

IVAN KRALJ

Organizacija zdravstva u narodnooslobodilačkoj borbi na teritoriju Hrvatske

Začeci i sav razvoj zdravstva kao organizirane djelatnosti u NOB bili su uvjetovani prirodom ugroženosti zdravlja naroda i vojske, raspoloživim kadrovskim i materijalno-tehničkim potencijalima i, naročito, općim uvjetima djelovanja na zdravstvenom polju. Time su bili determinirani fiziološka organizacija zdravstva, kao i težišta i pravci njegova djelovanja. Međutim, opća koncepcija karaktera i ciljeva zdravstva od prvog su dana izgrađivani pod dominantnim utjecajem idejne orijentacije NOP-a u pitanjima zdravstvene zaštite.

U samim začecima ustanka zdravstvena je pomoć posmatrana prvenstveno kao pitanje humanosti i kao moralno-politički problem. Bilo je to jedno od kritičnih pitanja NOP-a, jer u užim granicama ustaničkih predjela, gdje je narod bio najteže progonjen i najviše trpio i u zdravstvenom pogledu, nikakva zdravstvena služba izvan gradova i većih mjesta, koja je kontrolirao neprijatelj, faktički nije postojala čak ni u predratno mirno doba. Relativno brzo, uslijed narastanja broja ranjenih i učestalog razboljevanja, zdravstvena se zaštita ispoljila i kao važan činilac održavanja psihofizičkih potencijala vojske i naroda ustaničkih krajeva.

Priroda ugroženosti zdravlja i karakteristike morbiditeta u NOR

Ukupni gubici ljudstva NOV Jugoslavije od neprijateljskog oružja bili su 304.948 poginulih i 399.880 ranjenih.¹ Osloncem na empirijske norme procjene ljudskih gubitaka, kao i podatke stranih armija i fragmentarne podatke iz naših ratnih dokumenata možemo zaključiti, bez pretenzije na egzaktnost, da je, uz navedenu cifru ranjenih, broj oboljelih u NOV bio bar oko 400.000. U prilog takvoj procjeni govore, među ostalim, i podaci o velikom broju oboljelih samo u toku pojedinih epidemija zaraznih bolesti.²

Do danas još nigdje nisu posebno iskazani ukupni gubici ljudstva u jedinicama NOV na teritoriju Hrvatske, pa tako ni sanitetski gubici (ranjeni i oboljeli), o čijoj je visini, uz zadatke na preventivno medicinskom polju, ovisila širina obveza sanitetske službe. Izvršena je ipak jedna procjena sanitetskih gubitaka u Hrvatskoj, ali samo za jednu oblast. Dr Žarković je, naime, pozivom na sačuvanu dokumentaciju sa znatnim stupnjem uvjerljivosti zaključio da je u slavonskim jedinicama (3. operativne zone

¹ Vojna enciklopedija, Beograd, 1970-1976 (u daljnjem tekstu: VE), knj. 3, str. 352.

² Prema navodu VE, knj. 3, str. 350 broj oboljelih u ratujućim armijama u toku II svjetskog rata bio je »svakako veći od broja ranjenika«.

Hrvatske, odnosno od 1943. godine 6. korpus NOV*) za sve godine rata bilo 26.400 do 30.220 ranjenika, a približno isto toliko oboljelih.³ Koristeći se tim podatkom mogli bismo pokušati posredno doći makar do najgrublje orijentacije o sanitetskim gubicima na području cijele Hrvatske. Istraživanja s ciljem dobivanja egzaktnih podataka bila bi interesantna za daljnje procjene i proučavanje adekvatnosti veličine i organizacije sanitetske službe i njene djelotvornosti na polju preventive i liječenja. Za sada bismo mogli polaziti od pretpostavke da su navedeni gubici slavonskih jedinica bili najviše do 1/3 svih sanitetskih gubitaka NOV na teritoriju Hrvatske i odatle izvesti opći utisak o dimenzijama zadataka sanitetske službe.

Kretanje broja ranjenika i bolesnika ispoljavalo se iz godine u godinu u jakoj uzlaznoj liniji, a taj stalni uspon i isto tako i frekvencija ranjavanja i oboljevanja bili su veoma neravnomjerni. Oscilacije su bile znatne, pa je sanitetska služba nemajući dovoljno sposobnosti ni općih mogućnosti manevriranja, koje bi bile primjerene zahtjevima takvih oscilacija, često imala znatnih teškoća, osobito pri nagloj pojavi većeg broja ranjenika. Takvi problemi nisu bili jače izraženi u 1941. godini, pa ni u prvoj polovici 1942, kada partizanske snage nisu u svojim borbama imale mnogo ranjenika. Ali već od jeseni 1942. godine sve su češće bile borbe sa stotinama ranjenih i poginulih. Navodimo samo nekoliko primjera takvih gubitaka.

Snage Prvog (kasnije preimenovan u Četvrti) hrvatskog korpusa imale su u napadima na Dvor na Uni 26—29. XI 1942. godine 210 izbačenih iz stroja, od toga 85 poginulih i 125 ranjenih.⁴ U napadu na neprijateljsko uporište u Krašiću 1. I 1943. godine 13. proleterska žumberačka brigada imala je 40 poginulih i 61 ranjenog.⁵ Slavonske jedinice imale su od 1. I—20. III 1943. godine 262 poginula, 469 ranjenih i 39 nestalih.⁶ U borbama kod Cetingrada i Velike Kladuše 16—29. VI 1943. god. imala je 8. kordunaška divizija oko 200 ranjenika, a u borbama kod Oštarija 27. IX—10. X 1943. oko 260 ranjenika.⁷

Jedinice 6. slavonskog i 10. zagrebačkog korpusa u borbi oko Koprivnice 13—14. X 1944. imale su 800 ranjenika. Pri napadu snaga 6. korpusa na Našice i okolna uporišta 17—24. XI 1944. godine bilo je 812 ranjenika. Dijelovi 6, 8. i 12. korpusa u borbama za Virovitički mostobran od prosinca 1944. do 8. veljače 1945. imali su oko 4000 ranjenika.⁸ U Kninskoj operaciji 26. XI do 4. XII 1944. jedinice 8. korpusa imale su 2275

* Teritorij Hrvatske je potkraj ožujka 1942, na osnovi naredbe Vrh. štaba, podijeljen na pet operativnih zona (VE, knj. 6, str. 409). Kad su poslije formirani štabovi korpusa, zonski su štabovi rasformirani.

³ *Dr. Grujica Žarković: Historija sanitetske službe NOV i POJ u Slavoniji*, Hist. institut Slavonije, Slav. Brod 1968 (u daljnjem tekstu: G. Žarković, n. dj.), str. 288.

⁴ Zbornik NOR-a, t. 5, knj. 10, dok. 4.

⁵ VE, knj. 10, str. 766.

⁶ G. Žarković, n. dj., str. 116.

⁷ Hronike o radu Sanit. sl. u NOR 1941—1945. u Hrvatskoj, VMA, Beograd, 1966. i 1967 (u daljnjem tekstu: Hronike), II sv., str. 534 (saopćenje dra Juraja Perina).

⁸ G. Žarković, n. dj., str. 219—220.

ranjenih, 629 poginulih i 126 nestalih.⁹ Snage 4. korpusa, sudjelujući u borbama za konačno oslobođenje Bihaća 22—28. III 1945. imale su oko 1000 ranjenih.¹⁰

Ti nasumce uzeti primjeri mogu se promatrati i kao jedna od indikacija prirode zadataka sanitetske službe. Poslije prvih mjeseci NOR-a borbe se nisu više svodile na akcije tipa gerilskih prepada i kratkotrajnih čarki s neznatnim brojem žrtava. Došlo je vrijeme upornih i žestokih bojeva, praćenih često velikim brojem ranjenika koji su, iz medicinskih razloga i nužnosti spasavanja, morali biti u najkraćem vremenu uklonjeni s bojišta i zatim zbrinjavani pod raznolikim okolnostima, često i u uvjetima ugrožene ili veoma nesigurne teritorijalne osnovice.

Među oboljenjima koja su najviše pogađala vojsku i još više narod na prvom na mjestu bile zarazne bolesti. One su povremeno poprimale dimenzije većih epidemija s težim posljedicama za narod i borbene potencijale vojnih jedinica. Korijeni i uvjeti njihova javljanja nalazili su se prije svega u nasljeđu iz predratnog vremena, koje se očitovalo u brojnim žarištima zaraza po svem terenu Hrvatske, kao i u ostalim krajevima Jugoslavije, u niskoj razini zdravstvene kulture, zdravstvenoj zaostalosti i zapuštenosti našega sela. Najnepovoljnije prilike vladale su upravo u onim predjelima koji su bili prva žarišta ustanka. Istaknuto mjesto među endemičnim zarazama u Hrvatskoj imale su crijevne i parazitarne bolesti, malarija, velika učestalost plućne tuberkuloze, i trahom u nekim krajevima.¹¹ Legla endemičnog pjegavca nalazila su se u Bosni, odakle se povremeno još u mirno doba širio i u ostale krajeve. Uoči rata je »seosko stanovništvo bilo obuhvaćeno pravom epidemijom svraba«.¹²

Rat i okupacija zemlje donijeli su drastično pogoršanje zdravstvenih prilika. U mnogim je područjima narod bio izložen progonima i pokoljima okupatora, ustaške vlasti i drugih kvislinga. Paljena su i razarana brojna naselja. Narod se skrivao po šumskim zabitima u spontano stvorenim zbjegovima. I prve partizanske grupe i odredi organizirali su najčešće svoj boravak izvan naselja, obično u posebnim logorima. U tim zbjegovima i logorima nije bilo mogućnosti, a ni iskustva i potrebnih znanja da se održi najnužniji higijenski standard. Ljudstvo je bilo izloženo vremenskim nepogodama, studeni i gladovanju. I partizanski odredi i narod našli su se tada pod udarom istih nedaća.* Stalnim pustošenjem naselja i u daljnjem toku rata pitanje smještaja vojske i naroda poprimalo je sve kritičnije oblike, naročito u hladnim vremenima, te je silom prilika zajednički smještaj u istim preostalim objektima bila česta pojava. A brojni pokreti vojnih jedinica i grupa stanovništva, s neizbježnim mije-

⁹ VE, knj. 4, str. 383.

¹⁰ Hronike, II sv., str. 533 (dr Perin).

¹¹ Dr Z. Sremac i dr N. Nikolić: Hrvatsko selo i medicina, Zagreb 1941 (u daljnjem tekstu: Z. Sremac, N. Nikolić, n. dj.)

¹² Dr N. Černozubov: Vojno-sanit. pregl., br. 1—3, 1947, str. 13 (u daljnjem tekstu: N. Černozubov, n. dj.)

* Među brojnim drugim zapisima potresnu sliku zdravstvenih patnji naroda u zbjegovima daju također dr S. Zlatić (»Sjećanja na izgradnju prve partizanske bolnice Hrvatske«, *Lij. vjes.*, 96 : 6, 1974) i dr A. Šivic (»1941. i 1942. u svjedočanstvima učesnika NOB«, *VIZ*, Beograd 1975, knj. 23, str. 51—61).

šanjem ljudstva, još više je pridonijelo uzajamnom zaražavanju i unošenju pojedinih zaraza u krajeve i kolektive gdje ih do tada nije bilo.

Takve okolnosti, uz masovnu ušljivost i nedostatak sredstava i uvjeta za održavanje lične i skupne higijene, dovodile su prvenstveno do izbivanja epidemija pjegavca. Među činocima širenja te zaraze bile su i neprijateljske već zaražene jedinice koje su unosile zarazu ili su svojim češćim upadima u pojedine oslobođene predjele otežavale kontinuirano djelovanje zdravstva u tim krajevima.

U oslobođenim krajevima i u jedinicama NOV na teritoriju Hrvatske pjegavac se razbuktao u epidemiju velikih razmjera u prvoj polovici 1943. godine, kada su u toku Četvrte neprijateljske ofenzive bile u pokretu brojne grupe izbjeglog naroda po već zaraženom terenu, na kojem su i jake vojne snage vodile ogorčene borbe i bile izložene zarazi. U tom vremenu oboljelo je među narodom Like, Korduna i Banije 30.913 ljudi, a u jedinicama NOV u Lici, Kordunu, Gorskom kotaru i Baniji bilo je 3650 oboljelih. Najviše je bila na tom terenu zahvaćena 8. kordunaška divizija. U 7. banijskoj diviziji, koja se tada nalazila u Bosni u sastavu Operativne grupe Vrhovnog štaba, razboljelo se oko 85% ljudstva. Teško je bila pogođena i 9. dalmatinska divizija pri kretanju na začelju iste operativne grupe i njenih ranjeničkih i bolesničkih ešalona.¹³ Oko 700 boraca i starješina 4. (kasnije 12) slavonske divizije razboljelo se u ožujku i travnju od pjegavca.¹⁴

Sve do kraja rata pjegavac je bio najrasprostranjenija zaraza u narodu i vojsci. Bio je prisutan kao stalna prijetnja, s povremenim izrazitijim usponima, kao npr. zimi 1943/44. i 1944/45. godine, ali nijednom se više nije razbuktao u epidemiju nalik onoj u 1943. godini niti je dovodio do osjetnijeg opadanja borbene sposobnosti vojske. Pri visokom stupnju opće pedikuloze i često neizvodljivosti ispravne izolacije zaraženih, uz stalna komešanja zbjegova, pokrete vojske, zajedničko stanovanje itd. nije se mogla ni očekivati potpuna likvidacija pjegavca sve do kraja rata.

Trbušni tifus nije, usuprot očekivanjima s obzirom na njegovu endemičnost i loše higijenske prilike, uzimao u vojsci većeg maha. Bolest je tinjala, uz više oboljelih među stanovništvom nego u vojnim jedinicama, ali većih epidemija nije bilo. Ta je činjenica tumačena naročito malom aglomeracijom trupa i njihovom stalnom pokretljivošću te intenzivnim sanitarnim mjerama i vakcinacijom protiv crijevnih zaraza.¹⁵ Bilo je zabuna i netočnosti o broju oboljelih zbog teškoća dijagnostike bez oslonca na laboratorijska pomagala, te nisu bile rijetke zamjene trbušnog tifusa i pjegavca.¹⁶ U ljetu 1943. godine bio je veći broj oboljelih od dizenterije u Dalmaciji,¹⁷ a zabilježena je epidemija sa 343 oboljela u jedinicama na Visu u tijeku lipnja i srpnja 1944. godine.¹⁸

¹³ N. Černozubov, n. dj.

¹⁴ G. Žarković, n. dj., str. 119

¹⁵ N. Černozubov, n. dj.

¹⁶ Dr J. Perin, *Lij. vjes.*, 101 : 663, 1979 (u daljnjem tekstu J. Perin, *Lij. vjes.*).

