

Tokom jubilarne, dvadesetpetogodišnjice JNA naš časopis će u svakom broju objavljivati članke u kojima bi se šire uopštavala iskustva NOR-a — prvenstveno neka teoretska, doktrinarna, strategijska ili operativna pitanja, konkretne operacije, iskustva iz domena pojedinih vidova, rodova i službi, rad štabova, dejstva jedinica i združena dejstva, neka pitanja partijsko-političkog ili kulturnog života i rada jedinica, itd. Ove razrade — analize zamišljene su tako da se, polazeći od istorijskih činjenica i uopštavanja, pojedini problemi sagledaju i u svetlu uslova eventualnog rata, da se analizira u kojoj bi se meri i na koji način iskustva NOR-a mogla primeniti, polazeći od naše koncepcije opštenarodnog odbrambenog rata, i sl.

Prvi članak objavljujemo u ovom broju, naredne ćemo sukcesivno objavljivati tokom cele godine, s tim što Redakcija predviđa da časopis broj 6 bude jubilaran, posvećen godišnjici JNA.

Redakcija poziva učesnike NOR-a — ratne komandante i kome-sare, starešine i borce — da obrade neko od navedenih ili drugih pitanja za koja smatraju da bi odatle uopštena i izvučena iskustva bila značajna da se istaknu, a samim tim i korisna za dalju razradu naše vojne teoretske misli i za obogaćivanje naše ratne doktrine.

## SANITETSKA ISKUSTVA NOR-a I NUKLEARNI RAT

Tretirajući pitanja sanitetskih iskustava iz NOR-a valja stalno imati na umu da su organizacijski problemi ove službe bili odraz razvoja i taktike NOVJ, broja kadrova i sanitetskih ustanova i količine raspoloživih sredstava, te da je upravo odgovarajuća partizanska organizacija sanitetske službe uspevala da svakom borcu pruži pomoć. I pored velikog pomanjkanja kvalifikovanog medicinskog kadra i sanitetskih ustanova i sredstava, efikasnost ove pomoći bila je jedan od činilaca koji su uticali na visok moral boraca, njihovu sigurnost i borbenost.

Pružanje medicinske pomoći ranjenom borcu u ratu oduvek je predstavljalo značajnu moralnu podršku i pojedincu, i trupu u celini, a sigurno je da će, zbog izmenjenih borbenih uslova i mogućnosti upotrebe nuklearnog oružja, u eventualnom ratu biti još značajnije. Otuda se nužno nameće potreba da se analiziraju, prouče i izvuku zaključci o mogućnoj organizaciji sanitetske službe u eventualnom ratu, pri čemu iskustva iz NOR-a mogu veoma korisno poslužiti.

Zbog nekih karakteristika (učešće skoro celog naroda u borbi za oslobođenje, visoki moral naroda i boraca, nepostojanje oštarih granica između fronta i pozadine — jer je cela zemlja bila ratno poprište, puna inicijativa starešina inspirisana jedinstvenom strategijskom idejom i moralnim ciljevima, specifična taktika partizanskih jedinica — izbegavanje krutih frontova, stalna inicijativa, kombinovanje napadnih i odbrambenih dejstava, iznenađenje, noćna dejstva, rastresitost jedinica i ustanova, velika manevarska sposobnost jedinica, neprekidno udaranje po neprijateljевой živoj sili i najosetljivijim objektima itd.), naš oslobodilački rat ima znatne sličnosti sa dejstvima koja će delom karakterisati i ona u eventualnom opštenarodnom odbrambenom ratu. (Nesumnjivo, postojaće i znatne razlike posebno zbog moguće upotrebe nuklearnih i ostalih borbenih sredstava za masovno uništavanje, velike zasićenosti tehnikom, daleko većih manevarskih mogućnosti — naročito vertikalnog manevra, bolje i efikasnije zaštite pešadije — prvenstveno od klasičnog oružja, itd.). Govoreći o ovim sličnostima, drag Tito je, između ostalog, rekao:

U eventualnom budućem ratu neće biti krutih frontova ni frontalnih borbi, biće više prodora u dubinu, više desantnih operacija i osvajanja raznih strategijskih položaja i objekata. I razume se, pošto će tako dejstvovati protivnik koji bude nastupao, treba znati prilagoditi se tome u odbrani. U tome će iskustva iz našeg rata igrati veliku ulogu.

Ogromna i dragocena iskustva iz našeg NOR-a moći će se uspešno primenjivati i u eventualnom ratu, i pod pretpostavkom da će

<sup>1</sup> Josip Broz Tito, *Govori i članci, Naprijed*, Zagreb 1959, knj. X, str. 282.

agresor biti brojno i tehnički nadmoćniji, i da će raspolagati nuklearnim i drugim usavršenim borbenim sredstvima. Ta iskustva našla bi posebnu primenu ako bi partizanski rat, sticajem okolnosti, prerastao u glavni vid borbe. U svakom slučaju, u eventualnom ratu postojalo bi jedinstvo dejstva armije na frontu i partizanskih jedinica, jedinstvo u primeni partizanskog i klasičnog načina ratovanja, uz široku primenu stečenih iskustava iz NOR-a. »Taktika koju je primenjivala naša Narodnooslobodilačka vojska u prošlom ratu, ako ne u potpunosti, u mnogo čemu će odgovarati u jednom budućem ratu« (I. Gošnjak).

Velike promene koje bi eventualni nuklearni rat doneo u strategiji, taktici, organizaciji i vojnoj opremi armija, nužno će i u sanitetskoj službi izazvati korenite izmene. U traženju i usvajanju najboljih rešenja veoma je korisno poslužiti se iskustvom iz organizacije partizanske sanitetske službe. Naravno, pri tome treba poći i od realne baze na kojoj se osnivala ova služba u NOR-u (broj i stručnost kadra, broj i veličina sanitetskih ustanova i sredstava) i naše današnje situacije u sanitetskom pogledu, koje se skoro ne mogu porediti.

#### SANITETSKA SLUŽBA U NOR-u

Već letimičan osvrt na organizaciju sanitetske službe u NOR-u govori o odsustvu svakog šablona i postojanju velikog bogatstva organizacionih formi, prilagođenih razvojnom stepenu oružane borbe. Na ovo su uticali mnogobrojni faktori, od kojih će se u članku obraditi najbitniji, s tim što će se prethodno ukazati na osnovne kadrovske i materijalne pokazatelje.

*Pitanje kadrova.* Partizanski odredi su u 1941. godini imali svega 43 lekara, 1942. godine 73, a 1943. godine oko 300, od kojih je bilo 55 lekara koji su se bavili samo hirurškim poslovima, a od njih je hirurga-specijalista bilo 28. Posle kapitulacije Italije broj lekara je rastao, no uvek je zaostajao za brojem prirasta novog ljudstva u jedinice (zbog delimične okupacije zemlje i nedovoljnog broja lekara u zemlji pre rata).

Oskudevalo se i u srednjem i nižem sanitetskom kadru, a nastojalo se da se njihov broj poveća organizovanjem kurseva kako u bolnicama, tako i u jedinicama — uz brigade i divizije. Viši štabovi su često izdavali pismene instrukcije u kojima su sanitetski kadar upoznavali s medicinskom i sanitetsko-taktičkom problematikom, izdavani su i stručni listovi koji su upućivali u sanitetsku problematiku i u kojima su se izmenjivala iskustva sanitetskog kadra raznih jedinica i područja.

Još u toku rata, pod vrlo teškim uslovima, održana su na oslobođenoj teritoriji i dva partizanska kongresa lekara (pored lekara prisustvovali su i drugi sanitetski radnici) na kojima su razmenjena iskustva. Prvi partizanski kongres lekara održan je septembra 1942. u Bosanskom Petrovcu, a drugi februara 1944. u Glini.

