морална помоћ болесницима, борба против инфективних болести, формирање диспанзера, покретних болница и амбуланти) и 2) унапређењу међународног хуманитарног права, основних принципа и вредности Међународног покрета (Јаковљевић, 1964).

У обављању својих послова, национална друштва делују у складу са:

- основним принципима Међународног покрета (хуманост, непристрасност, неутралност, независност, добровољност, јединство и универзалност);
- међународним уговорима и опште прихваћеним правилима из области међународног хуманитарног права, посебно Женевским конвенцијама и допунским протоколима;
- Статутом Међународног покрета, Статутом Међународне федерације и другим актима које усваја Међународни покрет; и
- циљевима и задацима националног друштва који су дефинисани националним законодавством и статутом националног друштва (Јаковљевић, 1964).

3. СРПСКО ДРУШТВО ЦРВЕНОГ КРСТА

Прво национално друштво Црвеног крста у Србији, под називом Српско друштво Црвеног крста (СДЦК), основано је 6. фебруара 1876. године у Београду, по узору на друга национална друштва Црвеног крста која су оснивана у Европи у складу са идејама Анрија Динана и одредбама Женевске конвенције из 1864. године. Деловање СДЦК је било примарно везано за подршку српском војном санитету у шест ратова: два српско-турска рата (1876–1878), српско-бугарском рату (1885), Балканским ратовима (1912–1913) и Првом светском рату (1914–1918). Пружајући подршку војном санитету, СДЦК је допринело збрињавању рањеника са ратишта, али и у борби против епидемије колере у Другом балканском рату и тифуса у Првом светском рату.

3.1. Оснивање Српског друштва Црвеног крста

Иницијатор оснивања првог националног друштва Црвеног крста у Србији био је др Владан Ђорђевић.² Током специјализације хирургије на чувеној Бирлотовој хируршкој клиници у Бечу, др Ђорђевић је учествовао и у раду пруског војног санитета у француско-пруском рату 1870. године. Боравећи на ратишту, др Ђорђевић је проучавао устројство пруског војног санитета, као и организацију и функционисање приватне помоћи ратним рањеницима и болесницима. Служећи у Првој резервној болници пруске војске у Франкфурту на Мајни, превео је на српски језик пруску књигу *Ратна санитетска служба*. По повратку у Србију, Ђорђевић је био веома активан у промоцији идеја и начела са којима се упознао током студија и током службовања при пруском војном санитету (Јевтић, 2010). У том периоду је објавио неколико студија које су се бавиле различитим питањима, како из области војног санитета (*Начела војне хигијене, Болничарска служба*), тако и из домена општег јавног здравства

² Владан Ђорђевић (1844–1930) дипломирао је медицину на Бечком универзитету 1869. године. Исте године постао је и редовни члан Српског ученог друштва. Специјализирао је хирургију при Бечком универзитету и постао први школовани хирург у Србији. Са 27 година постао је члан аустријског Лекарског друштва и Антрополошког друштва. Иницирао је оснивање Српског лекарског друштва 1872. године и доношење првог санитетског закона у Србији 1881. године. Детаљно о животу и делу овог истакнутог српског лекара, државника и књижевника погледаги у: Рајић, С. (2007). *Владан Ђорђевић: биографија поузданог обреновићевца*, Београд: Завод за уџбенике.

и народне здравствене традиције (*Санитетски послови у Србији, Народна медицина у Срба*) (Јовановић & Кнежевић, 2003). У јавним наступима и публикацијама образлагао је потребу за оснивањем приватне помоћи у Србији по угледу на друштва основана након Женевске конференције. Након оснивања Српског лекарског друштва 1872. године, др Ђорђевић је, по угледу на Анрија Динана, почео да шири идеје о значају Црвеног крста у материјалном и моралном погледу. Према његовим речима (1876: 25) „Црвени крст на белој застави донео би српској војсци онај благослов и ону помоћ, коју је то знамење човечности и братске љубави према ближњем донело свима савременим војскама у свету”. Ђорђевић је у својим јавним предавањима, која су најављивана путем *Српских новина*,³ изнео и практичан предлог оснивања друштва за добровољну помоћ рањеним и болесним војницима. Што се структуре чланова тиче, др Ђорђевић је у својим предавањима (1876: 99) наводио да је потребно окупити „што више признатих, опште поштованих људи, који по свом познанству имају свега по свима окупљенима у земљи, како би управа за сваки округ имала по једног свог човека”. Владан Ђорђевић се залагао и да Србија у доба мира, по угледу на немачки и француски Црвени крст, оснује одборе у оквиру Црвеног крста који ће своју делатност заснивати на припреми свега онога што је неопходно за збрињавање рањеника и болесника у ратно доба. На потребу да се у Србији оснује друштво Црвеног крста, утицало је и непосредно ратно окружење након избијања устанка у Босни и Херцеговини 1875. године, и сасвим изванредан српско-турски рат.

Непосредно пре оснивања СДЦК, ниво здравствене заштите у Србији је био на ниском нивоу, државни санитет је био слабо организован, лекара је било мало, материјална санитетска опрема била је недовољна, а народ у културном и хигијенском погледу заостао (Јоксимовић, 1926: 22). Како наводи Јокановић (1997: 12), др Силвестер Бартоломео Куниберт, који је 1832. године дошао у Србију и био лични лекар кнеза Милоша Обреновића, говорио је да су здравствене прилике у Србији XIX века рефлектовале њен економски и културни развој – велики проблем становништва тога доба биле су цревне инфекције зване срдоболје које су изазивале велику смртност становништва; пегави тифус, колера и куга су били

³ *Српске новине*, у којима је најављено предавање др Владана Ђорђевића, дате су у одељку Прилози (прилог 1).

редовни посетиоци српског становништва; смртност новорођенчади је била преко 60%, а просечан век становништва био је око 32 године.

Формалну иницијативу за оснивање СДЦК преузело је београдско друштво Грађанска касина у сарадњи са митрополитом Михаилом. Они су 6. фебруара 1876. године сазвали Оснивачки збор на којем је усвојен нацрт правила СДЦК, изабран Главни одбор и отворен упис у чланство СДЦК. За првог председника СДЦК изабран је митрополит Михаило, а управу Друштва су, поред др Ђорђевића, чинили и други угледни грађани престонице. За свега пет месеци рада, СДЦК је пред сам рат Србије против Турске имало 35 пододбора са 2.000 чланова. Међународни комитет Црвеног крста признао је СДЦК крста за свог члана 11. јуна 1876. године (Друштво Црвеног крста Краљевине Југославије [ДЦККЈ], 1936: 78).

3.2. Организација Српског друштва Црвеног крста

Првобитно, СДЦК је било организовано на основу *Правила Српског друштва Црвеног крста за добровољну помоћ ратним рањеницима и болесницима*, која су усвојена 1876. године. На основу Правила, задатак СДЦК је био да припрема и организује помоћ ратним рањеницима. У рату, функција СДЦК је била учешће у лечењу ратних рањеника у садејству са српским војним санитаром, а у миру СДЦК је имало задатак да припрема што је неопходно за помоћ у рату. Врховно тело СДЦК била је Скупштина, која је бирала Главни одбор са седиштем у Београду. Главни одбор је бирао председника, потпредседника, два секретара, благајника и магационера. Главни одбор је представљао СДЦК у Србији и иностранству, и управљао имовином, која се састојала од редовних и ванредних новчаних прихода, као и покретних и непокретних добара. Поред Главног одбора, постојали су и пододбори у унутрашњости Србије (ДЦККЈ, 1936: 90–93).

Након што је Србија стекла независност, СДЦК је било организовано на основу *Правила Српског друштва Црвеног крста*, која су усвојена 16. априла 1890. године. Новим правилима су отклоњени узроци ранијих неспоразума између СДЦК и војних власти. Неспоразуми су најчешће проистицали из рада државних комесара за приватну помоћ, чији је примарни задатак у току рата био да рад СДЦК прилагођавају потребама и наредбама војног санитета. С друге стране, СДЦК је администрирало војне болнице

у рату, па су се често јављала неслагања око начина рада болница. Нова правила су предвиђала и одређене повластице за СДЦК с обзиром да је оно у Србији стекло углед „установе од опште користи која има право на потпору свију државних и општинских власти” (Српско друштво Црвеног крста [СДЦК], 1918: 15).

Статус СДЦК посебно је регулисан у јануару 1896. године, доношењем *Закона о олакшицама и правима датим Српском друштву Црвеног крста*, који је уједно и први закон о Црвеном крсту у Србији. Овим законом гарантована је аутономија СДЦК, уз давање повластица на железници, права бесплатног коришћења поште и телеграфа, ослобађање од свих државних такси, као и ослобађање од царине за материјална средства која су за рад СДЦК стизала из иностранства (Југословенски Црвени крст, 1976а:78–79).

По ослобођењу јужне и југоисточне Србије 1878. године основани су пододбори Црвеног крста у Нишу, Пироту, Лесковцу и Власотинцу. Након Балканских ратова, пододбори су основани и у Скопљу, Битољу, Тетову, Дебру, Куманову, Велесу, Кратову и Пријепољу (ДЦККЈ, 1936: 77, 80).

3.3. Општа и епидемиолошка делатност Српског друштва Црвеног крста у ратовима од 1876. до 1918. године

У току свог постојања СДЦК је деловало у два српско-турска рата (1876–1878), српско-бугарском рату (1885), Балканским ратовима (1912–1913) и Првом светском рату (1914–1918). У тим ратовима, СДЦК је деловало као подршка српском војном санитету, а посебан допринос је дало у борби против епидемије колере у Другом балканском рату и тифуса у Првом светском рату.

3.3.1. Први српско-турски рат (1876)

У кулминацији Велике источне кризе, која је започела 1875. године српским устанком у Босни и Херцеговини и нередима у Бугарској, Србија и Црна Гора су објавиле рат Турској 30. јуна 1876. године. Српска војска је ушла у рат са слабо припремљеном и опремљеном народном војском милицијског типа и малом тзв. стајаћом војском. Српска војска, која је бројала око 120.000 војника

и 460 официра, напала је технички и кадровски надмоћнију турску војску од преко 180.000 војника (Недок, 2014: 794).

За збрињавање рањеника српска војска је на располагању имала војни санитет који је основан 1864. године.⁴ Међутим, српски војни санитет ни кадровски ни материјално није био спреман за рат (Грмуша, 2015: 202). Непосредно пред почетак рата, Србија је имала укупно 60 дипломираних лекара. Сам санитет српске војске имао је 19 лекара, пет лекарских помоћника и четири апотекарска помоћника. По отпочињању рата, у војни санитет је мобилисано још 40 цивилних лекара (ВАМОРС, ВККС, к. 8, ф. 1). Са друге стране, магацини санитета су углавном били празни и недостајао је санитетски материјал. После објаве рата и првих ратних операција санитетска служба је почела да отказује на свим странама, показујући како своју слабу организацију, тако и оскудно бројно стање лекара и болничара и њихову неприпремљеност, као и недостатак санитетског и апотекарског материјала и превозних средстава (Станојевић, 1925).

Потпуни слом војног санитета избегнут је ангажовањем СДЦК, основаног само неколико месеци пре почетка рата, и великим приливом помоћи из иностранства, пре свега из руског Црвеног крста. Према речима Владана Ђорђевића „и да не беше тек основаног Српског друштва Црвеног крста и великог прилива иностране медицинске помоћи, материјалне и кадрoвске санитет би још у самом почетку овог рата у потпуности подбацио” (Ђорђевић, 1893: 4). Током рата СДЦК је збринуло око 30.000 рањеника и болесника и обезбедило 200 добровољних болничара и 30 лекара који су радили у главној болници Црвеног крста у Београду и још 54 резервне болнице, од којих су основни носилац санитетског збрињавања биле пољске болнице у Ћуприји.

⁴ Војни санитет је основан параграфом 28 Закона о уређењу војске из 1864. године, са задатком да води рачуна о здрављу војске за време мира и рата.

Слика 2: Пољска болница Српског друштва Црвеног крста 1876. године: барака Кнегиње Јулије у Београду (ДЦККЈ, 1936: 92)



Слика 3: Пољска болница Српског друштва Црвеног крста 1876. године: барака у Гуприји (ДЦККЈ, 1936: 92)



Недостатак кадра и материјалних средстава надокнађен је уз помоћ мисије руског Црвеног крста која је дошла на позив СДЦК. Руски црвени крст је послао 123 лекара, 188 болничара и болничарки, четири апотекара и комплетни материјал за потпуно опремање 17 болница. Руска мисија је држала готово целокупну болничку службу у позадини, а поред непосредне помоћи рањеницима, чланови мисије су српским лекарима и болничарима преносили и стручно знање (Недок, 2009: 589).

Пошто српска војска није имала успеха у ратним операцијама, уз посредовање Русије, закључено је примирје 1. новембра 1876. године. Након неколико месеци преговора, у фебруару 1877. године је закључен мир.

Заслуге СДЦК у току првог српско-турског рата истакао је и кнез Милан Обреновић, који је у свом писму од 17. маја 1877. године рад СДЦК назвао „најлепшим и најплеменитијим делом човечанства” (ДЦККЈ, 1936: 93). Поред тога, кнез је поједине санитетске официре наградио одликовањима за храброст и пожртвованост.

Током првог српско-турског рата 1876. године, епидемије инфективних болести нису забележене ни на једној страни. Непосредно пред почетак рата епидемиолошка ситуација и у Србији и у балканским деловима Османлијског царства је била мирна. Са друге стране, области у којима су вођене борбе нису биле густо насељене, у њима није било загађености као ни великог покрета становништва у нехигијенским условима, тако да није дошло до појаве инфективних болести (Станојевић, 1924: 104).

3.3.2. Други српско-турски рат (1877–1878)

Биланс српско-турског рата из 1876. године је 25.000 мртвих и рањених и опустошен југоисточни део државе. Када је у пролеће 1877. године избио руско-турски рат, Србија се држала по страни. Међутим, када је руска војска заустављена код Плевне у Бугарској, Русија је тражила улазак Србије у рат, али Србија за рат није била спремна. Због тога је Русија током лета 1877. године пружила знатну финансијску помоћ Србији за реорганизацију и наоружавање војске. У очекивању новог рата, средином 1877. године реорганизован је војни санитет. У оквиру реорганизације измењена су упутства за службу војног санитета. У овим изменама се први пут спомињу носиоци ратних рањеника и болесника, као и обавезе санитетских официра у пружању хигијенско-епидемиолошких мера. И поред

реорганизације, војни санитет није имао довољно стручног кадра и материјалних средстава. По формацији реорганизованог санитета било је предвиђено 411 лица санитетског персонала, а санитет је располагао са 45 лекара, 34 лекарских помоћника и 19 апотекара. Осим тога, санитетска служба је оскудевала и у транспортним средствима и привременим ратним болницама. С обзиром да је Русија већ била у рату, није била у прилици да пружи кадровску санитетску помоћ Србији (Поповић и сар., 1998: 42).

За рат се припремало и СДЦК с обзиром на то да је помоћ санитету била неопходна. Са једне стране, Владан Ђорђевић је настојао да у иностранству пронађе одређени број потребних стручних кадрова. До почетка новог рата др Ђорђевић је успео да обезбеди долазак 26 стручњака (лекари, магистри хирургије, студенти медицине) из Аустро-Угарске и два из Швајцарске. Са друге стране, СДЦК је искористило прилику да консолидује своју организацију и увећа своја материјална средства, али и да организује курсеве за добровољне болничаре, неопходне у рату који се очекивао (Ђорђевић, 1880).

Други српско-турски рат је почео 13. децембра 1877. године. Овога пута, Србија је ушла у рат са око 85.000 војника, боље наоружаних и организованих него у претходном рату, против приближно исто толико Турака. Ратне операције у овом рату су изведене са више успеха, тако да су до 5. фебруара 1878. године, када је закључено примирје, ослобођени Ниш, Пирот, Лесковац, Прокупље, Куршумлија, Врање и делови Косова.

СДЦК је дао свој допринос војном санитету да пружи непосредну помоћ рањеницима. Та помоћ се огледала у ангажовању 12 лекара и 150 болничара, који су о трошку СДЦК служили у резервним болницама. Осим тога, главни одбор СДЦК је издржавао већину резервних болница у Крагујевцу, Нишу, Јагодини, Зајечару и Великом Градишту.

Током другог српско-турског рата војни санитет и СДЦК су се суочили са инфективним болестима, од којих су најзаступљеније биле запаљење плућа, трбушни тифус, дизентерија и богиње. С обзиром на то да епидемиолошка служба унутар санитета готово и да није постојала, више војника је умрло од болести него што је погинуло у борби или подлегло ранама. Према проценама др Владана Ђорђевића, у борби је погинуло око 800 војника, од рана је у болницама умрло око 230, док је број умрлих од болести био око 1.700 (Станојевић, 1971б: 216).

3.3.3. Српско-бугарски рат (1885)

Након завршених ратова са Турском и проглашења за краљевину (1882), Србија је започела реорганизацију војног санитета. Главне новине представљали су оснивање пет војних болница и Војно-санитетског комитета са задатком да организационо, кадровски и материјално унапређује војни санитет. Улога СДЦК у реформи санитета се огледала у организовању курсева за болничаре и лекарске помоћнике у војним болницама. Од 1883. године СДЦК је у Нишкој војној болници организовао и курсеви за лекаре из резервног састава војске (ДЦККЈ, 1936: 98).

Српско-бугарски рат је започео 14. новембра 1885. године када је Србија војним путем покушала да спречи уједињење Кнежевине Бугарске и Источне Румелије. Мобилисано је око 40.000 војника, који су упућени на територију Бугарске. После две седмице рата у коме је српска војска поражена, уз посредовање великих сила, закључено је примирје. Мир је закључен марта 1886. године у Букурешту. Рат је донео знатне губитке обема странама, али није донео територијалне промене. Србија је имала 746 погинулих, 4.570 рањених и 640 несталих војника (Поповић, Ковачевић, Вулић, & Косијер, 1998: 44).

Српски војни санитет је дочекао рат у недовршеној реорганизацији, кадровски и материјално неспреман. Као и у претходна два рата против Турака, СДЦК је и у овом рату морало да помогне санитету. Одмах по избијању рата, СДЦК је путем Српских новина упутило апел српском становништву широм света да се придружи акцији сакупљања новчаних и материјалних средстава за помоћ ратним рањеницима (Српске новине, 1885).⁵

Збрињавање рањеника показало је велики недостатак болничког кадра, који се није могао надокнадити ни активношћу СДЦК, које је пре рата организовало курсеве за добровољне болничаре. На III Међународној конференцији Црвеног крста 1884. године, донета је одлука да национална друштва преузму дужност обучавања добровољних болничара. Поступајући у складу с том одлуком, СДЦК је 1. октобра 1885. године путем Српских новина, позвало на упис добровољне болничаре (Српске новине, 1885). Међутим, јавило се само 12 кандидата, а од њих су само три испуњавала тражене услове. Када је само месец и по дана касније у Београд пристигло

⁵ Слика насловне стране Српских новина налази се у одељку Прилози (прилог 2).

3.000 рањеника, услед недовољног капацитета болничарског кадра, позиције болничара резервних болница обављали су ђаци средње медицинске школе (ДЦККЈ, 1936: 99).

Српско друштво Црвеног крста, које је у то доба постојало свега девет година, војном санитету је пружио помоћ у виду куповине три санитарске колоне које су биле састављене од 45 санитарских кола за превоз рањеника и шест кола за превоз санитарског материјала. За потребе чувања ових кола, СДЦК је инвестирало и у изградњу зграде у Нишу. Друштвени дом у Београду био је преуређен у специјалну болницу, а још 19 резервних болница биле су снабдевене санитарским и хируршким материјалом из складишта СДЦК (Ђорђевић, 1927: 18).

Слика 4: Друга резервна болница Српског друштва Црвеног крста 1885. године у Београду (ДЦККЈ, 1936: 95)



3.3.4. Балкански ратови и епидемија колере (1912–1913)

Први балкански рат вођен је од октобра 1912. до маја 1913. године између Србије, Бугарске, Грчке и Црне Горе на једној страни и Турске на другој страни. Српска војска је у рат ушла припремљена, тако да су ратни дописници писали како може да се пореди са савременом европском војском (Недок, 2012). Што се војног санитета тиче, премда знатно оснажен у односу на претходни период, и даље није поседовао довољне капацитете за пружање хитне медицинске помоћи војницима на ратишту (Грмуша, 2015: 205). Наиме, у Србији

је и даље постојало неразумевање улоге и значаја војног санитета у очувању здравља војника током ратова. Тадашњи начелник војног санитета, пуковник др Лазар Генчић у оквиру својих предавања у Официрском дому је закључио: „Ми у ствари немамо војни санитет, већ једну малу групу грађанских лекара обучених у униформе санитетских официра” (Игњатовић, 2013: 15).

За мобилисану војску од 350.000 људи, војни санитет имао је на располагању свега 60 активних санитетских официра и 236 мобилисаних грађанских лекара. Овај број лекара није био довољан да се обезбеде лекари у пуковима, болничарским четима, пољским болницама и санитетским возовима. Уједно, студенти медицине нису позивани у војску, осим војних питомаца који су распоређивани по великим војним болницама у Београду и Нишу (Недок, 2012: 37). Кадровско стање војног санитета је сумирао министар војни у писму Српском друштву Црвеног крста од 29. новембра 1912. године, у коме је писао:

„У целој Србији има свега 390 лекара, а од ових је ратним распоредом одређено 296 за војиште тако да за позадину остаје свега 74 лекара. Како од овог броја мора да се одузму лекари који су у централној управи (6), лекари који су услед старости и болести сасвим неспособни (8) и лекари који су давно лекарски позив напустили (3), то за лекарску службу у целој позадини, у грађанству и у војсци, остаје свега 57, у овај број урачунато је и 16 женских лекара” (Игњатовић, 2013: 15).

Главни проблем војног санитета током ратних операција била је евакуација рањеника из зоне борбених дејстава услед недостатка и неадекватности санитетских возила. Једноосовинска батаљонска возила су била неподесна за брдско-планинске терене јер су се лако превртала, а двоосовинска дивизијска возила, набављена од СДЦК, била су превелика и нису могла да прате дивизијску колону. Иако је према правилницима санитетске службе предвиђено да се рањеници до пољске болнице или превијалишта превозе двоколицама са коњском вучом или великим двоосивинским рањеничким колима, услед наведених околности и услед чињенице да су квалитетни коњи и волови у највећој мери коришћени за вучу артиљеријских оруђа, често су рањеници транспортовани или на носилима или повратним транспортом (у повратку, колима којима је до јединица довожена муниција, храна и интендантска средства) (Тодоровић, &

Поповић, 2014). Неретко су у употреби била и обична сеоска кола са воловском запрегом, која су била реквирирана за потребе превоза рањеника (Петровић, 1930).

Организација збрињавања рањеника се заснивала на превијању рањеника на бојишту, извлачењу из зоне борбених дејстава и евакуацији у позадинске (резервне) болнице, које су се налазиле претежно у Београду. Како су се померала ратна дејства, осниване су и болнице ближе граници и новоослобођеним местима.⁶ До краја јануара 1913. године у Београду је збринуто око 7.000 рањеника. Истовремено, сталне и резервне болнице снабдеване су санитарским и болничким материјалом које је слало СДЦК (Поповић и сар., 1998: 62–63).

