

# *СЦЕНИ ОТХВЪРЛЕНИ ПРИ "МОНТАЖА НА ОФИЦИАЛНАТА ВЕРСИЯ..."*

## **Лекарите. Начин на употреба**

**Някои механизми на здравната политика от края на 40-те и началото на 50-те години на XX век**

**Андрей Лунин**

Проблемът за здравната политика на българската държава след 9 септември 1944 г. не е централен в изучаването на комунистическия период, но неговата значимост е иманентно обусловена от идейната и декларативна ангажираност на режима със социалната политика, важен елемент от която е здравеопазването. От друга страна, провежданата здравна политика през първите години след деветосептемврийския преврат е показателна за някои от механизмите, чрез които се реализират програмните обещания на новата власт и може да послужи като нагледен пример за инструментите, които режимът използва в опита си да разшири социалната база на управлението. В този смисъл, разглежданият процес чрез който държавата натоварва лекарите с изпълнението на своята програма, изяснява отношението на властта спрямо конкретни обществени групи и професионални съсловия в годините, когато укрепва и окончателно се установява комунистическата диктатура.

Централно място в политиката провеждана от Министерството на народното здраве, в периода 1944-1951 г., заема установяването на контрол и ефективно ръководство по отношение на медицинските кадри. Този приоритет може да се анализира в контекста на протичащите процеси за впримчване на българското общество в системата на търсеният от режима всеобхватен контрол, но в случая, конкретната му цел е доста по-прагматична. Това е палиативна мярка за разрешаване на огромния недостиг от медицински кадри, недостиг който се задълбочава от огромните разминавания между популистките обещания, за “бърза и качествена промяна”, декларирани в раздела за народно здраве на Втората програма на ОФ<sup>1</sup> и реалностите на българското здравеопазване: от една страна към месец септември 1944 г., като следствие на войната, България изживява сериозна материална, лекарствена и кадрова криза, а от друга, МНЗ – новосъздадената институция, призвана да осъществи на практика тази програма, не контролира нито здравната мрежа, нито лекарственото снабдяване, нито санитарните кадри.

Липсата на държавен контрол спрямо медиците е утежнена от корпоративните настроения сред лекарското съсловие, свикнало вследствие на хроничния недостиг на квалифицирани медицински кадри в периода до 1944 г. да бъде фактор в здравната политика на страната. Превратът на 9 септември обаче води до коренна промяна в отношението на държавата спрямо лекарите. Те, а с тях и останалите кадри в сферата на здравеопазването, ще бъдат натоварени със задачата да изпълнят това, което властта е поела като политически ангажимент към

народа. Оттук насетне, независимо в коя сфера на обществените отношения става въпрос, кадрите ще бъдат просто изпълнители на политическата воля на режима - зъбните колела на трансмисията партия - казионни организации – общество<sup>2</sup>. Промяната в отношенията на държавата спрямо лекарите проличава още от първите месеци след 9 септември 1944 г. Именно в търсенето на контрол една от първите задачи, която си поставя ръководството на министерството е точното преброяване и категоризиране на кадрите в сферата на здравеопазването. Още на 15 септември е изготвен доклад за състоянието на държавните и общински здравни служби, както и за наличния персонал<sup>3</sup>. Състоянието на кадрите към 9 септември 1944 г. не обещава скоростно развитие на болничната система - приоритетът на ОФ, с оглед въвеждането на здравна служба едва и не във всяко българско село. В България към този момент има 3516 лекари, от които 1260 са изцяло частнопрактикуващи. Зъболекарите в страната са 824 и предимно са на частна практика.