Pomanjkanje sanitetskog kadra nastojalo se rešavati organizacionim merama i nastavom. Veoma velika oskudica u lekarima, a posebno hirurzima, rešavana je (zapravo ublažavana) raznim organizacionim merama kao što su: koncentracija hirurških kadrova u rukama višeg rukovodstva (najbolji primer za ovo je prva mobilna hirurška ekipa

Vrhovnog štaba), manevar sa sanitetskim ustanovama, ekipama ili pojedinačno sa lekarima, stvaranje drugih vrsta ekipa sanitetske službe, pokreti grupacija ranjenika, stalni organizacioni razvoj sanitetske službe i promene koje su odgovarale razvoju jedinica, zatim stvaranje različitih organizacionih formi bolničke i trupne sanitetske službe zavisno od taktičko-operativnih i terenskih uslova, itd.

*Bolnička mreža*, gledana iz perspektive celine državne teritorije, u partizanskim uslovima nije mogla postojati. Bilo je primera, na poje-dinim područjima, da u početku oružane borbe nije bilo nikakve bolničke mreže. Neposredno u prvom zamahu ustanka, ako je bilo oslobođeno mesto sa kakvom sanitetskom ustanovom ili bolnicom, to je i korišćeno zajedno sa svim materijalom koji se u njima zatekao. Kasnije, nakon jakih udara neprijatelja i povlačenja iz tih mesta, i to je izostalo. Pomeranje dejstava partizanskih jedinica u daljoj fazi usmeravalo se prema periferiji i oko manjih mesta, a kada su povremeno bili oslobođeni gradovi ili gradići, u većini slučajeva tu nisu zaticane bolnice ili su bile male i slabo opremljene. Ovakve bolnice najčešće nisu mogle zadovoljiti potrebe, pa su samo privremeno upotrebljavane (Livno, Drvar, Korenica, itd.).

Bolnička mreža kakva je postojala na teritoriji bivše države uopšte nije dolazila do izražaja za upotrebu, zbog promena operativnih situacija i zbog svog kapaciteta i opreme, te je partizanska sanitetska služba sama stvarala svoju specifičnu bolničku mrežu.

*Snabdevačke baze* za potrebe sanitetske službe nisu postojale. Baza je bio sam narod, ali i neprijatelj od koga je materijal otiman. Snabdevanje u partizanskim uslovima, dosta dugo je bilo onako kako je Tito u proglasu avgusta 1941. godine naložio: »Štabovi i komandiri moraju se pobrinuti za potreban sanitetski materijal i osoblje radi nege bolesnika i ranjenika.«<sup>2</sup> I zaista, glavni način dobijanja sanitetskog materijala, skoro sve do kapitulacije Italije, bilo je otimanje u borbi iz ruku neprijatelja.

Pored toga, odmah se pribeglo i vlastitom izrađivanju materijala za potrebe sanitetske službe, čime je proširen sistem snabdevanja. Na primer, stvarane su radionice za zavojni materijal, izrađivani najpotrebniji instrumenti u partizanskim radionicama, improvizovane su partizanske apoteke, itd. Takvim radom obezbeđivane su prilične količine sanitetskog materijala. Tako se već 1941. godine u Užicu tkala gaza; 1942. godine izrađuju se aseptični prvi zavoji, gaza i šine u Foči, iste godine i u Livnu počinje izrada aseptičnih zavoja, kao i u Radašlijama (Glamoč) pri Centralnoj apoteci Vrhovnog štaba; krajem 1942. godine u Korenici se prave aseptični zavoji u partizanskim tkaonicama, koje ne prestaju sa radom ni u toku IV ofanzive, a istovremeno se rade i u Slavoniji i u Sloveniji; 1943. godine u Jajcu se izrađuje sublimat, a u apoteci 3. korpusa u Šejkoviću bila je izrađena i vakcina protiv trbušnog tifusa (propala je jer je usledila neprijateljska ofanziva). Delatnost sanitetske službe nije se ograničila samo na izradu ovog materijala već su se izrađivala i nosila, partizanska burad, autoklavi, sterilne otopine, Kramerove, Diterixove i Thomasove šine, ekstenzioni

<sup>2</sup> Josip Broz Tito, *Govori i članci, Naprijed*, Zagreb 1959, knj. I, str. 3 (Bilten Glavnog štaba NOPOJ br. 1 od 10. VIII 1941. god.).

aparati, drvene udlage, štake, škare i pincete, kuke, klešta za kosti, itd. (Zanimljivo je i korisno istaći da su partizanske radionice koristile materijal od uništenih nemačkih tenkova za pravljenje medicinskih instrumenata.) Pa i u vreme kad se već počeo primati sanitetski materijal od saveznika, nije se prestalo sa vlastitom proizvodnjom.

Sem navedenog, sanitetski materijal je nabavljan i sa okupirane teritorije, odakle je prikupljana i prebacivana znatna količina, zahvaljujući prvenstveno antifašističkim organizacijama, članovima i simpatizerima KPJ.

*Transportna sredstva* nedostajala su skoro sve do kraja rata, ali su partizani u pitanju transporta i pokreta pokazali pravo majstorstvo, potrebno utoliko više što je prebacivanje velikog broja ranjenika, pa i na velike udaljenosti, zahtevalo veliku brigu, napor i moral, odličnu organizaciju i umešnost.

Pokret, odnosno transport ranjenika, bio je u centru pažnje rukovodstva sanitetske službe, jer ga je veoma često trebalo organizovati i ostvarivati na velikim relacijama, u posebnim uslovima, onda kad bi normalno, radi konfiguracije zemljišta, bile postavljene kontraindikacije za transport. Navešću nekoliko primera.

Oko 200 promrzlih »igmanaca« prebačeno je 1942. god. iz Foče u Rudine, pa iako su jahali na konjima, ne samo da im se stanje nije pogoršalo nego se čak i poboljšalo. Krajem juna 1942. godine krenule su proleterske brigade sa oko 500 ranjenika sa bosansko-hercegovačko-crnogorske tromeđe prema Bosanskoj krajini; za oko 15 dana, sa prekidima i uz stalnu borbu, pređeno je oko 450 km i savladani planinski masivi Zelengore, Treskavice (1.600 m), Bjelašnice, Raduše i Cincara. Na ovim prelazima sa oskudnim ili nikakvim putevima mogla je postojati samo klasifikacija pešak-konjanik-nosila, a značajnu ulogu u transportu imali su jedino konj i čovek. U toku IV neprijateljske ofanzive preko 4.000 ranjenika i bolesnika pokrenuto je sa prostorije Bosanske krajine, Banije, Korduna i dela Like u pravcu Crne Gore, na put dug oko 550 km, koji je (nakon prvog, povoljnijeg dela) prelazio preko kanjona Neretve, masiva Prenja, kanjona Tare, Sušice i Pive. Na ovom delu puta pojavilo se na začelju evakuacione kolone oko 700 bolesnika zaraženih pegavim tifusom. Deo teških ranjenika nije evakuisan prema istoku, pa je sa novim ranjenicima koji su ostali na teritoriji Like, evakuisan u tri grupe od po 120 teških ranjenika iz Like preko Kapele u Gorski kotar, isključivo pomoću konjske i volovske zaprege. U junu 1944. godine grupa od oko 260 ranjenika evakuisana je pod vrlo nepovoljnim terenskim uslovima iz Broda na Kupi u Gorskom kotaru preko Slovenije i Žumberka na Kordun, pri čemu je klasifikacija ranjenika bila ista kao što je ranije izneto, a u avgustu iste godine prebačena je na sličan način grupa od oko 500 ranjenika iz rejona Metlika — Črnomelj — Vinica preko reka Kupa — Dobra — Mrežnica na kordunske i banijske područne bolnice.

U evakuaciji ranjenika dolazila je do izražaja snalažljivost u izboru i kombinaciji raznih vrsta transporta; konj je svakako u našim prilikama bio najpogodnije transportno sredstvo, zatim kola sa konjskom zapregom ili čak volovskom. U posebnim prilikama bilo je i specijalnih improvizacija. Jednom prilikom, manji transport ranjenika u Frkašićkoj Dragi vožen je uz dragu u ležećem stavu na velikim, lepeza-

stim granama, pošto je sneg onemogućio prilaz kolima. U toku IV ofanzive došlo je do zastoja transporta na jednom mestu kroz planinu Kapelu; ranjenici su skinuti sa kola, smešteni na ćebad i ličke gunjeve i tako spuštani po zaleđenom snegu oko stotinak metara do mesta odakle se moglo nastaviti kolima. Prilikom evakuacije grupe ranjenika iz sela Štabna u selo Tjentište, preko prevoja Kuka, u junu 1942. godine, zbog nedovoljnog broja konja ranjenici su transportovani saonicama usred leta; saonice su formalno klizile po krasu, i to se nije nepovoljno odrazilo na stanje ranjenika jer je truckanje bilo neznatno.