Светла тачка у евакуацији рањеника били су санитарски возови. Српска војска је користила три добро опремљена санитарска воза од којих је сваки могао да прими до 400 рањеника. Према речима др Милана Петровића (1925: 764), тадашњег командира Санитарског воза број 1, ни једна друга војска, ни савезничка, ни непријатељска, није имала својих нарочито уређених санитарских возова. Значај ових возова у евакуацији рањеника био је велики: сва три санитарска воза су превезла више од 11.000 рањеника, а сваки воз је прешао више од 40.000 километара. Такође, санитарски возови, вршећи службу транспорта рањеника, превозили су и заробљенике, а један од возова, превозио је и грчке рањенике између Скопља и Солуна (Петровић, 1992: 766).

Други велики проблем са којим се суочио војни санитар биле су инфективне болести. За суочавање са њима војни санитар није био спреман. Током прве деценије XX века, војни санитар је донекле обогатио свој састав школовањем младих лекара на европским универзитетима. Међутим, фокус њиховог школовања био је на хирургији, тако да се само неколицина лекара усавршавала на епидемиолошком пољу. У току рата, на сва три фронта на којима су се бориле јединице српске војске било је инфективних болести. Међу њима, прва се јавила дизентерија (срдобоља), па је у Прилепу почетком новембра 1912. године основана болница за инфективне болести. Током новембра 1912. године регистрован је пегави тифус код дела српских трупа у околини Једрена (Чеканац и сар., 2010: 215). Најинтензивнија епидемија била је епидемија колере, такође повезана са једренским бојиштем (Поповић и сар., 1998: 54).

⁶ Веће болнице су биле у Лесковцу, Врању, Пироту, Чачку, Ужицу и Прокупљу.

Непосредно пре избијања Првог балканског рата, епидемиолошка ситуација у европској Турској била је веома сложена и изразито неповољна за будуће ратујуће стране. Осим трбушног тифуса, маларије и пегавца, које су харале на просторима културно и економски заостале популације, највећу опасност представљала је пандемија колере. У периоду од јула 1910. до јануара 1911. године регистровано је преко 4.000 умрлих и на десетине хиљаде оболелих, да би се у летњим месецима 1911. године колера распламсала и однела преко 12.000 живота (Unat, 1995).

Борбена дејства од октобра 1912. године утицала су на стварање идеалних услова за колеричну епидемију услед наглог и масовног померања избеглог становништва и покрета трупа. То је нарочито било изражено у првим великим биткама на бугарском делу фронта на линији Адријанопољ – Кирк Килисе, где је након победе бугарских трупа стотине хиљада локалних становника и повлачећих турских трупа стављено у масовни покрет под очајним хигијенским условима (Hall, 2000). Консолидујући се после почетних пораза, Турци су успели да успоставе нову линију Чаталца – Једрене. Када је 4. новембра бугарски владар Фердинанд издао наређење за напад, у настојању да пробије линију и освоји Цариград, епидемија колере је по интензитету била на врхунцу међу турским трупама. Бугарски напад није успео, а судар са Турцима је, са једне стране проузроковао готово 1.500 погинулих, 1.400 несталих и 9.100 рањених, а са друге расејао колерични вибрион од кога је оболело 30.000 бугарских војника. Од колере код Једрена оболео је и део српских војника који су, као помоћ бугарским трупама у опсади, упућени крајем новембра 1912. године (Hall, 1989).

Прва прихватна станица за српске војнике који су се враћали са опсаде Једрена био је Пирот. Због тога је донета одлука да се у том граду направи центар за дезинфекцију војника, и да се рањеници задрже у резервним болницама. С обзиром на то да војска није имала средстава за такав центар, министарство војно се обратило за помоћ СДЦК. У фебруару 1913. године, СДЦК је у Пироту отворило Завод за дезинфекцију са великим купатилима, укупног капацитета од 400 људи дневно. Поред тога, СДЦК је за потребе изолације и лечења заражених обезбедило 10 тзв. Декерових барака са укупним капацитетом од 250 кревета. Деловањем Завода за дезинфекцију спречено је ширење колере у првим месецима 1913. године (Николић, 1998: 27).

Први Балкански рат је завршен закључивањем мировног уговора у Лондону 30. маја 1913. године. Ратни губици на српској страни су били: око 5.000 погинулих војника, преко 18.000 рањених, и преко 7.000 умрлих од рана и болести (Станојевић, 1971а:220).

Лондонски мировни уговор није решио територијалне спорове између сила победница у Првом балканском рату, што је био узрок новог рата. Други балкански рат почео је 30. јуна 1913. године када је Бугарска покушала силом да реши спорна територијална питања са Србијом и Грчком. Србији и Грчкој су се у рату против Бугарске убрзо придружиле Црна Гора, Румунија и Турска. Србија је мобилисала 372.000 војника, а највећа битка између српске и бугарске војске била је Брегалничка битка, вођена од 30. јуна до 9. јула 1913. Ратне операције у Другом балканском рату су обустављене 31. јула, а уговор о миру потписан је у Букурешту 10. августа 1913. године. Према подацима генерала др Симе Карановића, помоћника начелника санитета у Врховној команди, у Другом балканском рату погинуло је 9.000, умрло (највише од колере) око 5.000, а рањено 36.000 српских војника, подофицира и официра (Чеканац и сар., 2010).

Током Брегалничке битке, епидемија колере, која је постојала међу бугарским трупима још од новембра 1912. године, захватила је и српску војску. Завод за дезинфекцију у Пироту и Декерове бараке које је набавио СДЦК нису били довољни за суочавање са епидемијом, пошто српска војска није располагала другим модерним епидемиолошким средствима, а нису употребљене ни вакцине, које су раније искоришћене у грчкој војсци.⁷ До трагичних последица довела је и „стручна забуна” до је које дошло пре рата против Бугарске. Та забуна се огледала у чињеници да српски војни санитар пре рата није хтео да искористи серум за лечење колере. Наиме, шеф Бечког серолошког института др Палатауф је српском санитету пре рата испоручио серум за лечење колере. Међутим, у српском санитету серум нису сматрали потребним, па су га вратили у Беч. Тако је санитар био без серума када је постао потребан током Брегалничке битке. Напредовању епидемије је допринело и то што није било адекватне изолације заражених војника и рањеника од осталих рањеника. Специјалних болница за колеричне није било, а српски

⁷ Грчка Врховна команда, сазнавши да у турским и бугарским трупима влада епидемија колере, одмах је предузела набавку вакцине против колере и њоме вакцинисала своје војнике и тако их спасила од епидемије, која је на Брегалници десетковала српске и бугарске редове.

санитет није располагао специјализованим превозним средствима за изолацију колеричних (Поповић и сар., 1998: 58–60). Коначни биланс епидемије колере у српској војсци је 15.000 оболелих, од чега је умрло око 5.000 (Станојевић, 1958: 411).

Суочене са недовољним капацитетом лекарског кадра у оба рата, државне власти су се путем СДЦК обратиле за помоћ МКЦК у Женеви, што је покренуло долазак страних мисија. Поред тога, било је много лекара добровољаца који су, што због хуманих мотива, што због намере да обогате властито искуство, похрлили у Србију одмах по избијању Балканских ратова. Премда коначан број страних мисија, појединачних лекара и медицинског особља није познат, на основу прикупљене литературе може се констатовати да је једну трећину лекара финансирало СДЦК, једну трећину њихова национална друштва, а трећина је дошла о сопственом трошку. Током 1913. године у Србији је радила 21 мисија Црвеног крста, са укупно 85 лекара: по три мисије имали су швајцарски, белгијски, дански, норвешки, шведски и холандски Црвени крст, по две мисије имали су руски и амерички Црвени крст, а по једну енглески и шкотски Црвени крст (Игњатовић, 2013: 19).

Међу првима у Србију су пристигле мисије руског Црвеног крста. Московска мисија (др Софатеров, др Сервиков, др Александров и други) је дошла у Београд, а мисија кнегиње Јелене Петровне Романове у Врање. Прва мисија швајцарског Црвеног крста, коју су чинили хирурзи клинике у Базелу (проф. др Фишер, др Социн и др Штирлин) првобитно је радила у зони борбених дејстава, а потом је обишла све болнице од Ниша до Куманова. Друга швајцарска мисија радила је у болници у Краљеву, док је трећа швајцарска мисија са читавом болницом радила у Нишу (Игњатовић, 2013: 20–21).

Поред примера помоћи страних друштава Црвеног крста, постоји и пример италијанског друштва које је одбило да помогне. Када се 12. новембра 1912. године указала потреба за оснивањем резервне болнице у Драчу, СДЦК је затражило помоћ од италијанског Црвеног крста да, услед његове близине, оснује ту болницу. Иако би све трошкове болнице СДЦК надокнадило, италијанско друштво није пружило тражену помоћ. И поред тога, СДЦК је само основало болницу у Драчу у којој је лечило ратне рањенике и болеснике.

3.3.5. Први светски рат (1914–1918) и епидемија тифуса у Србији (1914–1918)

Исцрпљена претходним напорима у Балканским ратовима, српска држава и војска свакако нису прижељкивали избијање рата са Аустро-Угарском, и адекватна припрема за одбрану од агресора је представљала огроман напор (Митровић, 2004). Ратни терет који је задесио Србију огледао се у чињеници да је Србија нападнута од надмоћније војне силе, да је српско ратиште просторно било одвојено од савезничких што је отежавало помоћ, и да су резерве српске ратне опреме биле готово исцрпљене у претходна два рата. На почетку рата, оперативна војска Краљевине Србије имала је око 500.000 војника (Поповић и сар., 1998: 64).

Српски војни санитет ушао је у рат са скромним људским ресурсима који нису били довољни за толику војску: 409 лекара, 190 апотекара и 90 ветеринара. На располагању је било 25 хирурга, од чега је шест било на водећим положајима врховне команде, док су остали били у дивизијским болницама или болницама других јединица. Такође, било је и осам страних хирурга и један број лекара на специјализацији из хирургије, већином из иностранства. Са друге стране, Србија је имала само 12 стручњака за епидемиологију – бактериолога. Од тог броја, било је 10 српских бактериолога, од којих су само двојица радила свој посао у Пастеровом заводу у Нишу. Србија је на почетку рата имала девет сталних војних болница и 58 резервних, наменских болница за збрињавање рањеника, са укупним капацитетом од 50.000 кревета (Јовановић-Симић, 2015).

Непосредно пред почетак рата у јулу 1914. године управа и главни магацин СДЦК су премештени у Ниш, одакле је организована помоћ војном санитету. У првим месецима рата, деловање СДЦК је обухватило: 1) снабдевање постојећих болница санитетским материјалом; 2) оснивање и одржавање 13 резервних болница; 3) опремање свих седам санитетских возова; и 4) збрињавање неколико десетина хиљада рањеника и болесника (ДЦККЈ, 1936: 105).

Огроман број рањеника, као и њихов лош смештај на самом почетку рата узроковао је идеалне услове за појаву инфективних болести, као што су рекуренс и пегави тифус. Први спорадични случајеви тифуса забележени су већ у октобру 1914. године када је рекуренс владао у већим размерама, а права епидемија пегавог тифуса развила се по завршетку српске контраофанзиве на Суворору и Колубари у децембру 1914. године. Непосредно пре Првог светског

рата пегавог тифуса у Србији није било, а сматра се да су га донели заробљени војници који су потицали из делова Аустро-Угарске, где је пегавец био ендемски присутан. Путевима транспорта рањених војника и заробљеника размилеле су се беле ваши, преносилац пегавог тифуса. У пренатрпаним болницама је било преко 50.000 рањених и болесних. Међу 60.000 заробљених непријатељских војника било је око 3.000 заражених. Заједно су евакуисани војници, заробљеници, цивили, здрави и болесни. Када се томе дода лоша лична и колективна хигијена, избијање епидемије је било само питање времена. Евакуацијом рањеника у друге болнице епидемија се ширила на све стране услед непрестаног контакта са зараженим рањеницима (Јовановић-Симић, 2015).

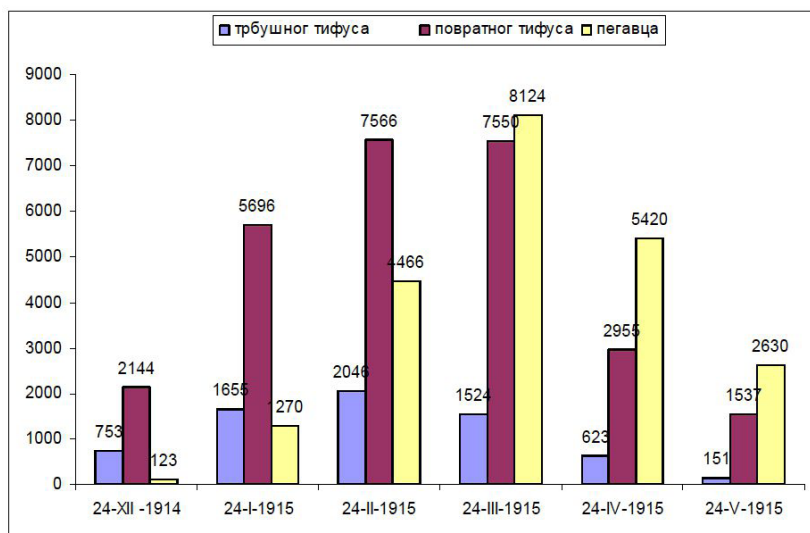
Борбом против епидемије тифуса управљао је међународни одбор за сузбијање инфективних болести основан у Нишу, састављен од представника српског војног санитета и свих страних мисија које су посредством СДЦК дошле у Србију. На позив СДЦК који је упућен током августа, одазвало се неколико националних друштава Црвеног крста из савезничких и неутралних држава. Руски Црвени крст је послао четири мисије са 16 лекара, 60 милосрдних сестара и 30 болничара, док је грчки Црвени крст послао санитетски и болнички прибор за 100 кревета. Амерички Црвени крст је послао три мисије: др Рајана и др Бутлера са 12 лекара и 23 сестре, др Стронга, стручњака за тропске болести, ради сузбијања инфективних болести и приватну мисију Џона Фронтингана са три лекара и пет других лица. Америчка мисија Црвеног крста дошла је у Београд средином октобра 1914. године, и са три хирурга и 12 медицинских сестара сачекала бомбардовање града са 600 рањеника у војној болници. Када се епидемија тифуса почела ширити, најзначајнија помоћ пристигла је из Велике Британије у виду 16 мисија са 77 лекара, 38 болничара, 65 милосрдних сестара и 250 лица која су била задужена за административне послове. Група лекара која је стигла из Британије у јануару 1915. године, донела је са собом материјал неопходан за депедикулацију. Енглески лекар, др Стамерс, који је већ имао искуства у лечењу пегавца, у настојању да створи довољно средстава за брзо чишћење војника и народа од вашака, од празних дрвених буради и казана импровизовао је депедикулациони апарат, који је потом назван *српско буре* (Јовановић-Симић, 2015).

У циљу заустављања епидемије, предузета су два кључна корака: 1) заустављен је целокупни саобраћај у Србији ради

спречавања даљег мешања болесних и здравих; и 2) спроведена је масовна дезинфекција и депедикулација људи, одеће, постељине, санитарских возова и свих простора у којима су боравили болесници. У исто време француски стручњаци за инфективне болести су вакцинисали становништво против тифуса и колере. Епидемија тифуса савладана је у мају 1915. године (Јовановић-Симић, 2015).

Премда потпуних статистичких података о броју оболелих и умрлих од пегавца у овом периоду нема, према проценама тадашњег начелника војног санитета др Симе Карановића, у војсци је од пегавца умрло око 35.000 војника, док се број умрлих у народу кретао око 150.000 (Чеканац и сар., 2010). Поређења ради, у Церској бици је погинуло око 3.000, а у Колубарској бици око 22.000 српских војника (Јовановић-Симић, 2015).

Графикон 2: Број губитака у војсци према забелешкама генерала др Симе Карановића (Чеканац и сар., 2010: 242)



У првој ратној години СДЦК је пружио велику материјалну помоћ српском војном санитету, која се огледала у оснивању 13 резервних болница, снабдевању хируршким инструментима и покретним апаратима за дезинфекцију, набавци рендген-апарата за потребе резервне болнице у Нишу, опремању свих седам железничких возова целокупним постељним прибором, као и збрињавању неколико десетина хиљада рањеника и болесника (ДЦККЈ, 1936: 105).

Пред почетак друге офанзиве против Србије, СДЦК је у септембру 1915. године започело евакуацију магацина и благајне из Ниша у Крушевац како не би пали у руке непријатеља, пошто се очекивао и напад из Бугарске. У Крушевцу се у октобру 1915. године главни одбор СДЦК поделио на два дела. Први, на челу са др Марком Леком, остао је да заштити друштвену имовину и покуша да настави рад СДЦК у Србији, рачунајући на заштиту коју је Женевска конвенција из 1906. године пружала националним друштвима Црвеног крста. Други део је наставио да се повлачи из Србије преко Црне Горе и Албаније (ДЦККЈ, 1936: 105). При повлачењу, због болести, фактички председник СДЦК др Војислав Суботић остао је у Патријаршији у Пећи.⁸ Ту се догодио још један случај, јединствен у дотадашњој историји Црвеног крста – председник једног националног друштва Црвеног крста, др Суботић, постао је ратни заробљеник, пошто су га тако третирали аустроугарске трупе (СДЦК, 1922: 671).

Рад СДЦК у аустроугарској окупационој зони био је готово немогућ будући да окупатор није дозволио самостални рад СДЦК, истовремено присвојивши његову имовину (Грмуша & Младеновић, 2016: 201). Премда су чланови главног одбора СДЦК у априлу 1916. године упутили молбу окупационом гувернману да омогући аутономију СДЦК у складу са Женевском конвенцијом, то није учињено. Гувернман је у свом одговору од 1. маја 1916. године истакао: 1) да ће се „бивше СДЦК до законског регулисања прилика” звати Друштво Црвеног крижа у Генерал-гувернману Србије; 2) да ће целокупан санитарски материјал СДЦК бити под управом санитарског одељења гувернмана у Србији; 3) да ће писмени саобраћај Друштва обављати искључиво на немачком језику и само преко окупационе управе. Многи чланови Главног одбора СДЦК су стављени под полицијски надзор, а од 10. октобра 1916. године Друштво је било потчињено Црвеном крсту у Бечу (СДЦК, 1922: 671–676).

У бугарској окупационој зони, стање је било још теже. Непосредно пре напуштања Ниша у септембру 1915. године, др Суботић је оставио писмо бугарском Црвеном крсту у којем је затражио поштовање принципа Женевске конвенције и заштиту

⁸ Војислав Суботић је био потпредседник СДЦК, али пошто је председник, др Милош Борисављевић, обављао дужност начелника санитета Друге армије, Суботић је фактички обављао функцију председника СДЦК.

имовине и права кадрова СДЦК. У писму је назначено и да се магацин СДЦК ставља на располагање како за српске, тако и за бугарске рањенике и болеснике. Упркос томе, бугарско друштво Црвеног крста је целокупан санитарски и болнички прибор из магацина СДЦК пренело у своје магацине у Бугарској. Истовремено, архива СДЦК је у великој мери оштећена (ДЦККЈ, 1936: 111). Рад СДЦК у бугарској окупационој зони је био забрањен, а председници одбора у Скопљу (митрополит Вићентије), Алексинцу (прота Аврам Миловановић), Књажевцу (прота Лазар Петровић) и Лесковцу (прота Комненовић) су убијени (СДЦК, 1922: 678). Бугарски ЦК, иако формално хуманитарна организација, уместо да ради поштујући принципе Међународног покрета Црвеног крста, поступао је као инструмент окупационе управе (Грмуша & Младеновић, 2016: 204).

Други део СДЦК, након повлачења из Србије преко Црне Горе и Албаније, деловао је у избеглиштву – у Женеви од марта, и на Крфу од маја 1916. године. Рад СДЦК у избеглиштву је био усмерен у три правца: 1) добијање признања од непријатељских држава; 2) успостављање комуникације са отаџбином, и слање помоћи становништву; и 3) слање помоћи за готово 200.000 српских ратних заробљеника и интернираних цивила у логорима непријатељских држава. Међународни комитет Црвеног крста признао је рад СДЦК на Крфу, као и његов Извештајни биро у Женеви. Чланови главног одбора СДЦК, Јеврем Жујовић и Ђорђе Радојловић, су преко Италије у јануару 1916. године стигли у Женеву, са задатком да организују прикупљање санитарског материјала и слање помоћи у Србију. Уз подршку МКЦК, Жујовић и Радојловић су у марту 1916. године основали и Извештајни биро СДЦК у циљу прикупљања података о српским заробљеницима (СДЦК, 1922: 698–701). Са друге стране, део главног одбора СДЦК, предвођен др Борисављевићем, отпочео је свој рад на Крфу 1. маја 1916. године (СДЦК, 1922: 688).

По оснивању свог Извештајног бироа у Женеви, СДЦК је слало писма националним друштвима Црвеног крста у непријатељским државама и тражило спискове заробљеника. Бугарски црвени крст није признавао СДЦК и одбијао је да даје информације, са образложењем да не даје информације о становницима „бивше Србије” који су постали бугарски поданици и према којима се поступа у складу са бугарским законима. Аустријски Црвени крст је одбијање образложио тиме да Црвени крст у Србији има седиште у Београду и да тамо ради „под заштитом Царско-краљевског гувернмана”,

ослањајући се на филијалу аустријског Црвеног крста. Тек након више уложених протеста Извештајног бироа и интервенције МКЦК, друштва Црвеног крста из Аустрије и Бугарске су пристала да воде преписку са СДЦК, али само посредством МКЦК. Тек у октобру у новембру 1917. године, бугарско и аустријско друштво су признали рад СДЦК, мада је до самог краја рата било великих тешкоћа да се од тих друштава добију информације о стању српских заробљених војника и интернираних цивила (СДЦК, 1922: 688–691).

Огранак СДЦК на Крфу је своју делатност усмерио на прикупљање прилога у новцу, одећи, болничком и санитетском материјалу и лековима, како за српске војнике на Солунском фронту и рањенике на лечењу у Француској и Северној Африци, тако и за интерниране грађане у непријатељским државама (Стојић & Колаковић, 2015: 82). За потребе прикупљања помоћи СДЦК је организовао посебне одборе у савезничким и неутралним државама, пре свега у Великој Британији, Италији, Јапану, Француској и САД (ДЦККЈ, 1936: 110).

Извештајни биро у Женеви своју делатност је усмерио на три поља: 1) слање новца и пошиљки за становништво у окупираној Србији; 2) прикупљање и дистрибуцију помоћи од појединаца и установа из иностранства; и 3) посредовање у слању државне помоћи заробљеним и интернираним српским војницима и цивилима. Слање новца у Србију, СДЦК је организовао преко бечке банке Банкферајн, која је имала експозитуру у Београду. Од маја 1916. до октобра 1917. године, српска Влада са Крфа је преко Извештајног бироа СДЦК послала новчана средства на име чиновничких плата и пензија, удовичких пензија и помоћи грађанима у износу од 10,5 милиона швајцарских и 8,5 милиона француских франака. У току рада Извештајног бироа, од пријатељских организација и појединаца је прикупљено и становништву Србије дистрибуирано неколико милиона франака помоћи. Упоредо са настојањем да обезбеди признање од непријатељских држава, Извештајни биро је преко посебног комитета из Берна и холандског посланства у Софији организовало слање помоћи за српске ратне заробљенике и интерниране цивиле у непријатељским државама. За време посредовања Извештајног бироа, од октобра 1916. до септембра 1917. године, послао је преко два милиона франака помоћи (ДЦККЈ, 1936: 114–117).