Точното преброяване на здравните кадри е от голямо значение и за подготовяното участие на България в заключителния етап на Втората световна война. На 18 септември 1944 г. правителството обявява военно положение<sup>4</sup>, вследствие на което са военномобилизирани 429 лекари. Проведената мобилизация, недостигът на здравен персонал за обслужване на населението и не на последно място влошеният епидемиологичен климат в годините на войната са основателен мотив за МНЗ при въвеждането на “задължителна гражданска мобилизация за санитарните лица”<sup>5</sup>. По този параграф до края на март 1945 г. са мобилизирани 746 лекари, назначени предимно в селските райони. Отказът или отклонението от гражданска отговорност за санитарните лица се наказва със загуба на правоспособност, а с влизането в сила на Наредбата–закон за защита на народната власт от 17 март 1945 г.<sup>6</sup>, се разглежда и като углавно престъпление. Въведената гражданска мобилизация се превръща в удобен инструмент за контрол над здравните кадри и в едно от основните средства за преодоляване на дисбаланса между разрастващата се болнична система<sup>7</sup> и наличния кадрови ресурс.

Определяна като военновременна мярка, гражданската мобилизация не бива отменена с приключването на войната<sup>8</sup>. На 8 ноември 1945 г., с преустановяването на военното положение, са демобилизирани всички служители с изключение на санитарните лица, за които със закон мобилизацията е трансформирана във “временна задължителна служба”. Според приетия в края на 1945 г. Закон за временната задължителна служба на санитарните лица, в рамките на следващите две години, всички лекари до 50 годишна възраст подлежат на мобилизация за срок от 3 до 6 месеца<sup>9</sup>. Чрез разпоредбите на Закона за временната задължителна служба на санитарните лица МНЗ получава възможност да разшири кръга на вече обхванатите чрез военната и гражданската мобилизация здравни кадри и да включи принудително лекарите в изпълнението на програмата на ОФ. На практика по отношение на лекарите се установява нещо като крепостен режим, при който предоставянето на социални права за населението минава през нарушаването на граждански такива.

Скоростното увеличение на службите в болничните, санаториалните и други здравни заведения принуждава МНЗ да предприеме допълнителни мерки за мобилизиране на медицинския персонал. За тази цел на 20 юли 1946 г. е

обнародван Закон за заемане на допълнителна служба от санитарните лица<sup>10</sup>, с който се "разрешава" на лекарите работещи в обществената сфера, или пенсионирани такива да заемат допълнителна служба в друго държавно или обществено учреждение, както и да бъдат назначавани за преподаватели и лектори в подведомствените на МНЗ учебни заведения. Законът предвижда допълнителната служба да се извършва в извънработно време или през ваканциите и почивните дни. По силата на приетия Правилник за прилагане на Закона за заемане на допълнителна служба от санитарните лица се откриват службите на "доверения лекар", който се прикрепя към дадено предприятие и има натовареност от 2 до 4 часа след приключване на работния ден<sup>11</sup>. Допълнителната заетост на санитарните лица, засяга най-сериозно тази част от лекарите, които имат печеливша частна практика или работят в клиниките, извън обществената и държавната сфера. По този начин допълнително предприетите мерки за максимално използване на здравните кадри служат и за ограничаване на частната лекарска практика, трън в очите на режима, който я определя като "търгашество със здравето на народа"<sup>12</sup>. Наред с приемането на нормативни документи, които развиват линията за максималното използване на наличните кадри, МНЗ въвежда и механизми на контрол, вмениявайки на местните здравни служби задължението да следят мобилизираните лица, като изпращат редовни справки за обема на извършената дейност<sup>13</sup>.

Въпреки предприетите мерки за максимално натоварване на квалифицираните медицински кадри, министерството не успява да попълни незаетите служби. Нещо повече, с постоянното разкриване на нови заведения, предимно селски амбулатории, през 1946 и 1947 г. диспропорцията между здравни служби и налични медицински кадри нараства. Така ако през 1945 г. незаетите места за училищни лекари са 78, то през 1947 техният брой достига 96<sup>14</sup>. Цифрите за другите незаети здравни длъжности също са високи, като обикновено се движат около 1/3 от общия брой. Най-често вакантните места са в селските и планинските райони.