Iz navedenih i mnogobrojnih drugih primera, vidljivo je da je tipična klasifikacija naših ranjenika za transport i na velike udaljenosti, osobito kod udarnih proleterskih jedinica, bila pešaci — konjanici — nosila. Ova je klasifikacija predstavljala osnov za transportovanje naših ranjenika, a glavno transportno sredstvo bio je konj — zaprežni ili jahaći. (Ima mnogo primera iz II svetskog rata koji pokazuju da je konj veoma često i masovno upotrebljavan i u tehnički razvijenim armijama. Iskustva iz korejskog rata ukazuju na paradoks da je transport na konjima često bio brži od transporta koji su obavljale motorizovane jedinice.) Pošto bi iskustvo s našim »partizanskim konjem« moglo biti od posebnog interesa za primenu i u eventualnom ratu, bez obzira na postojanje transportne tehnike na zemlji i u vazduhu (sanitetski avioni, helikopteri), bilo bi korisno ova naša (a i strana) iskustva imati u vidu i proučavati ih, naročito kad se traže odgovarajuća rešenja za transport zimi, u planini, na krasu, u šumi.

Svi pomenuti transporti ranjenika, od kojih se većina odvijala u nepovoljnim taktičko-operativnim situacijama, teškim zemljišnim i vremenskim uslovima, izvršeni su sa uspehom a uz pomoć transportnog sredstva koje nam je skoro svugde stajalo na raspolaganju. Ovo je utoliko značajnije kad se ima u vidu da je često trebalo evakuisati veliki broj ranjenika i bolesnika i na velike daljine. Sem toga, opšta karakteristika u sanitetskoj službi NOR-a bili su pokreti brigadnih ambulanti i bolnica, kao i divizijskih bolnica, koje su stalno pratile svoje jedinice (nekad su imale i do 300 ranjenika i bolesnika), a sve je to obavljano pomoću konja kao osnovnog transportnog sredstva. Pokret ranjenika, kako onih vezanih za jedinice tako i onih u pozadinskim bolnicama koji su uvek bili »spremni za pokret«, te brzi pokreti hirurških ekipa radi pružanja hitne pomoći, jedna je od bitnih karakteristika rada saniteta u NOR-u, a verovatno će dati obeležje tom radu i u eventualnom ratu.

Karakteristika ovog pokreta bila je i to, što je u njegovom toku pružana medicinska i hirurška pomoć. Uostalom, teško je zamisliti poznate pokrete ranjenika proleterskih brigada iz Crne Gore u Bosansku krajinu ili pokrete velike grupacije ranjenika iz Bosanske krajine prema istoku u toku IV ofanzive, a da se uz to nije sprovodio medicinski rad. Pokreti ovih jedinica sa ranjenicima vršeni su uz borbe, a za to vreme su radile i mobilne hirurške ekipe.

*Žarišta zaraznih bolesti* u našoj zemlji bilo je mnogo, čak i izrazitih ratnih zaraza, koje su i u ranijim ratovima desetkovali naše i pojedine strane armije (pegavi tifus, trbušni tifus, malarija, dizenterija, itd.). U nekim krajevima ove su bolesti imale i endemijski karak-

ter. Okupator i ratna pustošenja prenela su neke zaraze u krajeve u kojima ih ranije nije bilo (pegavac u Sloveniji). I upravo to što je u našoj zemlji postojalo toliko ratnih zaraza i što su one predstavljale stalnu potencijalnu opasnost za naše jedinice i narod u celini, zahtevalo je i nametnulo našem vojno-političkom rukovodstvu poseban oprez, a sanitetskoj službi dalo pečat protivepidemijskog karaktera.

Pošto je veliki deo jedinica ratovao na endemijskim terenima raznih ratnih zaraznih bolesti, poglavito pegavca, trebalo je stalno sprovesti niz profilaktičkih i protivepidemijskih mera, koje su, što se rat bližio kraju, bile sve efikasnije (u martu 1945. godine u I armiji bilo je svega 24 obolelih od pegavca, dok se, na primer, dva meseca kasnije zateklo u Zagrebu preko 1.000 neprijateljskih vojnika obolelih od pegavca). Rezultati su postignuti napornim radom koji je sanitetski kadar u zajednici sa vojno-političkim kadrom uporno planski godinama sprovodio. I sam drug Tito svojim naredbama određivao je zadatke štabovima u borbi protiv zaraza (naredbe maja 1943, avgusta 1943. godine i dr.).

Prvi oblici borbe protiv zaraznih bolesti stvaraju se uporedo s razvojem NOV. Već u decembru 1941. godine, u Rudom, kad je formirana 1. proleterska brigada formirana je i prva dezinfekciona (DEZ) stanica. Kad je 1942. izbila epidemija pegavca u Foči, razvila se, uporedo sa protivepidemijskim merama u vojsci, kampanja koja je preneti i na civilno stanovništvo. Stvoren je i sanitetski kordon prema Crnoj Gori, kako bi se sprečilo širenje pegavca u druge krajeve. Energičnim merama i sprovedenom propagandom epidemija je lokalizovana, što je bio značajan uspeh naše higijensko-epidemiološke ratne službe. Tada je u Foči formiran i prvi put postavljen princip trupno-prijemnog odeljenja.

Zaraze epidemijskog karaktera prvi put su se pojavile u jedinicama NOV u toku IV i V neprijateljske ofanzive. Epidemija pegavca koja je tada nastala može se podeliti u dva vala: prvi je nastao u jedinicama dok su se približavale Neretvi, a drugi je zahvatio 7. i 9. diviziju pri prelazu Prenja i Glavatičeva, a 9. diviziju i na planini Visočici. Poučeni iskustvom iz te prve veće epidemije, jedinice se nisu odvajale od »partizanskih buradi«. Prve suve komore nastale su na Glavatičevu i one su postale sastavni deo snabdevačkih baza, a postavljane su i duž komunikacija kuda su se kretale jedinice. Još ranije formirane su brigadne mobilne higijenske ekipe, kao sredstvo za profilaktički i protiv-epidemijski rad.

Visoka disciplina štabova i boraca često je očuvala od zaraze čitave jedinice koje su bile koncentrisane na terenima zaraženim od pegavca. Osobito su proleterske jedinice bile nosilac higijenske svesti i discipline. I u ostalim jedinicama NOV borba protiv pegavca i stvaranje higijenske discipline i svesti bili su na visokom nivou, kao i briga štabova i sanitetske službe, što je i omogućilo da u jedinicama nije bilo većih epidemija (osim pegavca u toku IV i V ofanzive).

Proučavanje *taktičkih načela sanitetske službe* u NOR-u posebno je široko i veoma bogato područje. Ona su stvarana, izgrađivana i prilagođavana razvoju i zamahu oružane borbe, lokalnim i materijalnim uslovima i mogućnostima, zbog čega je i nastalo obilje organizacionih formi sanitetske službe. Razmotrićemo neke od njih.

U Srbiji 1941. godine ranjenici se kreću uz svoje odrede, a stacionarne bolnice se stvaraju nakon što se oslobodi teritorija i gradovi koje je dotle držao okupator (Užice, Čačak, Užička Požega). Istovremeno, u Crnoj Gori nalazimo slobodne, nekonzspirativne stacionarne bolnice po selima (ovo je omogućio opštenarodni ustanak). U Bosni se primenjuje smeštaj ranjenika u planinskim selima ili po dubokim šumama, u konspirativnim bolnicama (jedna od prvih u 1941. je bolnica na planini Osječnici). U Hrvatskoj se ranjenici smeštaju po selima, u šumama, a u slučaju potrebe zabunkerisani su i u podzemnim zaklonima — zemunicama. U Sloveniji su ranjenici prvo sklanjani u duboko zavučene planinske i šumske predele (tamo su formirane bolnice), ili su lečeni konspirativno po bolnicama okupiranih gradova. (Specifičnost konspiracije slovenačkih bolnica bila je takva da je jedna od njih, tzv. bolnica »Frana«, smeštena negde oko Cerkna, ostala u konspiraciji sve do kraja rata, a sada je muzej).