Све време рада у избеглиштву, посебно у периоду пре добијања признања од бугарског и аустријског Црвеног крста, СДЦК је одржавало везу са остацима у окупираној Србији. Приватна писма, огласи у новинама и преписка посредством дипломатских мисија неутралних држава су више од годину дана били једини извори информација из окупиране Србије. Чланови СДЦК из општинских одбора у Београду, Шапцу, Крагујевцу и Крушевцу, упркос забранама и надзору окупатора, успевали су да доставе информације Информационом бироу у Женеви. Ови одбори су чинили главну мрежу за дистрибуцију помоћи СДЦК у окупираној Србији (СДЦК, 1922: 719). На тај начин, према речима др Владана Ђорђевића (1927: 80), Црвени крст је био једина српска институција у окупираној Србији.

Рад СДЦК у периоду од окупације до ослобођења Србије сумиран је на крају извештаја са последње седнице Главног одбора, која је одржана 25. децембра 1921. године. На крају извештаја је писало:

„Историја не познаје ничега сличнога ономе што се десило Српском црвеном крсту 1915-1918 године. Он је био не само роб, већ и изгнаник. И као роб и као изгнаник Српски црвени крст није изгубио присуство духа, већ је радио у корист и на добро српске војске и српског народа, био је и остао увек доследан човекољубљу и свима прописима Женевске конвенције” (ДЦККЈ, 1936: 125).

4. ДРУШТВО ЦРВЕНОГ КРСТА КРАЉЕВИНЕ СХС И ЈУГОСЛАВИЈЕ

Одлуком Скупштине, одржане 25. децембра 1921. године, Српско друштво Црвеног крста је променило назив у Друштво Црвеног крста Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца. Делокруг Друштва је проширен на целу територију Краљевине СХС, и изабрано је ново руководство друштва (ДЦККЈ, 1936: 206).

Друштво Црвеног крста Краљевине СХС наследило је од СДЦК имовину која је обухватала: 1) нудиљску школу; 2) два санаторијума за ратне инвалиде и болеснике у Врњцима и Бањи Ковиљачи; 3) велике количине санитетског материјала преосталог из рата; и 4) прилоге страних друштава Црвеног крста. Законске олакшице и права СДЦК пренете су на Друштво Црвеног крста Краљевине СХС. На последњој седници, приликом предаје дужности новој управи, последњи председник СДЦК, др Милош Борисављевић, опростио се речима:

„Наш стари Одбор је написао нацрт нових правила Црвеног крста за целу Краљевину Срба, Хрвата и Словенаца. У њима је, као што ћете видети, проширен рад Црвеног крста у миру по угледу других културних држава и с погледом на наше прилике. Осим тога, ми вам остављамо санитетског материјала и доста јак капитал, сакупљен од наших пријатеља за време светског рата, са којим нови одбор може развити своју активност, нарочито на поправци народног здравља и активност у борби противу народних болести: туберкулозе, сифилиса, маларије, а највећма против народног незнања најосновнијих принципа о чувању здравља, о хигијени” (ДЦККЈ, 1936: 210).

Ново друштво Црвеног крста добило је и нова правила како би се његова организација и деловање ускладили са државним уређењем и потребама Краљевине СХС и Југославије. Друштво је значајно проширило опсег деловања у односу на СДЦК. Општа делатност се заснивала на проширењу мирнодопског програма у складу са смерницама Лиге друштава Црвеног крста, као и деловањем на здравствено-образовном пољу. Епидемиолошка делатност се базирала на примени мера превенције и борбе против најтеже инфективне болести у краљевини СХС и Југославији – туберкулозе.

4.1. Организација Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије

Правила Друштва Црвеног крста Краљевине СХС, усвојена 1921. године, знатно се разликују од ранијих правила СДЦК, и по програму рада и по начину организације. У складу са програмом Лиге друштава Црвеног крста, основане 1919. године, мирнодопски програм је знатно проширен, при чему је главно поље деловања било здравство. На основу члана 4. Правила, дефинисани задаци Друштва у миру били су: 1) припрема за извршење задатака у рату; 2) оснивање и издржавање санитарских и хуманитарних установа и припрема особља за рад у њима; 3) сарадња са државним органима у борби против инфективних болести и алкохолизма; и 4) здравствено просвећивање становништва. Задаци Друштва за време рата подразумевали су подршку војном санитару, учешћем у: 1) лечењу рањеника, болесника и заробљеника; 2) набављању санитарског и апотекарског материјала; 3) ангажовању санитарског и другог помоћног особља; 4) пружању прве помоћи и евакуацији болесника и рањеника; и 5) отварању установа за лечење рањеника и болесника и њиховом издржавању из сопствених средстава. Такође, Друштво је било дефинисано као једини представник приватне помоћи за време рата (ДЦККЈ, 1936: 225–228).

Након проглашења Краљевине Југославије 1929. године, а на инсистирање краља Александра I, Друштво је променило назив у Друштво Црвеног крста Краљевине Југославије. Правила Друштва су измењена 1929. године по угледу на правила белгијског друштва Црвеног крста. Нови закон о повластицама Друштва усвојен је 1933. године. Новим правилима, додатно су уређени задаци у време рата и мира, а организација Друштва је учвршћена и усмерена ка проширивању чланства. Друштво се обавезало да ће бити активно и на осталим задацима које Лига друштава Црвеног крста одреди као део програма рада националних друштава ради остварења заједничких хуманитарних циљева. Законом из 1933. године: 1) јасно су формулисани задаци, права и привилегије Друштва у складу са међународним конвенцијама; 2) омогућено је оснивање одбора Друштва по општинама; 3) обезбеђена је сарадња главног и бановинских одбора Друштва са појединим министарствима; и 4) Друштву су дате потребне повластице и омогућени већи приходи (ДЦККЈ, 1936: 229–231).

На основу правила из 1929. и закона из 1933. године, Друштво је имало пет група чланова: 1) осниваче; 2) почасне чланове; 3) добротворе; 4) велике добротворе; и 5) редовне чланове. Управу Друштва чинили су следећи органи: 1) Главни одбор са седиштем у Београду; 2) одбори у бановинама; 3) срески одбори, 4) општински одбори; и 5) школски одбори подмлатка Црвеног крста. Територијална организација Друштва се поклапала са државном административном поделом. Главни одбор је представљао највиши управни орган Друштва и њему су били потчињени сви одбори, заводи и установе Друштва. Председник главног одбора уједно је био и председник Друштва кога је именовао и разрешавао Краљ на предлог председника владе. У Главном одбору, налазили су се и представници владе, док су се у бановинским одборима налазили представници војске и бановинских управа (ДЦККЈ, 1936: 227).

Слика 5: Организациона структура Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије (ДЦККЈ, 1936: 228)



Приходи Друштва су се састојали од: 1) друштвене имовине, легата и завештања; 2) улога чланова Друштва и подмлатка; 3) помоћи и дотација државе, бановина и општина; и 4) такси и добровољних

прилога наплаћених за време Недеље Црвеног крста.⁹ Приходи од друштвене имовине, легата, завештања и књига припадали су одбору који их оствари, а приходи од улога чланова су распоређивани у фондове Друштва (ДЦККЈ, 1936: 245).

4.2. Општа здравствена делатност Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије

Делујући у складу са смерницама Лиге друштава Црвеног крста после Првог светског рата, Друштво је своје активности заснивало на очувању здравља и здравствено-хигијенском просвећивању становништва. Друштво је своју делатност усклађивало са напорима државе да унапреди ниво јавног здравља након Првог светског рата. У циљу унапређења здравља, 1919. године је основано посебно Министарство народног здравља. Посебну важност у оквиру овог министарства имао је стручни саветодавни орган – Стална епидемијска комисија, којом је председавао др Милан Јовановић Батут. Систем здравствене заштите је реорганизован 1929. године, тако што је дошло до спајања ресора народног здравља и социјалне политике у једно министарство, а здравствена служба је организована у складу са административном поделом државе на бановине (Павловић, 2007: 48–49). Имајући то у виду, Друштво је значајно проширило мирнодопски програм који је обухватио деловање у циљу подршке државним здравственим и социјалним службама, као и здравствено-образовну делатност.

4.2.1. Проширење мирнодопског програма после Првог светског рата

Непосредно после рата, Друштво је пред собом имало обимне задатке. Прво, било је потребно лечити и хранити хиљаде ратних сирочади. Друго, било је потребно помоћи у лечењу и сузбијању епидемија инфективних болести. Огромне ратне жртве цивилног становништва, масован губитак лекара као и другог образованог становништва значајно су отежавали функционисање кључних

⁹ Једна цела недеља у години била је посвећена промоцији идеје Црвеног крста, прикупљању чланова и убирању прихода од приредаба и добровољних прилога на територији читаве државе. По Закону из 1933. године 38,5% од ових прихода припадало је одборима у месту, 11,5% бановским одборима и 50% Главном одбору.

полуга друштва. Како је и Европа била разорена ратом, није се могло рачунати на помоћ са стране (ДЦККЈ, 1936: 211).

До Првог светског рата, примарни задатак Друштва за време мира састојао се у спремању материјала и кадрова за лечење и негу рањеника и болесника, као и ратних заробљеника. Међутим, последице које је за собом оставио рат, наметнуле су Друштву нове дужности: 1) пружање основних видова помоћи социјално најугроженијим категоријама становништва; 2) унапређење здравства и здравствено-хигијенско просвећивање становништва; и 3) указивање помоћи настрадалима од елементарних непогода које су задесиле државу (поплаве од 1921. до 1927. године, суше, земљотреси).

4.2.2. Здравствено-образовна делатност

Као члан Лиге друштава Црвеног крста, Друштво Црвеног крста Краљевине СХС усвојило је њен мирнодопски програм, у којем је најважније место заузимао рад на унапређењу здравља становништва. У складу са тим, потребе и интереси не само Друштва, већ и државе, захтевали су да се и у Краљевини СХС што пре реши питање школовања нудиљског кадра.¹⁰ Допринос Друштва у овом погледу, огледао се у оснивању школа за нудиље у Београду и Ваљеву.

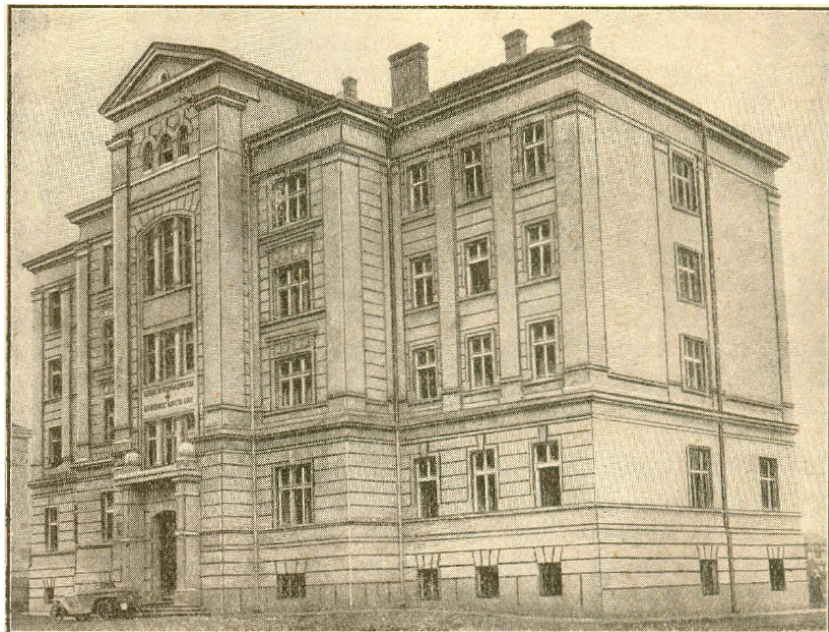
Школа за нудиље Црвеног крста у Београду 1921. године основана је у сарадњи са мисијом америчког Црвеног крста коју је предводио др Ридер. Америчка мисија је у то време развијала делатност у Краљевини СХС у три правца: 1) брига о ратној сирочади; 2) унапређење здравља становништва оснивањем здравствених задруга; и 3) школовање стручних нудиља. У децембру 1920. године, др Милош Борисављевић, тадашњи председник СДЦК, предложио је да се оснује школа за нудиље у Београду. Београдска општина бесплатно је уступила земљиште у комплексу одређеном за болничке зграде, па је 18. октобра 1921. године у Делиградској улици ударен темељ, а 6. маја 1923. године свечано је отворена зграда Школе за нудиље.¹¹ Изградња школе омогућена је финансијским средствима Друштва, Министарства народног здравља и мисије др Ридера.

¹⁰ Нудиље су медицинске сестре које помажу лекарима у нези болесника. Нудиљски покрет зачет је у Америци, одакле се убрзо раширио по читавом свету.

¹¹ Школа за нудиље друштва Црвеног крста у Београду је интегрисана у државни систем образовања 1938. године, и претеча је данашње средње медицинске школе под називом Медицинска школа „Београд”.

Такође, за школу је показала велико интересовање и Краљица Марија, која је давала редовну годишњу помоћ (ДЦККЈ, 1936: 292–293).

Слика 6: Школа за нудиље у Београду (ДЦККЈ, 1936: 293)



Другу школу за нудиље, основала је у Ваљеву 1921. године мисија др Ридера. Када је 1922. године мисија напустила Краљевину СХС, школу је преузело Друштво Црвеног крста. Главни задаци школе били су школовање нудиља и организовање активности у циљу здравственог просвећивања становништва. Иако су ученице, које су завршиле ову школу, својом спремом и радом одговарале одређеним дужностима, није постојала могућност да им се осигура запослење, с обзиром на законске квалификације за помоћно санитарско особље. Због тога је број кандидаткиња почео да опада, па је школа затворена крајем 1929. године (ДЦККЈ, 1936: 296).

За школовање сестара нудиља, поред ових школа, постојале су и државне нудиљске школе истог ранга у Љубљани, Загребу и Скопљу. Такође, нудиље, које су завршиле школу Друштва Црвеног крста, су у садејству са лекарима организовале и водиле течајеве за добровољне болничаре почев од 1935. године (ДЦККЈ, 1936: 303–308).

У оквиру здравствено-образовне делатности, одбори Друштва организовали су и посебне вежбе и течајеве за: 1) борбу против

туберкулозе; 2) сузбијање претеране употребе алкохолних пића; 3) негу одојчади; 4) санитарску службу заштите од напада из ваздуха; и 5) допунску обуку добровољних болничарки (ДЦККЈ, 1936: 324).

4.3. Епидемиолошка делатност Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије

Епидемиолошка делатност Друштва се базирала на примени мера превенције и сузбијања туберкулозе. Борби против туберкулозе у оквиру националних друштава Црвеног крста пажња је била посвећена и пре оснивања Лиге друштава Црвеног крста и усвајања њеног мирнодопског програма. Још на VIII конференцији националних друштава Црвеног крста, одржаној у Лондону 1907. године, донета је одлука да Црвени крст у време мира треба да ради на сузбијању туберкулозе. Сходно томе, СДЦК је 1908. године почело да разматра мере превенције и сузбијања туберкулозе (ДЦККЈ, 1936, 319). Како су након Првог светског рата здравствена питања представљала главни део мирнодопског програма Друштва, туберкулоза је избила на прво место, услед броја њених жртава и сложености начина и средстава за сузбијање. Према подацима којима су располагали савременици, о размерама распрострањености туберкулозе у Краљевини СХС говоре подаци да је годишњи број оболелих достигао и до 800.000, од чега је умирало и до 50.000. Посебно тешко стање било је у Београду, у коме је сваки трећи смртни случај био изазван туберкулозом. Што се структуре оболелих тиче, деца су најчешће страдала од туберкулозног запаљења мозга, млади од шкрофулозе и туберкулозе костију, а становништво зрелог доба највише од плућне туберкулозе (Јоксимовић, 1926; Петровић, 2008; Чалић, 2013).

У борби против туберкулозе, Друштво је блиско сарађивало са државним институцијама за унапређење хигијене и превенције и сузбијања инфективних болести. Главну државну хигијенско-епидемиолошку институцију представљао је Централни хигијенски завод у Београду. Централном заводу било је подређено 10 бановинских хигијенских завода у чијој надлежности су били унапређење личне и друштвене хигијене и сузбијање инфективних болести на територији бановине. Мрежа здравствене заштите Краљевине Југославије није имала довољно капацитета за борбу против инфективних болести, а посебно туберкулозе. У периоду када су капацитети били највећи, 1939. године, Југославија је располагала

са 169 општинских болница капацитета 23.500 кревета, две клиничке болнице са око 1.500 кревета и 46 приватних санаторијума са око 1.200 кревета. Конкретно, у епидемиолошкој области, Југославија је располагала са 10 хигијенских завода и 43 антитуберкулозна диспанзера (Павловић, 2007: 48–49).

Прва активност, коју је Друштво предузело у погледу борбе против туберкулозе, била је подршка за лечење оболелих од туберкулозе, посебно у војсци. У том циљу, Друштво је заједно са Министарством народног здравља током 1920. године започело преговоре са Лигом друштава Црвеног крста о куповини једног санаторијума у Швајцарској. Међутим, њихова намера није била остварена услед недостатка новца (ДЦККЈ, 1936: 319). Недостатак новца спречио је остварење и каснијих планова о оснивању санаторијума на Авали, Златибору и Руднику. Због тога се рад Друштва у борби против туберкулозе фокусирао на појединачно помагање оболелим војницима од туберкулозе.¹² Највећи допринос на том пољу, Друштво је дало кроз „Фонд Блаженопочившег Витешког Краља Александра I Ујединитеља”, који је основан 1935. године за потребе лечења сиромашних војника који су отпуштени из војске због туберкулозе. Фонд је имао почетни капитал од 300.000 динара, који је прикупљен из прилога одбора Друштва и појединаца. Главни одбор је сваке године Министарству војске и морнарице из Фонда слао одговарајући број легитимација са вредношћу од 100 динара, које су дељене оболелим војницима од туберкулозе. На основу ових легитимација, војници, који су отпуштени из војске због туберкулозе, имали су право на набавку лекова у свакој апотеци у означеној вредности. Такође, легитимације су омогућавале туберкулозним војницима да се лече бесплатно код лекара који су били чланови Друштва (ДЦККЈ, 1936: 324).

Друга активност, коју је Друштво спроводило у борби против туберкулозе, подразумевала је информисање становништва о начинима превенције и сузбијања туберкулозе. Друштво је редовно у свом Гласнику објављивало чланке са смерницама за изолацију, негу и лечење оболелих. Са друге стране, Друштво је штампало и становништву бесплатно делило посебне брошуре посвећене мерама превенције и сузбијања туберкулозе (ДЦККЈ, 1936: 321).

¹² Тако је, примера ради, Друштво 1921. године утрошило 20.000 швајцарских франака за лечење оболелих војника у Швајцарској, а 1922. године око 100.000 динара за лечење на домаћем тлу.

5. ЦРВЕНИ КРСТ У СРБИЈИ ТОКОМ ДРУГОГ СВЕТСКОГ РАТА

Након отпочињања Другог светског рата, а посебно током 1940. године, појачане су припреме Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије за деловање у време рата. У том циљу у фебруару 1940. године је усвојена Уредба о раду Друштва Црвеног крста у рату. Према члану 9. Уредбе, Министар војске и морнарице је одређивао које ће се резервне болнице сматрати болницама Друштва Црвеног крста. Резервне болнице су биле потчињене војном санитету надлежне територијалне команде. Сем тога, Министар војске и морнарице је одређивао потребан број лекара, апотекара и другог помоћног санитетског особља за санитетску службу у рату при главном, београдском и бановинским одборима, као и при санитетским складиштима Друштва (Уредба о раду и пословању Друштва Црвеног крста у рату, 1940).

На основу Уредбе, у мају 1940. године је издато и Упутство за поступак у случају рата и евентуалне евакуације. Међутим, како је пламен рата захватио Краљевину Југославију изненада и великим интензитетом, све припреме су биле узалудне. При бомбардовању Београда 6. априла 1941. године штету је претрпела и зграда Црвеног крста у Симиној улици. Председништво Друштва се евакуисало преко Врњачке бање за Сарајево, а у Београду је остала секција Главног одбора.

Након војничког слома Краљевине Југославије у априлу 1941. године, њену територију су распарчали и поделили Немачка, Италија, Бугарска и Мађарска. Део територије подељене Југославије, који је ушао у састав Србије стављен је под немачку окупациону власт, уз постојање квислиншке управе. Прву квислиншку управу чинила је тзв. Комесарска влада Милана Аћимовића, а од септембра 1941. до октобра 1944. године квислиншка управа је била оличена у тзв. Влади народног спаса Милана Недића. Са друге стране, краљ и део државне администрације који је избегао из земље формирали су владу у избеглиштву која није признавала окупацију и територијалну поделу Југославије. Међутим, владе Краљевине Југославије у годинама Другог светског рата нису биле нуклеус државне власти јер је то било немогуће, а влада није могла да спроводи свој основни задатак – да утврђује и води унутрашњу политику (Николић, 2008: 7).

Друштво Црвеног крста је поделило судбину своје државе. Један део чланства Друштва који је остао у земљи, а није пристао на сарадњу са окупатором, био је изложен репресивним мерама и затваран у логоре. Према подацима историчара Озимића (2011: 6) средином октобра 1941. године, извршено је масовно хапшење виђенијих грађана Ниша, а ухапшени су и одведени у логор представници Главног одбора Црвеног крста Краљевине Југославије у Нишу. Део чланства Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије наставио је да делује у избеглиштву, уз одржавање веза са четничким покретом отпора, све до септембра 1944. године. Од дела чланства који је остао у земљи, немачки окупатор и квислиншка управа основали су посебно друштво, под називом Српско друштво Црвеног крста, које је деловало до јесени 1944. године. Поред тога, партизански покрет отпора је у мају 1944. године формирао своје друштво, под називом Југословенски црвени крст.

5.1. Организација и деловање Српског друштва Црвеног крста

Са намером да ојача позиције квислиншке управе, немачки окупатор је тражио да се од остатака управе Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије формира ново друштво, како би се створила могућност сарадње са међународним установама и другим националним друштвима Црвеног крста. Решењем Комесара социјалне политике и народног здравља из јула 1941. године, промењен је назив Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије у Српско друштво Црвеног крста. Немачке окупационе власти су одобриле рад овог друштва и прогласиле његову имовину приватном својином (ДАС, ЦКСБ, ф. 1). У августу 1942. године, ово друштво је организовано по окружним одборима у складу са административном организацијом територије којом је управљала квислиншка влада (ДАС, ЦКСБ, ф. 1).

Српско друштво Црвеног крста је деловало на пољима бриге о избеглицама, пружања помоћи заробљеницима и здравствене делатности.