За преодоляването на този проблем МНЗ съвместно с Общия професионален работнически съюз (ОРПС), БЧК и други казионни организации въвежда практиката на лекарските трудово-културни бригади, които сезонно обикалят слабоосигурените райони и извършват превантивна и протиепидемична дейност. Същевременно от 1946 г. нататък МНЗ задължава лекарите да участват в бригадирското движение. Под мотото "няма бригада без лекар" в голяма част от бригадите се изпращат лекари<sup>15</sup>. Предвижда се и създаването на отделни лекарски бригади, снабдени с рентгенов апарат, но този замисъл не се реализира поради ниската осигуреност с такива в цялата страна. Тези кампанийни мероприятия нямат голям ефект за подобряване на медицинското обслужване, но са съществен пропаганден и "мотивационен" инструмент, поради което бригадирското движение сред здравните кадри получава постоянни насърчения от страна на НК на ОФ и ОРПС.

За да се пребори с частния сектор, наред с вече приетите мерки по мобилизиране на санитарните лица, МНЗ въвежда едногодишна задължителна обществена служба за завършилите образование медици през или след 1940 г.<sup>16</sup> Разпределението на завършващите медици се извършва със заповед на министъра,

чрез въвеждането на задължително разпределение в районите, където нуждата от лекар е най-наложителна. От задължителен стаж се освобождават единствено медиците, участвали в партизанското движение, или лежалите преди 9 септември 1944 г. по политически причини затворници и концлагеристи<sup>17</sup>.

Предприетите мерки за принудително мобилизиране на медицинския персонал са само едно временно и неефективно решение на кадровия проблем и този факт се признава от ръководството на МНЗ. Трайното решение на този проблем се възлага на обучението на нови медици и стоматолози, както и на откриването на нови училища за среден медицински персонал. Притокът на нови висши медицински кадри е подпомогнат значително от големия брой завършващи медици, вследствие на завишения прием по време на войната. Въпреки това, разчетите на МНЗ предвиждат още по-голям прием в Медицинския факултет. През учебната 1944-1945 г. са приети рекордните 1564 медици и 417 стоматолози, а от следващата 1945-1946 г. - и 138 фармацевти<sup>18</sup>. Успоредно на това през 1945 г. е открит втори медицински факултет към Пловдивския университет "Паисий Хилендарски" е настанен в сградата на работническата болница<sup>19</sup>. При своето откриване пловдивският Медицински факултет разполага с четирима преподаватели: двама асистенти и двама доценти. Въпреки това, новосъздаденият "ВУЗ" приема още през първата учебна година 695 студенти, а на следващата 1946-1947 г. - 990. Увеличеният прием за висше медицинско образование е съпроводен от понижаване на качеството поради ограниченията на наличната база и преподавателския състав<sup>20</sup>.

#### Развитие на медицинските кадри в периода 1944-1951<sup>21</sup>

Година	1944		1947		1951	
	ОБЩО	Частна практика	ОБЩО	Частна практика	ОБЩО	Частна практика
Лекари	3516	1268	4670	1285	5390	н.д.
Зъболекари	824	824	н.д.	н.д.	1600	1146
Аптекари	659	486	1200	825	н.д.	няма
Акушерки	1070	405	1530	438	1407	няма
Медицински сестри	372	47	940	41	3255	н.д.

Следва да се отбележи, че когато става въпрос за несъответствие в броя на медицинските кадри и щатове в здравната система, състоянието при помощния персонал е дори по-затруднено, отколкото при лекарите. За решаването на кадровия недостиг от лица със средно специално образование и помощен персонал МНЗ открива през 1946 г. две акушерски и едно сестринско училище. За тази цел служат и въведените курсове за болнични санитарни към БЧК, първоначално "Готов за санитарна отбрана" (ГСО), а по-късно и "Бъди готов за санитарна отбрана". На

тези санитарни курсове само в периода 1944-1947 г. са обучени над 250 000 души, което позволява на МНЗ да прикрепи към всяко предприятие по един т. нар. промишлен санитар<sup>22</sup>. А до 1951 г. над 1 млн. души минават курсовете на ГСО. Естествено тези курсове и огромният брой “подготвени” санитарни, на практика имат значението на днешните курсове към БЧК, които всеки кандидат-шофьор задължително минава. Нещо повече, днешният формат е практически наследник на курсовете ГСО и БГСО.