¹⁷ Hronike, III sv., str. 177 (dr B. Petković).

¹⁸ N. Černozubov, n. dj.

U 1944. i 1945. godini učestalo je javljanje veneričnih oboljenja, naročito u 6. a zatim i u 10. i 4. korpusu, kao popratna pojava oslobađanja novih krajeva s većim mjestima i mobilizacije ljudstva iz tih krajeva.¹⁹

Neprestano pogoršavanje uvjeta života, velika oskudica živežnih namirnica, odjeće i obuće, fizička iscrpljenost ljudstva i veoma oslabljena otpornost uvjetovali su veću frekvenciju i ostalih oboljenja svojstvenih takvim okolnostima (hipovitaminoze, ulcerozni stomatitis, edemi uslijed gladi, razni crijevni poremećaji i dr).²⁰ Uočena je i znatna učestalost tuberkuloze, npr. u 9. i 19. dalmatinskoj diviziji,²¹ kao i među stanovništvom Like.²²

Brojna su bila oštećenja hladnoćom, počev od ozeblina na rukama, stopalima i usnama do smrztotina raznih stepena i ne malog broja smrtnih slučajeva. Među teže slučajeve možemo ubrojiti: 24 smrznuća u bolnici 9. dalmatinske divizije pri pokretu u ožujku 1943. godine,²³ 50 smrznuća i oko 180 smrztotina raznih stepena u 19. diviziji u toku siječnja i veljače 1944. godine,²⁴ zatim 26 smrznuća i veći broj smrztotina u 2. brigadi 13. primorsko-goranske divizije pri maršu preko Bjelolasice u veljači 1944. godine,²⁵ te 46 smrznuća i oko 200 smrztotina u 10. dalmatinskoj brigadi na maršu noću 28/29. siječnja 1945. godine.²⁶

Javljala su se u većem broju i ostala oboljenja, pretežno lake prirode, kao što su svrab, gnojna kožna oboljenja, razna prehladna oboljenja i dr., a bile su česte i reumatične tegobe, mijalgije, neuritisi itd. Iako je najveći dio među njima bio brzo saniran, ipak su ta oboljenja zbog svoje učestalosti osjetno angažirala sanitetsku službu.

Zdravstvenim nedaćama bio je pogođen i sav narod oslobođenih krajeva, samo još znatno teže nego vojne jedinice. Rijječ je o osjetljivijem dijelu populacije (djeca, starci), težim uvjetima života i manjim mogućnostima zdravstvene zaštite i pored toga što je i vojni sanitet uvelike sudjelovao u osiguranju zdravstvene pomoći narodu.

Početni oblici zdravstvene zaštite

Znatan utjecaj na događaje o kojima je ovdje riječ imala je opća zaostalost zdravstva u predratnoj Jugoslaviji. Pri tome je sasvim bila zapostavljena preventiva kao komponenta zdravstvene politike i prakse. Motivi komercijalnosti trajno su orijentirali prostorni razvoj zdravstvene službe:

¹⁹ Zbornik dokumenata i podataka sanit. službe u NOR-u jugoslovenskih naroda, DSNO, Sanit. uprava, Beograd 1952-1959 (u daljnjem tekstu: Zb. Sn. sl.), knj. 5, dok. 72, str. 288 i 291.

²⁰ Dr F. Bulić, *Vojnosanit. pregl.*, 1946, br. 9, str. 351, i dr A. Habn, isto, str. 347.

²¹ Zb. Sn. sl., knj. 4, dok. 192, str. 296-297.

²² Prema usmenom izvještaju dra Branka Kesića u jesen 1944 (sjećanje autora).

²³ Dr V. Beljakov, *Vojnosanit. pregl.*, 23 : 12, 817-822, 1966.

²⁴ Hronike, III sv., str. 297-299.

²⁵ J. Perin, *Lij. vjes.*

²⁶ L. Knežević, I. Curin: Deseta dalm. udarna brigada, Split 1977, str. 248-249.

u pravcu koncentracije njenih glavnih potencijala u malom broju gradova i trgovišta. Uoči rata u Hrvatskoj se od svega oko 2000 liječnika njih 1700 nalazilo u gradovima i većim mjestima s ukupno 500.000 stanovnika, a u svim selima s oko 4.000.000 stanovnika radilo je u svemu nešto više od 300 liječnika.²⁷ Najlošije stanje bilo je baš u onim nešto zabačenijim krajevima koji su se prvi ispoljili kao žarišta ustanka pa se u prvim danima pri svakom slučaju ozbiljnijeg ranjavanja ili oboljenja nailazilo na gotovo nepremostive teškoće zbrinjavanja žrtve.

Uspostavljanje ma kojeg oblika i stupnja zdravstvene pomoći progonjenom narodu i prvim partizanskim grupama bilo je nužno, uz ostalo, i kao jedan od dokaza organiziranosti ustanka i sposobnosti rukovodstva NOP-a da uspješno vodi ustanak i oslobodilačku borbu. A to je bilo neostvarivo osloncem na raniju zdravstvenu organizaciju jer ta, kako je već rečeno, već i otprije uglavnom nije ni postojala izvan gradova i većih mjesta pod kontrolom neprijatelja, gdje za partizane i narod ustaničkih krajeva praktički nije bila pristupačna. Zato su se morali iz osnova izgrađivati vlastiti sistemi zdravstvene pomoći i vlastita — partizanska — zdravstvena služba. Važnost toga zadatka bila je očevidna i bez obzira što u prvo vrijeme nije bilo još mnogo ranjenika, a niti je razboljevanje poprimalo masovnije razmjere. Nužnost osiguranja zdravstvene pomoći nije se očitovala kao neko iznenađenje. Još ranije među pripremama ustanka našla je svoje mjesto, npr., i direktiva o uključivanju omladine u tečajeve prve pomoći.

Teškoće organiziranja zdravstvene pomoći bile su višestruke. Veoma se malo zdravstvenih radnika našlo u redovima partizana u Hrvatskoj — poneki bolničar bivše jugoslavenske vojske, eventualno medicinska sestra, primalja ili student medicine i u svemu dva liječnika u 1941. godini. Oskudijevalo se u lijekovima i naročito sredstvima za pomoć ranjenicima. Najosjetljivije je ipak bilo pitanje mjesta zbrinjavanja, jer je svuda prijetila opasnost da ranjenik pri pretresu terena padne u ruke neprijatelja. Zato su udobnost i racionalnost uvjeta njege, a u krajnjoj liniji i uspjesi liječenja morali ustupati pred zahtjevima sigurnosti.

Osim stava o nužnosti osiguranja zdravstvene pomoći nikakva druga ideja ni bilo kakva opća uputa o postupku s ranjenicima i bolesnicima i organizaciji njihova zbrinjavanja tada još nisu postojali. Trebalo je da se tek pod jakim pritiskom okolnosti neodložno nalaze rješenja, a bez mogućnosti oslonca na bilo koji uzor i bilo čije iskustvo. Prostorne distance među ustaničkim predjelima onemogućavale su održavanje neposrednih veza i kontakata, kao preduvjeta uzajamne suradnje i razmjene iskustva, a znatne različitosti uvjeta u pojedinim krajevima zahtijevale su rješenja i postupke primjerene posebnostima uvjeta. Odatle neizbježnost i nužnost samoinicijativa i u užim teritorijalnim okvirima, čija su posljedica bile raznolikosti u oblicima djelovanja.

U početku se zdravstveno zbrinjavanje najčešće svodilo na kompletnu disperziju ranjenika i bolesnika, smještavanih i držanih pojedinačno ili u vrlo malim grupama (obično 2—3) u nizu točaka na širem prostoru.

²⁷ Z. Sremac, N. Nikolić, n. dj., str. 31

Takav je postupak bio neizbježan pri punoj nesigurnosti teritorija kada su neprijateljske jedinice mogle, malo ometane, češće krstariti po svem terenu. Mali partizanski odredi u stalnoj pripravnosti za pokret nalazili su izlaz za svoje ranjenike u sklanjanju po pojedinim zabačenijim naseljima i skrivanju kod pouzdanih pristaša NOP.

»U samom početku oružane borbe ranjenici su smješćavani po kućama, obično u zaseocima, po šumama ili daleko od puteva«, zapravo razasuti, kako navodi dr Zlatić, »po čitavom Kordunu.«²⁸ U Lici, prema kasnijem osvrtu štaba grupe odreda na stanje u početku ustanka »ranjenici leže rastrkani po selima.«²⁹ A u Slavoniji »ranjenom partizanu bi pružili prvu pomoć njegovi drugovi, a tada bi ga ostavili kod nekog povjerljivog seljaka da se liječi«, a još i u prvoj polovici 1942. godine, kada je ranjenika bilo malo, »krili su se uglavnom po selima, gdje su ih njegovale seoske žene.«³⁰ Na Kalniku su ranjene partizane skrivali u šumi blizu sela u malim zemunicama ili kod pouzdanih ljudi.³¹ Slično se postupalo u Dalmaciji i u ostalim krajevima Hrvatske.

Gotovo redovno partizanski odredi u svojim logorima držali su uza se i ranjenike; npr. u logoru banijskih partizana kod Čavić brda u listopadu 1941. bila je uređena posebna baraka za smještaj nekoliko ranjenika s bolničarkom.³² U logoru uz Štab srednjodalmatinskih odreda u lipnju 1942. držani su i ranjenici.³³ Ranjenici i bolesnici 2. odreda 5. operativne zone (Gorski kotar) liječili su se još i u ljetu 1942. u logorima svojih bataljona.³⁴

Kako je kvalificiranih zdravstvenih kadrova bilo veoma malo, staranje o ranjenicima i bolesnicima i njihova njega morali su biti povjeravani osobama skromnije ili i bez ikakve stručne spreme, uz povremenu pomoć stručne osobe. Svaki od malobrojnih liječnika — partizana — morao je svojim djelovanjem pokrivati široko područje, kretati se, uglavnom pješke, po teškom i nesigurnom terenu, da bi uz veće fizičke napore stizao do ranjenika i bolesnika rastrkanih po širokom prostoru. Došavši ranjeniku ili bolesniku, liječnik bi pružio pomoć, dao upute za daljnju njegu i obično morao brzo ići dalje.³⁵ Liječnička je pomoć zato mogla biti pružena samo u ozbiljnijim slučajevima, periodično i najčešće sa zakašnjenjem, što je zajedno s ostalim teškoćama zbrinjavanja moralo nepovoljno utjecati na tok i uspjeh liječenja.

Radi osiguranja medicinske pomoći pribjegavalo se češće dovođenju liječnika iz okolnih još neoslobođenih mjesta. Dolazili su tajno, obično noću

²⁸ Referat dra S. Zlatića i J. Kranjčevića na simpoziju »Partizanska sanitetska služba na Petrovoj gori«, 4. X. 1965 (u daljnjem tekstu: S. Zlatić i sur., Simpozij Petr. gora).

²⁹ Zb. Sn. sl., knj. 6, dok. 7, str. 18.

³⁰ G. Žarković, n. dj., str. 16 i 18.

³¹ Prema: M. Brunović, Kalnik u borbi, Zagreb 1953.

³² S. Zlatić i sur., Simpozij Petr. gora.

³³ Zb. Sn. sl., knj. 41, dok. 6, str. 15.

³⁴ Dr A. Šivic, »1941. i 1942. u svedočanstvima učesnika NOB«, VIZ, Beograd 1975, knj. 23, str. 57.

³⁵ S. Zlatić, *Lij. vjes.*, 96 : 69, 1974 (u daljnjem tekstu: S. Zlatić, *Lij. vjes.*), i G. Žarković, n. dj., str. 23–24.

i odmah su se, pošto su pružili pomoć, vraćali.^{36, 37, 38} O raširenosti te prakse govori i posebna uputa o postupku u takvim slučajevima koju je Glavni štab u jesen 1941. uputio Primorsko-goranskom partizanskom odredu.³⁹ Ponekad su ranjeni i bolesni partizani smješćavani pod tuđim imenima i liječeni u gradskim bolnicama.^{40, 41}

Svi ti oblici osiguravanja zdravstvene pomoći bili su jedinstvene mogućnosti u tadanjim okolnostima neprestane ugroženosti svakog dijela teritorija i u oskudici kadrova i sredstava. Ti najniži oblici organizacije zdravstvenog zbrinjavanja u našem partizanskom ratu mogli su, a zapravo tada i morali, biti prihvatljivi dok još nije bilo mnogo ranjenika. Međutim pri osjetnijem porastu njihova broja postala je sasvim očevidnom nemogućnost zbrinjavanja i fizičke zaštite ranjenika i bolesnika istodobno na brojnim točkama teritorija. Trebalo je prevladati i neke organizacijske slabosti koje su umanjivale efikasnost medicinske pomoći. U nekim odredima nije ispravno shvaćeno značenje što ranije prve pomoći pa, na primjer, u Lici sve do potkraj 1941. nije bilo bolničara u četi i zato ni prve pomoći na položaju,⁴² a u Slavoniji još i u prvoj polovici 1942. liječnik je o borbama jedinica obavještavan naknadno te se događalo da borci primaju njegovu pomoć tek dan-dva poslije ranjavanja.⁴³ Prema tome uzrok zakašnjenja medicinske pomoći nije svaki put bio nedostatak stručnih kadrova, nego i neizgrađena i neprimjerena organizacija zdravstvene pomoći.

Prevladavanje nedostataka početnih formi zdravstvenog zbrinjavanja i izgrađivanja sistema koji će pridonijeti racionalnijem djelovanju i većoj djelotvornosti ulaganih napora nisu se jednovremeno i jednakomjerno odvijali u svim krajevima Hrvatske. Najprije je taj proces započeo i bio najbrži na područjima Korduna, Like i Banije, što je bilo uvjetovano uspješnim razvojem ustanka odmah od početka, postepenim jačanjem partizanskih snaga i stvaranjem začetaka teritorijalne baze, kao i ranijim uključivanjem kvalificiranih zdravstvenih radnika u partizanske redove. Nemalo značajna bila je i stalna prisutnost Glavnog štaba i kasnije Centralnog komiteta Hrvatske na tom terenu, a zatim i naročito povoljna politička atmosfera u narodu kao bitnom osloncu djelovanja zdravstva. Na Petrovoj gori u selu Džodani održana je 19. i 20. rujna 1941. godine konferencija delegata NOP Korduna i Banije, na kojoj su pretresana,

³⁶ D. Gizdić više puta navodi takve slučajeve u Dalmaciji, kao npr. u »Zbornik 4, Instituta za hist. radničkog pokreta Dalmacije, Split 1981, str. 226 i 239. Zatim u knjizi »Dalmacija 1942«, Zagreb 1957. (u daljnjem tekstu: Gizdić, Dalmacija 1942), str. 32–33.