На пољу бриге о избеглицама, СДЦК је деловало као помоћ Комесаријата за избеглице, који је основан у оквиру Аћимовићеве владе крајем јуна 1941. године, и наставио да ради у оквиру Недићеве владе. Као последица терора и прогона, како на територијама које

су ушле у састав НДХ, тако и на територијама под бугарском окупацијом и под контролом наоружаних Албанаца, велики број Срба је избегао на територију окупиране Србије, посебно током 1941. и 1942. године. Овај егзодус је у највећој мери био стихијски (иако је било и примера делимично организованог пресељења) и зависио је од таласа терора којима су Срби били изложени (Milošević, 1981). Прилив избеглица на територију окупиране Србије је у сваком случају представљао огроман проблем – са једне стране, избегли су представљали додатно оптерећење на већ изузетно истањене материјалне ресурсе, са друге стране, прилив великог броја унесрећених и очајних људи је представљао потенцијалну безбедносну претњу за новоуспостављени поредак и немачку жељу за миром и стабилношћу. Тачан број избеглица који су се током рата нашли на територији Србије није тачно утврђен и одступања у литератури су огромна. Примера ради, наводи се цифра од око 15.000 организовано пресељених Срба са територије НДХ (Karačaš Obradov, 2011). Са друге стране, поједини стручњаци наводе да је током целог периода рата на територију окупиране Србије из свих крајева Југославије избегло вероватно између 300.000 и 400.000 Срба (Milošević, 1981; Petranović, 1992). Стога је током целог периода рата и окупације изузетно значајно било деловање Комесаријата за избеглице, државног органа под изузетно ефикасним руководством Томе Максимовића (који је и сам био избеглица из НДХ и бивши директор фабрике *Бата* у Борову), којем је велику помоћ, посебно на пољу међународне сарадње и комуникације као и у послу окупљања приватних донатора и њиховог већег ангажовања, пружило Српско друштво Црвеног крста (Ђурић Мишина, 2023).

Главна делатност СДЦК на овом пољу била је везана за обезбеђивање помоћи за избегличку децу, посебно организовањем ђачких трпеза, у којима су се до 1944. године хранила избегличка деца школског узраста у свим већим градовима под контролом Недићеве владе (Борковић, 1979: 210). Уз помоћ добровољних прилога чланова СДЦК, новчаних донација имућнијих родитеља, као и Општине града Београда, ове ђачке трпезе су током окупације пружале један оброк дневно за чак око 3.000 сиромашне деце у Београду (Шкодрић & Бонцић, 2015; Зец, 2019). Брига СДЦК да се побољша снабдевање Србије прехранбеним намирницама може се видети и у епизоди из 1942. године, када је СДЦК уз координацију са централом покрета у Женеви, покушало да организује допремање одређене количине

прехрамбених намирница (суво грожђе, суве смокве, усолјена и сушена риба, маслине и маслиново уље, као и сапун) из неутралне Турске (Milošević, 1981).

Српско Друштво Црвеног крста је српским заробљеницима у Немачкој и Италији слало хуманитарну помоћ. Међутим, СДЦК није могло да шаље помоћ директно, већ искључиво посредством немачког Црвеног крста. При томе, немачка врховна команда је одређивала дозвољену количину послате хуманитарне помоћи (ДАС, ЦКСБ, ф. 1).¹³

Општа здравствена делатност СДЦК обухватала је дистрибуцију лекова становништву и рад главне амбуланте у Београду, док је епидемиолошка делатност обухватала учешће у борби против епидемије тифуса почетком 1942. године.

Током рата, МКЦК је слао лекове намењене српском становништву посредством филијале немачког Црвеног крста у Београду. Главни одбор СДЦК је касније дистрибуирао ове лекове болницама и другим санитетским установама на основу захтева достављених преко квислиншког Министарства социјалне политике и народног здравља. Доступна архивска грађа сведочи да су примљени пакети фармацеутских производа, које је немачки Црвени крст прослеђивао, често били отворани и оштећени, са лековима којима је рок трајања већ истекао (ДАС, ЦКСБ, ф.1).¹⁴

Функционисање болница и амбуланти у окупираној Србији било је веома тешко. Неке од болница су биле оштећене током бомбардовања у априлу 1941. године, а у неоштећеним болничким капацитетима приоритет су имале потребе немачке окупационе власти. Здравствена заштита домаћег становништва била је од другоразредног значаја. У таквом систему здравствене заштите у окупираној Србији, значајно место је имала Главна амбуланта СДЦК под управом др Михаила Јовановића, у којој је могло да се лечи становништво Београда и окружења.

¹³ Ово потврђују документи приказани у одељку Прилози: 1) Писмо Комесара Друштва свим одборима Српског Друштва Црвеног крста. Пакет за заробљенике (прилог 3); и 2) Писмо Комесара Друштва свим одборима Српског Друштва Црвеног крста. Новчане дознаке српским заробљеницима у Италији (прилог 4).

¹⁴ У одељку Прилози приказани су документи у којима се наводи да су кутије са лековима биле отворане и рок тајања лекова истекао: 1) Комисијски извештај о прегледу и пријему санитетског папирног материјала који је примљен од Међународног Комитета Црвеног крста (прилог 5); и 2) Комисијски извештај упућен Комесару ДСЦК. Констатација да је сандук са лековима послат од стране Међународног ЦК на путу до Србије отворан (прилог 6).

Почетком 1942. године, на територији под контролом Недићеве владе избила је епидемија тифуса. Генератор епидемије били су масовни покрети становништва изазвани офанзивом окупатора против покрета отпора и усташким терором у НДХ. Почетком 1942. године, преко 30.000 избеглица прешло је Дрину између Зворника и Вишеграда, а међу њима је било око 5.000 оболелих од пегавог тифуса. У циљу спречавања ширења епидемије, Недићева влада је уз помоћ Медицинског факултета из Београда организовала медицинске тимове, а центар борбе против епидемије био је у Бајиној Башти. У борби против епидемије СДЦК је пружало кадровску и организациону подршку (Вељковић, 2012: 321–328).

Поред хуманитарних задатака, СДЦК је коришћено и за контакте квислиншког режима са краљевском владом у избеглиштву. Квислиншки режим је у два маха током 1942. и 1943. године слао Бошка Костића, личног секретара Димитрија Љотића, да посредством југословенске амбасаде у Турској успостави везе са владом у избеглиштву. У обе мисије Костић је формално ишао као делегат СДЦК ради закључивања посла о увозу памука из Турске за производњу одеће за избегличку децу. Стварни Костићев задатак био је да краљевској влади пренесе информације о приликама у Србији и поруке Недићеве владе, и да од ње донесе поруке и информације за Недићеву владу и четнички покрет (Борковић, 1979: 260).

5.3. Деловање Црвеног крста у избеглиштву

Део руководства и чланства Друштва Црвеног крста Краљевине Југославије, који је напустио земљу током априла 1941. године, наставио је да ради у избеглиштву, са фокусом на два поља деловања. Прво поље је обухватало пружање помоћи југословенским заробљеницима у логорима у иностранству. По моделу деловања СДЦК током Првог светског рата, Друштво Црвеног крста Краљевине Југославије у избеглиштву је организовало слање пакета хране, одеће и лекова за заробљене југословенске војнике и интерниране цивиле у логорима непријатељских држава. На овом пољу, Друштво је посебно сарађивало са националним друштвима Црвеног крста Велике Британије, САД и Шведске. Друго поље деловања, подразумевало је одржавање веза са окупираним Југославијом и пружање помоћи становништву под окупацијом. Заједно са владом у избеглиштву, Друштво је одржавало везе са

Југославијом посредством делегата МКЦК у Београду. Могућност Друштва да посредством МКЦК одржава везе са Југославијом, коришћена је и за контакте са четничким покретом отпора (Терзић, 2012: 149).

С обзиром да је деловало ван Југославије, Друштво није имало учешћа у епидемиолошкој делатности.

5.3. Оснивање Југословенског Црвеног крста

Југословенски црвени крст је формиран у оквиру партизанског покрета отпора као подршка за његов војни санитет, али и као једно од средстава да се овај покрет легитимише како у Југославији, тако и у међународним круговима.

Оба покрета отпора окупатору у Југославији формирала су санитетске јединице. Болнице су првобитно формиране по селима и шумама, а након ослобађања градова коришћене су расположиве здравствене установе (амбуланте, болнице, апотеке и складишта). Оба покрета су имала проблем са мањком кадрова, пошто је у заробљеништво одведена већина активног и резервног санитетског кадра југословенске војске (Пишчевић, 1989: 209).

Партизански санитет се све до јесени 1944. године суочавао са два главна проблема. Први је био недостатак хируршког кадра, неопходног за збрињавање рањеника. Квалификованог кадра није било довољно, а особље санитета, укључујући и лекаре, непрестано је било на мети војних дејстава окупатора који није поштовао одредбе Женевских и Хашких конвенција о поступању у рату. Проблем недостатка санитетског кадра решен је тек на јесен 1944. године, доласком Црвене армије у Југославију. Поред тога што је збрињавала рањене припаднике партизанског покрета у својим болницама, Црвена армија је слала медицинско особље као помоћ његовом санитету (Пишчевић, 1989: 243–247).

Други проблем представљале су инфективне болести, од којих је највише последица остављао тифус. Током 1942. и 1943. године тифус се ширио у партизанским јединицама пре свега због вашљивости која се појавила у условима лоше хигијене код дела бораца али и рањеника који су боравили и преношени у лошим хигијенским условима. Главни начин борбе против тифуса била је употреба *српског бурета* које се показало ефикасним средством у савладавању епидемије тифуса у Србији током Првог светског рата.

Током 1944. године, партизански покрет је добио значајну помоћ од савезника, која је обухватала и вакцине против инфективних болести, укључујући тифус. Побољшање хигијенских услова и медицинска помоћ од савезника унапредили су епидемиолошку ситуацију, тако да новембра 1944. године у партизанским јединицама није било тифуса. Након окончања заједничке офанзиве са Црвеном армијом, током новембра 1944. године у партизанским јединицама поново се појавио тифус, који је донет са подручја Косова и Метохије и Рашке области. Међутим, боље стање санитета и његовог епидемиолошког дела након ослобађања источних делова Југославије, као и материјална и кадровска помоћ савезника, допринели су да епидемија тифуса буде спречена (Пишчевић, 1989: 247).

Све време рата, партизански покрет је настојао да се легитимише као нова власт у Југославији. У том циљу, у новембру 1943. године, основана је паралелна влада у Југославији под називом Национални комитет ослобођења Југославије (НКОЈ). Паралелизам институција које је стварао партизански покрет у односу на краљевску владу у избеглиштву, пренео се и на сферу деловања Црвеног крста. На формални предлог војног санитета партизанског покрета, НКОЈ је 13. маја 1944. године у Дрвару донео одлуку о оснивању Југословенског црвеног крста (ЈЦК), са Централним одбором као главним органом, и одборима у већим местима под партизанском контролом. Паралелизам влада разрешен је споразумом Тито-Шубашић из јуна 1944. године, којим је предвиђено формирање заједничке владе састављене од представника НКОЈ и краљевске владе у избеглиштву. На првој седници заједничке владе, одржаној 19. августа 1944. године, решено је и питање паралелног деловања Црвеног крста. Представници НКОЈ су тражили од краљевске владе да код МКЦК обезбеди признање ЈЦК који је деловао од маја месеца. Представници краљевске владе су пристали, под условом да у руководство ЈЦК уђу чланови предратне управе Друштва који нису сарађивали с окупатором. Договором представника НКОЈ и краљевске владе, ЈЦК је преузео континуитет предратног Друштва. До краја рата у Југославији је створена широка мрежа ЈЦК са 3.500 одбора и преко 400.000 чланова (Терзић, 2012: 148).

6. ЈУГОСЛОВЕНСКИ ЦРВЕНИ КРСТ И ЦРВЕНИ КРСТ ЈУГОСЛАВИЈЕ

По завршетку Другог светског рата и по коначном преузимању власти од стране партизанског покрета у Југославији, Југословенски Црвени крст је постао једино национално друштво Црвеног крста у Југославији. Постојање Југословенског Црвеног крста се може поделити на два периода. Први период је почео по окончању Другог светског рата и трајао до распада Социјалистичке Федеративне Републике Југославије (СФРЈ) 1991. године. У овом периоду национално друштво је првобитно носило назив Југословенски црвени крст (ЈЦК), а 1972. године је променило назив у Црвени крст Југославије (ЦКЈ). Други период обухвата деловање Југословенског црвеног крста за време постојања Савезне Републике Југославије (СРЈ) од 1992. до 2003. године.

6.1. Организација Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије до 1991. године

Први статут, којим је уређено деловање ЈЦК, усвојен је у децембру 1946. године. Исте године усвојен је и Закон о ЈЦК, којим су дефинисани његови ратни и мирнодопски задаци, подршка санитету Југословенске народне армије (ЈНА) и пружање помоћи државним установама здравствене и социјалне службе. Статут је међан неколико пута, како би се организација ЈЦК ускладила са уставно-политичким преуређењима Југославије. Главна прилагођавања су извршена у два наврата. Прво прилагођавање је извршено статутом који је усвојен 1963. године, када је Федеративна Народна Република Југославија променила назив у Социјалистичка федеративна Република Југославија (СФРЈ) уз давање већих овлашћења републикама и покрајинама. Друго прилагођавање представљао је статут усвојен 1972. године којим је назив националног друштва промењен у Црвени крст Југославије.

Статутом из 1963. године, ЈЦК је дефинисан као добровољна хуманитарна друштвена организација која ради самостално или у сарадњи са државним органима, органима друштвеног самоуправљања, радним и другим организацијама на оспособљавању, активирању и организовању широких народних маса (Статут ЈЦК).

Статутом из 1972. године, ЦКЈ је дефинисан као добровољна, хуманитарна и самоуправна друштвена организација радних људи и грађана СФРЈ која остварује одређене хуманитарне циљеве и задатке у области здравства, социјалне политике и васпитања (Југословенски Црвени крст, 1976б: 322).

На основу статута из 1963. године, ЈЦК је обављао четири врсте задатка: 1) очување и унапређење народног здравља; 2) здравствено просвећивање; 3) сарадња при решавању друштвених проблема од здравственог и социјалног значаја; 4) указивање прве помоћи и сарадње ради хигијенско-епидемиолошке заштите у случају елементарних непогода, епидемија и рата (Југословенски Црвени крст, 1976б:281). Статутом из 1972. године, задаци ЦКЈ су шире постављени и обухватили су: 1) унапређење здравља и подизање здравствене културе грађана; 2) унапређење социјалне сигурности грађана; 3) ублажавање последица оружаних сукоба и елементарних несрећа (Југословенски Црвени крст, 1976в: 323).

На основу статута из 1946. године, ЈЦК су чиниле републичке и покрајинске организације Црвеног крста које су се састојале из општинских одбора. Организација ЈЦК је на почетку била централизована. Међутим, како су федералне јединице добијале све више овлашћења у односу на Југославију, тако су републичке и покрајинске организације Црвеног крста добијале све више самосталности. На основу статута из 1963. године, републичке и покрајинске организације су добиле могућност да усвајају своја правила којима ће детаљније разрађивати сопствене задатке и метод деловања (Југословенски Црвени крст, 1976б: 284–289). Статутом из 1972. године, ЦКЈ је практично постављен као федерација републичких и покрајинских организација Црвеног крста. Органе управљања ЦКЈ, као што су Скупштина, Председништво и Надзорни одбор, чинили су делегати републичких и покрајинских организација по паритетном систему (Југословенски Црвени крст, 1976: 326–327).

Изворе прихода ЈЦК на основу статута из 1963. године чинили су: чланарине, приходи од Недеље Црвеног крста, Недеље борбе против туберкулозе и сличних акција, приходи од приредби и продаје значака и маркица ЈЦК, прилози и поклони и дотације (Југословенски Црвени крст, 1976б: 290–291). Статутом из 1972. године, у изворе прихода су додата средства од игара и средства добијена од самоуправних заједница (Југословенски Црвени крст, 1976в: 332).

6.2. Општа здравствена делатност Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије до 1991. године

Здравствена делатност ЈЦК/ЦКЈ се може поделити у два периода. У првом, који је почео након Другог светског рата и завршио се средином 1960-их година, ЈЦК је имао важно место у изградњи система здравствене заштите. Непосредно по завршетку Другог светског рата, у делокругу ЈЦК се налазио широк спектар активности, од дистрибуције хуманитарне помоћи до здравственог просвећивања и одржавања курсева прве помоћи и самопомоћи. У том периоду, ЈЦК је заједно са Српским лекарским друштвом (СЛД) учествовао у изградњи здравственог система у Југославији. Блиске везе ЈЦК и СЛД су одржаване и касније, а један од симбола тих веза је пракса да председник Црвеног крста буде биран из редова лекара (Јокановић, 1997: 139).

Други период деловања, који је почео током 1960-их година, одликује се смањеним ангажманом ЈЦК/ЦКЈ с обзиром на то да је развијен државни систем здравствене заштите. Са развојем здравства, становништво се налазило на обавезној државној здравственој заштити, развијена је широка мрежа здравствених установа, а лекови су постали доступни свим слојевима становништва. Превентивне мере против инфективних болести и хигијенске мере су озакоњене и дисциплиновано спровођене (Савезни завод за здравствену заштиту [С333], 1990). У оваквој ситуацији, главне актере здравственог система представљале су развијене здравствене установе, услед чега ЈКЦ није имао простора да се опсежније бави задацима на пољу здравствене делатности. У овом периоду, делатност ЈЦК/ЦКЈ обухватала је углавном образовно-пропагандну делатност. У оба периода, фокус деловања ЈЦК/ЦКЈ био је на два поља: 1) здравствено-образовној делатности; и 2) добровољном давању крви.

6.2.1 Здравствено-образовна делатност

Непосредно по завршетку рата, поједини одбори ЈЦК су организовали курсеве и школе за хигијеничаре и болничаре. Од 1947. године ЈЦК је преузео задатак да у сарадњи са државном здравственом службом буде један од носилаца здравственог просвећивања народа. На нивоу целе Југославије организовани су курсеви за прву помоћ и оспособљавање здравствених активиста које су водили лекари.

Посебан значај имали су курсеви за хигијеничаре у предузећима. Важно место у изградњи државне здравствене службе, било је ангажовање ЈЦК у регрутовању и обуци медицинских сестара (Југословенски Црвени крст, 1947: 9–11).

Здравствено-образовна делатност ЈЦК била је повезана и са просветним системом, што се огледало у раду Више школе за медицинске сестре у Београду. Савезни одбор Југословенског Црвеног крста, уз сагласност Савета за народно здравље и социјалну политику Владе ФНРЈ, 1952. године је основао Вишу школу Црвеног крста за медицинске сестре у Београду. Нешто касније школа је променила назив и радила под именом Виша школа за медицинске сестре и медицинске техничаре ЈЦК. Пошто се Школа налазила у Београду, а већина студената је била са подручја Србије, ЈЦК је понудио републичкој организацији Црвеног крста у Србији да преузме право оснивача. Тако је у јуну 1971. године Републички одбор Црвеног крста Србије преузео право оснивача Школе. Школа је била под управом Црвеног крста до 1973. године када је припојена државној Вишој медицинској школи, која је основана 1958. године (АЈ, 38, ф. 53)

У оквиру здравствено-образовних активности ЈЦК је организовао и широк дијапазон курсева, од двогодишњих школа за здравствено васпитање (школе за хигијеничаре, болничаре и бабице) до краткотрајних курсева са одређеним темама. Програми су се прилагођавали потребама на терену и развијали зависно од услова и могућности сваког појединог краја (Савезни одбор Југословенског Црвеног крста, 1970). С обзиром на то да је ЈЦК/ЦКЈ све више добијао задатке образовно-пропагандне природе, курсеви су постали главни фокус опште здравствене делатности. О томе говоре подаци да се током 1980-их година, само на територији Србије, годишње одржавало преко 4.500 здравствених предавања са око 30.000 слушалаца, око 1.400 курсева прве помоћи са око 40.000 полазника, 200 курсева из основне хигијене за подмладак, око 50 курсева неге мајке и детета, 200 курсева кућне неге оболелих и повређених и 100 курсева из хигијенско-епидемиолошке заштите (Црвени крст Србије, 1985: 3).

6.2.2. Добровољно давање крви

У области добровољног давања крви, деловање ЈЦК/ЦКЈ је такође прошло кроз два периода. На почетку, ЈЦК је заједно са

установама за трансфузију организовао акције добровољног давања крви, да би касније његова улога била сведена на дистрибуцију пропагандног материјала.

Прва успешна трансфузија конзервисане крви на нашим просторима примењена је још на Солунском фронту, свега десет година након откривања крвних група.¹⁵ Овај метод лечења је организовано почео да се примењује 1934. године формирањем прве Службе давалаца крви при Хируршком одељењу у Београду. Две године касније основана је прва установа за трансфузију крви – Одсек за трансфузију крви и контролу давалаца при Централном хигијенском заводу у Београду (Драшковић, 2006). Пред крај Другог светског рата, 24. октобра 1944. године основан је Завод за трансфузију крви у Београду, са задатком да прикупља крв добровољних давалаца на ослобођеном подручју Југославије. Годину дана Завод је радио као савезна војна установа, да би у октобру 1945. прешао у цивилну надлежност. Већ следеће године основани су и заводи за трансфузију крви у Нишу и Новом Саду (ИТКС, 2014).

Идеја да национална друштва Црвеног крста треба да раде на прикупљању крви разматрана је још 1936. године у оквиру Лиге друштава Црвеног крста. Међутим, идеја је остварена тек после рата, на XII Међународној конференцији Црвеног крста 1948. године. Тада усвојени мирнодопски програм садржао је одредбе да сва национална друштва заједно са владама својих држава или самостално треба да организују центре трансфузије, односно да раде на прикупљању неплаћених давалаца. Почетак 1950-их година карактерише обнова Југославије, почетак радних акција и оснивање државних фабрика и предузећа. Како би се обезбедило довољно крви, од 1951. године Завод за трансфузију крви је, у сарадњи са ЈЦК, покренуо иницијативу за организовано окупљање добровољних неплаћених давалаца крви, анонимних за примаоце. Тај принцип рада постао је доктрина у добровољном давању крви, а мобилне екипе Завода за трансфузију крви кретале су се по целој земљи. Од средине 1950-их година, здравствене установе су постепено преузимале активности на прикупљању крви, а ЈЦК је преусмераван на штампање и дистрибуцију пропагандног материјала за добровољно давање крви (Поповић & Шкрбић, 1976).

¹⁵ Први добровољни давалац крви на Балкану био је Будимир Гајић из Ивановаца код Љига, област Качера, за време борби 1914. године у Србији. Детаљније погледати у: *Гласник централног хигијенског завода*, Београд 1939, књ. 22, стр. 184.

6.3. Епидемиолошка делатност Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије до 1991. године

Епидемиолошка делатност ЈЦК/ЦКЈ фокусира се на превенцију и сузбијање туберкулозе, која је првих година после Другог светског рата била главни узрок смртности одраслих особа у Југославији. Туберкулоза је кулминацију достигла 1954. године са нотификационом стопом (број новооболелих) од 559 на 100.000 становника (Јановски, Пешић, 1993: 30–33). Организованом применом мера превенције и сузбијања туберкулозе нотификациона стопа је до 1973. године снижена на 110 на 100.000 становника (Поповић & Шкрбић, 1976: 141).

У годинама након Другог светског рата, мере за сузбијање туберкулозе обухватале су отварање нових антитуберкулозних диспанзера и повећање болничких капацитета за лечење туберкулозе. У односу на 1941. годину, порастао је број антитуберкулозних диспанзера са 40 на 109, а број кревета са 3.000 на 8.000. Током 1948. године започела је вакцинација становништва против туберкулозе. Акцију је помогао Међународни фонд за помоћ деци обезбедивши материјал и стручњаке који су заједно са домаћим лекарима чинили екипе за вакцинацију. Југословенски Црвени крст се одмах након рата укључио у борбу против туберкулозе. У оквиру ЈЦК већ од 1946. године јављају се секције за борбу против туберкулозе. Током 1948. године ЈЦК је учествовао у акцији вакцинисања становништва против туберкулозе. Како би се шира јавност упознала са узроцима, симптомима, начинима преноса, лечења, и превенције туберкулозе, ЈЦК је штампао и делио промотивни материјал у виду плаката, летака и брошура (Југословенски Црвени крст, 1948: 5).