Амбициозната политика за строеж на болници и родилни домове в селските райони, подета чрез т. нар. Всенародна кампания<sup>23</sup> от началото на 1945 г., се сблъсква не само с проблема за недостатъчното медицинско оборудване, но и с недостига на медицински персонал. Дори през 1946 и 1947 г., когато мобилизацията на лекарите е практически всеобхватна, по-голямата част от новооткритите служби в селските амбулатории и родилни домове не могат да бъдат усвоени, обезсмисляйки част от усилията за скоростно развитие на здравната мрежа.

Освен принудителните мерки за мобилизиране на санитарните лица, предприети от МНЗ и цялостната политика на ОФ в обществената сфера, ръководството на комунистическата партия има отношение и към самото лекарско съсловие. Успоредно с мерките по овладяването на държавния апарат и контрола над образователните институции БРП (к) започва да проектира действията си и по отношение на обществените и професионалните организации. Още в края на септември към ОРПС се включва Профсъюзът на здравните работници (ПЗР). Той се изгражда на “работнически”, а не на съсловен принцип, т.е. в него влизат всички работници от здравно-санитарната сфера, започвайки от лекарите и стигайки до теляците в обществените бани<sup>24</sup>. Съвсем логично самите лекари представляват една малка част от състава на ПЗР, доминиран от средния и неквалифицирания медицински персонал. По този начин режимът търси средство за контрол над лекарското съсловие, което чрез Българския лекарски съюз е свикнало да диктува насоките на здравната политика.

На 19 декември 1944 г. ЦК на БРП (к) се събира на заседание относно дейността на масовите организации, спорта и свободните професии. По отношение на Лекарския съюз е взето решение той да продължи своето съществуване, но като му се поставят “научно-културни задачи”. Решено е профсъюзните задачи на Лекарския съюз да бъдат ликвидирани чрез включването на лекарите по служебна линия, независимо дали упражняват професията си в държавни или частни учреждения, към съответния професионален орган на държавните или частните наемници в състава на ОРПС<sup>25</sup>. Решението на ЦК на БРП (к) превръща БЛС в една изпразнена от съдържание организация, без право на глас по проблемите на здравеопазването. Споменаването му в публичното пространство оттук насетне служи само, за да докаже “безрезервната подкрепа”, на която псе радва политиката на Отечествения фронт сред лекарското съсловие. Неслучайно ръководството на БЛС, отчасти подменено или допълнено още през есента на 1944 г. с комунисти, използва всеки възможен случай, за да демонстрира своята вяроност към режима. Преди изборите за XXVI Обикновено народно събрание Лекарският съюз подкрепя платформата на ОФ<sup>26</sup>, като изказва своето пълно съгласие с мерките, предвидени в раздела за Народно здраве. Усещането за контрол над централното ръководство и

самата периферност на въпроса оставят окончателното овладяване на БЛС за един по-късен етап. Именно с тази цел, а и във връзка с подготвяния разгром на опозицията, в началото на 1947 г. БЛС отново попада в полезрението на ЦК на БРП (к). След съвместно съвещание със ръководството на МНЗ и видни лекари комунисти Отделът за агитация и пропаганда (АПО) на ЦК на БРП (к) се захваща да подготви овладяването на БЛС<sup>27</sup>. Проведеният анализ на настроенята сред лекарското съсловие свидетелства за масово недоволство от провежданата здравна политика, поради което през 1945 и 1946 г. изборите за местни ръководства в БЛС са спечелили т. нар. опозиционни листи. Тактиката на комунистите за пълно овладяване на БЛС минава през пропагандирането на съсловна политика и гарантиране на частната лекарска практика. За провеждането на годишните отчетно-изборни събрания през пролетта на 1947 г. се издига една обща листа, съставена от доказани професионалисти с авторитет в лекарските среди, която цели повишаването на доверието към управляващите и дискредитирането на опозиционно настроените лекари, които биват обвинявани в партизанщина и опити за разцепление на съсловието<sup>28</sup>. По този начин през 1947 г. БЛС окончателно е овладян и маргинализиран. През 1949 г. на III разширен пленум на БЛС е решено съюзът да се саморазпусне и заедно със съсловните организации на зъболекари и фармацевти да се влее в Съюза на здравните и хигиенни работници (СЗХР).