³⁷ V. Beljakov, n. dj.

³⁸ I. Kralj, Zbornik 4, Instituta za historiju radničkog pokreta Dalmacije, Split 1978, str. 724–738 (u daljnjem tekstu I. Kralj, Zbornik 4 Dalmacije).

³⁹ Zb. NOR-a t. 5, knj. 30, dok. 22, str. 63.

⁴⁰ D. Gizdić, Dalmacija 1942, str. 69.

⁴¹ Institut za vojnomedic. naučne informacije i dokumentaciju, Beograd (u daljnjem tekstu: IVMNID), inv. br. H 68. Navodi se da su poslije napada na Tuhobić u G. kotaru 12. XI 1941. ranjeni partizani upućeni na liječenje u privatne stanove liječnika na Sušaku i konspirativno u civilnu bolnicu.

⁴² Hronike, str. 329 (dr S. Četković-Očko).

uz niz ostalih, također i pitanja sanitetske službe. Sudionik konferencije bio je liječnik dr Savo Zlatić, koji je mjesec dana ranije stigao na taj teren iz Zagreba. Među zaključcima konferencije navedeno je također da »što prije treba sprovesti organizaciju sanitetske službe, tako da se u svakom odredu nalazi jedan sanitar«. ⁴⁴ Dr Zlatić imenovan je »šefom sanitetske službe Korduna i Banije«. ⁴⁵ Istodobno je donesena i odluka da se izgradi bolnica u Petrovoj gori, u koju će se smještavati ranjenici i bolesni partizani da bi se olakšalo i racionaliziralo njihovo zbrinjavanje. Te odluke predstavljaju prvi regulativ sanitetske službe na jednom ustaničkom području Hrvatske, koji je donijelo politički i vojn nadležno tijelo za to područje. Tim su prvi put na teritoriju Hrvatske određeni zamci osnovnih elemenata u strukturi sanitetske službe: teritorijalna komponenta u obliku stalne bolnice, trupna komponenta (»u svakom odredu . . . sanitar«⁴⁶), a također i organ stručnog rukovođenja (liječnik-»šef saniteta«) kao faktor povezivanja i usklađivanja dotad rasparskih snaga i jamac da organizacijski razvoj i djelovanje budu u skladu s medicinskim postulatima.

Potkraj 1941. godine, kada je formiran Štab grupe ličkih partizanskih odreda, imenovan je i »šef saniteta grupe odreda«. ⁴⁶ Na tu je dužnost postavljena dr Slava Očko. ⁴⁷ Na savjetovanju Glavnog štaba 30. i 31. I 1942. podnesen je i izvještaj o sanitetu i tom je prilikom određeno da se izrade upute o sanitetskoj službi. ⁴⁸ Poslije toga uslijedile su i posebne odredbe štabova pojedinih odreda o organizaciji sanitetske službe. Sada su to veće jedinice sa po nekoliko bataljona u svom sastavu. Štab grupe kordunaških partizanskih odreda naredbom od 12. II 1942. odredio je strukturu sanitetske službe u bataljonima, u kojoj su predviđeni nosioci ranjenika u desetinama, četni i bataljonski bolničari s nosiocima i razvijanje bataljonskog »prihvatišta ranjenika« u borbi. ⁴⁹

Na dužnost referenata saniteta odreda postavljeni su studenti medicine, medicinske sestre i iskusniji bolničari. Vrlo brzo moralo se otpočeti s tečajevima za bolničare radi popune jedinica i za potrebe bolnica.

Osim bolnice u Petrovoj gori, koja je otpočela s radom na početku listopada 1941, ubrzo i ostali odredi osnivaju svoje male bolnice. U Lici je još za prvih dana ustanka lapački bataljon izgradio za ranjenike baraku u šumi blizu sela Kruge, a u prosincu 1941. počinje formiranje bolnice u selu Krbavici. Poslije toga osnovano je više manjih bolnica, smještenih uglavnom po naseljima. Bolnica u Krbavici dobiva ulogu »centralne bolnice«, a u travnju 1942. premješta se na Plješevicu i tu se za nju izgrađuju veći objekti. ⁵⁰ U Baniji, poslije napuštanja logora u Šamarici, uređena

⁴⁴ Zb. NOR-a, t. 5, knj. 1, dok. 36, str. 117.

⁴⁵ S. Zlatić, *Lij. vjes.*

* Riječ je o prvim odredima manjega brojnog sastava za koje je mogao biti dovoljan jedan bolničar.

⁴⁶ Zb. NOR-a, t. 5, knj. 2, dok. 76, str. 206.

⁴⁷ Hronike, II sv., str. 323 (dr S. Četković-Očko).

⁴⁸ Zb. NOR-a, t. 5, knj. 3, dok. 57, str. 183.

⁴⁹ Isto, dok. 45, str. 146.

⁵⁰ Hronike, II sv., str. 325–329 (S. Četković-Očko).

je u studenom bolnica u selu Trnovac, u prosincu seli u novoizgrađeni objekt u Šamarici, a u veljači 1942. ranjenici se smještaju u selu Ljeskovac i selu Bruban.⁵¹ Za potrebe Primorsko-goranskog partizanskog odreda osnovana je bolnica u siječnju 1942. u selu Šekići (rajon Drežnica), a u travnju je premještena u šumske objekte iznad sela Vukelići.⁵² Sve te bolnice iz 1941. i prve polovice 1942. godine imale su relativno male stacionare, s najviše 30–50 ležaja.

Ne samo odredi, već i pojedini bataljoni prilično rano uspostavljali su svoje male stacionare za lakše ranjenike i bolesnike, tzv. bataljonske ambulante, negdje nazivane i »bataljonskim bolnicama«. To je već bilo vrijeme kada neprijatelj nije više mogao slobodno krstariti po svem terenu, a morao je pod pritiskom partizana napuštati neke manje garnizone te je stvorena mogućnost da se pojedini predjeli sve izrazitije stabiliziraju kao teritorijalna osnovica oslobodilačkih snaga.

U svibnju 1942. godine štab grupe ličkih partizanskih odreda izdaje »Instrukcije za organizaciju sanitetske službe u odredima narodnooslobodilačke partizanske vojske u Lici«.⁵³ Instrukcijama se utvrđuje podrobnije nego bilo kojim ranijim dokumentom struktura sanitetske službe, u kojoj su predviđeni »šef saniteta odreda« i »odredska bolnica«, u svakom bataljonu bataljonski bolničar i bataljonska ambulanta a u borbi bataljonsko previjalište; u svakoj četi — četni bolničar (u borbi razvija »četni sanitetski punkt«) i po dva nosioca ranjenika iz svakog voda. Određeni su zadaci sanitetskih organa u borbi i zatišju kao i obaveza izobrazbe kadrova, a komandanti odreda zadužuju se da postupe po tim instrukcijama. Dokument je imao veliko značenje za povezivanje sanitetske službe na terenu Like, za ujednačavanje njene organizacije u odredima i za ravnomjerniji raspored stručnih kadrova. Slično se razvijala tada sanitetska organizacija i u ostalim odredima tih krajeva.

Većina odredskih bolnica i bataljonskih ambulanti povremeno se premještala bilo iz razloga sigurnosti ili zbog prenošenja težišta borbi u drugi predio. Njihova veličina ovisila je o potrebama i ostalim okolnostima i neke odredske bolnice razvile su znatne kapacitete, pa ako im je lokacija s gledišta sigurnosti i potreba jedinica bila trajnije pogodna izrasle su u ustanove veće stabilnosti i većih mogućnosti u pogledu medicinske pomoći i smještajnih kapaciteta. Takve su bile, na primjer, bolnice u Bijelim potocima na Plješevici i u Dobroselu u Lici, u Petrovoj gori i Zbjegu na Kordunu, u Šamarici na Baniji, kao i bolnica u Drežničkom kraju.

U drugim krajevima Hrvatske razvoj sanitetske službe tekao je nešto sporije još i u proljeće 1942. godine. Formiranjem jedinica (četa, bataljona, odreda) u njihovoj strukturi nalaze mjesto i tada još malobrojni sanitetski kadrovi, a na početku ljeta 1942. osnivaju se manji stacionari

⁵¹ IVMNID, inv. br. H 64.

⁵² Isto. Dr E. Vajs navodi da se to događalo u ožujku i svibnju 1942 (Hronike, II sv., str. 424).

⁵³ Zb. Sn. sl., knj. 6, dok. 3, str. 11. U bilješci dokumenta navodi se da su instrukcije izdate vjerojatno oko sredine 1942, ali iz dok. 7, str. 19 u istom zborniku vidljivo je da je to urađeno u svibnju.

uz bataljone i odrede u Dalmaciji, Slavoniji, Žumberku i tek kasnije potkraj godine na Kalniku i Moslavačkoj gori.

U Slavoniji dr Žarković potkraj srpnja izrađuje i zajedno s komandantom i političkim komesarom 3. operativne zone potpisuje »Uputstvo o organizaciji sanitetske službe u III operativnoj zoni narodnooslobodilačkih partizanskih odreda Hrvatske«. Podrobno je propisana sanitetska služba bataljona i organizacija »bataljonske bolnice«, a otvorena i mogućnost osnivanja jedne ili više odredskih bolnica i bolničarske čete odreda.⁵⁴

Štab 4. operativne zone (Dalmacija) sa svojim referentom saniteta (dr Izidor Matić Perera) propisuje u lipnju 1942. provođenje higijenskih mjera u jedinicama, a u listopadu strukturu sanitetske službe u brigadi i u odredu.⁵⁵

Zbog neprestanog povećavanja broja ranjenika, među njima i onih s težim i složenijim povredama, sve više se osjećao nedostatak kirurške pomoći, pošto sve do jeseni 1942. godine na slobodnom teritoriju Hrvatske nije bilo ni jednog kvalificiranog kirurga. Oskudijevalo se stalno i u ostalim stručnim kadrovima, a ranjenici i bolesnici često su se nalazili u lošim uvjetima smještaja, u primitivnim skrovištima, lišeni nužnih sredstava i uvjeta komfora. U nemoći da brzo i radikalno otklanja te nedostatke sva je ustanička sredina, zajedno sa zdravstvenim osobljem, razvijala poseban odnos i brigu za ranjenike. Jaka težnja te sredine da se što više ublaže sva ta lišavanja nalazila je svoj izraz u izvanredno visokom stupnju etike i humanosti u brizi za ranjenike i bolesnike. Na takvoj tradiciji iz prvih dana te su kvalitete neprekidno razvijane te su uzdignute na razinu specifične tekovine partizanskog zdravstva čiji učinak nije imao samo vrijednost djelomične naknade za pritrpljene rane, teškoće i patnje, nego i izvanrednu djelotvornost u podršci visokog morala ranjenika i u ostvarivanju atmosfere koja je pogodovala uspjesima medicinske skrbi.

Putevi daljnjeg razvoja i izgradnje jedinstvenog koncepta partizanskog zdravstva

U drugoj polovici 1942. i naročito u jesen te godine, uz pogodnosti ostvarene političke i vojne afirmacije NOP-a, organizacijske evolucije NOV, širenja i učvršćivanja teritorijalne osnovice u svim krajevima Hrvatske, postiže i sanitetska služba brži razvoj. Tome je pridonijelo i daljnje pristizanje zdravstvenih radnika raznih profila, među kojima i više od dvadeset liječnika do kraja 1942. godine.

Razvoj se tada odvijao na osnovama užih regionalnih iskustava i gledanja. Još nije postojala jedinstvena koncepcija službe ni za teritorij Hrvatske ni Jugoslavije. Prvi značajniji korak na tom putu predstavljalo je osnivanje komandi područja kao vojno-teritorijalnih organa koji se u Hrvatskoj počinju uspostavljati već u rujnu 1942. godine.⁵⁶ U njihovu su nad-

⁵⁴ Zb. Sn. sl., knj. 3, dok. 2, str. 12.

⁵⁵ Isto, knj. 4, dok. 5, str. 11 i dok. 20, str. 30.

⁵⁶ VE, knj. 4, str. 431.

ležnost stavljene dotadanje odredske bolnice i sve vojne zdravstvene ustanove vezane za određeni teritorij, kojih je namjena bila da pružaju operativnim jedinicama potreban oslonac u pogledu sanitetske službe. Opća tendencija razvoja u tom pravcu bila je vidljiva, npr., još iz naredjenja Glavnog štaba od 2. VII 1942. kojim se Prva lička udarna brigada oslobađa obveze organiziranja vlastite bolnice, s time da njene ranjenike primaju na liječenje odredske bolnice na terenu gdje brigada u danom času djeluje.⁵⁷ Do osnivanja komandi područja štabovi odreda i njihovi referenti saniteta bili su nadležni za svu sanitetsku službu na teritoriju i u jedinicama. A sada se sanitetska služba NOV Hrvatske razvija putem dviju njenih komponenata, tj. trupne i teritorijalne komponente, jedne u sastavu operativnih jedinica i druge u nadležnosti teritorijalnih komandi. Tako je ostalo i do kraja rata, uz različite varijante koordinacije tih komponenti, ostvarivane određenim oblicima rukovođenja.

Proces diferenciranja najranije je otpočeo u 1. operativnoj zoni (Lika, Kordun, Banija), gdje su i osnovane prve brigade i divizije i uspostavljene prve komande područja na teritoriju Hrvatske. Na tom se terenu najbrže razvijala i teritorijalna komponenta sanitetske službe, čije je osnovno obilježje bilo uspostavljanje dvadesetak teritorijalnih bolnica do potkraj 1942. godine. Na temelju iskustva s tog terena Glavni štab na početku prosinca regulira posebnim naredjenjem organizacijski status teritorijalnih bolnica, a u isto su vrijeme imenovani i referenti saniteta ovdje formiranih 6. ličke, 8. kordunaške i 7. banijske divizije, na koje su dužnosti postavljeni liječnici.

Od fundamentalnog su značenja za jedinstveni koncept partizanskog zdravstva bila dva dokumenta objavljena u prosincu 1942. godine na osnovama dotadanih iskustava i prosudbe potreba i zadataka u narednim razdobljima. To su raspis Zdravstvenog odsjeka Izvršnog odbora AVNOJ-a o organizaciji zdravstvene zaštite stanovništva i »Statut sanitetske službe Narodnooslobodilačke vojske i partizanskih odreda Jugoslavije«.⁵⁸ U prvom su dokumentu do jakog izražaja došla progresivna shvaćanja zdravstvene zaštite čiji su protagonisti još i prije rata u našoj zemlji bili liječnici naprednih gledanja, u čemu su prednjačili politički lijevo orijentirani kadrovi. Ta shvaćanja očitovala su se, prvo, u izrazitoj orijentaciji na prvenstvo preventive u zdravstvu i, drugo, u stavu o aktivnom sudjelovanju svega naroda u provođenju zdravstvene zaštite, kao osnovnom preduvjetu uspjeha na tom polju. Ta su shvaćanja našla nešto kasnije svoju daljnju razradu za teritorij Hrvatske u »Uputama« Zdravstvenog odsjeka Izvršnog odbora ZAVNOH-a.⁵⁹ Stav o sudjelovanju svih društvenih činilaca, odnosno sveg naroda kao faktora zdravstvene zaštite nije proistjecao samo iz napredne političke orijentacije zdravstvenih radnika, nego se u NOB, u oskudici stručnih kadrova i pri izvanredno obimnim zadacima, naročito u suzbijanju epidemija, pokazao kao jedinstveno rješenje.