U daljoj fazi razvoja NOP smeštaj i lečenje ranjenika prilagođavaju se situaciji i dobijaju raznovrsnije oblike. Uglavnom, na oslobođenoj teritoriji ranjenici su u bolnicama, a u proleterskim i udarnim jedinicama kreću se i leče u pokretu.

Smeštaj ranjenika po bolnicama na slobodnoj teritoriji je stvorio poseban oblik organizacije bolničke službe. Pošto je neprijatelj često organizovao napade na bolnice i ranjenike, nastojalo se da bolnice budu konspirativne, kao i da se ranjenici dekoncentrišu. U razvoju ovakvog bolničkog sistema ocrtavaju se dve faze (na raznim terenima one prelaze iz jedne u drugu): u prvoj fazi postoji nepovezanost bolničkih ustanova i težnja za dubokom konspiracijom — beži se od komunikacija, a drugu (spvodila se na svim terenima) karakteriše povezivanje bolničkih ustanova u bolničke centre i približavanje komunikacijama.

Nepovezanost bolničkih ustanova osobito je postojala u prvim počecima NOR-a i nešto kasnije u Bosanskoj krajini, istočnoj Bosni, Sloveniji, Slavoniji, Lici, itd. Ove bolnice, mada rasejane na jednom relativno uskom području, pretežno su zavisile od partizanskih odreda ili brigada koje su tu dejsstvovala. Kasnije se organizuju bolnički centri bilo u formi konspirativnih bolnica udaljenih od komunikacija, bilo uz komunikacije, a jedna od bolnica (ako ih je više), odnosno odeljenje (u sklopu jedne bolnice sa više odvojenih odeljenja), postaje centar tih većih funkcionalnih bolničkih kompleksa.

Tako je u IV kvartalu 1942. godine postojao niz bolnica po selima i slabo pristupačnim predelima Like (Dobroselo — Bijeli Potoci — Krbavica — Vrelo — Ličko Petrovo Selo — Frkašić — Šalamunić — Korenica), a u centru, na komunikaciji, bila je bolnica sa hirurgom u Korenici. Tu su ranjenici koji su dolazili iz jedinica obrađeni, a zatim raspoređeni prema vrsti i težini ranjavanja u bolnice odnosno odeljenja koje su vodili lekari opšte prakse, medicinske sestre pa i bolničari. Na Baniji je takođe postojao sistem bolnica koji se objedinjavao u administrativnom i medicinskom pogledu u jednu funkcionalnu celinu, a povremeno prema raspoloživim hirurškim snagama postojao je hirurški centar za obradu i trijažu u selu Klasniću. Na Kordunu je isto tako postojao povezan sistem bolnica u jednoj administrativnoj funkcionalnoj celini, sa hirurškim centrom ili na komunikaciji, ili u bolnici na Petrovoj gori, ili u bolnici u selu Zbijegu — prema tome kakva je



bila vojna situacija. Početkom 1942. godine, kad je stvorena šira slobodna teritorija u istočnoj Bosni, formiran je bolnički centar sa hirurgom u Foči, odakle su ranjenici evakuisani posle operativnih zahvata u bolnice smeštene u rejonu Čajniče — Goražde — Trnovo — Piva. U drugoj polovini 1942. godine, kad su proleTERSke jedinice došle u Bosansku krajinu, formiran je bolnički centar sa glavnom hirurškom bolnicom i hirurškom ekipom u Bosanskom Petrovcu, odakle su ranjenici, posle hirurške obrade, evakuisani prema vrsti i težini ranjavanja u šumske bolnice Grmeča i Klekovače. Treba naglasiti da se u ovim primerima bolničkog sistema nije radilo samo o upravnim administrativnim celinama, već i o funkcionalnim medicinskim celinama.

Ovi primeri su vrlo poučni, jer ukazuju na sistem decentralizacije, rastresitosti, a i na to kako najbolje pomoći ranjenicima u oskudici medicinskih kadrova. Naime, s obzirom na specijalizaciju pojedinih bolnica, odnosno bolničkih odeljenja, gde se lečilo prema vrsti ranjavanja (bolesti), ovo je zapravo bio jedan bolnički funkcionalni centar sa nekoliko bolnica, odnosno odeljenja. U ovakvim bolnicama samostalnu ulogu nisu imali samo lekari vešti hirurškim poslovima, već i lekari opšte prakse koji se dotle nisu bavili hirurgijom, srednje medicinsko osoblje, pa čak i niži medicinski kadar. (Ovi primeri vrlo poučno ukazuju i na to kakav bi se sistem organizacije bolnica mogao primeniti u uslovima eventualnog nuklearnog rata u kojem se očekuje veliki priliv ranjenika, a verovatno bi postojala oskudica u sanitetskim kadrovima.)

ProleTERSke i udarne jedinice, pokretne, dobro naoružane i sposobne za vođenje većih ofanzivnih operacija, a koje su izvršavale i posebne vojne i političke zadatke, imale su uvek i veći broj ranjenika. Za pokrete i medicinsku opskrbu ranjenika morala se već u samom početku oformiti služba zbrinjavanja koja će odgovarati formi i zadacima jedinica. U vezi s tim javlja se dobro organizovana trupna sanitetska služba, koja je mogla efikasno pratiti svoje jedinice i obezbediti ih u hirurškom, profilaktičkom i protivepidemijskom smislu. Tu se postepeno razvija sanitetska služba, počevši od one u četi do mobilne hirurške ekipe, a osobito se razvila brigadna ambulanta kao posebna organizaciona forma koja je vezala dobar deo ranjenika svoje jedinice uz sebe, nekada i nepokretne. U brigadnoj ambulanti ranjenici su lečeni na mestu i u pokretu. Gde je bilo moguće ove jedinice su se oslanjale i na bolnice na slobodnoj teritoriji (osobito ako se radilo o manje pokretnim ranjenicima).

Pojava hirurške mobilne ekipe u razvoju sanitetske službe NOR-a ima poseban značaj, a vrlo je poučna i za budućnost. Ona se javila u partizanskim uslovima iz potrebe da se hirurška pomoć približi ranjeniku, da se dovede što bliže liniji fronta, mada je ujedno bila i izraz pomanjkanja hirurških kadrova. Prva hirurška ekipa stvorena je uz Vrhovni štab, pa pošto nije bila vezana za neku stalnu jedinicu, mogla je da opslužuje veći broj jedinica, a hirurške snage mogle su se bolje iskoristiti. Kad se povećao broj hirurga (1943. godine bilo ih je samo 55) počele su se stvarati i korpusne mobilne hirurške ekipe, koje su delovale na terenu pojedinih divizija ili prilikom većih vojnih operacija. Kasnije su se stvarale i divizijske mobilne hirurške ekipe.

Pojava prve mobilne hirurške ekipe ujedno predstavlja prve pokušaje manevra hirurškim snagama u partizanskim uslovima. Ova ekipa je u datoj fazi partizanskog rata odgovarala i brzim pokretima i manevru jedinica, i mogla je da izvršava postavljene zadatke.

Hirurška ekipa radila je često za potrebe bolnica i operativnih jedinica. Tako je Prva hirurška ekipa Vrhovnog štaba iz Foče bila angažovana u proleće 1942. godine kad je napadano na ustaško uporište Borač, aprila 1942. godine na Rogaticu, avgusta 1942. godine na Livno, a oktobra 1942. godine prilikom napada na Grahovo. Hirurška ekipa koja je krajem 1942. godine radila u bolnici u Korenici, dejstvovala je ujedno i kao mobilna hirurška ekipa prilikom napada na ustaško uporište Saborski. Hirurška ekipa IV korpusa angažovana je 1944. godine kao mobilna hirurška ekipa pri napadu na Glinu, a dva puta pri napadu na Cazin. Hirurška ekipa VI korpusa krajem 1943. godine i početkom 1944. godine radila je i u bolničkim pozadinskim ustanovama i u operativnim jedinicama — gde je bilo potrebno.