Установяването на контрол над лекарското съсловие чрез включването на лекарите в СЗХР рефлектира върху самия статус на квалифицираните медицински кадри и води до едно неправилно разбиране за изравняване правата на здравните работници, при което се отричат принципите на професионалната субординация. При изравняването на статуса на здравните лица се стига до такива странни инициативи като официалната забрана на “буржазното” обръщението *докторе*, вместо което може да се използва само “другарю лекар”. Тази мярка засяга и табелите на лекарските кабинети, където пред името вместо “Д-р” започва да се изписва “лекар”<sup>29</sup>.

Класовият подход по отношение на лекарите не е нещо ново, той започва още с идването на власт на коалицията на ОФ. Още през първите месеци след 9 септември 1944 г. се наблюдават някои психологически явления, които пречат за максималната ефективност на медицинската помощ. Сnižаването на дисциплината например е непосредствен резултат от намесата на ОРПС и най-вече на болничните комитети на ОФ в работата на висшия медицински персонал и пряка последица от изравняването на медицинските кадри. На много места установяването на “народна власт” се приема като сигнал за премахването на всякаква субординация в болничните заведения. Докладите на инспекторите на МНЗ относно състоянието на държавните болници в провинцията през пролетта на 1945 г. констатираят спад в дисциплината, предимно като резултат от дейността на неквалифицираните медицински кадри (санитари, сестри, здравни помощници и т. н.)<sup>30</sup>. Намесата на някои местни комитети на ОФ в работата на ръководния медицински персонал спъва нормалното провеждане на здравната дейност. Като най-фрапантен може да бъде отбелязан случаят в Сливенската болница, където хирурзите се оплакват от намесата на председателя на местния ОФ комитет, главен готвач на болницата, който им дава указания как да оперират. В друг един случай, в Айтос, сестрите и санитарите отказват да перат болничното бельо и да мият съдовете за хранене,

позовавайки се на равенството между здравните работници<sup>31</sup>. Абсурдната ситуация рефлектира върху болните, които са застрашени от избухването на вътрешноболнична епидемия, както е констатирано от инспектора на МНЗ. Повсеместното снижаване на трудовата дисциплина в държавните болници през 1945 г. принуждава МНЗ да въведе по-строг контрол, опирайки се на профсъюза на здравните работници при ОРПС, но тази мярка не е съвсем ефективна, тъй като именно профсъюзът на здравните работници най-ревностно се бори за “равенство” между квалифицираните и неквалифицираните медицински кадри.

За да сплоти болничните колективи, а и за да повиши лекарската производителност, наред с изброените по-горе мобилизационни мерки, МНЗ налага и принципа на съревнованието. Първите опити за въвеждане на "ударност" датират от началото на 1945 г.<sup>32</sup>, но същинският принцип на съревнованието в здравеопазването и борбата за ударничество се установяват от 1 май 1945 г.<sup>33</sup> Оттук нататък обичайни стават първомайските, деветосептемврийските и новогодишните съревнования между здравните работници, провеждани под егидата на ОРПС. В съревнованията за ударност се отчитат количествени показатели, като брой прегледи, имунизации, изнесени просветни беседи, “трезвенически” мероприятия и дори помощ при строежа на болници или родилни домове. Така например някои лекари ударници печелят сериозен актив от изливането на основи за родилен дом, а други имат пренесени по няколко хиляди тухли за строежа на нова селска болница<sup>34</sup>. Ударничеството освен за събуждане на трудовия ентузиазъм служи и за контрол над работата на здравните кадри. Подробните отчети за провежданите съревнования помагат както за издигането на ударниците в отделните категории, така и за заклеймяването на “мързеливците” и т. нар. саботьори на здравното дело. По този начин съревнованията позволяват да се въведе постоянен контрол над целия медицински персонал и най-вече над трудово мобилизираните лекари. Наградата за ударност, освен “потупване по рамото”, се превръща и в сериозен стимул за повишаване обема на работа с въвеждането на предимство за лекарите ударници при назначения в първостепенните болници, в МНЗ и всякакъв род ръководни здравни длъжности от началото на 1946 г.<sup>35</sup>