⁵⁷ Zb. Sn. sl., knj. 6, dok. 2, str. 10.

⁵⁸ Zb. Sn. sl., knj. 1, dok. 56 i 57, str. 105–120.

⁵⁹ Isto, knj. 5, dok. 26, str. 47.

Preventivna orijentacija našla je svoj izraz i u Statutu sanitetske službe kojim se, uz naglašene zadatke na preventivnom polju, propisuje i formiranje posebnih preventivnih organa u strukturi saniteta vojnih jedinica. Oni nisu bili predvideni u dotadanim odredbama o sanitetskoj službi partizanskih jedinica u Hrvatskoj, gdje još sve do kraja 1942. godine nije bilo ozbiljnijih pojava zaraznih bolesti. U težištu su preventive još bile mjere protiv veoma raširenog svraba i zatim suzbijanje ušljivosti, i to više kao problem lične higijene, a ne kao značajan protivepidemijski zadatak u borbi protiv pjegavca, s kojim su se već ranije suočile proleter-ske brigade u toku svog boravka i kretanja po zaraženim terenima. Istina, Štab 4. operativne zone još potkraj lipnja 1942. upozorava na opasnost od pjegavca i ostalih zaraza, ali ne predviđa još ni u listopadu posebne preventivne organe u strukturi brigadne sanitetske službe. Događaji koji su uskoro uslijedili na zdravstvenom polju u obliku većih epidemija i stalnog perzistiranja zaraza, kao istaknutog obilježja zdravstvenog stanja i neprekidne prijetnje borbenoj sposobnosti, potpuno su opravdali zauzeti stav o preventivi kao jednom od bitnih elemenata u konceptu partizanskog zdravstva. U praksi se taj stav ispoljavao, s jedne strane, u razvijanju i jačanju posebnih preventivnih organa i, s druge, u odgovarajućim aktivnostima zdravstva u cjelini za sve vrijeme rata.

Praksa jedinstva zdravstvene zaštite naroda i vojske provedena i do tada već od prvih dana, sankcionirana je i utvrđena kao nužnost i u navedenim dokumentima i razvijala se kao izvanredno važno dostignuće i u narednim razdobljima. U prvi se mah tim dokumentima to jedinstvo očitovalo, s jedne strane, kao zadatak civilnih organa da što više pridone nose zaštiti vojske od zaraznih bolesti preventivnim mjerama i suzbijanjem zaraza među stanovništvom i, s druge, kao postulat vojnog saniteta da pomaže razvoj civilne zdravstvene službe i sudjeluje u provođenju preventivnih mjera među stanovništvom. Stvarne potrebe i daljnji razvoj širili su sadržaje i oblike suradnje. U praksi je ostvarivano akciono zajedništvo koje je kasnije pod terminom »integracija zdravstvene zaštite« ugrađeno u koncept zdravstva u ONO.

Značajna obilježja strukture sanitetske službe partizanske divizije utvrđene »Statutom« proistjecala su iz ideje i težnje za što većom samostalnošću u osnovnim stručnim domenima (higijenskoepidemiološka služba, zbrinjavanje ranjenika i bolesnika, farmaceutska služba) i što većom pokretljivošću. U duhu takve ideje uspostavlja se institucija divizijske mobilne kirurške ekipe i divizijske prihvatne bolnice. Težnja i napori da se ta ideja poštuje i provodi bila je izrazita sve do kraja rata, ali ne uvijek s podjednakim i željenim uspjehom, posebno u pitanju pokretljivosti kada su mogućnosti oslonca na teritorijalnu komponentu sanitetske službe bile ograničene, te su se u diviziji morali zbrinjavati i teži, nepokretni ranjenici.

Veće su značenje imale i odredbe »Statuta« o rukovođenju sanitetskom službom, s time da se na razini svake vojne komande osigura stručna strana rukovođenja službom posredstvom referenta saniteta — zdravstvenog radnika koji ima status »organskog dijela štaba jedinice«, kao

i odredbe o odgovornosti štabova za stanje sanitetske službe i zdravstvene prilike jedinica.⁶⁰

Raspis Zdravstvenog odsjeka AVNOJ-a i Upute Zdravstvenog odsjeka ZAVNOH-a, s obzirom na vrijeme kada su objavljeni nisu mogli prejudicirati konture definitivne organizacije zdravstva, čija je fizionomija u svom konačnom obliku mogla da bude tek rezultat iskustava prakse u narednim godinama. Analogno tome u Statutu vojnog saniteta nisu dane odredbe o sanitetskoj službi korpusa ni o teritorijalnoj komponenti službe, jer se u dotadanjim iskustvima nije još ispoljio obrazac koji bi mogao, bar u načelu, biti jedinstven za sav teritorij Jugoslavije. Međutim na nekim slobodnim teritorijama Hrvatske, prvenstveno u Lici, Kordunu i Baniji, oformljuje se već na početku jeseni 1942, u nadležnosti komandi područja, sistem teritorijalnih ambulanti i bolnica na temelju mreže ranijih odredskih bolnica, koja se sada dopunjuje novim objektima i kapacitetima, s tendencijom sve čvršćeg povezivanja pod jedinstvenim stručnim rukovodstvom određenog liječnika koji faktički postaje organom komande područja i njenim referentom saniteta. To dostignuće prakse i dotadanjeg razvoja sankcionira se posebnom odredbom Glavnog štaba 7. XII 1942, s tim što se na teritoriju svake komande područja osniva po jedna »Vojno-partizanska bolnica« (VPB), u čiji sastav ulaze, u statusu njenih odjeljenja, sve dotadašnje bolnice, ostajući na ranijim lokacijama i zadržavajući svoje posebne uprave (šef odjeljenja, politički delegat, ekonom). U sastav uprave VPB, čije je sjedište pri komandi područja, određeni su: upravnik-liječnik, polit. komesar, zamjenik polit. komesara i intendant bolnice.⁶¹

Po tome naređenju postupljeno je tada, tj. još u prosincu 1942. godine, samo u područjima bližim sjedištu Glavnog štaba, tj. u Lici, Kordunu, Baniji i Gorskom kotaru, pa i u Žumberku. U ostale krajeve Hrvatske to je naređenje zbog teškoća veza stiglo kasnije, a kako opći razvoj NOB nije dopuštao nikakve stagnacije ni na području zdravstva, progres se bolničke službe odvijao i u ostalim krajevima, ali još neko vrijeme autonomno i nešto drugačijim putem. Ipak bitnih razlika nije bilo, jer je i opći kurs razvoja NOP, vojske i oružane borbe, organizacije narodne vlasti i vojne pozadine za čitavu Jugoslaviju bio jedinstven.

Tako je tendencija što racionalnijeg korištenja malobrojnih stručnih kadrova i oskudnih sredstava angažiranih u zbrinjavanju ranjenika i bolesnika, ranije razasutih po brojnim punktovima uz prve male odrede, po zaseocima, zemunicama, spiljama itd. doživljavala ostvarivanje obazrivom i postepenom koncentracijom ranjenika i povezivanjem sanitetskih snaga u granicama teritorija prostorno korištenog u dimenzijama ovisnim o uvjetima sigurnosti. Ti se prostori s vremenom proširuju do određenog stupnja. Sve do kraja rata pojasevi teritorija uz glavne komunikacije, koje je neprijatelj uporno i grčevito branio, ograničavali su komuniciranje između pojedinih regija. Ta ograničenja uvjetovala su određeni oblik regionalnog razvoja i djelovanja službe u teritorijalnim granicama operativnih zona (kasnije korpusnih vojnih oblasti). Ta je okolnost dala značajno obilježje

⁶⁰ I. Kralj, »O značaju Statuta sanitetske službe NOV i POJ«, *Vojnosanit. pregl.*, 8 : 9-10, 303-306, 1951.

⁶¹ Vojnoistorijski institut, Arhiv NOR-a, br. reg. 54/2, k. 102 v.

razvoju zdravstva (vojnog i civilnog), koje se očitovalo u neophodnom stupnju oblasne samostalnosti i u specifičnostima koje su bile odraz regionalnih prilika. Međutim, nikad se ni jedna regija nije našla u potpunoj izolaciji i bez mogućnosti suradnje i uzajamne podrške, ponekad i veoma izdašne, sa susjednim područjima.

Čvršće povezivanje i ujedinjavanje službe unutar pojedinih operativnih zona (kasnije: korpusa) i zatim na čitavom oslobođenom području Hrvatske bilo je pospješeno poslije određivanja liječnika pri štabovima zona i Glavnog štaba Hrvatske u svojstvu savjetnika i rukovodilaca sanitetskom službom. U tijeku vremena razvio se sistem nadležnosti po kojem su referenti saniteta zona (korpusa) rukovodili službom posredstvom referenata saniteta operativnih jedinica i zdravstvenih referenata (ili upravnika vojno-partizanskih bolnica) komandi područja, a pod njihovom su neposrednom kontrolom bile, u 1944. godini formirane, korpusne ustanove i jedinice: korpusna oblasna bolnica, korpusna centralna apoteka, korpusna kirurška ekipa, bolničarska četa i dr.

Proces uspostavljanja i razvoja tih rukovodstava i njihova djelokruga nije bio jednovremen i odmah istovrstan za sve operativne zone. Najranije su liječnike uza se imali Štab 3. operativne zone (Slavonija — dr Grujica Zarković) i Štab 4. operativne zone (Dalmacija — dr Izidor Matić Perera). U početku su ti liječnici tretirani uglavnom samo kao medicinski stručnjaci (i potpisivali se »liječnik zone«), a ne i kao organizatori i rukovodioci sanitetske službe. Takve nedoumice javljale su se i na ostalim mjestima. Tek u kolovozu 1942. tim se liječnicima daje status referenta (šefa) saniteta. U Štabu 2. operativne zone (sjeverozapadna Hrvatska sa Zumberkom) referent saniteta (dr Josip Milunić) postavljen je na početku 1943. godine. U štabovima Prve (Lika, Kordun, Banija) i Pete (Gorski kotar, Hrvatsko primorje, Istra) operativne zone nisu tada ni postavljeni referenti saniteta. Tu su postojali referenti saniteta odreda, brigada i divizija, a također i rukovodioci sanitetske službe pri komandama područja. Oni se od studenog 1942. po stručnoj liniji vezuju neposredno za referenta saniteta Glavnog štaba Hrvatske.

Referent saniteta Glavnog štaba Hrvatske (dr Borislav Božović) postavljen je 17. XI 1942. godine.⁶² U svibnju 1943. godine osnovan je Sanitetski odsjek Glavnog štaba (SOGŠ) u čijem su sastavu bili, uz šefa odsjeka, referent za operativnu vojsku, epidemiolog, referent za apotekarstvo i pomoćnik za ekonomsku službu.⁶³ Načelno su isti sastav kasnije imala i sanitetska rukovodstva pri štabovima korpusa, ali su u pogledu njihove fizionomije u prvoj polovici 1944. godine (u 3. zoni već i potkraj proljeća 1943), poslije osnivanja korpusne vojne oblasti, postojala izvjesna kolebanja. Određeno je najprije bilo dvojino rukovodstvo: referent saniteta štaba korpusa odgovoran za sanitet operativnih jedinica, i sanitetski odsjek komande korpusne vojne oblasti odgovoran za »pozdinske« sanitetske ustanove. Praktički, iako bez formalnog rješenja, u ljetu je proveden princip jedinstvenog rukovodstva.⁶⁴ To je bilo i razum-

⁶² Zb. Sn. sl., knj. 12, dok. 43, str. 77.

⁶³ Isto, knj. 2, dok. 13, str. 34 i IVMNID, inv. br. H 64.

⁶⁴ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 71, str. 223–224 i knj. 5, dok. 43, str. 102.

ljivo s obzirom da se glavne operativne snage korpusa u Hrvatskoj sve do pred sam kraj rata nisu udaljavale s teritorija svoje oblasti. (Ideja i stav o dvojnomo rukovodstvu proistjecali su iz pretpostavke o stalnom ili povremenom napuštanju operativnih jedinica teritorija »svoje« korpusne oblasti, a to se na nekim područjima Jugoslavije i događalo.) Od tada se u sastav sanitetskog odsjeka štaba korpusa (od proljeća 1944. nazivi se mijenjaju u »Sanitetsko odjeljenje« Glavnog štaba i »Sanitetsko odjeljenje« štaba korpusa s načelnikom odjeljenja) uvodi i referent za teritorijalnu sanitetsku službu pod imenom »šef sanitetskog odsjeka korpusne vojne oblasti«. ⁶⁵

S najviše uspjeha i uglavnom neprekinutim kontinuitetom ostvarivano je rukovođenje sanitetskom službom u Slavoniji sve do kraja rata. U 4. operativnoj zoni (Dalmacija) referent saniteta praktički nije zbog teškoća veza imao gotovo nikakvog upliva na sanitetsku službu u sjevernoj i južnoj Dalmaciji, a u 4. i 5. ofenzivi prekinut je i taj već i do tada teritorijalno ograničeni kontinuitet rukovođenja i pojedina su područja (sjeverna, srednja i južna Dalmacija s otocima) autonomno rješavala svoje sanitetske probleme sve dok se formiranjem 8. korpusa na početku listopada 1943. nije stabiliziralo i rukovođenje službom na čitavom teritoriju, na kopnu i otocima. Ipak i od tada sanitetski odjek štaba korpusa, nalazeći se uglavnom na terenu livanjskog područja blizu štaba korpusa, teško je komunicirao s pojedinim dijelovima teritorija zbog ispresjecanosti terena komunikacijama i garnizonima koje su držali Nijemci. To je trajalo sve do jeseni 1944. godine, kada su Dalmacija i otoci konačno oslobođeni. ⁶⁶

Referent saniteta 2. operativne zone sve do ljeta 1943. godine faktički je rukovodio samo sanitetskom službom na teritoriju Žumberka, a u drugom dijelu zone (Hrvatsko zagorje, Kalnik, Moslavina, Bilogora) razvoj i rad tekli su više-manje autonomno, s jakim osloncem na Slavoniju, sve dok se štab zone nije u ljetu te godine premjestio na taj teren. Od tada se bržim tempom povezuje služba na tim teritorijima, a Žumuerak ostaje praktički vezan za SOGŠ do početka 1944. godine kad je stavljen u nadležnost štaba 4. korpusa.