Očigledno, u organizaciji rada, angažovanju i manevrisanju sa hirurškim i mobilnim ekipama nije postojao šablon.

Zanimljivo je i iskustvo kako je u NOR-u organizovana i sprovedena bezbednost partizanskih sanitetskih ustanova. Tu se, kao jedno od rešenja, kao nova organizaciona forma smeštaja, lečenja i čuvanja ranjenika, pojavljuje sistem ukopavanja.

Osobito u prvim počecima rata, a katkada i kasnije, nastojalo se da se izbegne pokret s ranjenicima pred neprijateljem, pogotovo da se operativne jedinice ne bi prikovale za ranjenike i teren. U tom cilju privremeno se pristupalo smeštaju ranjenika u specijalno izgrađene zemunice. Ovo se naročito primenjivalo u Slavoniji, istočnoj Bosni, Baniji i Kordunu, gde su i zemljišni uslovi za ukopavanje bili povoljni. Ranjenici su u ovakve zemunice smeštani samo u toku ofanziva, dok bi neprijatelj prolazio preko oslobođene teritorije ili tamo gde je neprijatelj povremeno upadao na područja gde se nadao da će zateći bolnice i ranjenike. Zemunice su se obično gradile za manje grupe ranjenika kako bi, ukoliko neka bude otkrivena, što manji broj ranjenika pao u ruke neprijatelja. Naročito su se u Slavoniji majstorski pravile ovakve zemunice.

U pogledu konspiracije šumskih bolnica, osobito organizacije tajnog dovođenja i smeštaja ranjenika, organizatori bolničke sanitetske službe u Sloveniji pokazali su veliku snalažljivost. Ranjenici koji su boravili po jedan pa i više meseci u nekoj šumskoj bolnici nisu upoznali njen smeštaj i prilaze k njoj. Pored već pomenute bolnice »Frana«, vrlo dugo je ostala u tajnosti i šumska bolnica u Kočevskom Rogu.

I kasnije, kad su već formirane armije, a u divizijama obrazovani mediko-sanitetski bataljoni (MSB) i poljske bolnice, te bolnički centri, u nekim krajevima (Kordunu, Baniji, Slavoniji i Sloveniji) još su postojale šumske i konspirativne bolnice, što je poseban primer u organizacionim formama i mogućnostima ratovanja regularne armije i partizanskih jedinica. Ove bolnice u pozadini (bilo da su se nalazile u selima, po šumama ili na komunikacijama sa centralnim punktom) bile su uvek spremne za pokret, pa je i celokupan sistem bolničkog pogona bio organizovan i formiran u tom pravcu. U svim slučajevima

organizovanja bolnica pod posebnim uslovima, vojno-politički i sanitetski kadar pokazali su široku inicijativu i smisao za organizaciju smeštaja ranjenika.

Iz svega što je rečeno o karakteristikama saniteta NOR-a vidljivo je da su postojale velike materijalne i kadrovske teškoće, osobito u početku, ali se uvek nastojalo da se stvaraju što povoljniji uslovi za rad lekara hirurga, a prema propisanim kautelama.\* Kao osnova hirurškog rada mora se navesti da se u najnepovoljnijim uslovima vodilo računa o aseptičnom radu, a u najtežim operativnim situacijama bar o najelementarnijim hirurškim zahvatima, hemostazi i imobilizaciji. Treba naglasiti da je u uslovima krajnje oskudice kadrova i materijala odlika naših partizanskih lekara bila snalažljivost u organizaciji, što je predstavljalo snagu medicinskog rada. Oni su odbacili šablone i klinički komfor i nastojali da naučeno primene i pod najtežim uslovima, te se najbolje u tim prilikama i mogao stvoriti pojam ratnog hirurga. Najbolji dokaz da se u teškim uslovima moglo raditi, a i radilo se, medicinski ispravno — jeste što se procenat vraćenih ranjenika u stroj (po našoj posleratnoj oceni) kretao oko 70%.

Ako se rezimiraju izneta iskustva, mogli bi se izvući sledeći zaključci o karakteristikama našeg partizanskog saniteta:

Oskudica lekarskog, osobito hirurškog i srednjemedicinskog kadra; oskudica sanitetskog materijala; rastresitost sanitetskih ustanova, no uglavnom u jednoj usko funkcionalnoj sredini sa specijalizacijom ustanova; bogatstvo organizacionih formi sanitetske službe; sposobnost za pokrete i snažne mogućnosti manevra sanitetskim kadrovima i sredstvima; masovna primena dobre improvizacije; vešto iskorišćavanje zemljišta; inicijativa sanitetskih starešina.

#### SANITETSKA SLUŽBA U EVENTUALNOM RATU

Proučavanje iskustava sanitetske službe NOR-a za nas ima prvo-razredan značaj, jer treba oceniti u kojoj bi se meri i na koji način ta iskustva mogla uklopiti u koncepciju savremene sanitetske službe i primeniti u eventualnom nuklearnom ratu. Da bi se mogla povući izvesna paralela i potražiti analogija, ovde će se izneti neki karakteristični uticaji primene nuklearnog oružja na sanitetsku službu i naša današnja sanitetska situacija.

Prema teoretskim razmatranjima i iskustvima stečenim bacanjem atomskih bombi na Japan 1945. godine, mogu se izvući neke karakteristike koje će nuklearni rat nametnuti sanitetskoj službi, a koje su skoro analogne onima iz našeg partizanskog saniteta<sup>3</sup>: pomanjkanje stručnih kadrova i sanitetskih sredstava s obzirom na masovnost ozleđenika; oskudica sanitetskog materijala za tako veliki broj ranjenika; masovnost ranjavanja i, u izvesnom smislu, promena kvaliteta ozleda; rastresitost sanitetskih ustanova; zahtevi za pokret i manevar sanitetskim kadrovima i sredstvima; zahtev za novim oblicima organizacije i taktike sanitetske službe; zahtev za velikom inicijativom sanitetskih starešina.

\* Cautela (lat.) — mera predostrožnosti.

<sup>3</sup> Kada se govori o analogiji misli se na analogiju principa, a ne i kvaliteta iznetih zajedničkih karakteristika.

Postavlja se pitanje kakva je danas zdravstvena služba u SFRJ, kakve su njene snage i mogućnosti, te kakva je higijensko-epidemiološka situacije državne teritorije. Odnosno, da li sadašnje snage, sredstva i situacija omogućavaju »normalnu« organizaciju sanitetske službe ili će se pojaviti analogija iz NOR-a kad smo, u osnovi zbog pomanjkanja kadrova i sredstava, prišli specifičnoj organizaciji sanitetske službe, te koje bi smo od tih formi mogli koristiti i u uslovima eventualnog nuklearnog rata.

Prema postojećim podacima danas u SFRJ ima oko 16.000 lekara, ali postoji nesrazmera između lekara kurativnog i preventivnog pravca, kao i nesrazmera grupe hirurških specijalista prema ostalim lekarima.

1962. godine bilo je 4.196 farmaceuta i 839 stomatologa. Iste godine je na 5.919 bolničkih lekara bilo 6.431 lice sa srednjom medicinskom spremom a na 4.606 redovnih lekara u ambulantno-polikliničkim ustanovama bilo je 4.063 lica iz redovnog srednjemedicinskog kadra. U SFRJ su 1962. godine postojale još 4 opštine bez ijednog lekara, a 301 opština sa do 10 lekara. Iz ovoga zaključujemo da je broj visoko i srednjekvalifikovanih medicinskih kadrova nedovoljan, a njihov odnos je nepovoljan.