От друга страна, в хода на промените, които българското здравеопазване търпи през годините на народната власт, институтът на ударничеството придобива и други функции. Промените между 1944 и 1951 г. неизменно налагат като водещ в лекарската етика принципа на “всеотдайната грижа за народа”, който е изведен като контрапункт на търгашеското поведение на лекарите до 9 септември. При това положение в процеса на налагане на “новия” професионален кодекс сред българските лекари, следвайки челния съветски опит, институтът на ударничеството придобива по-скоро възпитателни функции, надхвърляйки началните си мобилизационни и контролни цели.

\* \* \*

Кадровата политика на МНЗ в първите години след деветосептемврийския преврат е насочена към максималното използване на наличния медицински персонал поради рязкото разрастване на здравните служби. Увеличаването на

лекарите и ниско квалифицираните медицински кадри през посочените години се дължи предимно на големите приеми на медици, предприети от 1940 г. насетне. От друга страна, въпреки огромното увеличение на приема в Медицинския факултет на Софийския университет "Св. Климент Охридски" от 1945 г. и откриването на втори медицински факултет в Пловдив, броят на лекарите не нараства изведнъж, тъй като резултатите от новата политика в сферата на висшето медицинско образование започват да се усещат чак през 1950 г., когато завършат приетите през учебната 1944-45 г. студенти. Вследствие на увеличените випуски от медицинските академии към 1951 г. в България има 5390 правоспособни лекари, 1600 зъболекари и 6000 медицински сестри и акушерки. Средният медицински персонал нараства с високи темпове като резултат от откриването на акушерски и ново сестринско училище през 1949 и 1950 г.

През разглеждания период контролът и ръководството на лекарите и останалите медицински лица е водещ в политиката на МНЗ. Този факт се обуславя от невъзможността на политическия режим да осъществи широко прокламираната рязка и качествена промяна в здравеопазването. В условията на явна липса на средства и при нежеланието на режима да увеличи бюджета за здравеопазване единственият наличен ресурс остават кадрите, а осъществяването на обещанието за достъпна медицинска помощ минава през свръхнатоварването на този "наличен ресурс". Така на практика по отношение на лекарите се установява нещо като крепостен режим, при който програмата за предоставяне на социални права за населението се осъществява за сметка на гражданските права на една професионална група. Този особен режим се облекчава към средата на 50-те години, когато вследствие на високата продукция на медицинските академии бива преодолян недостигът на квалифицирани кадри в здравеопазването.

---

#### БЕЛЕЖКИ:

<sup>1</sup> Виж: Установяване и укрепване на народнодемократичната власт (септември 1944 – май 1945). Сборник от документи. С., 1969, 136

<sup>2</sup> Според Я. Корнай (виж. "Социалистическата система") всеобхватният партиен контрол се осъществява именно чрез кадрите. За едно индиректно доказателство могат да послужат думите на Сталин: "кадры решают все".