Na poseban se način razvijalo rukovođenje službom na područjima južno od Save (Banija, Kordun, Lika, Gorski kotar, Hrvatsko primorje i Istra). Sve operativne jedinice i teritorijalne sanitetske ustanove na tom prostoru po sanitetskoj su liniji bile neposredno vezane za SOGŠ. Uslijed toga taj je organ jedva mogao da posvećuje pažnju sanitetskoj službi i na ostalim teritorijima Hrvatske. Da bi situacija bila još složenija, u lipnju 1943. rasformirane su uprave vojno-partizanskih bolnica vojnih područja te su tada sva njihova dotadnja odjeljenja, sa statusom i imenom samostalnih VPB, potpala pod direktnu stručnu kontrolu SOGŠ-a. Time je broj neposrednih veza toga organa porastao još za oko desetak bolnica, nekoliko apoteka, tkaonica zavoja i dr. ⁶⁷ Situacija je bila donekle olakšana dodjelom referenta saniteta Štabu 4. korpusa (dr Tomislav Kronja),

⁶⁵ Isto, knj. 5, dok. 52, str. 188 do 198.

⁶⁶ I. Kralj, Zbornik Zbora liječnika Hrvatske, Zagreb 1974 (u daljnjem tekstu: I. Kralj, Zbornik ZLH), str. 94–95.

⁶⁷ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 14, str. 35–40.

u čiju je nadležnost stavljena sanitetska služba operativnih jedinica, ali ne i kontrola teritorijalnih sanitetskih ustanova na operativnom području toga korpusa. Broj veza smanjuje se i uputom SOGŠ-a o organizaciji vojnog saniteta u pozadini od 21. XI 1943. kojim se određuje osnivanje zdravstvenih odsjeka pri komandama područja.

Definitivno i pravilno rješenje sistema rukovođenja postignuto je načelno u siječnju 1944. godine kada su formirani 10. korpus (Zagrebačka oblast) i 11. korpus (Lika, Gorski kotar, Hrvatsko primorje, Istra) te uspostavljene korpusne vojne oblasti (tj. teritorijalne komande potčinjene komandantu korpusa, a pretpostavljene komandama područja) i zatim provedeno u svim korpusima ujedinjavanje teritorijalne i trupne komponente sanitetske službe pod jedinstvenim rukovodstvom Sanitetskog odjeljenja štaba korpusa.*

Od tada Sanitetsko odjeljenje Glavnog štaba rukovodi cjelokupnom službom na teritoriju Hrvatske posredstvom načelnika saniteta korpusa, a u neposrednoj nadležnosti SOGŠ-a ostala je samo sanitetska oficirska škola. Pri samom kraju rata, tj. u tijeku završnih operacija u 1945. godini, glavne operativne snage svih pet korpusa Hrvatske napuštaju svoj teritorij u sastavu 4. 2. i 3. armije te u nadležnosti SOGŠ-a ostaju sanitetska rukovodstva korpusnih vojnih oblasti, a rukovođenje sanitetskom službom operativnih jedinica vezuje se za sanitetska odjeljenja štabova navedenih armija.

Među konstantama na kojima se temeljilo zdravstvo u NOB istaknuto mjesto pripada svestranoj podršci i pomoći naroda kao bitnom preduvjetu uspješnog razvoja, opstanka i djelovanja partizanskog saniteta. Ta podrška i pomoć imale su raznovrsne oblike i sadržaje. Najprije su se očitovale u sklanjanju ranjenika i njihovoj opskrbi i njezi u tajnim skloništimama unutar vlastitih domova ili u njihovoj blizini, zatim u građenju brojnih objekata za partizanske bolnice, njihovom opremanju potrebnim inventarom, krevetninom, ličnim rubljem, materijalom za izradu zavoja i dr. i u stalnom snabdijevanju životnim namirnicama. Pri razvijanju bolnica po naseljima mještani su za tu svrhu prepuštali dijelove svojih domova ili i sve stambene prostorije, pomagali u održavanju bolnice, a žene i djevojke surađivale su u njezi ranjenika da bi se mnoge od njih i trajno vezale za rad u bolnicama. Svu tu pomoć opljačkani i osiromašeni narod davao je uz velika odricanja i restrikcije u vlastitim potrebama, a sklanjajući ranjenike ljudi su izlagali sebe i svoje porodice smrtnoj opasnosti.

Transporti ranjenika ne bi bili mogući bez pomoći naroda u zaprežnim vozilima, tovarnoj stoci ili prenošenju ljudskom snagom. Sva evakuacija ranjenika u borbama, počev od bataljonskih previjališta do divizijskih ustanova a često i dalje, i u svakom slučaju od prihvatnice na komuni-

* Načelnici sanitetskih odsjeka (odjeljenja) korpusa tada su bili: u 4. korpusu dr Tomislav Kronja, od rujna 1944. dr Zdravko Kučić, a od studenog dr Juraj Perin; u 6. korpusu dr Grujica Žarković, a od ožujka 1944. dr Natalija Kiseljevskaja; u 8. korpusu dr Izidor Matić Perera (poginuo 25. I 1944), zatim dr Alfred Ržehak, a od listopada dr Vladimir Jernejc; u 10. korpusu dr Josip Milunić; u 11. korpusu dr Juraj Perin, a od studenog 1944. dr Zdravko Kučić. Na dužnosti načelnika SOGŠ bili su dr Borislav Božović, od ožujka 1944. dr Grujica Žarković, od rujna dr Ivan Kralj, od veljače 1945. dr Tomislav Kronja.

kaciji do šumske bolnice, obavljala se zaprežnim kolima prikupljenim svaki put uz pomoć NOO-a.

Ranjenici i bolesnici iz Žumberka, Banije i Korduna transportirani su na početku 4. ofenzive u siječnju 1943. seljačkim kolima iz tih krajeva do Like, pa i dalje. Pokret više od 300 ranjenika i bolesnika iz Gorskog kotara u studenom 1944. godine po teškom terenu pri lošem vremenu i studeni preko slovenskog teritorija i Žumberka u Kordun izvršen je uz mnoge opasnosti, seljačkim zaprežnim kolima.⁶⁸ Oko 100 omladinki iz koreničkog kotara prenijelo je 16. kolovoza 1944. godine teške ranjenike iz bolnice kod Šeganovca do aerodroma na Krbavskom polju.⁶⁹ U tijeku čitavog rata, gdje god nisu bila upotrebljiva zaprežna vozila i tovarna stoka, ranjenike su, i bez obzira na distancu i težinu puta, prenosili ljudi, pretežno seoska omladina. Stotine seljačkih kola iz Slavonije i Moslavine bile su u siječnju 1945. godine angažirane na prevoženju ranjenika preko Virovitičkog mostobrana radi evakuacije u Vojvodinu.⁷⁰ Sve su to bila svakodnevna zbivanja u kojima su se angažirali ljudi iz sela na oslobođenom teritoriju, izlažući se opasnosti da izgube i ono malo stoke i vozila što im je ostalo pa i sami da pri tom stradaju i poginu, što i nije bio rijedak slučaj.

Česti posjeti naroda bolnicama i donošenje darova ranjenicima na svojevrstni su način odražavali solidarnost, opću brigu i emocionalne veze naroda i partizanskih ranjenika i bolesnika, a to je imalo izvanredan moralni učinak na pacijente, pa i osoblje bolnica. Na taj su način pri tretiranju ranjenika u harmoničnu cjelinu bili povezani duboko etički i ljudski odnosi cjelokupne sredine, medicinska njega zdravstvenog osoblja i svestrana materijalno-tehnička pomoć i opskrba što ih je pružao narod.

Problemi kadrova i stručnog uzdizanja službe

Kadrovski problemi sanitetske službe u NOB, promatrani s gledišta frekvencije, vrsta i stručne razine nužne zdravstvene pomoći, proistjecali su iz premalog broja kadrova, oskudice pojedinih profila, u prvom redu kirurga, kao i iz nepripremljenosti zdravstvenih radnika za rad u uvjetima partizanskog rata. Nužnost rješavanja tih problema nametala se već od prvih dana, i taj zadatak postao je trajnom obavezom za sve vrijeme rata, jer su se narastanjem snaga NOV, intenziviranjem borbi i dr. zdravstvene potrebe iz dana u dan povećavale.

Dobivanje potrebnih kadrova moglo se samo djelomično osigurati izobrazbom samo u NOV, ali se tako nisu mogli dobivati i kadrovi više i visoke stručne spreme. Najzapaženiji je problem bio nedostatak liječnika, kao najpozvanijih nosilaca stručne medicinske pomoći i stručne izobrazbe mlađih kadrova. Gotovo nezatni broj liječnika u partizanskim redovima 1941. i u početku 1942. godine povećao se na više od 30 na početku 1943.

⁶⁸ Hronike, II sv., str. 599 (dr Medanić).

⁶⁹ B. Prpić, Aerobaza u Lici, Zbornik 8, Hist. arhiva u Karlovcu, 1977, str. 755.

⁷⁰ Hronike, I sv., str. 243–248 (J. Kocković).

godine.* Na početku 1944. godine bilo je u jedinicama NOV i na oslobođenom teritoriju Hrvatske oko 200 liječnika.⁷¹ Pridolazak liječnika nastao se i kasnije, iako ne onakvim tempom kao potkraj ljeta i na početku jeseni 1943. godine. U svakom slučaju njihov broj je u svim etapama rata bio daleko ispod razine potreba oslobodilačke vojske i naroda oslobođenih krajeva.

Međutim, šire promatrano, sudjelovanje liječnika i ostalih zdravstvenih radnika u NOV ne iscrpljuje se brojem onih koji su bili u redovima NOV i djelovali u civilnom zdravstvu na oslobođenim teritorijima. Nije pretjerano reći da su mnogobrojni zdravstveni radnici, nalazeći se u okupiranim mjestima, na razne načine sudjelovali u aktivnostima NOP-a. Uz pomoć tih zdravstvenih radnika koji su radili u gradskim bolnicama, apotekama, ambulantama i drugim zdravstvenim ustanovama dobavljaao se sav sanitetski materijal koji je iz gradova i ostalih većih mjesta stizao partizanima. Oni su pružali zdravstvenu pomoć aktivistima NOP-a i članovima partizanskih porodica i, kako je već rečeno, tajno primali na liječenje partizane ili odlazili u njihove logore.⁷² Time su ti zdravstveni radnici bili jedan od činilaca osiguranja zdravstvene pomoći na svim mjestima oslobodilačke borbe, bilo kojega oblika, uključujući i borbene, diverzantske i dr. akcije u gradovima i krajevima pod kontrolom okupatora i kvisinga. Prethistorija te aktivnosti i uopće sudjelovanja zdravstvenih radnika u NOB temeljila se na uspješnim utjecajima članova partije i ostalih naprednih zdravstvenih radnika iz predratnog vremena, na osjećajima humanosti kao i patriotizmu, podstaknutom također zlodjelima okupatora i njegovih suradnika.

Iako je pomanjkanje liječnika bilo u viđenju partizanske javnosti najuočljiviji kadrovski nedostatak službe, ipak to pomanjkanje, objektivno uzevši, nije bilo dominantan kadrovski problem. Simptomatičan je i indikativan podatak, zabilježen u dokumentima i sjećanjima, da je naročito u 1941. i dijelu 1942. godine među najprvim zadacima svakog liječnika čim je stupio u redove partizana bilo osposobljavanje mladih zdravstvenih kadrova. Sve je više u tijeku rata svakom postajalo očiglednim kapitalno značenje funkcija prvog prihvatanja ranjenika i bolesnika i neodložnosti preventivnih mjera svagdje i svagda čim se za to pokazala potreba, a uspješno obavljanje tih funkcija moglo se i može se u svakom ratu očekivati samo uz oslonac, u jedinicama i na terenu, na veoma široki krug zdravstvenih aktivista koji su ovladali makar najosnovnijim elementima zdravstvene pomoći i zaštite. To se pokazalo već u prvim danima NOB kada su ranjenici bili sklanjani na mnogo mjesta po terenu i morali biti

* Procjena autora prema nekim dokumentima, zapisima i vlastitim sjećanjima.

⁷¹ Prema Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 33, str. 80; dok. 46, str. 119 i dok. 61, str. 183; knj. 5, dok. 31, str. 60–61.

⁷² D. Gizdić ističe da »je glavnina liječnika u Splitu, kao i Šibeniku, bila uz NOP i pomagala ga« (Gizdić, Dalmacija 1942). Već 1941. godine stvarani su aktivni i odbori liječnika i ostalih zdravstvenih radnika radi pružanja medicinske pomoći i prikupljanja lijekova za partizane (R. Dumančić, Zbornik 5 Instituta za hist. radn. pokr. Dalmacije, Split 1981, str. 955). U istom Zborniku R. Pavela i I. Rajić (str. 909 i 919) daju primjere dovitljivosti i akcija zdravstvenih radnika splitskih bolnica i higijenskog zavoda oko spašavanja aktivista NOP-a koji su bili u zatvoru. Dr. Zlatić ističe aktivno pomaganje NOP-a i spremnost brojnih zdravstvenih radnika u Zagrebu, Sisku, Petrinji i Glini za pružanje traženih usluga (Lij. vjes., 96 : 99, 1974).

prepušteni laičkoj njezi, jer druge mogućnosti s obzirom na nedostatak odgovarajućih kadrova nije bilo. Isto se pokazalo i u jeku suzbijanja epidemija pjegavca. Zato već rano u jesen 1941. god. počinje izobrazba bolničara na Petrovoj gori, zatim i u Lici, a onda i u Slavoniji, Dalmaciji i u ostalim krajevima.