Bolnička mreža u SFRJ raspolagala je u 1962. godini sa nešto preko 100.000 postelja, od čega hirurška grupa sa nešto preko 20.000 postelja. Broj kreveta je u potpunosti neravnomeran na državnoj teritoriji, tako da je u 1962. godini bilo 207 opština bez ijednog kreveta u zdravstvenim ustanovama. Krv, kao važan artikal u borbi protiv šoka, opekotina i za lečenje radijacione bolesti, a i uopšte za hirurške i ostale potrebe, nedostaje i u mirnodopskim uslovima (kako po produkciji tako i po broju ustanova i personala koji se ovim bave).

Na našoj državnoj teritoriji postoje brojna žarišta tipičnih ratnih zaraza.

Pegavac kao najopasnija ratna zaraza ima svoja endemska žarišta skoro svugde u zemlji, a osobito su izražena ona u Bosni, Kosovu i Metohiji, Sandžaku, delom u Makedoniji, u delovima Hrvatske, itd. Žarišta pegavca čak su i proširena nakon rata, pa smo po tome jedna od retkih zemalja u Evropi. Došlo je do pojava novih rikecioza kao žarišnih oboljenja kod nas, te Q-groznicu i Brill-ova bolest predstavljaju takođe potencijalnu opasnost ratujuće armije i civilnog stanovništva. Tularemija, ranije nepoznata bolest u našim krajevima, javila se posle rata u severnim graničnim krajevima i može takođe u ratnoj situaciji da se pretvori u opasnu ratnu zarazu. Leptospiroze u Sloveniji, u porečju između Save i Drave, te nekim mestima u Srbiji, mogu takođe predstavljati opasnu ratnu zarazu u određenoj situaciji. Hepatitis epidemica (zarazna žutica) od rata naovamo predstavlja stalnu opasnost i u mirnodopskim uslovima. Već sada postoje endemska žarišta, koja mogu da buknu u ratnim prilikama. Mada smo malariju u osnovi likvidirali, ipak Makedonija, Hercegovina, te neki severni krajevi ostaju i nadalje žarišta, koja pod nepovoljnim ratnim uslovima, sa oslabljenom budnošću, mogu da nanesu ogromne štete armiji i civilnom stanovništvu. Crevne zaraze predstavljaju kod nas posebnu opasnost. Endemska žarišta crevnih zaraza u našoj zemlji postoje od Đevđelije do Triglava i Postojne. I među građanstvom i u armiji stalno se

javlja veći ili manji broj oboljenja od crevnih zaraza, koji pod nepovoljnim uslovima komunalnih objekata i pomanjkanja budnosti mogu prerasti u velike epidemije. Među prijavljenim zaraznim bolestima na teritoriji SFRJ u 1962. godini bilo je tipičnih tzv. ratnih zaraza: trbušnog i pegavog tifusa, dizenterije, paratifusa, leptospiroze, Q-groznice, zarazne žutice, malarije i tetanusa.<sup>4</sup>

Sanitarna situacija cele naše zemlje je u priličnoj meri nepovoljna. Pomanjkanje vode, uz slabu kanalizacionu mrežu i komunalne objekte uopšte, stambeni problemi, pa i pomanjkanje zdravstvenih kadrova za preventivnu službu (osobito preventivaca u građanskoj zdravstvenoj službi), otežavaju stalno i efikasno sprovođenje preventivnih mera i efikasnu asanaciju. Čitava epidemiološka situacija zemlje može se jednom rečju kvalifikovati kao ne baš povoljna.

Ako uzmemo da otprilike u jednom trenutku od jedne nominalne atomske bombe može biti oko 1.500 ranjenika, onda bi za prvu pomoć na licu mesta trebalo oko 150 bolničara. Broj previjališta na mestu gde je bačena bomba trebalo bi takođe povećati, jer jedno formacijsko previjalište ne bi moglo zadovoljiti. Računajući približan broj onih kojima bi bila potrebna hirurška pomoć, trebalo bi najmanje 30 do 40 hirurških ekipa da bi se cela grupa pravovremeno obradila.

Samo ovaj primer i navedeni podaci o kadrovskoj, materijalnoj i epidemiološkoj situaciji u zemlji, pokazuju da postojeće stanje zdravstvene službe uopšte ne bi moglo zadovoljiti u situaciji nuklearnog rata i pri pojavi masovnog ranjavanja.

Naš sanitet u ratu je pokazao da je sanitetska služba zadovoljila bez obzira na to što su nam nedostajali kadrovi i bila oskudna mreža bolničkih kreveta, te što je postojala nepovoljna epidemiološka situacija. Kad je to tako, može se pretpostaviti da bi u sličnoj situaciji, u eventualnom nuklearnom ratu kad će takođe nedostajati kadrovi i krevetska mreža, i uz lošu epidemiološku situaciju, izvesne forme rada sanitetske službe NOR-a mogle znatno pomoći.

Da razmotrimo organizacione forme partizanskog saniteta koje bi se mogle iskoristiti i u eventualnom ratu, pa i u uslovima primene nuklearnog oružja.

Jedna od najvažnijih organizacionih formi jesu mobilne hirurške ekipe. Koliko god je mobilna hirurška ekipa u NOR-u bila izraz težnje da se hirurška pomoć približi ranjeniku, ona je takođe bila izraz nužde zbog pomanjkanja hirurškog kadra uopšte i nužnosti da se hirurški zadaci rešavaju za vreme brzih pokreta jedinica. Upravo ovi momenti igraće i u uslovima nuklearnog rata prvorazrednu ulogu, jer će sigurno postojati veliki broj ranjenika, pokreti jedinica biće brzi, a kadra će biti premalo.

Nužno je naglasiti da će se mobilna hirurška ekipa moći upotrebiti i u napadu i u odbrani, i kad su jedinice raštrkane i kad će jače snage koncentrično dejstvovati. Mobilna hirurška ekipa može se baciti na ugroženo mesto u većem ili manjem sastavu, već prema nastaloj

<sup>4</sup> Rikeciozeje — zarazne bolesti koje izazivaju mikroorganizmi na prelazu između bakterija i virusa (rikecije); Q-groznica — vrsta zarazne bolesti životinja i čoveka, izazvana rikacijama; Brill-ova bolest, takođe vrsta rikaciozeje; tularemija — zarazna bolest glodara, naročito zečeva, vrlo opasna i za ljude; leptospiroza — bolest izazvana naročitim oblicima bakterija (leptospirama).

situaciji. Osim toga ona može biti odlična organizaciona forma za poseban bolnički sistem koji bi mogao i trebalo da bude rastresit.

Partizansko iskustvo dalo je pored hirurške ekipe i higijensku mobilnu ekipu, kao moćnu preventivnu pokretnu snagu.

Stvaranje sistema mobilnih ekipa je principijelno važno pitanje zbog principijelnog prilaženja stvaranju mobilne sanitetske jedinice uopšte, koja neće biti vezana uz jedan organski sastav, već koja će se ubaciti onde gde je potrebno.

Upravo ovaj sistem manjih, ali mobilnih sanitetskih jedinica (bez obzira na njihovu specijalizaciju), sposobnih za brzi pokret i dejstvo, te da se nađu na svakom mestu gde su najpotrebnije, moći će se primeniti, pa čak će biti i neophodno da se primeni u nuklearnom ratu zbog pomanjkanja kadra i nužnosti da sanitetska služba koncentrično dejstvuje. Ovo principijelno pitanje stvaranja mobilnih sanitetskih jedinica, koje se pokazalo kao korisno u partizanskim uslovima, postaje važan elemenat za formiranje raznih vrsta pokretnih sanitetskih ekipa u nuklearnom ratu. Takve ekipe, na primer, mogu biti mobilne hirurške ekipe pa i subspecijalizovane za razne struke, zatim se mogu stvarati ekipe lekara opšte prakse, trijažerske ekipe, ekipe za reanimaciju, ekipe za anesteziju, itd.

Jasno je da se uz ovaj sistem, gde bi težište rada bilo postavljeno na sistemu ekipa uopšte (sistem je neminovan zbog pomanjkanja kadra), u najoštrijoj formi postavlja pitanje izvanrednog manevra sa ekipama, a to u suštini znači sa kadrovima. Da bi se obezbedio brz i pravilan manevar sanitetskim kadrom u formi ekipa, postavlja se takođe principijelno pitanje: kako dobiti vrlo brze i tačne podatke o svakočasnoj operativnoj situaciji? Nesumnjivo, to se može postići samo pod uslovom da rukovodilac ovih ekipa stoji na izvoru informacija, a to je operativni deo štaba. Ovo je conditio sine qua non za uspešan rad saniteta u uslovima savremenog rata, a posebno u uslovima upotrebe nuklearnog oružja.