<sup>3</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 1, а.е. 1, л. 1-22

<sup>4</sup> Огнянов, Л., Държавно-политическата система на България 1944-1948 г., С.1993, 24

<sup>5</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 3, л. 34-35

<sup>6</sup> ДВ, бр. 62 от 17.03.1945

<sup>7</sup> Това "скоростно разрастване", както го описват пропагандните документи от периода, става за сметка на конфискации на клиники, т. нар. Всенародна акция за строеж на родилни домове и селски болници, и не на последно място - масовата практика по съгъстяване на болничните легла и откриването на болнични пристройки.

<sup>8</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 3, л. 20



- 
- <sup>9</sup> Пак там, л. 37
- <sup>10</sup> ДВ, бр. 163 от 20.07.1946; Седмичен бюлетин на МНЗ, бр. 44 от 30.10.1946
- <sup>11</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 4, л. 356-359
- <sup>12</sup> Седмичен бюлетин на МНЗ, бр. 1 от 22. 01.1949
- <sup>13</sup> Пак там, бр. 39 от 25.09.1946
- <sup>14</sup> Известия на МНЗ, бр. 284-285, 31.07.1945, 334
- <sup>15</sup> Седмичен бюлетин на МНЗ, бр. 27 от 03. 07.1946
- <sup>16</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 4, л. 90
- <sup>17</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 3, л. 115
- <sup>18</sup> Константинов, Н., Социалистическото преустройство на здравното дело 1944-1948, С., 1983, 36
- <sup>19</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 2, л. 372
- <sup>20</sup> Тук се имат предвид масовите уволнения в медицинския факултет, които засягат над 2/3 от преподавателския състав.
- <sup>21</sup> Статистически годишник на НРБ 1952, 132
- <sup>22</sup> Додов, Н., Някои насоки в развитието на здравеопазването на работниците в България след Втората световна война, В: Асклепий, XI, 1997/98, 147
- <sup>23</sup> Известия на МНЗ, бр. 282, 31.01.1945, 179
- <sup>24</sup> Кемилева, Л., Серафимова, П., Ролята на Профсъюза на здравните работници в здравеопазването, В: 25 години социалистическо здравеопазване, С. 1969, 529-553
- <sup>25</sup> ЦДА, Ф. 1Б, оп. 6, а.е. 21, л. 5
- <sup>26</sup> Работническо дело, бр. 252 от 13 юли 1945
- <sup>27</sup> ЦДА, Ф. 1Б, оп. 6, а.е. 228, л. 6
- <sup>28</sup> Пак там, л. 7
- <sup>29</sup> Тази мярка идва като пожелание “с новым годом” на 1 януари 1950 г., но не намира място на страниците на седмичния бюлетин, а бива сведена до знанието на лекарите по линия на ПХЗР.
- <sup>30</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 2, а.е. 2, л. 31-75
- <sup>31</sup> Пак там, л. 59-62
- <sup>32</sup> Известия на МНЗ, бр. 283, 28.02.1945, 207
- <sup>33</sup> Пак там, бр. 284 от 31.05.1945, 261
- <sup>34</sup> Седмичен бюлетин на МНЗ, бр. 14 от 13. 03.1946
- <sup>35</sup> ЦДА, Ф. 160, оп. 5, а.е. 4, л. 439

THE DOCTORS – THE WAY THEY WERE MADE USE OF. SOME METHODS OF THE BULGARIAN HEALTH POLICY FROM THE END OF THE 1940s TILL THE BEGINNING OF THE 1950s

Andrey Lounin

---

### *Summary*

THE ARTICLE CONSIDERS SOME PROBLEMS CONCERNING THE HEALTH POLICY OF THE BULGARIAN STATE AFTER THE 9<sup>TH</sup> OF SEPTEMBER 1944. THE PRESENT SUBJECT IS NOT A CENTRAL ONE IN THE STUDY OF THE COMMUNIST PERIOD, BUT ITS SIGNIFICANCE IS CONDITIONED BY THE REGIME'S IDEOLOGICAL AND PROPAGANDA COMMITMENT TO THE SOCIAL POLICY WHOSE IMPORTANT ELEMENT IS THE HEALTH POLICY. ON THE OTHER HAND THE HEALTH POLICY CONDUCTED IMMEDIATELY AFTER THE SEPTEMBER COUP D'ETAT IS INDICATIVE OF SOME METHODS BY WHICH THE NEW GOVERNMENT HAS PUT INTO PRACTICE ITS PROGRAM AND COULD BE DEPICTED AS AN ILLUSTRATION FOR THE TOOLS USED BY THE REGIME IN ITS ATTEMPT TO EXPAND THE SOCIAL BASIS OF THE GOVERNMENT FOLLOWING THE PRINCIPLES OF MARXIST LENINIST TEACHING.