Ubrzo izobrazba i uzdizanje toga najmlađeg zdravstvenog kadra postaje stalnom i univerzalnom obvezom svih zdravstvenih organa, jedinica i ustanova, počev od referenata saniteta bataljona i brigadne ambulante do svake bolnice. Takvu obrazovnu politiku zahtijevalo je daljnje razvijanje zdravstva, u skladu sa sve širim potrebama u vojsci i narodu, a također i brojni gubici toga kadra u vojnim jedinicama.⁷³

U prvo vrijeme izobrazba kadrova bila je spontana akcija školovanih zdravstvenih radnika (liječnika, medicinskih sestara) i temeljila se na njihovoj vlastitoj inicijativi izazvanoj silom samih potreba. Zato su i oblici izobrazbe bili raznovrsni. S vremenom dolaze do izražaja nastojanja da se, naredbama nadležnih štabova, uspostavi određeni sistem kursova za sanitetsko osoblje različitih profila i nivoa.⁷⁴ Međutim na punoj jednoobraznosti izobrazbe za sav teritorij i sve jedinice NOV Hrvatske nije se nikad inzistiralo, te se u području pojedinih operativnih zona, odnosno korpusa, postupalo ovisno o potrebama i mogućnostima. Jedinstven i obavezan za sve bio je samo opći zadatak permanentne izobrazbe i usavršavanja kadrova. Jedini tečaj za koji je propisan narednjem Glavnog štaba jedinstveni nastavni plan i program bio je onaj za sanitetske podoficire, kojim su se odabrani kandidati osposobljavali »za niže sanitetske rukovođioce: četne i bataljonske bolničare, bolničarske starješine, desetare i vodnike u bolničarskim četama«.⁷⁵

Najmasovniji su bili kursovi za bolničare opće namjene, koji su se održavali obično pri brigadnim ambulantom, divizijskim prihvatnim bolnicama i teritorijalnim bolnicama. U većem su broju bili također posebne izobražavani kadrovi za razne preventivne djelatnosti, počev od onih za rutinsko provođenje depedikulacije uz praktičnu pouku od nekoliko dana, zatim onih za higijeničare pri komandama mjesta i u jedinicama, pa do šire izobrazbe higijeničara komandi područja, tzv. zdravstvenih nadzornika (kandidati pretežno sa srednjim općim ili srednjim medicinskim obrazovanjem).

Kao primjer nastojanja sistematizacije izobrazbe kadrova može se navesti uvedena praksa u 8. korpusu. Uspostavljeni su »viši«, »srednji« i »niži« sanitetski kursovi. Viši kurs održavan je u korpusnoj »sanitetskoj školi«, s profilima za higijeničare, za rad u bolnicama i zbrinjavanje ranjenika i za dužnosti referenata saniteta. Srednji kursovi održavani su pri divizijskim bolnicama za kadrove nivoa bataljonskih bolničara i rukovođioce

⁷³ U izvještaju Glavnog štaba od 10. VII 1944 (Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 45) navodi se kako je sanitet 32. i 33. divizije 10. korpusa »u posljednja dva mjeseca... izgubio u borbama 60% bolničarskih kadrova...«.

⁷⁴ U veljači, ožujku i travnju 1942. održavani su jednoobrazni kursovi u svim ličkim odredima za četne bolničare u trajanju od mjesec dana. Kasnije su najbolji od njih pozvani na kurs za bataljonske bolničare koji je vodio šef saniteta grupe odreda (Hronike, II sv., str. 324 – dr S. Četković-Očko).

⁷⁵ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 73, str. 295.

sanitetskim materijalom, a niži kursovi za bolničare u četama održavani su pri brigadnim ambulantomata.⁷⁶

Ti kursovi u 8. i ostalim korpusima održavali su se često uz znatne teškoće, kao što su bili pokreti jedinica i prinudna premještanja bolnica, oskudica nastavnih pomagala, pomanjkanje didaktičkog iskustva nastavnika, uz preveliko teoretiziranje i često neadekvatan izbor kandidata i dr. Kursovi za izobrazbu apotekarskih pomoćnika održavani su pri centralnim apotekama korpusa. Kurs za sanitetske oficire pri SOGŠ-u uspostavljen je naredbom Glavnog štaba, u organizacijskom sastavu I oficirske škole NOV i PO Hrvatske, a lociran pri jednoj bolnici u Baniji.⁷⁷ Kandidati za taj kurs bili su mladi liječnici i studenti medicine, uglavnom referenti saniteta brigada i odreda, a nastavnici istaknuti poznavaoici svojih predmeta. U toku kursa (30 radnih dana sa po 8 sati) kandidati su ovladali određenim stručnim i organizacijskim sadržajima svoga djelokruga i neki od njih određivani su i na više dužnosti od dotadanih.

Za izobrazbu, uzdizanje i stručno usavršavanje kadrova značajne su bile brojne direktive i publikacije SOGŠ-a, kao »O dužnostima i radu trupnog saniteta«, »Uputa za suzbijanje zaraznih bolesti«, »Crijevne zaraze«, »Osnovi vojne higijene«, »Priručnik za funkcionalnu terapiju«, »Priručnik za transfuziju krvi«, »Transportna imobilizacija«, »Liječenje strelnih preloma ekstremiteta« i dr. Te su publikacije najvećim dijelom pisali naši stručnjaci, a neke od njih bile su prijevodi iz dostavljane britanske ili sovjetske stručne literature.⁷⁸ Periodične sanitetske časopise izdavali su SOGŠ, pojedini korpusi, divizije pa i brigade. Te publikacije, naročito ako se još imaju u vidu i direktive, upute i priručnici SOVŠ-a* koji su stizali u Hrvatsku, imali su veliki utjecaj i predstavljali dragocjenu pomoć ne samo za izobrazbu i usavršavanje kadrova nego i za ujednačavanje gledišta o važnim organizacijskim i stručnim pitanjima sanitetske službe, te su tako mnoga pitanja i bez formalnih naredenja centralnih organa rješavana po jedinstvenim principima.

Uzdizanju stručnosti dala je svoj doprinos i veza s medicinom saveznika i naročito neposredni utjecaj vrsnih kirurga, kao što su bili major britanske armije Rodgers, zatim sovjetski kirurzi potpukovnih Gukov i major Bukvalov, kao i epidemiolog major Sidorenko.⁷⁹

Uobičajena je bila praksa stručnih savjetovanja i konferencija zdravstvenih radnika s analizama stanja službe i stručnog rada, kao i funkcioniranja službe u pojedinim vojnim operacijama. Među mnogima može se posebno spomenuti konferencija u bolnici 8. korpusa na Visu 18. I 1944. godine sa obuhvatom važnih stručnih i organizacijskih pitanja i farmaceutskog rada, aktualnih u to vrijeme.⁸⁰ Naročito je značajan bio kongres liječnika NOF Hrvatske održan 24—27. II 1944. u Glini, Topuskom i Slunju, koji ne samo što je dao zapažen stručni doprinos, nego je imao

⁷⁶ Zb. Sn. sl., knj., 4, dok. 192, str. 303—304 i dok. 193, str. 343.

⁷⁷ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 50, str. 176.

⁷⁸ I. Kralj, Zbornik ZLH, str. 89 i 99.

* Sanitetsko odjeljenje Vrhovnog štaba.

⁷⁹ Isto, str. 99.

⁸⁰ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 56, str. 51.

i šire političko značenje dajući svoj udio afirmaciji NOP-a. S kongresa je posebnim proglasom upućen svim zdravstvenim radnicima Hrvatske poziv »da stupe u redove oslobodilačke borbe i tako pomognu pravedni oslobodilački rat naših naroda«. ⁸¹ Zaključeno je također da se pokrene stručni časopis »svih liječnika Jugoslavije aktivnih boraca i pristalica našeg narodnooslobodilačkog pokreta«. ⁸² Taj časopis, tj. »Vojnosanitetski pregled« počeo je izlaziti u rujnu iste godine, a izlazi i danas.

Stalnom obrazovnom djelatnosti osposobljen je praktički sav bolničarski kadar potreban u jedinicama NOV, u bolnicama i na terenu, i najveći dio kadra za rutinske poslove na razini srednje stručnosti. Mladi studenti medicine i farmacije, zastupljeni u znatnom broju u sanitetskoj službi, stjecali su i dopunjavali stručna znanja i poznavanje organizacijskih pitanja nužnih za dužnosti referenata saniteta odreda i brigada, pa i više, kao i za ulogu pomoćnika (asistenta) u užim stručnim područjima (u kirurškim ekipama, službi transfuzije krvi, u apotekama i dr.).

Poseban značaj nastavne djelatnosti proistjecao je iz činjenice što i među školovanim zdravstvenim radnicima (liječnicima i drugim) nitko nije imao ratnog iskustva ni poznao specifičnosti medicine u partizanskim uvjetima. Zato se izobrazbom i usavršavanjem moralo, uz opće stručno osposobljavanje i uzdizanje, indoktrinirati kadrove za rad u posebnim uvjetima rata kakav se vodio na našem tlu, tj. za pravi partizanski rat, sa svim mogućim oskudicama i surovostima uvjeta rada. Nije bilo tako reći područja rada u kojem se nisu morali tražiti posebni putevi zbrinjavanja, počev od prve pomoći na bojištu, transporta s neprikladnim vozilima i po teškim putevima, medicinskih postupaka zbog odsutnosti kirurške pomoći do mjera pri nemogućnosti neophodnog postoperativnog mirovanja, oskudici narkotika, teškoćama osiguranja sterilnih uvjeta kirurškog rada i dr. A indoktrinacija za takve uvjete i specifičnosti rada mogla je biti uspješna samo u središtu tadanjeg ambijenta. Bitan preduvjet uspjeha počivao je na aktivnoj obrazovnoj djelatnosti solidnih stručnjaka s većim partizanskim iskustvom, a takvih je naročito već u drugoj polovici rata i bilo. ⁸³

U fizionomiji partizanskoga zdravstvenog radnika istaknutu kvalitetu predstavljao je visoki stupanj etike koja se očitovala u humanom odnosu prema ranjenicima i bolesnicima, izvanrednom zalaganju, požrtvovanju, spremnom prihvaćanju svih neizbježnih teškoća i u pripravnosti da sa svojim ranjenicima dijeli sve opasnosti kojima su bili okruženi. Takve etičke osobine bile su osnova i poticaj zauzumljivosti, kreativnosti i inicijativi da se u svakoj prilici i u svim teškoćama otkriju i primijene ponajbolji putevi djelovanja. Korijeni te etike bili su u naprednim i humanim shvaćanjima kojima su bili prožeti mnogi zdravstveni radnici već pri stupanju u partizanske redove, a njeno daljnje razvijanje, s obuhvatom svega zdravstvenog osoblja, postizalo se utjecajima koji su bili

⁸¹ Isto, dok. 61, str. 181.

⁸² Isto, knj. 5, dok. 34, str. 65.

⁸³ Isto, dok. 45, str. 121 i dok. 46, str. 139.

stalna komponenta općega obrazovno-odgojnog procesa provedenog u sanitetskim ustanovama i jedinicama.*

Usađivanje i razvijanje takvih etičkih kvaliteta i stalno stručno obrazovanje i usavršavanje bili su jedinstveni put formiranja lika takvoga zdravstvenog radnika, koji je mogao biti faktor neprekidnog progressa na polju zbrinjavanja ranjenika i bolesnika i u zdravstvenoj zaštiti uopće. Nasuprot svim teškoćama, zbog kojih se u interesu pacijenta moralo više puta pribjegavati i drastičnim sredstvima, relativno rano ulaze u upotrebu i suvremene metode. Tako, npr., već u jesen 1942. dr Kleinhappel primjenjuje infuzije fiziološke otopine, u proljeće 1943. transfuziju krvi, a u 1944. godini ta se metoda provodi u širem opsegu utvrđivanjem krvnih grupa boraca.⁸⁴ Uspostavljanje veza s medicinom saveznika 1943. omogućuje, uz dobivanje odgovarajućih sanitetskih sredstava, primjenu novih metoda, npr. u tretiranju otvorenih prijeloma i velikih rana mekih tkiva, upotrebu novih metoda i sredstava imobilizacije, suhe plazme, sulfamidskih preparata, penicilina, novijih anestetika, efikasnog insekticida i dr. Pri postizanju općeg progressa u stručnosti kadrova i korištenju novih metoda i sredstava dr Kleinhappel, pozivajući se na dostignuća na najvažnijim poljima zbrinjavanja ranjenika u posljednjim godinama rata, ističe: »Možemo slobodno i ponosno da kažemo da je u času konačne pobjede i oslobođenja naše zemlje naša ratna poljska kirurgija bila na visokom stepenu... Mi smo imali prilike, 'ušavši u oslobođene velike gradske centre i dobro vođene velike bolnice', da vidimo na tamo zaostalim ranjenicima, da principi naše ratno-poljske kirurgije u mnogom nadmašuju kiruršku djelatnost kod naših protivnika.«⁸⁵

Napredak je ostvarivan i u drugim oblastima medicinske djelatnosti, tj. u zbrinjavanju raznih vrsta oboljelih, kao i u oblasti higijensko-epidemiološke zaštite. Na žalost nema pouzdanih podataka koji bi mogli poslužiti kao pokazatelj globalnih rezultata rada partizanskog zdravstva u Hrvatskoj. Kao izvjesna indikacija progressa i uspjeha mogu poslužiti, npr., podaci da je morbiditet od pjegavca u NOV Hrvatske u sezoni 1943/44. god. bio za 80% manji u poređenju sa sezonom 1942/43. god.,⁸⁶ da smrtnost ranjenika u slavonskim partizanskim bolnicama nije bila veća od 5%,⁸⁷ kao i da »procenat vraćanja u stroj u čitavoj J. A. iznosi do 70% ranjenika.«⁸⁸ Ti podaci ukazuju na značajna dostignuća, ostvarena u prilikama jedinstvenim po svojoj složenosti i teškoćama.

* Od radova koji tretiraju korišene i osobine etike partizanskih zdravstvenih radnika ovom prilikom spominjem: T. Kronja, »Moralni lik zdravst. radnika u NOR«, *Vojnosanit. pregled*, 23 : 12, 727-733, 1966, i A. Šivic, »Sanitet. služba NOV i narod«, *Vojnosanit. pregl.*, 23 : 12, 760, 1966. godine.

⁸⁴ J. Romano, *Acta historica medicinae, stomatologiae, pharmaciae, veterinae*, br. 1-2, 1979, str. 167.

⁸⁵ F. Kleinhappel, *Lij. vjes.* 1945, br. 5 i 6, str. 93.

⁸⁶ N. Cernozubov, n. dj.

⁸⁷ G. Žarković, n. dj., str. 252.

⁸⁸ G. Nikoliš, *Razvoj sanitetske službe u našoj armiji, VIZ*, 1947, str. 40. Citirani podatak autor daje uz ogradu da se zaključak zasniva na ograničenim statističkim podacima, bez mogućnosti obuhvaćanja čitave NOV za sve vrijeme rata.

Sanitetska služba operativnih jedinica

Kako je već rečeno, Statutom sanitetske službe, koji je Vrhovni štab objavio 10. XII 1942. godine, regulirana je organizacija sanitetske službe operativnih jedinica, zaključno s divizijom. Oko sredine 1943. godine SOGŠ izdaje priručnik »O dužnostima i radu trupnog saniteta« u kojem se, za razliku od ranijih dokumenata, daju i upute za rad službe u različitim taktičkim radnjama, određuju zadaci referenta saniteta korpusa, kao i zadaci i sastav Sanitetskog odsjeka Glavnog štaba.⁸⁹ U duhu tih dokumenata i uputa organizirala se služba sve do kraja rata, uz izvjesne dopune strukture na nivou korpusa u jesen 1944. godine i obrazovanjem medikosanitarnih bataljona divizija u travnju 1945. god.