Од 1950. године, ЈЦК је на пољу борбе против туберкулозе деловао у три правца. Први правац подразумевао је пружање помоћи антитуберкулозним диспанзерима што је конкретно обухватало помоћ административној и патронажној служби на пословима регистравања оболелих и преминулих и изоловања деце из заражених средина. Други је обухватио пружање административне и организационе помоћи екипама за вакцинацију. Трећи је подразумевао пружање помоћи породицама оболелих у асанацији кућа. Помоћ је пружана оснивањем секција за туберкулозу у свим градским одборима ЈЦК и активирањем Подмлатка. Посебан вид помоћи се огледао у оснивању и активирању антитуберкулозних секција у фабрикама, сеоским

задругама, државним пољопривредним добрима и школама, са фокусом на хигијенско-техничку заштиту на раду (Југословенски Црвени крст, 1950: 2). Како се развијао државни систем здравствене заштите, главну улогу у борби против туберкулозе преузимале су медицинске установе, док је фокус ЈЦК у овој области све више померан ка пружању здравствено-образовне подршке (Савезни одбор Југословенског Црвеног крста, 1970).

6.4. Организација и деловање Црвеног крста у Савезној Републици Југославији (1992–2003)

Распадом СФРЈ дошло је и до распада ЦКЈ, издвајањем републичких организација из Словеније, Хрватске, Македоније и БиХ. Републички одбори Црвеног крста из Србије и Црне Горе наставили су да функционишу као Црвени крст Југославије. Усвајањем новог статута након формирања СРЈ 1992. године, национално друштво је поново усвојило назив Југословенски црвени крст. Међународни комитет Црвеног крста је у августу 1993. године потврдио међународно признање ЈЦК и то у непрекинутом трајању од признања Српског друштва Црвеног крста 1876. године.

На основу Статута из 1992. године, ЈЦК се састојао од две републичке, две покрајинске, 10 градских и 210 општинских организација Црвеног крста (189 у Србији и 21 у Црној Гори). До 2003. године, чланство ЈЦК је бројало око 600.000 људи, од чега 280.000 активних волонтера и 600 запослених (Мрежа Југословенског црвеног крста, 2003).

Југословенски црвени крст је читаву деценију деловао у веома тешком окружењу које су обликовали грађански рат на простору бивше СФРЈ, санкције, економска криза и осиромашење у СРЈ и агресија НАТО. За разлику од СФРЈ, која је 1989. године била свеукупно развијенија у односу на већину држава у окружењу, посебно у односу према државама чланицама Варшавског пакта, у СРЈ као њеној наследници 2000. године преко 30% становништва је живело испод границе сиромаштва, а незапосленост је била преко 50%. Уз то, у СРЈ је живело и око 450.000 избеглица из Хрватске и БиХ и готово 250.000 интерно расељених лица са КиМ. У таквом окружењу, квалитет живота и здравље људи су се значајно погоршали. Здравствени ризици изазвани дуготрајном кризом условили су пораст хроничних дегенеративних болести,

значајан пораст малигних обољења, нове епидемије инфективних болести (туберкулоза и ХИВ/сида) и болести поремећене исхране. Са друге стране, стални стрес коме је било изложено становништво у току кризе (рат, политичка нестабилност, хиперинфлација и др.) допринео је повећању ризика за ментално здравље становништва (Југословенски Црвени крст [ЈЦК], 2002: 2).

Главну активност ЈЦК представљала је дистрибуција хуманитарне помоћи. Почев од 1991. године, ЈЦК је спроводио обимну, дугорочну операцију пружања хуманитарне помоћи за разне категорије корисника чији је број током 1999. и 2000. године достигао преко милион, од чега 350.000 најугроженијих избеглица, 180.000 интерно расељених лица, 420.000 најугроженијих социјалних случајева и 100.000 корисника програма народних кухиња (ЈЦК, 2001, 35–36). Југословенски црвени крст је морао да развије екстензивне логистичке капацитете за пружање хуманитарне помоћи, како би био у стању да испоручи и до 20.000 тона хуманитарне помоћи месечно, ослањајући се притом на особље и волонтере који су и сами трпели последице збивања у земљи (ЈЦК, 2002: 4).

6.4.1. Општа здравствена и епидемиолошка делатност Црвеног крста у Савезној Републици Југославији

С обзиром на околности, здравствена делатност ЈЦК је била у другом плану, али се ипак одвијала, највише у две области. Прву област чиниле су акције добровољног давања крви, где је ЈЦК имао три главна циља: 1) повећање обавештености најшире јавности о питању безбедне крви; 2) унапређење националних програма за крв, пре свега дефинисањем законских оквира за обезбеђење сигурне крви; и 3) промоцију давалаштва крви на волонтерској и алтруистичкој основи из популације здравих људи издавањем брошура, лепљењем плаката и поделом летака и другог пропагандног материјала. У сарадњи са заводима за трансфузију крви, ЈЦК је организовао акције давања крви, а такође је радио на промовисању давалаштва, као и неговању вишеструких давалаца и унапређењу културе давалаштва (ЈЦК, 2001: 27–28).

Другу област чиниле су активности у вези са инфективним болестима, при чему је ЈЦК учествовао у обележавању недеље борбе против туберкулозе и кампањама борбе против ХИВ/сиде. Недеља борбе против туберкулозе и других болести дисајних органа организована је сваког септембра са циљем да се шири јавност подсети и заинтересује

за проблем хроничних болести дисајних органа које су и даље веома распрострањене у свету, без обзира на ниво економског развоја. Активности ЈЦК на овом плану су обухватале: 1) лепљење плаката по граду, посебно у школама; 2) организовање предавања и трибина о туберкулози плућа, штетном дејству пушења, аерозагађењу и утицају алкохола на здравље; 4) гостовања у емисијама локалних ТВ или радио станица; 5) организовање посета грудном одељењу болница и достављање помоћи болницама за плућне болести; и 6) организовање посета социјално угроженим породицама са оболелима од туберкулозе и достављање помоћи за оболеле (ЈЦК, 2001: 31).

Кампање у вези са борбом против ХИВ/сиде, ЈЦК је организовао уз финансијску подршку Међународне федерације друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца и уз сарадњу са Југословенском асоцијацијом за борбу против сиде. Кампање су обухватале различите активности у вези са информисањем о опасности ХИВ/сиде и мерама превенције. Обично током децембра, месеца борбе против ХИВ/сиде, активности су обухватале: 1) организовање уличних манифестација; 2) дељење едукативних материјала на местима где се млади окупљају (дискотеке, позоришта, биоскопи, спортски догађаји); 3) организовање трибина или округлих столова; и 4) држање предавања о ХИВ/сиди у школама и на факултетима (ЈЦК, 2001: 33).

7. ЦРВЕНИ КРСТ СРБИЈЕ

Црвени крст Србије (ЦКС) је од 1944. до 1991. године функционисао као републички одбор у оквиру Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије. После распада СФРЈ, заједно са Црвеним крстом Црне Горе био је део Југословенског Црвеног крста у СРЈ. Након оснивања Државне заједнице Србија и Црна Гора, од 2003. до 2006. године ЦКС је био део Друштва Црвеног крста Србије и Црне Горе. Од распада Државне заједнице и заједничког Црвеног крста у мају 2006. године, ЦКС функционише као једино национално друштво Црвеног крста у Србији. Међународно признање му је потврђено 21. септембра 2006. године, и члан је Међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумесеца.

7.1. Организација Црвеног крста Србије

Положај, правни статус, задаци, начин организације и финансирања Црвеног крста Србије су одређени Законом о Црвеном крсту Србије (ЗЦКС) из 2005. године и Статутом Црвеног крста Србије (Статут ЦКС), који је усвојен 2006. године, а измењен 2009. и 2012. године.

Црвени крст Србије је дефинисан као хуманитарна, независна, непрофитна и добровољна организација, са два задатка. Први је пружање помоћи угроженим лицима у случају ратних сукоба, природних, еколошких или других несрећа. Други обухвата превентивно деловања и просвећивање грађана у области здравствене и социјалне заштите и унапређења хуманитарних вредности друштва (ЗЦКС, чл. 1–2).

Законом је ЦКС поверено и вршење јавних овлашћења, као што су:

1. покретање, организовање и спровођење или учествовање у редовним и ванредним акцијама солидарности за помоћ угроженим лицима и жртвама природних, еколошких и других несрећа и оружаних сукоба;
2. оспособљавање грађана за пружање прве помоћи у случају природних, еколошких и других несрећа, као и оружаних сукоба;
3. организовање, обучавање и припремање екипа за прву помоћ, хигијенско-епидемиолошку заштиту, негу

повређених и оболелих, социјални рад, психолошку помоћ становништву и техничку помоћ за извршавање задатака у случају природних, еколошких и других несрећа, као и оружаних сукоба;

4. популарисање добровољног даваштва крви и, у сарадњи са службама и здравственим установама за трансфузију крви, учествовање у организовању акција добровољног давања крви (ЗЦКС, члан 7, став 4).

Црвени крст Србије спроводи програме и активности који произлазе из циљева и задатака Међународног покрета. У том погледу ЦКС: 1) развија солидарност међу људима и организује различите облике међусобне помоћи грађана; 2) заступа, шири и спроводи идеје, основне принципе и друге хуманитарне вредности Међународног покрета; 3) спроводи програме помоћи деци, хендикепираним, старим и немоћним лицима; 4) организује и спроводи акције заштите и унапређења стања животне средине; 5) заступа идеје добровољног рада у корист угрожених лица, региструје и спроводи обуку волонтера за рад у ЦКС; и 6) организује и учествује, у сарадњи са здравственим установама, у активностима промоције здравља, у спровођењу активности за унапређење здравља појединих групација становништва и превенцију болести од већег социјално-медицинског значаја (ЗЦКС, члан 9, став 7).

За вршење јавних овлашћења, ЦКС се финансира средствима буџета Србије, покрајина и општина (Закон о ЦКС, члан 13). За спровођење програма који произлазе из циљева и задатака Међународног покрета, ЦКС се финансира из следећих извора: 1) чланарине; 2) приходи од игара на срећу који се у оквиру буџета Србије распоређује и издваја за хуманитарне потребе; 3) пружене услуге, чије су вршење државни органи, органи територијалне аутономије и општина поверили ЦКС; 4) посебне активности и акције на прикупљању новчаних и материјалних средстава; 5) прилози, субвенције, донације и легати; 6) приходи који се остварују таксама на путничке карте и поштански саобраћај током Недеље Црвеног крста (8–15. мај) и Недеље солидарности (14–21. септембар); и 7) приходи од имовине (ЗЦКС, чл. 14–16).

У саставу ЦКС су Црвени крст Војводине, Црвени крст Косова и Метохије, Црвени крст Београда и организације Црвеног крста на територији градова и општина. Саставни делови националног

друштва имају својство правних лица и за преузете обавезе одговарају својим средствима (Статут ЦКС, члан 14).

Чланство у ЦКС је добровољно и чине га две групе: 1) чланови – волонтери; и 2) почасни чланови који су значајно допринели остваривању задатака Црвеног крста. Чланови од 7 до 15 година старости чине Подмладак, а од 15 до 28 година – Омладину Црвеног крста Србије (Статут ЦКС, чл. 27, 29. и 31).

Органи управљања у ЦКС и његовим саставним деловима су: Скупштина, Управни одбор и Надзорни одбор. Чланови управних органа се бирају на период од четири године, уз могућност реизбора, а своје дужности обављају волонтерски. Скупштина је највиши орган управљања ЦКС и његовим саставним деловима. Овај орган усваја статут и друга стратешка документа организације, усваја смернице за рад, именује и разрешава председника, чланове Управног и Надзорног одбора. Управни одбор је оперативно тело, надлежно за управљање свакодневним активностима организације и усвајање планова рада у различитим делатностима ЦКС. Надзорни одбор врши надзор над материјално-финансијским пословањем и другим аспектима пословања. Административне послове националног друштва и његових саставних делова обавља Секретаријат (Статут ЦКС). Своје програмске активности ЦКС реализује у оквиру 189 организација, захваљујући помоћи 60.000 волонтера и стручном ангажовању 800 запослених у мрежи ЦКС (ЦКС, 2011а).

7.2. Општа здравствена делатност Црвеног крста Србије

Општа здравствена делатност ЦКС у области здравства обухвата промоцију и учешће у акцијама добровољног давања крви и промовисање здравих стилова живота у циљу смањења ризика од кардиоваскуларних и инфективних обољења, као и смањења употребе психоактивних супстанци.

7.2.1. Добровољно давање крви

Место Црвеног крста Србије у добровољном даваштву крви је регулисано одредбама Закона о ЦКС из 2005. године и Закона о трансфузиолошкој делатности. Сходно томе ЦКС је добио јавна овлашћења да: 1) популарише добровољно даваштво крви; и 2) учествује у организовању акција добровољног давања крви у сарадњи са службама и здравственим установама за трансфузију

крви (ЗЦКС, члан 7, став 4). Одредбама Закона о трансфузиолошкој делатности (ЗТД, члан 43, став 6) Црвени крст Србије, заједно са заводима и институтима за трансфузију крви спроводи промоцију давања крви.

У свакодневној комуникацији са партнерима, Институтом за трансфузију крви Србије, Заводом за трансфузију крви Војводине и Заводом за трансфузију крви Ниш као и трансфузиолошким службама, организације ЦКС спровode активности на промоцији, регрутовању и задржавању давалаца путем: 1) промотивних активности; 2) обуке волонтера; и 3) акција прикупљања крви. Основни циљ ових активности је континуирано обезбеђивање довољних количина крви за све пацијенте.

Промотивне активности ЦКС у области добровољног давалаштва крви подразумевају: 1) мотивисање и позивање грађана да дају крв; 2) спровођење литерарног и ликовног конкурса *Крв живот значи* у основним и средњим школама у Србији и свечано уручивање награда победницима; 3) свечано обележавање 11. маја, Националног дана добровољних давалаца крви; 4) свечано обележавање 14. јуна, Светског дана давалаца крви; 5) свечано уручење признања добровољним даваоцима крви; 6) гостовање у медијима поводом свечаности везаних за давалаштво крви; и 7) организовање различитих (спортских, културних, забавних) активности у циљу промоције, регрутовања и задржавања давалаца. Обука волонтера обухвата: 1) одабирање волонтера према унапред прописаним критеријумима; 2) праћење рада волонтера након едукације; и 3) мотивацију волонтера. Црвени крст Србије, у сарадњи са трансфузиолошким службама, годишње организује курсеве за преко 250 волонтера, од чега су већина млади до 27 година. Акције прикупљања крви се реализују у сарадњи са партнерима, при чему ЦКС има улогу домаћина за добровољне даваоце. То подразумева задужења ЦКС да уреди простор у ком ће се акција реализовати, да дочекује и испраћа даваоце и води бригу о њима током акције, као и да води евиденцију о добровољним даваоцима ради позивања на акцију и уручивања признања (ЦКС, 2011г).

У свакој од 186 организација ЦКС, на промоцији, регрутовању и задржавању давалаца крви ангажован је најмање један професионалац и у просеку 25 волонтера. Свака организација просечно сарађује са близу 1.000 добровољних давалаца крви

годишње, а у бази ЦКС је евидентирано више од 127.000 давалаца крви (Миленковић, 2013: 14).

Црвени крст Србије учествује у регрутовању нових давалаца крви кроз организовање посебних акција за ђаке средњих школа и студенте, а посебно место има рад Клуба 25, који је усмерен на младе људе између 18 и 25 година. Главна функција Клуба је промоција добровољног, ненаграђеног и анонимног давања крви међу младим људима. Поред тога, Клуб служи и за промоцију здравих стилова живота и грађанске солидарности (ЦКС, 2011г).

У промоцији и организовању добровољног давања крви, ЦКС се често суочава са проблемом одвојених повремених акција које организују удружења добровољних давалаца. Наиме, док ЦКС редовно, сваког месеца према годишњем плану, организује акције добровољног давања крви, удружења добровољних давалаца повремено спроводе своје акције, одвојено од ЦКС. Са једне стране, ЦКС има континуирану промоцију добровољног давања крви, а акције организује тако да даваоци из једне општине могу да дају крв у општинској организацији ЦКС. Са друге стране, удружења морају да улажу средства у велике промотивне кампање, често уз агресиван медијски наступ, да би акција успела, а у једној акцији учествују даваоци из различитих општина, чиме се повећавају трошкови акције. Иако се у свакој појединачној акцији удружења прикупи више јединица крви од појединачних акција ЦКС, укупан број прикупљених јединица током године је неколико пута мањи у односу на акције ЦКС.¹⁶ Црвени крст сматра да би, када би удружења добровољних давалаца са њим ускладила стратегије деловања према становништву, дугорочно могао да се добије много бољи резултат него сада када постоји одвојено деловање (Миленковић, 2013: 22–27).

7.2.2. Промоција здравих стилова живота

Одредбама Закона о ЦКС (члан 9), Црвеном крсту Србије је, у складу са циљевима Међународног покрета, додељена улога да, у сарадњи са здравственим установама, учествује у унапређењу здравља појединих групација становништва и превенцији болести од већег социо-медицинског значаја.

¹⁶ На пример, у Јагодини 2013. године, Црвени крст је организовао 40 акција и прикупио укупно 2.311 јединица крви, а удружења су организовала четири акције и прикупила 632 јединице (Миленковић, 2013: 23).

Главни проблеми здравља становништва Србије, на које је фокусиран ЦКС обухватају: 1) кардиоваскуларна обољења; 2) развој обољења узрокованих нехигијеном или лошом исхраном; и 3) употребу психоактивних супстанци. Улога ЦКС је, да кроз промовисање здравих стилова живота, допринесе смањењу ризика који доводе до наведених обољења, као и смањењу употребе психоактивних супстанци (ЦКС, 2011в).

Конкретни циљеви Црвеног крста Србије у овој области су дефинисани Законом о ЦКС, и обухватају:

1. Промену понашања најшире друштвене заједнице и усвајање виших стандарда личне хигијене, репродуктивног здравља и пракси здравог живљења;
2. Подизање свести код грађана о важности усвајања и примене здравих стилова живота и здравих навика, и сузбијање болести зависности подизањем нивоа свести јавности о штетности употребе психоактивних супстанци;
3. Превенцију болести зависности кроз превентивно-едукативне садржаје, намењене пре свега младима уз ангажовање волонтера ЦКС.

Од 2002. године пројекат *Здрави стилови живота* је носећи програм превентивних активности ЦКС у области здравља. Пројекат обухвата унапређење здравог начина живота, при чему је фокус на: 1) здравој исхрани; 2) болестима прљавих руку; 3) бављењу спортом; и 4) конзумацији алкохола, дрога и цигарета. Активности у оквиру овог пројекта су усмерене на различите циљне групе, али највише омладину. Црвени крст Србије настоји да здравствене теме из овог пројекта уврсти у едукације младих, али и у нове пројекте. Најзначајнији нови пројекат из ове области је пројекат *Знам да будем здрав, научићу да будем хуман* покренут 2005. године, уз подршку јапанског Фонда Царице Шокен. Пројекат је обухватио младе у 30 општинских организација ЦКС (ЦКС, 2011б).

Главна циљна група промоције здравих стилова живота је омладина. Млади волонтери ЦКС преносе знање својим вршњацима из области здравих стилова живота, ХИВ/сиде, туберкулозе, полно преносивих болести, здраве исхране, болести прљавих руку, пушења и болести зависности. Они се у таквим активностима појављују као едукатори и промотери специфичних вештина, користећи интерактивне методе и вршњачке дискусионе групе. Друге две

важне циљне групе којима се преноси овакво знање су родитељи и просветни радници (ЦКС, 2011в).

У активностима промоције здравих стилова живота, ЦКС сарађује са установама здравственог система Србије, као што су: 1) Министарство здравља Србије; 2) Институт за јавно здравље Републике Србије „др Милан Јовановић Батут“; 3) Институт за плућне болести и туберкулозу Србије; и 4) Републичка комисија за туберкулозу и Јединица за имплементацију пројекта „Контрола туберкулозе“. У тој сарадњи, ЦКС је постављен или као носилац активности или равноправан партнер других установа и организација у: 1) континуираним едукацијама; 2) кампањама; и 3) обележавању светских дана који су посвећени здрављу (ЦКС, 2011б). Посебно место у едукативним активностима ЦКС има организација обележавања светских дана посвећених здрављу, као што су:

1. Национални дан борбе против дуванског дима (31. јануар);
2. Светски дан борбе против туберкулозе (24. март);
3. Светски дан здравља (7. април);
4. Светски дан борбе против пушења (31. мај);
5. Светски дан борбе против злоупотреба дрога (26. јун);
6. Светски дан срца (26. септембар);
7. Месец борбе против болести зависности (новембар);
8. Светски дан борбе против ХИВ/сиде (1. децембар).

Активности Црвеног крста Србије у вези са обележавањем ових дана обухватају: 1) уличне акције дистрибуције промотивног материјала; 2) трибине са одређеним циљним групама; и 3) гостовања у медијима и одржавање тематских конференција за штампу (ЦКС, 2011в).

7.3. Епидемиолошка делатност Црвеног крста Србије

Као и у случају Друштва Црвеног крста Краљевине СХС и Југославије, Југословенског Црвеног крста и Црвеног крста Југославије, фокус ЦКС у епидемиолошкој делатности је на превенцији и сузбијању туберкулозе.

Према подацима Светске здравствене организације, туберкулоза је друга најопаснија инфективна болест у свету, одмах иза ХИВ/сиде. Нотификациона стопа у свету је била у сталном порасту у периоду од 1990. до 2005. године, са 7,6 милиона на готово 10

милиона оболелих годишње. Након 2006. године, када је почела да се примењује стратегија СЗО за борбу против туберкулозе, нотификациона стопа постепено опада, и последњих година је око девет милиона. Од туберкулозе на годишњем нивоу умре око 1,5 милиона људи (World Health Organization, 2014: 17, 28).

У Србији је нотификациона стопа туберкулозе стално опадала након Другог светског рата као резултат примене мера антитуберкулозне заштите. Тако је 1990. године стопа била 41 на 100.000 становника. У то време је просечна стопа на Балкану била 45, у Европи 27, док је у свету стопа била чак 155/100.000 становника. Током 1990-их, стопа је наставила да пада до 34/100.000, да би првих година после 2000. почела да расте и 2003. године достигла 37/100.000 (Ристић, 2014: 13–14).

Од 1. децембра 2004. године Министарство здравља Републике Србије почело је да примењује национални програм контроле туберкулозе уз финансијску подршку Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије. Глобални фонд је 2004. године одобрио Србији прву донацију за петогодишњи пројекат примене националног програма контроле туберкулозе. Уговор између Глобалног фонда и Министарства здравља за реализацију пројекта под називом *Смањење оптерећења туберкулозом становништва Републике Србије* потписан је 1. октобра 2004. године. Реализација пројекта започела је 1. децембра 2004. године, а пројекат је трајао до 31. марта 2010. године. Укупна вредност бесповратне програмске помоћи Глобалног фонда је износила четири милиона америчких долара. Циљ пројекта је био да се нотификациона стопа туберкулозе до краја 2009. године снизи на 25/100.000 са 37/100.000, колико је износила 2003. године, применом Стратегије директно опсервиране терапије (ДОТС) коју је развила СЗО (Министарство здравља Републике Србије [МЗРС], 2011).