Pozitivne kvalitete pokazao je i jedan razvijeniji oblik bolničkog sistema — jedan hirurški centar gde se operisalo, a zatim se ranjenici upućivali u bolnička odeljenja, odnosno bolnice, prema vrsti ranjavanja, s tim što je taj hirurški centar sa područnim odeljenjima (bolnicama) činio jednu funkcionalnu i medicinsku celinu. Ovaj oblik bolničkog sistema bio je nužan i zbog promenljivih operativnih situacija, i zbog menjanja slobodnih teritorija, i zbog pomanjkanja kadra.

On je imao prednosti jer je bio rastresit, pojedinu bolnicu (odnosno odeljenje) mogao je voditi lekar opšte prakse ili lice srednjih stručnih kvalifikacija, a jedan hirurg je mogao obilaziti i raditi u nizu ovakvih bolnica, unutar jedne funkcionalne celine. Značajno je i to da se u ovakvom sistemu, na čelu ovakvog bolničkog centra, stvorio tip lekara organizatora, koji je čvrsto znao da rukovodi nizom bolnica odnosno odeljenja u medicinskom, organizacionom, administrativnom, ekonomskom i političkom smislu, koji je znao da pravilno iskoristi snage i sredstva unutar jedne ovakve funkcionalne celine.

Istina, u ovakvom sistemu nije bilo većeg broja kreveta (prema prilikama — od 200 do 1.000), no u suštini broj i nije igrao bitnu ulogu, jer je bio važniji princip bolničke organizacije. U tom sistemu zna-

čajna pažnja posvećivana je iskorišćavanju zemljišta — pravljenju zemunica i korišćenju prirodnih skloništa (pećina, vrtića, uvala, gustih šuma itd.), pri čemu je lična inicijativa bila značajna.

Važno je i to da se ovaj oblik bolničkog sistema u pojedinim područjima razvio nezavisno jedan od drugog, da je bio dinamičan, a menjao se prema razvitku armije, proširenju materijalne baze, kadrovskim mogućnostima i sužavanju ili proširenju slobodne teritorije. Nije, dakle, postojao šablon. Uz sve to važno je istaći i da je konspirativnosti bolnica u partizanskom sanitetu poklanjan poseban značaj.

Nameće se misao da bi ovaj sistem mogao biti pogodan i u nuklearnom ratu. Polazeći od upotrebe nuklearnog oružja koje će izazvati ogroman broj ranjenika, valja misliti na brojnu, razgranatu i rastresitu mrežu bolnica, jer će samo takve moći da prime veće kontingente ranjenika. S obzirom na pomanjkanje kadrova i na funkcionalnu celinu, trebalo bi stvoriti takvu organizaciju gde bi nekoliko bolnica (npr. 3—8) činile jednu organizacionu celinu u administrativnom i medicinskom smislu. Ovakav sistem verovatno bi bio najprikladniji i zbog rukovođenja, i zbog nedostatka kadrova (neke bolnice biće prisiljene da rade samo sa lekarima opšte prakse, pa čak i lekarskim pomoćnicima), i što bi u jednoj takvoj višoj bolničkoj organizacionoj celini mogao i trebalo da se stvori sistem hirurških (opštih i specijalizovanih), anestetičarskih, eventualno trijažerskih ekipa, itd., koje bi radile i sprovodile medicinsku kontrolu ranjenika unutar ovakve bolničke funkcionalne celine.

Pošto će u eventualnom ratu neprijatelj veoma često dejstvovati iz vazduha i nuklearnim oružjem u dubinu teritorije, nužno bi bilo da unutar jednog ovakvog bolničkog sistema postoje slobodne pokretne hirurške ili druge vrste ekipa, koje će moći da dejstvuju brzo i »na licu mesta«. Ove ekipe, koje ne bi bile strogo vezane za određenu bolnicu, već tako organizovane i obezbeđene samostalnim sopstvenim kadrom, sanitetskim materijalom i opremom, mogle bi biti stalno pokretne.

Izvesno je da se ni u eventualnom ratu neće smeti zanemariti momenat konspirativnosti i sigurnosti i k tome adekvatno iskorišćavanje zemljišta, pa i povremen »silazak pod zemlju«. Pitanje zaštite ranjenika (kao i vojnika na bojnopolju) neobično je važno, te će i te kako biti potrebno obezbediti konspirativnost i osigurati lokaciju bolnica, njihovo maskiranje, izradu sistema rovova oko bolničkih objekata, dubokih podzemnih rovova i zemunica za smeštaj veće ili manje grupe ranjenika, itd.

Rukovođenje unutar ovakvog bolničkog sistema sigurno će biti dosta teško i zahtevaće dobre organizatore sanitetske službe, spremne i inicijativne — kadrove koji se neće pokoravati šablonima, te koji će biti sposobni da često pod ličnom odgovornošću samostalno odlučuju i dejstvuju, upravo onako kako su dejstvovali partizanski sanitetski rukovodioci. Potrebno je i posebno naglasiti da će ovi sanitetski rukovodioci sigurno morati da budu više vezani sa operativnom jedinicom, odnosno da će im biti neophodne dobre i brze informacije. Pitanje — gde počinje front a gde pozadina, danas se i ne postavlja, jer su granice izbrisane; pa kad je tako onda i sanitet »u pozadini« mora imati čvrstu vezu ne samo sa svojim sanitetskim višim rukovodstvom već i sa komandom.

Brigadna ambulanta, kao organizacioni oblik partizanskog saniteta, pokazala je u NOR-u više pozitivnih osobina. Ona je vezivala deo lakih ranjenika uz sebe, a nekad i nepokretne (ukupno i do 150 ranjenika), čime je i deo boraca vezan uz svoju jedinicu, a istovremeno je rasterećen bolnički sistem, itd. Brigadna ambulanta je bila pokretna kao i njena jedinica, u pokretu je sprovodila i lečenje, ali je služila i kao stacionarna ustanova na terenu na kome je brigada dejstvovala.

S obzirom na to kakva se dejstva očekuju u nuklearnom ratu (brzi i siloviti prodori agresora koji bi posedovao nuklearno oružje, rasecanje fronta regularne armije i stvaranje brojnih manjih ili ispresecanih frontova, vertikalni manevri i dejstva itd.), onda u takvoj situaciji brigadna ambulanta, principijelno, kao organizaciona forma može takođe biti od velike koristi. Osobito bi za jedinice u neprijateljevoj pozadini ona mogla biti dobra organizaciona forma, kao poseban oblik trupno-bolničkog saniteta. No, ne bi trebalo zaboraviti da će, možda, biti potrebno da se u datoj situaciji ovaj sistem primeni i na pukove regularne armije (delimično ili u celini, privremeno ili trajno), što bi zavisilo od vojnooperativne situacije, celine bolničkog sistema, sistema pozadine upošte, itd.

Osobine partizanskog pokreta i transporta ranjenika su tako značajne i korisne da ih je nužno posebno istaći kao jedno od najdragocenijih iskustava saniteta NOR-a.

U eventualnom ratu, u uslovima upotrebe nuklearnog oružja, treba računati s pomanjkanjem transportnih sredstava (s obzirom na broj ranjenika). Premda u sklopu armije postoji motorizovani sanitetski transport, a može se računati i na sanitetski vazdušni transport (mada ograničen), ipak treba očekivati znatnu oskudicu u transportu, koja bi se tokom rata verovatno povećala. S tim u vezi, naša partizanska iskustva sanitetskog transporta bila bi od velikog interesa i biće potrebno da se koriste u punoj meri. Stvaranje vozarskih sanitetskih eskadrona, pa čak i eskadrona za ranjenike — jahače, kolikogod na prvi pogled danas paradoksalno izgledalo, možda bi ipak moglo da znatno koristi i u nuklearnom ratu. Da li bi se ovaj vid transporta koristio u prednjim linijama ili u armijskoj ili dubljoj pozadini, pitanje je koje zavisi od toga gde će biti locirani veći kontingenti ranjenika, kakva će biti taktička, operativna ili čak strategijska upotreba nuklearnih sredstava, kao i od umešnosti manevra transportnim sredstvima u rukama načelnika saniteta. Ponovo se i u pogledu upotrebe transporta postavlja pitanje efikasne mogućnosti manevra i brzog obaveštenja o upotrebi transporta, što će zavisiti od toga koliko će načelnik sanitetske službe imati koordinacije sa svojim operativnim štabom, samostalnosti u odlučivanju i inicijative.