Prema tome većih dilema u pitanjima zadataka i strukture službe nije bilo. (Doduše, u ljetu 1944. god. bilo je pokretano pitanje širine kirurške djelatnosti na razini divizije, ali time je upravo jače istaknuta nužnost dogradnje strukture službe čemu se ubrzo i pristupilo.) U težištu djelovanja na unapređenju rada bili su naponi da se propisane strukture u pogledu kadrova i opreme što bolje ostvaruju i da se osigura ispravno djelovanje svih nivoa u svakoj prilici, naročito u toku borbenih akcija. I baš na tom su se putu sretali glavni problemi službe.

Sporo i ponegdje uz otpore provodile su se odredbe o broju bolničara i nosilaca ranjenika, čiji se nedostatak osjećao naročito u bataljonima i četama, a zatim i u brigadnim i divizijskim bolničarskim jedinicama. U tome je bio razlog jedne od većih slabosti službi sve do kraja rata u onim operativnim jedinicama koje nisu uspjevale da sasvim prevladaju taj nedostatak. Posljedice su se očitovale u sporijem izvođenju ranjenika s bojišta i kasnoj prvoj pomoći. Odstupanje od propisane orijentacione norme brojnog stanja tih kadrova bilo je razumljivo kad god je bila riječ o jedinicama manjega brojnog sastava, ali je česti razlog bio i u pogrešnim kalkulacijama nižih štabova, koji su nerado izdvajali ljudstvo za »neborračke« dužnosti, gubeći iz vida da su tada štete i gubici veći zbog loše organizacije izvlačenja ranjenika i prve pomoći i pometnji koje nastaju uslijed spontanog angažiranja ostalih boraca oko ranjenih drugova. Ipak, važan je razlog bio i u neprekidnom deficitu bolničarskog kadra, zbog nemalih gubitaka u borbama, i u nužnosti popunjavanja novoformiranih jedinica, čiji je broj rastao brzim tempom. Taj se deficit teško kompenzirao usprkos permanentnoj izobrazbi novih kadrova.

Uz te i druge kadrovske nedostatke naročito se isticalo nedostajanje kirurga. Još i u prvoj polovici 1943. godine, postojale su svega dvije kirurške ekipe: jedna za jedinice Prve operativne zone, a druga u 9. dalmatinskoj diviziji. SOGŠ je 22. V 1943. izvještavao: »Organizacija saniteta u vojnim jedinicama na teritoriji Glavnog štaba Hrvatske nije još uvijek sprovedena prema Statutu sanitetske službe.«⁹⁰ Zato se poduzimaju mjere za što bolju popunu jedinica stručnim kadrom, za formiranje preventivnih jedinica u

⁸⁹ I. Kralj, Zbornik ZLH, str. 89.

brigadama, kompletiranje divizijskih bolničarskih četa, kao i intenzivniju izobrazbu mladega sanitetskog osoblja.⁹¹

Od sredine ljeta 1943. godine i naročito u vrijeme kapitulacije Italije stanje se u pogledu školovanoga stručnog kadra bitno poboljšalo pridolaskom većeg broja liječnika, apotekara, studenata medicine i farmacije i dr., a pribavljene su i znatne količine sanitetskog materijala iz ratnog plijena, dobavkama iz gradova i jačanjem vlastite proizvodnje. Na osnovi podataka iz toga vremena dobiva se povoljna slika o kadrovskoj popuni sanitetske službe, uz napomenu da je sanitet u četama i bataljonima bio i nadalje najslabija karika sanitetske službe.⁹² Referenti saniteta divizija bili su liječnici (ponegdje iskusniji studenti medicine). Svaka divizija imala je mobilnu kiruršku ekipu, pretežno s kvalificiranim kirurgom na čelu. Divizijske prihvatne bolnice vodili su liječnici, apoteke magistri ili studenti farmacije. Osnovane su i divizijske zubne stanice. Referenti saniteta brigada bili su liječnici ili češće studenti medicine, a i vrlo iskusni bolničari (sanitetski pomoćnici). Čine se napori da bi se popunjavale bolničarske jedinice, uspostavile higijenske ekipe u brigadama i higijeničari u bataljonima s improviziranom opremom (partizanska burad).

Takva kadrovska osnovica, raspoloživa materijalna sredstva (uključujući i podosta motornih vozila) i ostvarenje Statutom predviđenih struktura (s različitim stupnjem popunjenosti) na svim razinama divizijske organizacije činili su realnu pretpostavku sposobnosti sanitetske službe da uspješno djeluje na preventivnoj zaštiti, sprečavanju zaraza i zbrinjavanju ranjenika i bolesnika i da time pruža svoj doprinos očuvanju borbene sposobnosti jedinica.

U operativnim jedinicama nije bilo zapaženijih odstupanja od osnovnog obrasca organizacije sanitetske službe, pa stoga ni bitnih razlika u tom pogledu. Neizbježne nejednakosti u uvjetima vođenja borbi, u popuni stručnim kadrovima, u uvjetima oslonca na teritorijalnu sanitetsku službu, u sposobnosti i iskustvu štabova i referenata saniteta, odnosu štabova prema zadacima zdravstvene zaštite i dr. bile su razlogom javljanja razlika i nejednakosti u veličini i načinu upotrebe pojedinih segmenata službe, npr. u razvijenosti preventivnih organa, u veličini i načinu upotrebe divizijske bolničarske čete, popuni četa i bataljona bolničarima i nosiocima ranjenika itd. Zato je razumljivo što je i pri bitno istovjetnom konceptu službe dolazilo do razlika u pojedinostima organizacije pa i uspjesima djelovanja sanitetske službe operativnih jedinica.⁹³ Tako su npr. bolničarske čete u slavonskim divizijama i brigadama bile vrlo dobro razvijene i kadre da, u duhu utvrđenih širih indikacija evakuacije u teritorijalne bolnice, uspješno obavljaju obimnu evakuaciju u solidno razvijenu teritorijalnu bolničku mrežu. Zato se ondje nije morale inzistirati na stvaranju jačih divizijskih bolnica, dok su divizije operirale na svom terenu. Jedinice na područjima južno od Save, uključujući i Dalmaciju (s izuzetkom 26. divizije) morale su zbog premalih kapaciteta teritorijalnih

⁹¹ Isto, dok. 14, str. 35.

⁹² Isto, dok. 33, str. 80.

⁹³ I. Kralj, *Lij. vjes.*, 101 : 656, 1979.

bolnica zadržavati veći broj ranjenika i bolesnika u divizijskim bolnicama, te su zato one bile slabije pokretne.⁹⁴

Da bi dostignute kadrovske popune i materijalno-tehnička opremljenost mogle davati željene učinke bilo je nužno prevladavati razne organizacijske slabosti. One su se očitovale, npr., u nepravilnostima rasporeda bataljonskih i brigadnih previjališta (stavljana su preblizu ili predaleko od borbenih položaja, po strani od pogodnih puteva, na ugroženim mjestima itd.), neažurnosti i neusklađenosti njihovog premještanja u toku operacije, nedovoljnoj obaviještenosti sanitetskih organa o razvoju operacije i dr. Posljedice takvih slabosti ispoljavale su se u neprimjerenom korištenju stručnih snaga, zakašnjanju medicinske pomoći i uopće u nedovoljnoj djelotvornosti službe.

Korijeni tih slabosti morali su se otklanjati akcijama u dva smjera: obrazovnim radom sa sanitetskim rukovodiocima radi boljeg ovladavanja organizacijom službe i zatim utjecajima na štabove jedinica kako bi s više razumijevanja sanitetskih problema i uz bolju suradnju sa svojim referentima saniteta rješavali pitanja sanitetske službe. Od većeg su značenja u tom pravcu bila nastojanja i intervencije sa nivoa štabova korpusa.⁹⁵

Ali poboljšanja službe otklanjanjem slabosti te vrste više nisu bila dovoljna za adekvatno djelovanje u uvjetima složenijih korpusnih operacija. Pokazala se nužnom dogradnja Statutom propisane strukture sanitetske službe, kao i izvjesne modifikacije dotad uobičajenih organizacijskih postupaka. Divizijska kirurška ekipa, prateći jedinice i prinuđena da se i u toku same borbe više puta premješta, nije bila u mogućnosti da osigura neophodni minimum postoperativnog mirovanja težim ranjenicima. Teritorijalne bolnice bile su udaljene, a ni divizijske prihvatne bolnice često nisu mogle biti neposrednim osloncem ekipi jer su, zadržavajući veći broj ranjenika (zbog premalih kapaciteta teritorijalnih bolnica), bile slabo pokretne i ostajale duže vrijeme na istom mjestu, a jedinice su često vodile borbu na većoj udaljenosti odatle.* U svakom slučaju, divizijske bolnice nisu se nikad po svojoj pokretljivosti mogle izjednačiti s kirurškom ekipom. U teži su položaj zapadali referenti saniteta divizija, naročito pri akcijama divizije u većoj udaljenosti od »svog« operativnog područja, jer su osim brige o evakuaciji unutar divizije morali voditi računa i o transportiranju ranjenika u udaljene pozadinske bolnice, pri oskudici potrebnog ljudstva i transportnih sredstava. Iz tih se razloga već u ranoj jeseni 1944. god. osnivaju korpusne kirurške ekipe i uz njih manji stacionar za privremeni boravak težih ranjenika, dok su divizijske kirurške ekipe sada bile uglavnom oslobođene toga zadatka, a i divizijske prihvatne bolnice postaju pokretljivije, jer su u toku ljeta i jeseni 1944. godine znatnije uvećani kapaciteti teritorijalnih bolnica.⁹⁶ Osnovane su i korpusne bolničarske čete s osnovnim zadatkom

⁹⁴ I. Kralj, Zbornik ZLH, str. 90.

⁹⁵ Dobar primjer takve intervencije predstavlja raspis štaba 4. korpusa od 30. XII 1943. god. (Zb. Sn. sl., knj. 6, dok. 52, str. 94) i štaba 6. korpusa od 2. III. 1944. (Zb. Sn. sl., knj. 3, str. 364–366).

* Vidi: Hronike, II sv., str. 620–621 (dr Župan).

⁹⁶ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 57, str. 218–221.

evakuacije ranjenika iz divizija u korpusne kirurške ekipe i pozadinske bolnice.⁹⁷

Posljednja modifikacija strukture saniteta divizije nastupa tek u travnju 1945. godine uvođenjem formacije medikosanitarnih bataljona kao jedinice koja obuhvaća sve tadanje i novoformirane sanitetske dijelove divizijskog nivoa.

Uz zbrinjavanje ranjenika i bolesnika stalan zadatak saniteta operativnih jedinica bilo je provođenje higijenskih mjera i sprečavanje, odnosno suzbijanje zaraza, u prvom redu pjegavca, osobito u kritičnim sezonama 1943/44. i 1944/45. godine. U posljednjoj je zaprijetila ozbiljna opasnost većih epidemija, do kojih ipak nije došlo, iako se javio povećani broj oboljelih u vojsci i među stanovništvom. Za borbu protiv zaraza jedinice su raspolagale organima i opremom koji su u načelu utvrđeni Statutom. Uvedena je i funkcija korpusnog i divizijskog epidemiologa, u sastavu korpusne bolničarske čete formiran je i higijeničarski vod, a ostvarena je i bolja snabdjevenost pojedinim sredstvima, kao što su vakcine protiv pjegavca i trbušnog tifusa, insekticidni prašak i dr. Uz to su već postojale i mogućnosti korištenja raskužnih stanica izgrađenih u većem broju širom oslobođenog teritorija.

Ukratko ocrtani oblici izobrazbe i usavršavanja kadrova i osobna iskustva stjecana u brojnim borbenim okršajima jedinica i u praksi borbe sa zarazama pridonosili su neprekidnom progresu službe. Nije se ipak moglo pretpostaviti, niti bi to praksa mogla potvrditi, da je dostiživ definitivni domet djelotvornosti koji bi se stalno ostvarivao na osnovama jednom stečene rutine i uhodanog automatizma djelovanja. Neprestano uključivanje novih kadrova u rad, evolucija prirode vojnih operacija i organizacije sanitetske službe, kao i pojava novih dostignuća u medicini nisu dopuštali stagnaciju u obrazovnoj djelatnosti. Zato je, npr., još i u posljednjim danima rata Sanitetsko odjeljenje Glavnog štaba davalo usmene i pismene upute o organizacijskim i stručnim pitanjima sanitetske službe i brinulo se o raznim tečajevima za izobrazbu i usavršavanje kadrova.

Teritorijalne sanitetske ustanove

Na svim dijelovima teritorija, gdje god su postojali ili mogli biti ostvarivani makar minimalni uvjeti sigurnosti i podrška naroda, osnivale su se sanitetske ustanove i postrojenja kao nužni oslonac operativnih jedinica koje su zbog svoje pokretljivosti morale ograničiti dimenzije svojih sanitetskih struktura. Osnivale su se teritorijalne bolnice i oporavilišta, apoteke, raskužne stanice, sanitetske škole, tkaonice zavoja, organizirala se izrada instrumenata, udloga i ostalog pribora itd. Pojedine od tih ustanova nastajale su već od prvih dana da bi naročito u drugoj polovici 1942. godine došlo do jačeg razmaha njihovog razvoja. One se izrazitije organizacijski povezuju u teritorijalnim okvirima i u nadležnosti koman-

⁹⁷ Isto, dok. 59, str. 235 i dok. 60, str. 236.

di područja, čije osnivanje u Hrvatskoj otpočinje već u rujnu 1942. godine. Puni svoj razvoj, s obilježjem jedinstvenog regionalnog kompleksa, doživljavaju nešto kasnije u organizaciji korpusnih vojnih oblasti (KVO). Tada je već mogao biti ostvaren širini zadataka primjereni visoki stupanj funkcionalne polivalentnosti teritorijalne sanitetske službe. Na tom putu razvoja, potpomognutom izdašno od cjelokupne partizanske sredine, osnovni je pravac bio trasiran i nizom regulativnih akata Glavnog štaba i njegovog Sanitetskog odjeljenja. Ukazujemo samo na nekoliko njih koji su imali najveće značenje.