Како би се достигао општи циљ, пројекат је предвидео три специфична циља. Први циљ се односио на јачање капацитета система здравствене заштите у контроли туберкулозе, а средства за његово остварење су били: 1) едукација здравствених радника у вези са спровођењем ДОТС стратегије; 2) обезбеђивање неопходне опреме и средстава за рад окружним бактериолошким лабораторијама и пулмолошким службама; и 3) обезбеђивање континуираног снабдевања висококвалитетним антитуберкулотским лековима прве линије. Други циљ је обухватао примену ДОТС стратегије у читавој

Србији кроз систем супервизија, што је подразумевало: 1) надзор над квалитетом рада лабораторија за дијагностику туберкулозе и пулмолошких служби; 2) увођење компјутеризованог система за прикупљање података о туберкулози; и 3) развој стратегије едукације о туберкулози за општу популацију и ризичне групе становништва. Трећи циљ је подразумевао унапређење контроле туберкулозе у специфичним ризичним популацијама и превенцију резистентних облика туберкулозе. Активности у оквиру овог циља су обухватале: 1) здравствено просвећивање о туберкулози у школама и ризичним популационим групама; и 2) активно трагање за туберкулозом међу избеглим и интерно расељеним лицима у камповима, становницима ромских нехигијенских насеља, као и у затворској популацији. У циљу превенције резистентних облика туберкулозе успостављен је систем за збрињавање резистентних случајева у складу са препорукама СЗО и извршена је набавка антитуберкулотских лекова друге линије посредством *Green Light* комитета СЗО (МЗРС, 2011).

Црвени крст Србије је, као подговорна страна, учествовао у обе групе активности у оквиру трећег специфичног циља пројекта. У оквиру прве активности, ЦКС је спроводио едукације о туберкулози у ромским нехигијенским насељима и камповима за избегла и интерно расељена лица. Црвени крст Србије је едукацијама обухватио 122 ромска нехигијенска насеља у 14 градова, у којима је процењени број становника био око 41.000, од чега је готово 15.000 одраслих становника учествовало у едукативним сесијама. Са друге стране, у камповима за избегла и интерно расељена лица, у едукативне сесије је укључено готово 7.000 људи, што је преко 90% популације тих кампова (МЗРС, 2011).

У склопу друге активности, ЦКС је учествовао у активном трагању за туберкулозом у ромским нехигијенским насељима и камповима за избегла и интерно расељена лица, у партнерству са локалним пулмолошким службама. Број људи из осетљивих популационих група, Рома, избеглих и интерно расељених лица који су били обухваћени активним трагањем за туберкулозом био је већи од очекиваног. Скрининг на туберкулозу, у форми упитника о симптомима, спроведен је у 75 избегличких кампова, у 40 градова у Србији, у којима је било укупно 7.363 корисника, од чега је 91% њих било обухваћено скринингом (МЗРС, 2011).

Циљ пројекта да се до краја 2009. године нотификациона стопа снизи на 25/100.000, премашен је већ 2008. године, када је забележена стопа од 24/100.000. До краја 2009. године стопа је снижена на 23/100.000. Премашени су, не само очекивани годишњи показатељи утицаја у оквиру пројекта, већ и национални миленијумски циљеви развоја у вези са туберкулозом (МЗРС, 2011).

С обзиром на резултате пројекта и националне планове да нотификациона стопа буде нижа од 20/100.000 становника, Србија је конкурисала за нови пројекат контроле туберкулозе. Имајући у виду добре резултате првог пројекта, Глобални фонд је Србији, у новембру 2009. године, одобрио нових 7,5 милиона долара за период од 2010. до 2015. године. Реализација новог пројекта, под називом *Јачање и повећање доступности дијагностике и лечења туберкулозе и мултирезистентне туберкулозе са нагласком на најосетљивије популације*, почела је 1. априла 2010. године (МЗРС, 2012).

Крајњи циљ пројекта био је да се до краја 2014. године нотификациона стопа снизи на 19/100.000, јачањем примене ДОТС стратегије, повећаним опсегом интервенција које се односе на збрињавање мултирезистентне туберкулозе и заједничке ТБ/ХИВ активности, као и јачањем контроле туберкулозе у осетљивим популацијама (МЗРС, 2012).

Специфични циљеви пројекта били су:

1. Унапређење дијагностике и лечења резистентних облика туберкулозе и повећање доступности услуга;
2. Одржавање и учвршћивање 100% покривености Стратегијом директно опсервиране терапије (ДОТС) у Републици Србији;
3. Унапређење контроле туберкулозе у ризичним популацијама;
4. Збрињавање ко-инфекције туберкулозом и ХИВ/сидом (МЗРС, 2012).

Нови пројекат су заједнички реализовали Министарство здравља, као носилац пројекта у име Владе Србије и ЦКС, као носилац пројекта у име цивилног сектора. Црвени крст Србије је као подговорна страна на првом пројекту успешно спроводио активности у ромским нехигијенским насељима, успостављајући партнерства са локалним самоуправама, ромским невладиним организацијама и пулмолошким службама. Због тога је Савет за праћење пројеката из области ХИВ/сиде и туберкулозе одлучио да

ЦКС треба да буде главни прималац средстава наредне донације у домену рада цивилног сектора (МЗРС, 2011). У реализацији новог пројекта, Министарство здравља је било одговорно за спровођење свих активности у оквиру система здравствене заштите и казнено-поправног система. Са друге стране, ЦКС је био надлежан за активности у оквиру трећег и четвртог специфичног циља, у посебно осетљивим групама, а то су: 1) Роми у нехигијенским насељима; 2) корисници народних кухиња; 3) интравенски наркомани који користе услуге „свратишта” и проститутке (МЗРС, 2011).

У оквиру трећег специфичног циља, ЦКС је био носилац активности у вези са превенцијом, дијагностиком и лечењем туберкулозе у две осетљиве групе: 1) Роми који живе у нехигијенским насељима и 2) корисници народних кухиња.

Улога ЦКС се односила на подршку у трагању за контактима оболелих од туберкулозе у ромским нехигијенским насељима, посредовање у обезбеђивању остваривања права из здравственог осигурања, као и подршку оболелима у амбулантној фази лечења туберкулозе. У циљу што бољег одзива особа из контаката оболелих припадника ромске националне мањине који живе у нехигијенским насељима, тј. обезбеђивању услова за њихов несметан лекарски преглед, у више наврата било је неопходно да се трошкови који настају у здравственој установи при лекарском прегледу подрже из пројектних средстава. У сарадњи са ромским здравственим медијаторкама ЦКС обезбеђиване су здравствене књижице неосигураним лицима. На основу позива пулмолошких служби, чланови ЦКС су давали подршку у трагању за контактима оболелих особа ромске националне мањине који живе у нехигијенским насељима и обезбеђивали услове да се особе из контакта прегледају (МЗРС, 2015).

Међу корисницима народних кухиња, активности ЦКС су обухватале анкетање о симптомима туберкулозе и упућивање особа са симптомима на даљу дијагностику у пулмолошке службе, уз одговарајућу сарадњу са здравственим радницима примарне здравствене заштите. Активним трагањем за оболелима у популацији корисника народних кухиња годишње је обухваћено око 19.600 од укупно 20.300 пунолетних корисника. Активно трагање за оболелима у популацији корисника народних кухиња спроводило се континуирано у периоду од октобра једне до краја марта наредне године, да би се корисницима који живе у тешким материјалним условима омогућио одлазак на лекарски преглед, уколико се

посумња на симптоме туберкулозе. Активности у овој групи често су обухватале заказивање прегледа корисницима, праћење или превозење на преглед и обезбеђивање мотивационих ваучера и пакета (МЗРС, 2015).

У оквиру четвртог специфичног циља, ЦКС је био надлежан за активно трагање за оболелима у популацији интравенских наркомана и проститутки који користе свратишта. Активно трагање за оболелима од туберкулозе у овим групама спроводило се у сарадњи са невладиним организацијама које су носиоци активности у овим популационим групама у оквиру ХИВ програма, а то су: „Јазас” и „Вега” из Београда, „Омладина Јазаса” и „Превент” из Новог Сада, „Омладина Јазаса” из Крагујевца, „Путоказ” из Ниша и „Тимочки омладински центар” из Зајечара (МЗРС, 2015).

У активностима активног трагања за оболелима у посебно осетљивим популацијама, волонтери ЦКС и сарадници из невладиног сектора су годишње обухватили преко 21.000 особа, а број упућених из посебно осетљивих популација који је прегледан у систему здравствене заштите на основу сумње на симптоме туберкулозе је у последњој години пројекта достигао готово 80%. Крајњи циљ пројекта је премашен већ у 2011. години када је нотификациона стопа снижена на 18/100.000 становника, да би 2013. године била снижена на 17/100.000 (МЗРС, 2015).

Поред поменутих активности у оквиру опште здравствене и епидемиолошке делатности ЦКС, а које претежно спроводе и остала национална друштва Црвеног крста, ЦКС је усмерен и на активности у оквиру хуманитарне делатности. Пре свега, национална друштва Црвеног крста играју важну улогу у планирању управљања катастрофама (ICRC, 1986, 1995, 2006; Chenot, 2010). У оквиру тога, ниво учешћа националних друштава Црвеног крста у решавању проблема из области цивилне заштите се разликују од државе до државе. У данашњем свету када је приметно да Црвени крст нема више ону улогу и значај у вршењу активности у оквиру здравствене и епидемиолошке делатности какву је имао у 19. и 20. веку, важно је споменути и сарадњу ове организације са неким глобално важним међународним организацијама које се баве, између осталог, и активностима цивилне заштите као што је Европска унија (ЕУ). Европска унија, почев од своје прве војно-цивилне мисије коју је покренула 2003. године, била је ангажована у тридесетак војних и цивилних операција управљања кризама (Vukčević & Grmuša, 2014:

87). Стратешка мобилност је од самог почетка развоја безбедносне и одбрамбене политике ЕУ (ЕБОП) представљала окосницу ове политике, будући да операције ЕУ у области управљања кризама налажу неопходност брзог реаговања и слања снага на кризно подручје (Vukčević & Grmuša, 2015: 511).

Организација Црвеног крста има свој огранак односно своје друштво и у Бриселу, седишту ЕУ. Реч је о Канцеларији Црвеног крста ЕУ (ЦКЕУ) која сарађује са Генералним директоратом Европске комисије за хуманитарну помоћ и цивилну заштиту (ЕЧНО) у циљу пружања хуманитарне помоћи трећим државама, као и помоћи у ванредним ситуацијама. Ресурси се обједињују кроз Механизам цивилне заштите ЕУ (МЦЗ) у циљу пружања координиране помоћи жртвама природних катастрофа и катастрофа изазваних људским фактором унутар и изван ЕУ.

Европска унија углавном координише националне системе здравствене заштите, пружа неопходну подршку при размени информација и знања, као и финансијску подршку. Искључива надлежност Европске уније у овој области је прилично уска и своди се на активности обезбеђивања квалитета и безбедности у области донирања органа и трансплатације (Directive 2010/53/EU). То значи да највећи број надлежности у погледу здравствене политике није пренет на ЕУ већ је остао је у надлежности држава чланица, што има за последицу да се одлуке у области европске здравствене политике не доносе квалификованом већином као у неким другим областима (Todorović & Grmuša, 2014: 645).

ЗАКЉУЧАК

Национално друштво Црвеног крста у Србији се суочавало са епидемиолошким проблемима у оквиру своје здравствене делатности, пружајући подршку државним институцијама јавног здравља и војном санитету. Притом, садржај и ниво учешћа националног друштва Црвеног крста у решавању епидемиолошких проблема зависили су од три кључна фактора. Први фактор чине историјске околности и начин државног уређења који представљају историјско-политички контекст у коме је национално друштво функционисало. Други фактор се односи на то да ли је национално друштво деловало у рату или миру. Трећи фактор представља ниво развоја државне здравствене службе и војног санитета.

Прво национално друштво Црвеног крста у Србији, под називом Српско друштво Црвеног крста, основано је у фебруару 1876. године, у време када Србија још увек није била међународно призната независна држава. Друштво је основано у непосредном ратном окружењу и очекивању српско-турског рата у жеку Велике источне кризе. Са друге стране, у време оснивања СДЦК, ниво здравствене заштите у Србији је био низак, са малим материјално-кадровским капацитетима. Од свог оснивања, СДЦК је уживало пореске олакшице и аутономију у погледу управљања и финансирања, мада су чланови управе често били истакнути појединци из структура државне и црквене власти. С обзиром на историјско-политички контекст, чију главну одлику представљају ратови вођени у периоду од 1876. до 1918. године, приоритетна делатност СДЦК подразумевала је пружање помоћи војном санитету у збрињавању рањеника. На основу правила која су уређивала организацију и деловање СДЦК, његов главни задатак у рату односио се на пружање помоћи војном санитету у збрињавању рањених и болесних војника, а мирнодопски задаци су били повезани са материјално-кадровским припремама за извршење ратних задатака. С тим у вези, здравствена делатност СДЦК је била у другом плану, и увек у функцији ратних припрема или санирања последица ратних дејстава.

У ратовима вођеним у периоду од 1876. до 1918. године, СДЦК је деловало као подршка српском војном санитету, који ни у једном рату није био материјално, организационо и кадровски спреман да одговори на ратне задатке. У току ратова, примарна делатност СДЦК се одвијала у три правца. Први правац је обухватао

пружање материјалне помоћи војном санитету, како директно, тако и упућивањем позива становништву да помогне. Други правац је подразумевао ангажовање болничара и лекара чланова СДЦК у збрињавању рањених и болесних војника у болницама, од којих је многе СДЦК оснивало и опремало. Трећи правац је обухватао посредовање код МКЦК у циљу доласка мисија друштава Црвеног крста из других држава. Посебан допринос СДЦК је дало у борби против епидемије колере у Балканским ратовима и тифуса у Првом светском рату. Ни српски војни санитет, као ни целокупна здравствена служба у Србији, нису били спремни за суочавање са епидемијама инфективних болести, што је довело до великих жртава, посебно током епидемије тифуса у Првом светском рату. Директно ангажовање СДЦК у кадровском и материјалном погледу, као и посредовање у циљу доласка страних мисија Црвеног крста, допринели су ублажавању разорних последица како ратних дејстава, тако и епидемија. С обзиром на то да су епидемије избијале у току рата, није било могуће одвојити епидемиолошку делатност од уобичајених ратних задатака СДЦК.

Из СДЦК је 1921. године настало Друштво Црвеног крста Краљевине СХС, које је од 1929. године имало назив Друштво Црвеног крста Краљевине Југославије. Две деценије Друштво је деловало у мирнодопском окружењу. Привилегије и пореске олакшице, које је имало СДЦК, сачуване су и проширене, али је Друштво више зависило од државне власти у погледу управљања и финансирања. Председника Друштва је именовао и разрешавао краљ, а у управним органима се налазио велики број представника владе и бановинских управа. Са друге стране, државне дотације су чиниле велики део прихода Друштва. У таквом окружењу, Друштво је функционисало као подршка државним здравственим установама, посебно на епидемиолошком пољу. Општа делатност се заснивала на проширењу мирнодопског програма у складу са смерницама Лиге друштава Црвеног крста, као и деловањем на здравствено-образовном пољу. Епидемиолошка делатност се базирала на примени мера превенције и сузбијања најтеже инфективне болести у Краљевини СХС и Југославији – туберкулозе. Од тог времена, све до данас, национално друштво Црвеног крста у Србији је ангажовано на превенцији и сузбијању туберкулозе, са различитим садржајем и начинима учествовања. За време Краљевине СХС и Југославије, Друштво је у борби против туберкулозе учествовало на два начина.

Први начин је подразумевао директну помоћ оболелом становништву, при чему су приоритет имали војници оболели од туберкулозе. У циљу њиховог лечења, 1935. године је основан и посебан фонд који је омогућавао лакшу набавку лекова и приступ лекару. Други начин је обухватао здравствено просвећивање, које се огледало у два активностима: 1) организовању посебних курсева у сарадњи са школованим нудиљама; и 2) штампању и бесплатној подели едукативног материјала са смерницама за превенцију туберкулозе, али и за изоловање и лечење оболелих.

У току Другог светског рата, национално друштво Црвеног крста је поделило судбину своје државе. При бомбардовању Београда 6. априла 1941. године оштећена је и зграда Црвеног крста. Један део Друштва се евакуисао и наставио да делује у избеглиштву, одржавајући везе са четничким покретом отпора. Од једног дела управе Друштва који је остао у земљи, немачки окупатор и квислиншка влада у Србији организовали су своје друштво, под називом Српско друштво Црвеног крста. Чланови Друштва који нису сарађивали са окупатором, били су прогоњени и затварани у логоре. Поред тога, партизански покрет је основао своје друштво под називом Југословенски црвени крст. Главна делатност Друштва у избеглиштву подразумевала је пружање помоћи заробљеницима у логорима непријатељских држава, одржавање веза са окупираном отаџбином и организовање помоћи становништву. У таквој ситуацији, Друштво није било у стању да се посебно усмери на здравствену делатност. Ново друштво Црвеног крста, које је основано у окупираној Србији, није имало аутономију и било је функционално потчињено немачком Црвеном крсту. У таквом стању, ово друштво је могло да делује само на нивоу који је зависио од односа квислиншке управе и окупатора. С тим у вези, ово друштво је стављено у функцију збрињавања избеглица и организовања помоћи за заробљенике у логорима окупаторских држава. И поред тога, било је простора за здравствену делатност овог друштва, која се огледала у кључним активностима: 1) дистрибуцији лекова становништву, које је посредством немачког Црвеног крста слао МКЦК; и 2) раду главне амбуланте у Београду која је била једно од ретких места у којима је становништво окупиране Србије могло да добије здравствену заштиту. Здравствена делатност овог друштва обухватила је и епидемиолошко поље, учешћем у сузбијању епидемије тифуса која је избила у Подрињу почетком 1942. године.

У току Другог светског рата, на простору под контролом партизанског покрета основан је Југословенски црвени крст, као подршка војном санитету овог покрета, али и као једно од средстава да се овај покрет легитимише, како у Југославији, тако и у међународним односима. Пошто је основан у мају 1944. године, ЈЦК није учествовао у борби против епидемија тифуса које су током 1942. и 1943. године захватале део јединица партизанског покрета и становништва на територији под његовом контролом.

ЈЦК је постао национално друштво Црвеног крста у послератној Југославији. Аутономија деловања ЈКЦ у односу на органе власти мора да се посматра у склопу целокупног друштвеног система који је постојао у Југославији од 1945. до 1991. године. Национално друштво је под називом Југословенски црвени крст функционисало до 1972. године, када је променило назив у Црвени крст Југославије.

С обзиром на то да је ЈЦК/ЦКЈ деловао у мирнодопском окружењу, његов главни задатак је подразумевао деловање у својству помоћне снаге за државне здравствене и социјалне службе. Фокус здравствене делатности ЈЦК/ЦКЈ био је у три области: 1) здравствено-образовној делатности; 2) добровољном давању крви; и 3) епидемиолошкој делатности, која је обухватила превенцију и сузбијање туберкулозе. Здравствена делатност ЈЦК/ЦКЈ се одвијала у два периода. У првом периоду, који је почео након Другог светског рата и завршио се средином 1960-их година, ЈЦК је имао важно место у изградњи система здравствене заштите. Непосредно по завршетку Другог светског рата, у делокругу ЈЦК се налазио широк спектар активности, који је обухватао дистрибуцију хуманитарне помоћи, здравствено просвећивање, одржавање различитих курсева и пружање помоћи у школовању медицинско-техничког кадра. Други период деловања, који је почео током 1960-их година, одликује се смањеним ангажманом ЈЦК/ЦКЈ будући да се развио државни систем здравствене заштите. Главне актере здравственог система представљале су државне здравствене установе, услед чега ЈКЦ није имао простора да се опсежније бави задацима на пољу здравствене делатности. У овом периоду, фокус ЈЦК/ЦКЈ је био на образовно-пропагандној делатности.

На пољу превенције и сузбијања туберкулозе такође је долазило до промена садржаја и обима задатака ЈЦК/ЦКЈ. Након Другог светског рата, делатност ЈЦК је обухватала три групе активности: оснивање секција за борбу против туберкулозе; учешће у акцијама вакцинисања становништва против туберкулозе од 1948. године; и

здравствено просвећивање становништва путем штампања и поделе плаката, летака и брошура у вези са превенцијом и сузбијањем туберкулозе. Од почетка 1950-их година, ЈЦК је на пољу борбе против туберкулозе примарно деловао као административна и организациона подршка антитуберкулозним диспанзерима и екипама за вакцинацију. Посебан вид помоћи представљало је деловање антитуберкулозних секција ЈЦК у фабрикама, сеоским задругама, државним пољопривредним добрима и школама, са фокусом на хигијенско-техничку заштиту на раду. Како се развијао државни систем здравствене заштите, главну улогу у борби против туберкулозе преузимале су државне здравствене установе, тако да је фокус ЈЦК у овој области све више померан ка пружању едукативно-пропагандне подршке раду тих установа.

Распадом СФРЈ 1991. године, дошло је до издвајања одбора Црвеног крста из отцепљених република, док су одбори Црвеног крста из Србије и Црне Горе наставили да функционишу као ЈЦК. Југословенски црвени крст је читаву деценију деловао у веома тешком окружењу, које су обележили грађански рат на простору бивше СФРЈ, санкције, економска криза и осиромашење у СРЈ и агресија НАТО. Главну активност ЈЦК у овом периоду представљала је дистрибуција хуманитарне помоћи за преко милион корисника. С обзиром на околности, здравствена делатност ЈЦК је била у другом плану, али се ипак одвијала у две области. Прва област је обухватала организационе и пропагандне активности у вези са добровољним давањем крви. Другу област је чинила епидемиолошка делатност, при чему је фокус био на обележавању недеље борбе против туберкулозе и кампањама борбе против ХИВ/сиде. Активности у овој области су обухватале: пружање материјалне помоћи оболелима и болницама у складу са могућностима ЈЦК, и информативно-едукативно деловање кроз различите манифестације, штампање и поделу едукативног материјала и организовање трибина и предавања.

Црвени крст Србије је од 1944. до 1991. године функционисао као републички одбор у оквиру ЈЦК/ЦКЈ. После распада СФРЈ, заједно са Црвеним крстом Црне Горе био је део ЈЦК у СРЈ до 2003. године, и део Друштва Црвеног крста Србије и Црне Горе до 2006. године. Од распада заједничког Црвеног крста у мају 2006. године, ЦКС функционише као једино национално друштво Црвеног крста у Србији.

Црвени крст Србије је дефинисан као независна и непрофитна организација, уз могућност вршења одређених јавних овлашћења, са аутономијом у погледу управљања и финансирања, чији се руководиоци бирају из редова чланова, без формалног утицаја органа власти. За вршење јавних овлашћења, ЦКС се финансира средствима буџета Србије, покрајина и општина, док се за спровођење програма, који произлазе из циљева и задатака Међународног покрета, ЦКС средства обезбеђује из сопствених извора, прихода од игара на срећу који се у оквиру буџета Србије издваја за хуманитарне потребе, као и прихода који се остварују таксама на путничке карте и поштански саобраћај током Недеље Црвеног крста и Недеље солидарности.