Već su istaknute karakteristike naše *epidemiološke situacije* u NOR-u. Pri kraju IV ofanzive zahvatila je epidemija pegavca jedinice NOV-a. Radi depedikulacije stvoren je sistem suvih komora duž linije Glavatičevo — Čelebić. Sem toga, sve su jedinice počele da koriste partizansku burad i kasnije se nisu od njih odvajale. Tada, a i docnije, zajednički plan vojno-političkog rukovodstva i sanitetske službe za borbu protiv pegavca bio je obavezan zadatak za sve jedinice i komande.



Već je izneto da naša epidemiološka situacija nije najpovoljnija, a u slučaju eventualnog rata sigurno je da bi se pogoršala. Iz iskustva upotrebe i stvaranja sistema suvih komora iz NOR-a može se već sada izvući zaključak da je potrebno u zemlji obezbediti veću mrežu dezinfekcionih stanica, koje bi bile raspoređene svugde i služile za potrebe vojske i naroda, i pored postojanja insekticida.

Jedno od najbitnijih iskustava u borbi protiv eventualnih epidemija budućeg rata, a koje treba koristiti iz iskustva NOR-a, jeste koncentrična akcija vojno-političkog rukovodstva i sanitetske službe. Naše iskustvo je pokazalo da samo takav zajednički plan može staviti sanitetsku službu u ulogu preventivca i onoga koji sprečava pojavu raznih bolesti.

Improvizacija se u uslovima NOR-a uzdigla do značajnih mogućnosti. Sprovodila se kako na području smeštaja ranjenika, na potreban bolnički inventar u transportu, tako i u opskrbljivanju bolnica i jedinica sanitetskim materijalom i ostalim sredstvima.

Eventualni rat, koji bi, s jedne strane, dao velike grupacije ranjenika, a, s druge, nanio teška oštećenja hemijskoj i ostaloj industriji koja opskrbljuje sanitetsku službu ili uništio skladišta sanitetskog materijala, zahtevaće da u punoj meri dođe do izražaja dovitljivost u primeni improvizacije.

Iz svega što je izneto o sanitetskom iskustvu iz NOR-a, a uzimajući u obzir i iskustvo i znanje koje danas stiže sanitetski kadar kroz škole i kurseve u zemlji i inostranstvu, moguće je izvući neke zaključke o tome kako u sadašnjim uslovima obezbediti da naša ratna iskustva oživotvorimo, da se ne okamene, a istovremeno i da se ne pretvore u dogmu i šablon. Ti zaključci mogli bi biti:

sistem stvaranja pokretnih ekipa raznog tipa (mobilnih, hirurških, higijenskih i dr.), koje će savremeni rat zahtevati, mogao bi se upotrebiti prema iskustvu partizanskog saniteta i u eventualnom nuklearnom ratu. Oblik pokretne ekipe raznog tipa zavisi od niza uslova koji se mogu modificirati prema potrebi;

razni organizacioni oblici bolničkog sistema mogu se u principu upotrebiti i u uslovima primene nuklearnog oružja, s obzirom na masovnost ranjavanja i na pomanjkanje stručnih kadrova i nesigurnost pozadine;

sistem pokreta i transporta ranjenika, te oblika transporta mogao bi da se primeni i u eventualnom ratu. Obim motorizovanog, a posebno vazdušnog transporta, verovatno da neće zadovoljiti, te nam partizansko ratno iskustvo pokazuje put kojim bi se moglo ići u realizaciji planova za evakuaciju i transport;

korisna iskustva iz područja epidemiološke službe takođe su vrlo instruktivna, pa se mogu i trebalo bi ih iskoristiti i u budućem ratu;

organizacioni oblik brigadne ambulante takođe može biti jedna od formi koja bi se upotrebila u određenim jedinicama i u određenoj ratnoj etapi;

improvizacija, koja je u NOR-u pokazala svoje pozitivne strane, ostaje u našim prilikama i u eventualnom ratu takođe iskustvo o kojem bi u punoj meri trebalo voditi računa;

za eventualni rat trebalo bi u daleko većem broju i sa potpunijim znanjima negovati naš ratni tip organizatora sanitetske službe, punog inicijative i odlučnosti. Eventualni rat tražiće odličnog sanitetskog organizatora, koji će posedovati široku inicijativu načelnika sanitetske službe, jer će manevar sanitetskim snagama i sredstvima biti od osobitog značaja. Sem toga, potrebno je posebno razmisliti gde je njegovo mesto. Brze reakcije i brze odluke može načelnik sanitetske službe donositi samo na izvoru informacija;

snabdevanje sanitetskim materijalom valja zasnivati na maksimalno jednostavnom administrativnom postupku, bez mnogo veza, na ubrzanoj distribuciji. Rezerve materijala trebalo bi stvarati i raspoređivati rastresito, daleko od vojnih objekata većeg značaja, često i u dobro zaštićenim zaklonima. Planiranje manevra sanitetskim materijalom u slučaju potrebe treba da dobro funkcioniše i da se zasniva na širokoj proceni potreba, spretnom rukovanju i u stalnoj mogućnosti da se upotrebi najveći deo rezerve;

vešto iskorišćavanje zemljišta radi zbrinjavanja ranjenika, kao što je bilo u partizanskim uslovima, moglo bi se primeniti i u nuklearnom ratu. Zemunice, pećine, tuneli, useci, iskopi pod zemljom i slični prirodni i veštački objekti i u nuklearnom ratu mogu se prihvatiti kao skloništa koja treba koristiti;

bogatstvo organizacionih formi koje su se iskristalizirale u partizanskom sanitetu mogu se iskoristiti i u eventualnom ratu, pri čemu bi trebalo voditi računa o broju, snazi i karakteru jedinica, zemljištu, slobodnoj teritoriji, moralu naroda i karakteru rata;

stručno osposobljavanje kadrova bilo je u NOR--u široko razvijeno. Ono se sprovodilo čak i u pokretu. Sanitetska nastava orijentisala je tada svoju pažnju skoro isključivo na usavršavanje kadrova u zbrinjavanju i nezi ranjenika, kao i higijensko-epidemiološkoj službi. Nuklearni rat zahteva znatno kompleksnije osposobljavanje kadrova, pa bi ga zato danas trebalo orijentisati u dva pravca: prvi je u spremanju i upoznavanju kadrova sa medicinskim posledicama nuklearne eksplozije, profilaksi i tretiranju ozleda, ali i u pravcu proučavanja partizanskih sanitetskih iskustava, jer će ono, pored toga što može koristiti i u eventualnom ratu, istovremeno rastaviti spone i osloboditi mnoge sanitetske kadrove od krutosti, šablona i dogmi u organizaciji sanitetske službe, a drugi je opšta stručna nastava.

Kolikogod bi agresor u eventualnom ratu dejstvovao najmodernijom razornom tehnikom i nanosio gubitke u ljudstvu i materijalu, ipak sadašnja naša kadrovska i materijalna baza, kombinovana sa organizacionim formama savremene armije i ojačana mnogim iskustvima partizanske sanitetske službe, može da obezbedi odbranu zemlje. A organizacija sanitetske službe u nuklearnom ratu, koja će obezbediti prisustvo pripadnika sanitetske službe neposredno uz borca i ranjenika — bolesnika, kao što je pokazalo iskustvo iz NOR-a, biće veoma značajna i moralna podrška svakom onom ko se bori protiv agresora.

General-potpukovnik  
dr Tomislav KRONJA