THE AUTHOR SUGGESTS THAT PERSONNEL POLICY OF THE MINISTRY OF HEALTH IN BULGARIA DURING THE PERIOD 1944 – 1951 HAS BEEN DIRECTED TOWARDS THE MAXIMUM PROFIT FROM THE EXISTING MEDICAL STAFF DUE TO THE FAST GROWTH OF THE MEDICAL CENTERS. THE RISE OF THE DOCTORS NUMBERS AND OF UNDERQUALIFIED PERSONNEL IN THIS PERIOD IS DUE TO THE HIGH NUMBER OF STUDENTS ADMITTED IN THE MEDICAL FACULTY OF SOFIA UNIVERSITY FROM 1940 AND AFTERWARDS. ON THE OTHER HAND DESPITE THE GREAT INCREASE OF MEDICAL STUDENTS IN THE MEDICAL FACULTY OF SOFIA UNIVERSITY FROM 1945 AND ON AND THE ESTABLISHMENT OF A SECOND MEDICAL FACULTY IN PLOVDIV THE NUMBER OF PHYSICIANS HAS NOT GROWN UP AT ONCE BECAUSE THE RESULTS FROM THE NEW POLICY CONDUCTED TOWARDS THE HIGHER MEDICAL EDUCATION BECOME VISIBLE IN 1950 WHEN THE MEDICAL STUDENTS ADMITTED IN 1944-1945 GRADUATED. AS A RESULT OF THE INCREASED NUMBER OF GRADUATES FROM THE MEDICAL ACADEMIES AROUND 1951, IN BULGARIA THERE WERE 5390 DOCTORS, 1600 DENTISTS AND 6000 NURSES. THE MEDIUM STAFF GREW FAST AS A RESULT OF THE NEW SCHOOLS OPENED FOR NURSES AND MIDWIVES IN 1949 AND 1950. DURING THE EXAMINED PERIOD THE MINISTRY OF HEALTH REGARDED AS A PRIME IMPORTANCE THE SUPERVISION AND GUIDANCE OF THE DOCTORS AND THE REST OF THE STAFF. THIS FACT OWNED ITS EXISTENCE TO THE DIFFICULTIES WHICH THE REGIME MET IN ITS ATTEMPT TO CARRY OUT THE HIGHLY PROCLAIMED RAPID AND QUALITY CHANGE OF THE HEALTH SERVICES. THUS UNDER THE CONDITIONS OF SHORTAGE OF MEANS COMBINED WITH THE DEMONSTRATED BY THE GOVERNMENT LACK OF DESIRE TO RISE THE HEALTH BUDGET, CADRES REMAINED THE ONLY AVAILABLE RESOURCE AND THE IMPLEMENTATION OF THE PROMISE TO PROVIDE EASY ACCESS TO HEALTH SERVICES PASSED THROUGH OVERLOADING OF THAT "AVAILABLE RESOURCE". IN SUCH A WAY A. LOUNIN SUGGESTS THAT THE STATE HAS IMPOSED ON DOCTORS

---

SOME KIND OF A SERFDOM AND IN FACT THE POPULATION RECEIVED SOCIAL RIGHTS AT THE EXPENCE OF THE CIVIL RIGHTS OF THAT PROFESSIONAL GUILD. THE EXTRAORDINARY SITUATION WAS EASED IN MID-1950s WHEN THE SHORTAGES OF MEDICAL STAFF WERE OVERCOME.