С обзиром на широко постављен мирнодопски програм и право вршења јавних овлашћења, ЦКС је могао да развије широку здравствену делатност. Општа здравствена делатност ЦКС обухвата промоцију и учешће у акцијама добровољног давања крви и промовисање здравих стилова живота у циљу смањења ризика од кардиоваскуларних и инфективних обољења, као и смањења употребе психоактивних супстанци. Епидемиолошка делатност ЦКС обухвата учешће у реализацији два државна пројекта, којима је, уз финансијску помоћ Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије, нотификациона стопа туберкулозе у Србији до 2014. године снижена испод европског нивоа. Реализација првог пројекта, под називом *Смањење оптерећења туберкулозом становништва Републике Србије*, од децембра 2004. до марта 2010. године, довела је снижења нотификационе стопе са 37/100.000 на 23/100.000. Црвени крст Србије је у реализацији овог пројекта учествовао као подуговорна страна за активности у оквиру трећег специфичног циља пројекта, који је подразумевао унапређење контроле туберкулозе у специфичним ризичним популацијама и превенцију резистентних облика туберкулозе. Активности ЦКС у остварењу овог циља обухватале су едукацију о туберкулози и активно трагање за туберкулозом у ромским нехигијенским насељима и камповима за избегла и интерно расељена лица. Реализација другог пројекта, под називом *Јачање и повећање доступности дијагностике и лечења туберкулозе и мултирезистентне туберкулозе са нагласком на најосетљивије популације*, од априла 2010. до краја 2014. године, довела је до снижења нотификационе стопе на 17/100.000 што је испод европског нивоа. У овом пројекту ЦКС је учествовао као носилац активности у оквиру трећег и четвртог специфичног

циља, који су подразумевали унапређење контроле туберкулозе у ризичним популацијама и збрињавање ко-инфекције туберкулозом и ХИВ/сидом. Активности ЦКС су обухватале едукацију, трагање за оболелима и посредовање у обезбеђивању њиховог лечења из посебно рањивих група, а то су: 1) Роми из нехигијенских насеља; 2) корисници народних кухиња и; 3) проститутке и интравенски наркомани који користе услуге свратишта.

Ово истраживање је са једне стране показало да се епидемиолошки проблеми нису налазили у оквиру примарних задатака националног друштва Црвеног крста у Србији. Са друге стране, истраживање је показало да је национално друштво Црвеног крста допринело сузбијању инфективних болести као претњи безбедности, како у рату, тако и у мирнодопском периоду, када је деловало у склопу општедруштвеног одговора на њих. Епидемије инфективних болести, које су избијале током ратова, захтевале су ангажовање свих државних и друштвених институција, с обзиром на то да је безбедност била угрожена комбиновањем војних претњи и епидемиолошких проблема. С тим у вези, уобичајени ратни задаци Црвеног крста били су повезани са учешћем у широко постављеном одговору на епидемије инфективних болести. У мирнодопском периоду, епидемиолошка делатност се налазила у саставу здравственог мирнодопског програма националног друштва Црвеног крста. Главна епидемиолошка активност је била усмерена на превенцију и сузбијање туберкулозе, што је са једне стране представљало одговор на потребе друштва, а са друге, примену смерница Међународног покрета Црвеног крста у вези са туберкулозом. У борби против туберкулозе, национално друштво Црвеног крста је деловало као помоћна снага државних здравствених установа, још од времена Краљевине СХС. При томе, садржај и обим задатака националног друштва Црвеног крста су се постепено мењали у складу са развојем државних здравствених установа. На почетку, посебно у годинама после Првог и Другог светског рата, национално друштво Црвеног крста је кадровски, материјално и организационо учествовало у борби против туберкулозе, да би се са развојем државне здравствене службе, фокус делатности померао ка едукативно-пропагандним активностима и пружању организационе и административне подршке раду државних здравствених установа. У реализацији државног пројекта сузбијања туберкулозе у периоду од 2005. до 2014. године, национално друштво Црвеног крста у

Србији је добило значајно место, посебно од 2010. године када је ЦКС учествовао као носилац реализације пројекта у име невладиног сектора.

Даља епидемиолошка делатност националног друштва Црвеног крста у Србији ће се одвијати под утицајем дугорочних и краткорочних фактора. У дугорочне се могу уврстити поменута три фактора (историјске и политичке околности, деловање у рату или у миру и развој здравствених установа) која су утицала на укупан досадашњи садржај и ниво учешћа националног друштва Црвеног крста у решавању епидемиолошких проблема. У краткорочне се могу уврстити четири фактора. Први фактор представљају смернице Међународног покрета Црвеног крста у вези са учешћем националних друштава у решавању епидемиолошких проблема. Према одредбама Закона о ЦКС, национално друштво Црвеног крста у Србији спроводи програме и активности који произлазе из циљева и задатака Међународног покрета. Делатност у превенцији и сузбијању туберкулозе показује да је национално друштво Црвеног крста на простору Србије свој рад усклађивало са смерницама Међународног покрета. Други фактор чине јавна овлашћења, која по закону ЦКС може да обавља. У оквиру јавних овлашћења ЦКС налази се и организовање, обучавање и припремање екипа за хигијенско-епидемиолошку заштиту у случају природних, еколошких и других несрећа, као и оружаних сукоба. С тим у вези, ЦКС развија неопходне капацитете који се могу употребити у склопу одговора на епидемије као безбедносне претње. Трећи фактор чине место и искуство ЦКС у пројекту сузбијања туберкулозе у периоду од 2005. до 2014. године, промоцији здравих стилова живота, као и акцијама добровољног давања крви. У пројекту сузбијања туберкулозе, ЦКС се показао као установа која може да координира и усмерава рад невладиног сектора у складу са постављеним задацима пројекта. Због тога се може очекивати да ЦКС добије сличну улогу у неким наредним пројектима, који би могли да обухвате превенцију и сузбијање ХИВ/сиде или неких других инфективних болести. Циљеви активности ЦКС на промоцији здравих стилова живота између осталог подразумевају промену понашања најшире друштвене заједнице и усвајање виших стандарда личне хигијене, што је значајно за превенцију инфективних болести. Са друге стране, деловањем Клуба 25 и везом са широком мрежом невладиних организација које се баве здравственим питањима, ЦКС може да допре до најшире

популације омладине и посебно рањивих категорија становништва. Акције добровољног давања крви, у којима ЦКС учествује, блиско су повезане са превенцијом инфективних болести, с обзиром на стандарде тестирања крви намењене за трансфузију. Четврти фактор је здравствено-образовна делатност, имајући у виду да курсеви и предавања ЦКС који обухватају најшире слојеве становништва, као и штампање и дељење едукативног материјала, доприносе широком одговору друштва на епидемиолошке проблеме.

ИЗВОРИ И ЛИТЕРАТУРА

Архивски извори

Архив Југославије [АЈ], АЈ-38, ф. 53, „Историјат школе Црвеног крста за медицинске сестре-медицинске техничаре, фасцикла”, 20. новембар 1969.

Војни Архив Министарства одбране Републике Србије [ВАМОРС], ВККС, к. 8, ф. 1, „Указ кнеза Милоша”, 19. март 1876.

Државни архив Србије [ДАС], ЦКСБ, ф. 1, с. 16, „Апел СДЦК српском становништву широм света да се придружи акцији сакупљања новчаних и материјалних средстава за помоћ ратним рањеницима”, 10. новембар 1885.

Државни архив Србије [ДАС], ЦКСБ, ф. 1, с. 16, „Јавна предавања др Владана Ђорђевића”, 3. јануар 1876.

Државни архив Србије [ДАС], ЦКСБ, ф. 1, с. 16, „Комисијски извештај о прегледу и пријему санитетског папирног материјала који је примљен од Међународног Комитета Црвеног крста”, 6. јул 1943.

Државни архив Србије [ДАС], ЦКСБ, ф. 1, с. 16, „Комисијски извештај упућен Комесару ДСЦК. Констатација да је сандук са лековима послат од стране Међународног ЦК на путу до Србије отворан”, 25. фебруар 1942.

Државни архив Србије [ДАС], ЦКСБ, ф. 1, с. 16, „Писмо Комесара Друштва свим одборима Српског Друштва Црвеног крста. Новчане дознаке српским заробљеницима у Италији”, 18. децембар 1942.

Државни архив Србије [ДАС], ЦКСБ, ф. 1, с. 16, „Писмо Комесара Друштва свим одборима Српског Друштва Црвеног крста”, 28. август 1941.

Усмено казивање

Јовановић-Симић, Ј. (6. 04. 2015). *Рад српског војног санитета од почетка Великог рата до завршетка егзодуса (јули 1914 – јануар 1916. године)*. Материјал презентован 2015. на Округлом столу – Хероји у белом, Универзитетска библиотека „Светозар Марковић”, Београд.

Штампа

- Југословенски Црвени крст*. 1950. „Из рада секција за борбу против туберкулозе—са саветовања секције при Централном одбору Југословенског Црвеног крста.” март-април: 2–3.
- Југословенски Црвени крст*. 1948. „Борба против туберкулозе.” новембар-децембар: 5.
- Југословенски Црвени крст*. 1947. „Курсеви за творничке хигијеничаре и прву помоћ.” 1. јул : 9–11.
- Српске новине*. 1885. „Позив за упис добробољних болничара.” 1. октобар: 1055.
- Српске новине*. 1885. „Позив Црвеног крста.” 14. новембар: 1189.
- Српске новине*. 1876. „Предавања г. мајора др Владана Ђорђевића у корист херцеговачких рањеника.” 3. јануар: 6.

Монографије и чланци

- Борковић, М. (1979). *Контрареволуција у Србији: квислиншка управа 1941–1944, књига I*. Београд: Слобода.
- Вељковић, С. (2012). Извештај о епидемији пегавца у Бајиној Башти 1942. године. У: Б. Димитријевић (уред.), *800 година српске медицине* (стр. 321–328). Београд: Српско лекарско Друштво.
- Грмуша, А. (2015). Српско друштво Црвеног крста у ратовима за ослобођење Србије од 1876. до 1918. године. *Национални интерес*, 23(2), 201–217.
- Грмуша, А. & Младеновић, С. (2016). Положај и деловање Српског друштва Црвеног крста за време окупације Србије 1915–1918. године. У: У. Шуваковић & Д. Елезовић, Д (уред.), *Век српске голготе (1915–1918)*, књига I Историја, (стр. 197–215). Косовска Митровица: Филозофски факултет Универзитета у Приштини.
- Динан, А. (1998). *Сећање на Солферино*. Београд: Југословенски Црвени крст.
- Драшковић, С. (2006). *Трансфузија крви у Србији на путу ка европским стандардима*. Београд: Институт за трансфузију крви Србије.
- Друштво Црвеног крста Краљевине Југославије [ДЦККЈ]. (1936). *Споменица 1876-1936*. Београд: Државна штампарија Краљевине Југославије.
- Ђорђевић, В. (1872). *Народна медицина у Срба*. Нови Сад: Српска народна задружна штампарија.

- Ђорђевић, В. (1872). *Санитетски послови у Србији: са шест инжењерских скица о београдским болницама*. Београд: Државна штампарија.
- Ђорђевић, В. (1874). *Болничарска служба по прајској и швајцарској инструкцији за болничарске чете у српској војсци са 85 дрвореза у тексту, позајмљених из швајцарске ручне књиге за фратре и болничаре*. Београд: Министарство војно.
- Ђорђевић, В. (1874). *Начела војне хигијене: предавања која је држао у Официрској школи у Београду 1873. В. Ђорђевић: са три статистичке табле о боловању српске стајаће војске од 1840–1871. године*. Београд: Министарство војно.
- Ђорђевић, В. (1876). *Јавна предавања*. Београд: Државна штампарија.
- Ђорђевић, В. (1880). *Историја српског војног санитета, књига 3*. Београд: Државна штампарија.
- Ђорђевић, В. (1893). *Историја српског војног санитета*. Београд: Државна штампарија.
- Ђорђевић, Д. В. (1927). *Срце и душа Европе*. Београд: Државна штампарија Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца.
- Ђурић Мишина, В. (2023). *Заборављени праведник*. Склани-Сребреница: Удружење Мост.
- Зец, Д. (2019). *Свакодневни живот у окупираном Београду (1941–1944)* [необјављена докторска дисертација]. Одељење за историју, Филозофски факултет Универзитета у Београду.
- Игњатовић, М. (2002). Изучавање историје војне медицине и хирургије. *Војносанитетски преглед*, 59(4), 429–435.
- Игњатовић, М. (2006). Мировне хуманитарне организације и Нобелова награда за мир. *Војносанитетски преглед*, 63(3), 317–325.
- Игњатовић, М. (2013). Врхунски донети српске хирургије у Балканским ратовима. У: В. Димитријевић (уред.), *Осамсто година српске медицине* (стр.13–34). Београд: Српско лекарско друштво.
- Јаковљевић, Б. (1964). Међународни Црвени крст. Београд: Југословенски Црвени крст–Централни одбор.
- Јановски, Н., & Пешић, И. (1993). Епидемиолошке карактеристике туберкулозе у Србији од 1953. до 1992–2010. године. *Зборник радова саопштених на XXXVIII саветовању пулмолога Републике Србије у Београду* (стр. 30–33). Београд: Клинички центар Србије, Институт за плућне болести и туберкулозу.

- Јокановић, В. (1997). *О Хипократовим следбеницима у Србији: у поводу 125 година Српског лекарског друштва*. Нови Сад: Дневник.
- Јоксимовић, Х. (1926). *Живот и рад Српског друштва Црвеног крста и Друштва Црвеног крста С. Х. С.: од 6. фебруара 1876. до 6. фебруара 1926*. Београд: Графички институт Народна мисао.
- Нај С. Џозеф. (2012). *Будућност моћи*. Нови Сад: Архипелаг.
- Недок, А. (2009). Руска санитетска помоћ Србији у њеним ослободилачким и одбрамбеним ратовима XIX и раног XX века (1804–1917). *Војносанитетски преглед*, 66(7), 587–596.
- Недок, А. (2012). *Балкански ратови 1912–1913*. Београд: Медија центар Одбрана.
- Недок, А. (2014). Санитетски мајор др Стефан Недок, први шеф Унутрашњег одељења Београдске војне болнице, начелник санитета дивизије и корпуса у ратовима са Турском 1876. и 1877–78. *Војносанитетски преглед*, 71(8), 792–794.
- Николић, К. (2008). *Владе Краљевине Југославије у Другом светском рату 1941–1945*. Београд: Институт за савремену историју.
- Николић, П. (1998). *У служби хуманости: 120 година Црвеног крста Пирота 1878–1998*. Пирот: Општински одбор Црвеног крста Пирот.
- Обрадовић, М. (2007). Рамзин др Сергије Константинович-улога и допринос српској медицини XX века. У: М. Павловић (уред.), *Зборник радова са XV научног скупа Историја медицине, фармације и народне медицине, одржаног 24–25. маја 2006. године у Зајечару* (стр. 187–196). Београд: Институт за савремену историју, Београд.
- Озимих, Н. (2011). *Логор на Црвеном крсту*. Ниш: Народни музеј Ниш.
- Павловић, М. (2007). Здравствена служба у Краљевини СХС/Југославији 1919–1941. У: М. Павловић (уред.), *Зборник радова са XV научног скупа Историја медицине, фармације и народне медицине, одржаног 24–25. маја 2006. године у Зајечару* (стр. 48–49). Београд: Институт за савремену историју.
- Петровић, Љ. (2008). Југословенско друштво између два светска рата. *Историја 20. века*, 2, 23–44.
- Петровић, М. (1930). Из мојих ратних искустава (1912–1918). *Војносанитетски гласник*, 1, 1–21.
- Петровић, М. (1992). Санитетски возови у Балканском и светском рату. У: В. Станојевић (уред.), *Историја српског војног санитета*.

- Наше ратно санитарско искуство* (стр. 763–771). Београд : Војноиздавачки и новински центар.
- Пишчевић, С. (1989). Развој и рад санитарске службе у НОВ и по Србији 1941–1945. У: С. Пишчевић (уред.), *Санитарска служба у НОРЈ 1941–1945* (стр. 208–248). Београд: Војноиздавачки и новински центар.
- Поповић, Б., & Тодоровић, В. (2014). Улога и значај Српског Црвеног крста у Првом светском рату. У: А. Недок, Б. Поповић, & В. Тодоровић (уред.), *Српски војни санитар у Првом светском рату* (стр. 361–379). Београд: Медија центар Одбрана.
- Поповић, Б., & Шкрбић, М. (1976). *Становништво и Здравље*. Загреб: Медицинска наклада.
- Поповић, Б., Ковачевић, Ј., Вулић Душан, & Косијер, Д. (1998). *Војни санитар у српском народу*. Београд: Издавачко предузеће Рад.
- Рајић, С. (2007). *Владан Ђорђевић: биографија поузданог обреновићевца*, Београд: Завод за уџбенике.
- Савезни завод за здравствену заштиту [СЗЗЗ]. (1990). *Анализа здравственог стања становништва, организације и рада здравствене службе у СФРЈ: за период 1979–1988 године*. Београд: Савезни завод за здравствену заштиту.
- Станојевић, В. (1924). *Историја ратних зараза*. Београд: Штампарија Златибор.
- Станојевић, В. (1925). *Историја српског војног санитета*. Београд: Штампарија Златибор.
- Станојевић, В. (1958). Статистички подаци о колери у балканским ратовима 1912–1913. *Војносанитарски преглед*, 15(5), 411.
- Станојевић, В. (1971а). Рад нашег санитета у Балканском рату 1912. и 1913. године. У: Ј. Станојевић (уред.), *700 година медицине у Срба* (стр. 218–226). Београд: Српска академија наука и уметности.
- Станојевић, В. (1971б). Рад санитета у ратовима 1876. и 1877–78. године. У: Ј. Станојевић (уред.), *700 година медицине у Срба* (стр. 194–217). Београд: Српска академија наука и уметности.
- Старчевић, М. (2001). *Дифузија међународног хуманитарног права и основних принципа међународног покрета Црвеног крста и Црвеног полумесеца*. Београд: Југословенски црвени крст, Центар за дифузију.
- Стојић, Б., & Колаковић, А. (2015). Француске лекарске мисије у Србији 1915. године. У: Н. Педовић (уред.), *Историја медицине*,

- фармације, ветерине и народна здравствена култура (стр. 79–87). Зајечар: Историјски архив „Тимочка крајина”.
- Терзић, М. (2012). Југословенска краљевска влада и делатност Црвеног крста 1941–1945. *Војноисторијски гласник*, 1(12), 121–150.
- Тодоровић, В., & Поповић, Б. (2014). Организација Српског војног санитета у Првом светском рату. У: А. Недок, Б. Поповић, & В. Тодоровић (уред.), *Српски војни санитет у Првом светском рату* (стр. 161–213). Београд: Медија центар Одбрана.
- Чалић, М. (2013). *Историја Југославије у 20. веку*. Београд: Клио.
- Чеканац, Р., Младеновић, Ј., Микић, Д., Недок, А., & Поповић, Б. (2010). Историјски осврт на епидемију пегавца 1914–1918. године у Србији. У: А. Недок, & Б. Поповић (уред.), *Српски војни санитет 1914–1918. године* (стр. 205–259). Београд: Министарство одбране.
- Шкодрић, Љ., & Бонџић, Д. (2015). Стварање идеалног типа српског младића и српске девојке: просветна политика у колаборационистичкој штампи 1941–1944. У: А. Стојановић, (уред.), *Колаборационистичка штампа у Србији 1941–1944* (стр. 39–50). Београд: Филип Вишњић.
- Andrassy, J. (1963). Развој Женевских конвенција и њихове опште одредбе. У: *Женевске конвенције и Црвени крст* (стр. 25–38). Београд: Југословенски Црвени крст–Централни одбор.
- Barnett, T., & Prins, G. (2006). HIV/AIDS and security. *International Affairs*, 82(2), 359–368.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (1997). *Public Health at the Crossroads: Achievements and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boissier, P. (1985). *History of the International Committee of the Red Cross, Volume I: From Solferino to Tsushima*. Geneva: Henry Dunant Institute.
- Chenot, V. (2010). 125th Anniversary of the International Red Cross and Red Crescent Movement. *International Review of the Red Cross*, 28(263), 141–151.
- Garrett, L. (1996). The Return of Infectious Disease. *Global Issues*, 1(17), 20–26.
- General Assembly of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (1999). *International Review of the Red Cross*, 81(836), 929–929.

- Goodyear, L., & Hynes, M. (2001). Integrating reproductive health into emergency response assessments and primary health care. *Prehospital and Disaster Medicine*, 16(4), 223–230.
- Hall, R. C. (1989). Civil-military conflict in Bulgaria during the Balkan Wars. *East European Quarterly*, 23(3), 293–303.
- Hall, R. C. (2000). *The Balkan Wars 1912–1913*. London: Routledge.
- Hankins, C., Friedman, S., Zafar, T., & Strathdee, S. (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Journal of the International AIDS Society*, 16(17), 2245–2257.
- Institute of Medicine (US). (1998). *The Future of Public Health Committee for the Study of the Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jevtić, M. (2010). Doprinos dr Vladana Đorđevića razvoju srpskog vojnog saniteta – Povodom 165. godina od rođenja dr Vladana Đorđevića. *Vojnosanitetski pregled*, 67(1), 73–76.
- Jovanović, G., & Knežević, S. (2003). Dr Vladan (Hipokrat) Đorđević, pisac prve knjige „Narodna medicina u Srba”. *Timočki medicinski glasnik*, 28(1–2), 47–51.
- Karakaš Obradov, M. (2011). Migracije srpskog stanovništva na području Nezavisne države Hrvatke tijekom 1941. godine. *Časopis za suvremenu povijest*, 3, 801–826.
- Lander, M. V. (2010). On the Occasion of the 75th anniversary of the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *International Review of the Red Cross (1961 - 1997)*, (1961 - 1997), 34(301), 315–317.
- Lederberg, J. (1996). Infectious Disease: A threat to global health and security. *Journal of the American Medical Association*, 276(5), 417–419.
- Makinis, K. (2012). Zdravlje. U: P. D. Vilijams, (ured.), *Uvod u studije bezbednosti* (str. 358–372). Beograd: Službeni glasnik.
- Milošević, S. (1981). *Izbeglice i preseljenici na teritoriji okupirane Jugoslavije 1941–1945*. godine. Beograd: Institut za savremenu istoriju.
- Petranović, B. (1992). *Srbija u Drugom svetskom ratu 1939-1945*. Beograd: Vojnoizdavački i novinski centar.
- Thaller, L. (1927). Значење повијести медицине. *Медицински преглед*, 2(7), 274–286.
- Todorovic, J. & Grmusa, A. (2014). Qualified majority voting vis-a-vis consensus in the EU's Council of Ministers. In: R. Dautov, P. Gkakis, A. Karamanos, T. Lagkas, A. Prodromidou & A. Ypsilanti (Eds.),

- Proceedings of the 9th Annual South-East European Doctoral Student Conference (DSC2014)*, (pp. 644–653). Thessaloniki: University of Sheffield-CITY College, Sout-East European Research Center.
- Unat, E. K. (1995). Cholera epidemics in the Ottoman Empire during 1910–1913 and relevant events. *Yeni Tip Tarihi Arastirmalari*, 1, 55–65.
- Vukčević, D. & Grmuša, A. (2014). Challenges of effective multilateralism: the cooperation between EU and UN in crisis management. In: S. Tatalović (Ed.), *Crisis Management Day* (pp. 87–98). Velika Gorica: University of Applied Sciences.
- Vukčević, D. & Grmuša, A. (2015). The European Union and strategic mobility in crisis management. In: S. Tatalović (Ed.), *Crisis Management Day* (pp. 511–520). Velika Gorica: University of Applied Sciences.

Правни акти

- Закон о трансфузиолошкој делатности* [ЗТД]. Службени гласник Републике Србије, бр. 72/2009.
- Закон о Црвеном крсту Србије* [ЗЦКС]. Службени гласник Републике Србије, бр. 107/2005.
- Југословенски Црвени крст. (1976а). *Збирка прописа: 1875–1975. Закон о олакшицама и правима датим Српском друштву Црвеног крста*. Београд: Југословенски Црвени крст.
- Југословенски Црвени крст. (1976б). *Збирка прописа: 1875–1975. Статут Југословенског Црвеног крста*. Београд: Југословенски Црвени крст.
- Југословенски Црвени крст. (1976в). *Збирка прописа: 1875–1975. Статут Црвеног крста Југославије*. Београд: Југословенски Црвени крст.
- Југословенски Црвени крст. (2001). *Извештај о раду Југословенског Црвеног крста за 2000. годину*. Београд: Југословенски Црвени крст.
- Југословенски Црвени крст. (2002). *План рада за 2002. годину*. Београд: Југословенски Црвени крст.
- Савезни одбор Југословенског Црвеног крста. (1970). *Извештај рада Савезног одбора ЈЦК 1966-1970*. Београд: Југословенски Црвени крст.

- Српско друштво Црвеног крста. (1918). *Правила Српског друштва Црвеног крста од 16. априла 1890. године*. Крф: Државна штампарија Краљевине Србије.
- Српско друштво Црвеног крста. (1922). *Извештај за 1912–1920*. Београд: Штампарија и Литографија Саве Раденковић и Брата.
- Статут Црвеног крста Србије. (2006, 2009, 2012). Београд: Црвени крст Србије.
- Уредба о раду и пословању Друштва Црвеног крста у рату и упут главног одбора Друштва Црвеног крста за извршење ове уредбе: са упутствима за организацију и рад у подмлатку црвеног крста. (1940). Београд: Државна штампарија Краљевине Југославије.
- Црвени крст Србије. (1985). *Републички прописи који се односе на Црвени крст Србије неопходни за делатност и финансирање организације*. Београд: Штампарија Солидарност.
- Directive 2010/53/EU of the European Parliament and of the Council of 7 July 2010 on standards of quality and safety of human organs intended for transplantation, OJ L 207, 6.8.2010, p. 14–29.

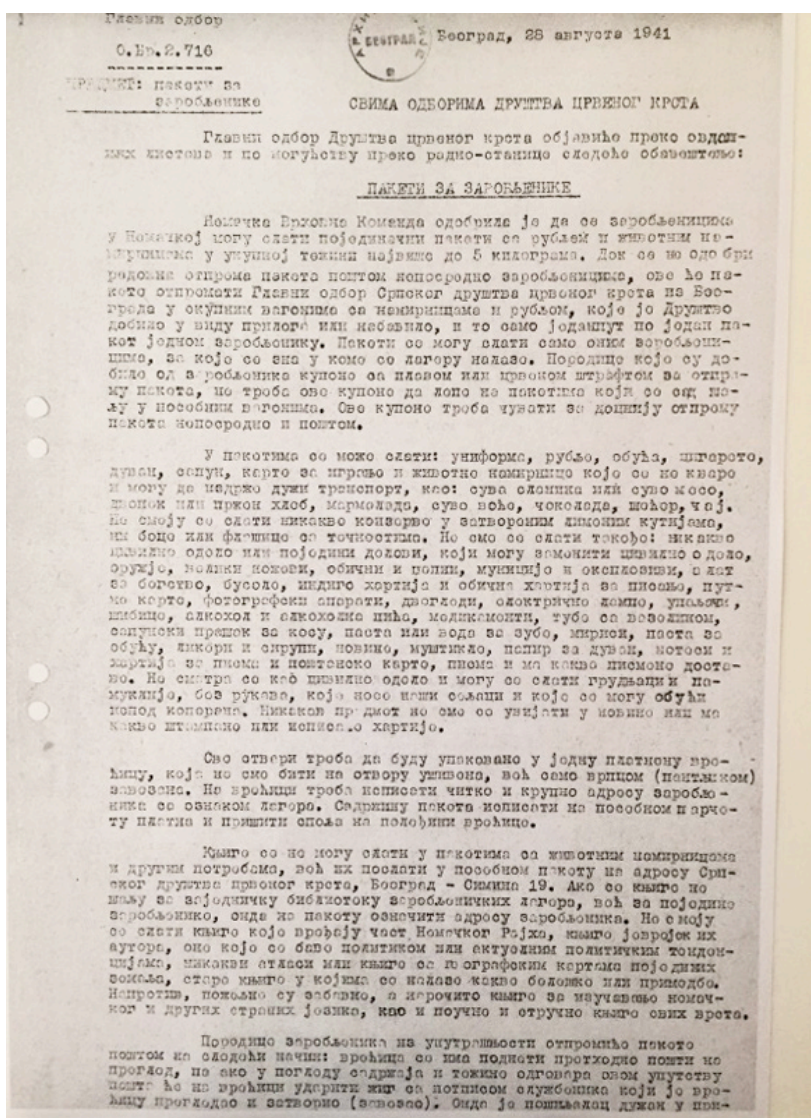
Извори са интернета

- Brundtland, H. G. (1999). *'Why investing in global health is good politics', speech to the Council on Foreign Relations*. Преузето 19. августа 2014, са www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19991206_new_york.html.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2003). *Elevated Mortality Associated With Armed Conflict - Democratic Republic of Congo*. Преузето 2. октобра 2014, са <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5220a3.htm>
- Central Intelligence Agency. (2000). *The Global Infectious Disease Threat and Its implications for the United States (NIE 99–17D)*. Преузето 11. октобра 2014, са <http://fas.org/irp/threat/nie99-17d.html>.
- International Conference of the Red Cross [ICRC]. (1986, 1995, 2006). *Statutes of the International Red Cross and Red Crescent Movement*. Преузето 10. октобра 2014, са <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/statutes-en-a5.pdf>
- World Health Organization. (2014). *Global tuberculosis report 2014*. Преузето 3. марта 2015. са <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137094>
- Институт за трансфузију крви Србије [ИТКС]. *Историјат*. Преузето 31. новембра 2014, са <https://itks.rs/istorijat.html>

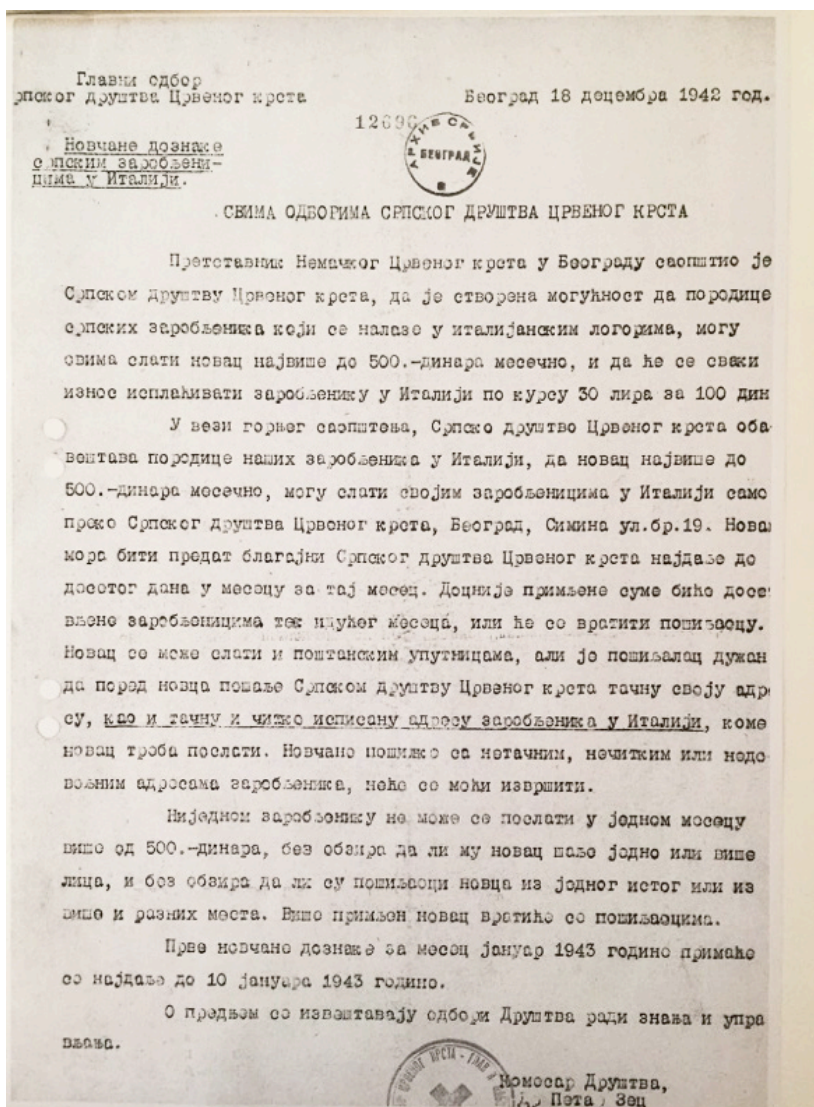
- Миленковић, В. (2013). *Улога Црвеног крста Србије у области добровољног давалаштва крви*. Преузето 20. новембра 2014, са <https://www.redcross.org.rs/документа/области-рада/промоција-давалаштва-крви-документи/>
- Министарство здравља Републике Србије [МЗРС]. (2011). *Програм контроле туберкулозе у Србији Министарства здравља Републике Србије финансијски подржан у оквиру 3. рунде донација Глобалног фонда за борбу против сиде, туберкулозе и маларије*. Преузето 6. новембра 2014, са <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20o%20realizaciji%20ТВ%20projekta%202004-2010.pdf>
- Министарство здравља Републике Србије [МЗРС]. (2012). *Извештај о туберкулози у Србији за 2010. годину*. Преузето 6. новембра 2014, са <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20o%20ТВ%20u%20Srbiji%20za%202011.pdf>
- Министарство здравља Републике Србије [МЗРС]. (2015). *Пројекат Контрола туберкулозе у Србији*. Преузето 6. новембра 2014, са <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20o%20realizaciji%20ТВ%20projekta%202010-2015.pdf>
- Мрежа Југословенског црвеног крста. (2003). *Југословенски Црвени крст*. Преузето 20. новембра 2014, са <https://web.archive.org/web/20041215010443/http://www.jck.org.yu/brosura/mreza.htm>.
- Црвени крст Србије [ЦКС] (2011а). *Организација Црвеног крста Србије*. Преузето 20. новембра 2014, са <https://www.redcross.org.rs/sr/o-nama/organizacija/>
- Црвени крст Србије [ЦКС] (2011б). *Промоција здравих стилова живота*. Преузето 20. новембра 2014, са <https://www.redcross.org.rs/sr/javna-ovlašćenja-i-programi-cks/zdravstveno-preventivna-delatnost/promocija-zdravih-stilova-života/>
- Црвени крст Србије [ЦКС] (2011в). *Превенција болести зависности*. Преузето 20. новембра 2014, са <https://www.redcross.org.rs/јавна-овлашћења-и-програми-цкс/здравствено-превентивна-делатност/превенција-болести-зависности/>
- Црвени крст Србије [ЦКС] (2011г). *Промоција давалаштва крви*. Преузето 20. новембра 2014, са <https://www.redcross.org.rs/јавна-овлашћења-и-програми-цкс/промоција-давалаштва-крви/>

ПРИЛОЗИ

Прилог 3: Писмо Комесара Друштва свим одборима Српског Друштва Црвеног крста. Пакет за заробљенике (ДАС, ЦКСБ, ф.1)



Прилог 4: Писмо Комесара Друштва свим одборима Српског Друштва Црвеног крста. Новчане дознаке српским заробљеницима у Италији, 18. децембар 1942. (ДАС, ЦКСБ, ф.1)



ПРИЛОЗИ

Прилог 5: Комисијски извештај о прегледу и пријему санитетског папирног материјала који је примљен од Међународног Комитета Црвеног крста, 6. јул 1943. (ДАС, ЦКСБ, ф.1)

КОМИСИЈСКИ ИЗВЕШТАЈ
6 јула 1943 год.
Београд

КОМЕСАРУ СРПСКОГ ДРУШТВА ЦРВЕНОГ КРСТА.-

Комисија, одређена наредњем комесара Б.Бр.8.116 од 29 VI-1943 године за преглед и пријем санитетског папирног материјала, који је примљен од Међународног Друштва Црвеног крста из Београдске - праксе Немашког црвеног крста са Српски Црвени крст, састала се је данас у слагалишту овог одбора, преглед извршила, па нашла:

1./ Материјал је припео у вагону Бр.Кassel 82.551 на дан 26 јула 1943 године. и нађено је следеће:

-а у серији 3.070, димензија 125x76 било је 440 пакета операционих коелја. У сваком пакету по 100 ком. свега..... 44.000.-
Један пакет тежи бруто 5,5 Кграма.

-б у серији 3.041, димензије 170x60 било је 295 пакета џарџава са операциони сто. У сваком пакету по 100 ком. свега... 29.500.-
Један пакет тежи бруто 6,5 Кграма.

-в у серији 3.071, димензије 180x76 било је 221 пакет џарџава боленничких. У сваком пакету по 100 ком. свега..... 22.100.-
Један пакет тежи бруто 8,5 Кграма.

-г у серији 3.092, димензија 42x70 бало је 226 пакета деџијих пелена. У сваком пакету по 491 ком. свега..... 115.876.-
Један пакет тежи бруто 9 Кграма.

-д у серији 3.088, димензије 42x48 било је 147 пакета сервијета. У сваком пакету по 491 ком. свега..... 60.207.-
Један пакет тежи бруто 6 Кграма.

2./ Укупан број примљених колета..... 1389 пакета, како је наведено у товарном листу.

3./ Од наведене количине примљених пакета у самом вагону било је 15 пакета делом оштећена и то из серије 3.071 - 8 комада, а из серије 3.092 - 7 комада.

4./ Комисија је наведени папирни материјал примила у потпуности како је напред означено и предала руковођацу-апотекару на чување и даље руковање.

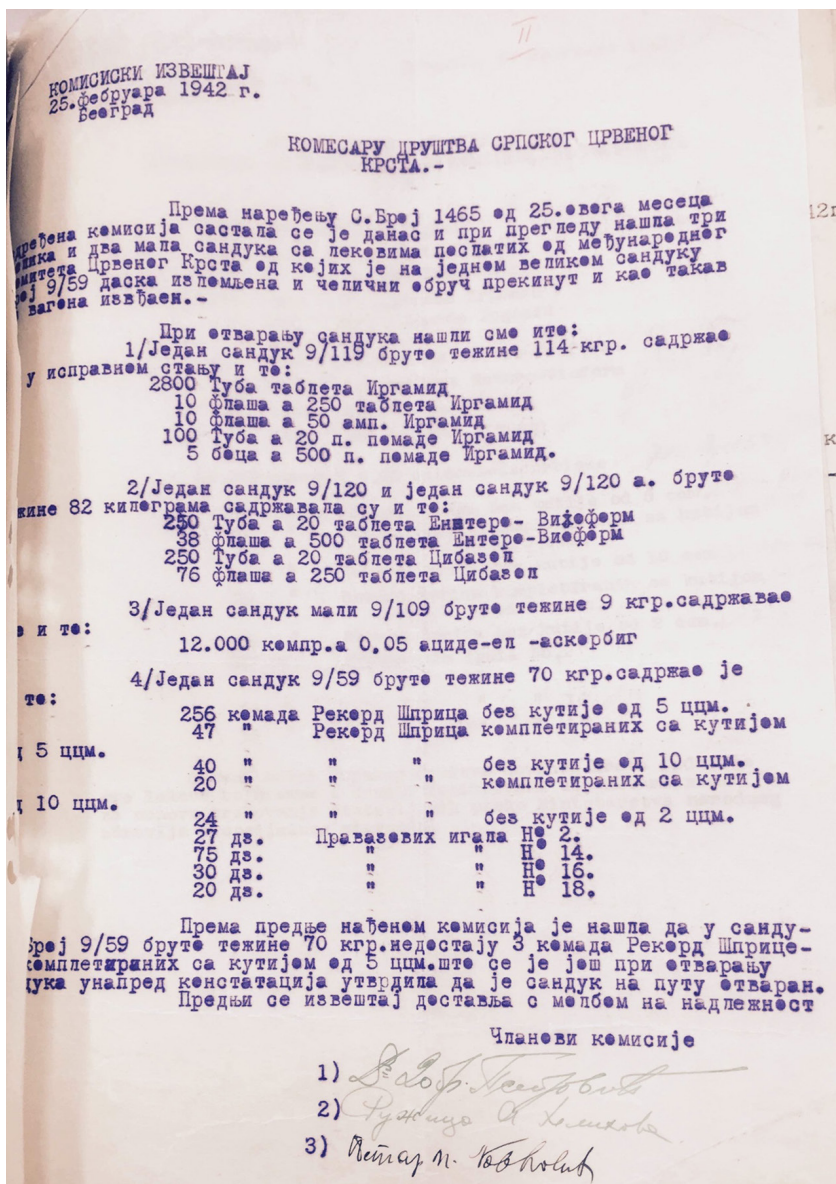
О предњем комисија извештава комесара у молбом, на надлежност.

Изнето стање примио,
руковођац-апотекар
З. М. Штвенковић

ЧЛАНОВИ КОМИСИЈЕ:

1./ *Др. З. М. Штвенковић*
2./ *Др. М. М. Јурић*
3./ *Др. М. М. Јурић*

Прилог 6: Комисијски извештај упућен Комесару ДСЦК, 25. фебруара 1942. Констатација да је сандук са лековима послат од стране Међународног ЦК на путу до Србије отворан (ДАС, ЦКСБ, ф.1)



HEALTH SECURITY IN SERBIA

The Red Cross and epidemiological issues

(a case study)

Summary

In this monograph the author presents the characteristics of the health activities of the National Red Cross Society of Serbia, as well as its participation in addressing epidemiological issues. In addition to looking into the basic features of the health security concept, given the fact that the Red Cross of Serbia is one of the actors of the public health system that guarantees health security in Serbia, in this study the author examines in detail the contribution of the Red Cross of Serbia to the suppression of infectious diseases that pose a threat to security. This study aims at presenting the scope of work of the Red Cross of Serbia related to the improvement of health security, with special reference to its contribution to the fight against cholera and typhus in wartime, as well as tuberculosis in peacetime.

On the one hand, this study shows that epidemiological issues are not part of the main mandate of the Red Cross of Serbia. On the other hand, it points out that the Red Cross of Serbia has contributed to the suppression of infectious diseases posing a threat to security, both in peacetime and in times of war, when it acted as part of the overall societal response to them. Infectious disease outbreaks, which occurred in times of war, required the engagement of all state and social institutions, given that security was threatened by a combination of military threats and epidemiological issues. In this regard, the usual wartime tasks of the Red Cross were associated with its participation in a wide-scale response to infectious disease outbreaks. In peacetime, its epidemiological activities were subsumed under the peacetime health program of the Red Cross of Serbia. They primarily aimed at preventing and suppressing tuberculosis, which, on the one hand, was a response to the needs of society, and on the other, the implementation of the guidelines of the International Red Cross Movement concerning tuberculosis. When it comes to the fight against tuberculosis, the Red Cross of Serbia acted as an auxiliary force of state health institutions, as early as in the Kingdom of Serbs, Croats and Slovenes. At the same time, the content and scope of tasks of the National Red Cross Society of Serbia has gradually changed in accordance with

the development of state health institutions. In the beginning, especially in the aftermath of two world wars, it participated in the fight against tuberculosis by providing staff, funding and organization. Nevertheless, as the state health service evolved, the focus of its tasks shifted towards educational and propaganda activities and the provision of organizational and administrative support for the work of state health institutions. The Red Cross of Serbia was given a significant role in the implementation of the state project to combat tuberculosis in the period 2005–2014, especially since 2010, when the RCS participated as the bearer of the project implementation on behalf of the non-governmental sector. In the tuberculosis control project, the RCS proved to be an institution that could coordinate and steer the work of the non-governmental sector in accordance with the set project tasks. Therefore, it can be expected that the RCS will be given a similar role in some future projects, which might include the prevention and suppression of HIV/AIDS or some other infectious diseases.

О АУТОРУ

Адријана Грмуша, научни сарадник Института за политичке студије у Београду, рођена је 1983. године у Смедереву. Завршила је основне и мастер студије на Факултету организационих наука Универзитета у Београду. На Факултету безбедности Универзитета у Београду је докторирала одбранивши тезу под насловом *Вршњачко насиље као безбедносни ризик у средњим школама* (2022). У свом научно-истраживачком раду бави се управљањем безбедносним ризицима у организацијама, безбедносним ризицима у школи, безбедношћу школе, као и вршњачким насиљем. Из наведених области објавила је више научних радова.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.885(497.11)

616-036.22

614.885:316.42(100)

ГРМУША, Адријана Т., 1983-

Безбедност здравља у Србији : Црвени крст и епидемиолошки проблеми : (студија случаја) / Адријана Грмуша. - Београд : Институт за политичке студије, 2023 (Београд : ДОНАТ ГРАФ). - 121 стр. : илустр. ; 25 cm

Тираж 100. - О аутору: стр. 121. - Напомене уз текст. - Библиографија: 103-112. - Summary: Health Security in Serbia : the Red Cross and epidemiological issues (a case study).

ISBN 978-86-7419-371-6

а) Црвени крст Србије б) Епидемиологија -- Превенција
в) Црвени крст -- Друштвена улога

COBISS.SR-ID 111838729

ЗДРАВЉА У СРБИЈИ SÉCURITÉ SANITAIRE EN SERBIE
健康安全 БЕЗОПАСНОСТ ЗДОРОВЉА В СЕРБИИ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΣΕΡΒΙΑ SEGURIDAD SANITARIA EN SERBIA HEALTH SAFETY
ჯანმრთელობის უსაფრთხოება სერბეთში
EZZA SANITARIA IN SERBIA HELSESIKKERHET I SERBIA
NÍ BEZPEČNOST V SRBSKU SIRBIŠTAN'ĐA SAĞLIK GÜVENLİĞİ
TONSÁG SZERBIÁBAN SIGURANĀ SĀNĀTATE ĪN SERBIA БЕЗБЕДНОСТ
ВЈЕТО ВО СРБИЈА GESUNDHEITSSICHERHEIT IN SERBIEN
ЗОПАСНОСТ В СЪРБИЈА ZDRAVSTVENA VARNOST V SRBIJI
ЗДРАВЉА У СРБИЈИ SÉCURITÉ SANITAIRE EN SERBIE
健康安全 БЕЗОПАСНОСТ ЗДОРОВЉА В СЕРБИИ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
ΣΕΡΒΙΑ SEGURIDAD SANITARIA EN SERBIA HEALTH SAFETY
ჯანმრთელობის უსაფრთხოება სერბეთში
EZZA SANITARIA IN SERBIA HELSESIKKERHET I SERBIA
NÍ BEZPEČNOST V SRBSKU SIRBIŠTAN'ĐA SAĞLIK GÜVENLİĞİ
TONSÁG SZERBIÁBAN SIGURANĀ SĀNĀTATE ĪN SERBIA БЕЗБЕДНОСТ
ВЈЕТО ВО СРБИЈА GESUNDHEITSSICHERHEIT IN SERBIEN
ЗОПАСНОСТ В СЪРБИЈА ZDRAVSTVENA VARNOST V SRBIJI
ЗДРАВЉА У СРБИЈИ SÉCURITÉ SANITAIRE EN SERBIE