Navedeno je već prije naređenje Glavnog štaba od 7. XII 1942. kojim se određuje osnivanje vojno-partizanskih bolnica (VPB) komandi područja. Poremećaji uzrokovani 4. neprijateljskom ofenzivom i neke druge okolnosti izazvale su na početku ljeta 1943. izvjesne organizacijske preinake, kojima su donekle sužene nadležnosti komandi područja u odnosu na bolnice. Međutim 21. XI 1943. godine SOGŠ izdaje »Uput za organizaciju vojnog saniteta u pozadini« kojim se ranije nadležnosti komandi područja vraćaju i dopunjuju. Osnovan je zdravstveni odsjek pri komandi područja, kao savjetodavni organ komande za sva sanitetska pitanja na njenom teritoriju. Na čelu odsjeka je liječnik — zdravstveni referent područja, kome je ovaj put i formalno određen širi djelokrug od onog koji je ranije bio naznačen za upravnika VPB komande područja.⁹⁸ Od tada se zdravstveni referenti područja, po sili svojih obveza, sve više ispoljavaju kao inicijatori razvoja svih grana službe na teritoriju svoga područja, ne ograničavajući se samo na djelokrug bolničke službe. Privremenim propisom o bolničkoj službi u korpusnim oblastima NOV Hrvatske (SOGŠ, 20. IV 1944) prvi put se i formalno s nivoa Glavnog štaba proklamiralo funkcionalno jedinstvo bolničke službe na čitavom teritoriju KVO. Određeno je diferenciranje bolnica na područne i oblasne i dana njihova načelna struktura, pri čemu je oblasna (po jedna na svaku KVO) najrazvijenija, imajući sva najvažnija specijalistička odjeljenja, a za područne (jedna za svako područje) predviđa se da imaju bar kirurško, interno-zarazno odjeljenje i oporavilište.⁹⁹

U okviru naređenja Glavnog štaba od 4. VI 1944. o provođenju higijenskih mjera određeno je također da »pri svakoj komandi područja i komandi mjesta ima da se izgradi po jedna raskužna postaja sa kupatilom, uredajima na depedikulaciju i raskuživanje i stanicom za liječenje svraba«. ¹⁰⁰

Uputom o korištenju zemunica za sklanjanje ranjenika (SOGŠ, 15. VI 1944) ponovo se utvrđuje izrada tih objekata kao obaveznog elementa u sistemu zbrinjavanja ranjenika, o čemu treba voditi računa pri izgradnji bolnica.¹⁰¹

Uputom SOGŠ-a od 10. VIII 1944. uspostavlja se funkcija zdravstvenih nadzornika pri komandama područja, kao posebnih nadzornih i savjeto-

⁹⁸ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 20, str. 35–39.

⁹⁹ Isto, dok. 37, str. 71.

¹⁰⁰ Isto, dok. 40, str. 87–93. Ovo isto bilo je određeno već i ranije, tj. 7. XII. 1943, na osnovi naredbe Vrhovnog štaba.

¹⁰¹ Isto, dok. 44, str. 114–118.

davnihi organa komandi u pitanju provođenja higijenskih i protivepidemijskih mjera.¹⁰²

U siječnju 1945. godine, SOGŠ raspisuje nastavni plan i program korpusnih kursova za sanitetske podoficire.¹⁰³

Uz te bilo je i niz drugih regulativnih akata, na primjer ponovljena (i proširena) uputa o ocjeni sposobnosti za vojnu službu, o apotekarskoj službi, o osnivanju korpusnih bolničarskih četa, provođenju fiskulture u vojsci itd., kojima se podsticao i regulirao razvoj postojećih djelatnosti i pokretale nove, nametnute zahtjevima vremena.

U okvirima i u duhu općih direktiva i naređenja Vrhovnog štaba, Glavnog štaba Hrvatske i njihovih sanitetskih odjeljenja svaka je zona (korpusna vojna oblast) razvijala i regulirala službu u ovisnosti o općim uvjetima i mogućnostima. Treba imati u vidu da se na svim teritorijima Hrvatske sve do početka svibnja 1945. godine (u Dalmaciji do pred kraj 1944. god.) vodio žestoki partizanski rat u pozadini neprijateljeva strategijskog fronta, te su opće vojne okolnosti u svakoj oblasti bile podložne češćim izmjenama. Zato je i sanitetska služba, iako se njen razvoj odvijao u biti kontinuirano u skladu s općim smjernicama, imala ne malih oscilacija u pogledu svojih dimenzija, teritorijalne rasprostranjenosti, težišta i načina djelovanja. Nejednakosti u prirodi uvjeta među pojedinim oblastima očitovale su se u širem rasponu između relativno pogodne situacije i takvog stanja kada gotovo nije bilo mogućnosti razvijanja bilo kakve stabilnije osnove za teritorijalnu sanitetsku službu. Zato i vremenski slijed događaja u razvoju nije mogao biti podjednak za sve oblasti.

Kronološki gledano, za razvoj teritorijalne sanitetske službe u Hrvatskoj povoljnije su okolnosti, globalno uzevši, bile u razdoblju od sredine ljeta 1942. do početka 1943. godine, zatim ljeto i ranija jesen 1943, te period od ljeta 1944. godine do kraja rata. U ostalim periodima razvoj i djelovanje službe bili su zbog pojačane neprijateljske aktivnosti šireg opsega i jačih prodora na oslobođeni teritorij, uz pustošenja naselja i materijalnih dobara, znatno teži. Dakako, oštre granice između »povoljnih« i »nepovoljnih« situacija nikad nije bilo. Četvrta neprijateljska ofenziva i velika epidemija pješavca u prvoj polovici 1943. godine uzrokovala su znatnije poremećaje službe u Baniji, Kordunu, Lici, Dalmaciji, pa i Slavoniji, i u nekim je područjima proteklo prilično vremena do ponovnog uspostavljanja već prije ostvarene organizacije. Potkraj 1943. godine, nakon veće ekspanzije službe u Dalmaciji s otocima, te u južnim i sjeverozapadnim dijelovima Hrvatske, jake njemačke i kvislinške snage dubokim prodorima na oslobođena područja i uspostavljanjem većeg broja garnizona, uz grčevitu obranu komunikacija uspjele su, naročito u Dalmaciji i u Hrvatskom primorju, suziti teritorijalnu osnovicu NOV, a učiniti je nesigurnijom u Hrvatskom zagorju i na Kalniku te izvršiti velika pustošenja na Kordunu i Baniji.¹⁰⁴ Time je i sanitetskoj službi, za duže ili kraće vrijeme, otežan položaj u tim krajevima.

¹⁰² Isto, dok. 49, str. 171–176.

¹⁰³ Isto, dok. 73, str. 295–305. Formiranje i održavanje ovih kursova određeno je još u travnju 1944. Ovaj put propisan je jedinstveni plan i program za te kursove u svim korpusima.

¹⁰⁴ VE, knj. 3, str. 524.

Za prevladavanje teškoća u takvim kritičnijim situacijama, kao i za brži progres pri povoljnijim okolnostima bila je značajna i pokretljivost službe, tj. njena manevarska sposobnost. Ona joj je olakšavala uspješno prilagođavanje nastalim prilikama. Prostorni okviri manevriranja uglavnom su se podudarali s teritorijalnim dimenzijama operativne zone (KVO). Općevojna i sanitetska rukovodstva bila su silom prilika prinudena, a zapravo i obavezna i u tim pitanjima na veći stupanj autonomnosti, a prostorne dimenzije njihovih oblasti omogućivale su da se ta samostalnost uvelike i ostvaruje. Pri tome je ipak često postojala i uzajamna međuregionalna (međuzonska, međuoblasna) pomoć i podrška kad god je to situacija zahtijevala, pri čemu je dolazila do izražaja i koordinativna funkcija Glavnog štaba i SOGS-a.

Usporedo s osnivanjem pojedinih korpusa rasformirani su štabovi zona, a taj je proces dovršen na početku 1944. godine, kada su uz već ranije osnovani 4, 6, i 8. korpus, formirani također 10. i 11. korpus i komande korpusnih vojnih oblasti.¹⁰⁵

Tome je slijedilo i definitivno funkcionalno povezivanje i usklađivanje teritorijalne i trupne komponente sanitetske službe pod neposrednim rukovodstvima sanitetskih odjeljenja štabova korpusa, što je bio jedan od preduvjeta daljnjeg napretka službe u cjelini. Vojna oblast predstavljala je teritorijalnu osnovicu na kojoj se razvijao kompleks sanitetskih ustanova u skladu s potrebama operativne vojske.

Do kraja 1944. godine na oslobođenim teritorijima Hrvatske razvilo se i uredilo nekoliko stotina raznih teritorijalnih sanitetskih ustanova i postrojenja. Iako je u tom broju bilo u svemu nešto više od pedeset bolnica (bez divizijskih i brigadnih), ipak su one svojim značenjem i angažiranjem komandi i narodnih vlasti, kao i stručnih kadrova i sredstava, davale najvažniji pečat teritorijalnoj strukturi sanitetske službe. (Po oslobođenju Dalmacije ukupni se broj bolnica znatnije povećao.)

Broj bolnica, njihov raspored, dimenzije, lokacije, opremljenost, stabilnost, trajnost itd. bili su ovisni prije svega o potrebama operativne vojske i uvjetima sigurnosti. Zato su među njihovim obilježima istaknuto mjesto imali rastresit raspored, relativno manji kapaciteti, skrovitiji smještaj, određeni stupanj pripravnosti za pokret i dr. Smještale su se bilo po naseljima u dubini slobodnog teritorija ili u posebno izgrađenim objektima u planinskim i šumskih skrovitijim predjelima, s više ili manje tajnosti lokacije i posebnim režimom pristupa. Pitanje sigurnosti bolnica imalo je, naročito s gledišta održavanja morala vojske i naroda, prvostepeno značenje. Po svim krajevima neprijatelj je težio da pronalazi bolnice, uništavao ih kad bi ih pronašao i ubijao ranjenike i osoblje, ako bi se zatekli u bolnici.

Uz navedene mjere, bolnice i ranjenici štice su i oružanom obranom vlastitih stražarskih, a također i većih operativnih jedinica, kao i premještanjem bolnice u drugi predio. Korišteno je u većoj mjeri i skrivanje ranjenika u posebno uređena podzemna skloništa, što je uspješno primjenjivano

¹⁰⁵ Isto, str. 524–525. Terit. okviri pojedinih KVO bili su ovi: KVO 4. korpusa obuhvaćao je Kordun, Baniju, Zumberak, Pokuplje i Turopolje; 6. korpusa – Slavoniju; 8. korpusa – Dalmaciju s otocima; 10. korpusa – sjeverozap. Hrvatsku; 11. korpusa – Liku, G. kotar, Hrv. primorje s kvarnerskim otocima i Istru.

najprije u Kordunu (Petrova gora), a kasnije i u ostalim krajevima, naročito u Slavoniji.

Da bi se udovoljilo zahtjevima zaštite, a također i rastresitog rasporeda bolnica, ne samo iz razloga sigurnosti već i zato da bi, razmještene na širokom prostoru, mogle biti nadohvat operativnim jedinicama sa svih operativnih pravaca, trebalo je često zadovoljiti se i veoma primitivnim i neudobnim uvjetima smještaja, kada se u određenom rajonu ništa povoljnije nije moglo naći. To su često bile male zemunice, improvizirane nadstrešnice i kolibe, smještaj u zabiti do kojeg je svaki transport vozilima uzrokovao teže patnje za ranjenike. Veliki je put bio prijeđen od takvih uvjeta smještaja u dubini šuma, u zaseocima s ukućanima i u raznim seoskim objektima itd., pa do većih javnih zgrada i korištenja udobnog smještaja u većim naseljima. Pogriješili bismo međutim ne spomenuvši da je već i u drugoj polovici 1942. godine bilo izgrađeno i uređeno u šumama nekoliko dobro izvedenih i opremljenih bolničkih objekata (npr. u Bijelim potocima na Plješevici u Lici), a smještavane su bolnice već i tada i u takvim naseljima kao što su npr. Slunj, Korenica, Rakovica i dr. Teškoće smještaja ranjenika i bolesnika zbog nedovoljnih bolničkih kapaciteta, usprkos neprekidnoj izgradnji novih objekata i uređivanju smještaja u pogodnim zgradama pojedinih naselja, bile su počev od jeseni 1943. godine sve veće. Postojalo je još jedno bitno ograničenje većeg širenja kapaciteta: prevelika koncentracija ranjenika i bolesnika na bilo kom području nije se smjela dopustiti. Sretna okolnost bila je mogućnost evakuacije ranjenika i bolesnika na saveznički teritorij u Italiji, koja se počela primjenjivati od kasnije jeseni 1943. godine a obavljala se brodovima i avionima. Od studenog 1944. godine počinje evakuacija u oslobođenu Dalmaciju, a zatim i u Vojvodinu i Beograd iz krajeva koji su se još nalazili u neprijateljevoj pozadini. U svemu, iz svih krajeva Hrvatske gdje god i dokle god se živjelo i djelovalo u partizanskim uvjetima evakuirane su navedenim putevima do kraja rata tisuće ranjenika i bolesnika.

U kraćoj skici prikazat ćemo najvažnija obilježja stanja i razvoja teritorijalne sanitetske službe u pojedinim krajevima Hrvatske.

Povoljne prilike na terenu *Like, Korduna i Banije* u jesen 1942. i na početku 1943. godine (do 4. neprijateljske ofenzive) bile su korištene da se na oslobođenim krajevima tog dijela Hrvatske već tada razvije mreža sanitetskih ustanova, za kakvu još u ostalim predjelima u to vrijeme nije bilo mogućnosti. Osnovano je oko 20 bolnica, odnosno bolničkih odjeljenja (s oko 1150 postelja), organizacijski objedinjenih u tri vojno-partizanske bolnice (u Lici VPB br. 3, u Kordunu VPB br. 4, u Baniji VPB br. 5). To je bilo operativno područje Prvog (kasnije preimenovan u 4) hrvatskog korpusa u čijem su sastavu bile tri divizije (6. lička, 8. kordunaška, 7. banijska) i tri partizanska odreda s ukupno 10.167 boraca.¹⁰⁸ Organizacijska povezanost i koordinirano borbena djelovanje na tom prostoru bilo je praćeno i određenim oblicima koordinacije sanitetske službe: usklađenost djelovanja trupne i teritorijalno sanitetske službe, jedna kirurška ekipa služila je potrebama jedinica i bolnica na svem tom prostoru, osnovane su za zajedničke potrebe dvije veće apoteke (u Slunju i Korenici),

¹⁰⁸ VE, knj. 2, str. 282.

zajednička škola (tečaj) za bataljonske bolničare i tkaonica prvih zavoja na deset razboja u Korenici.¹⁰⁷

U Gorskom kotaru središte razvoja sanitetske službe bio je Drežnički kraj, gdje se još na početku proljeća 1942. godine uspostavlja bolnička i ambulantska služba za potrebe jedinica tadašnje Pete operativne zone (Gorski kotar, Hrvatsko primorje, Istra). Nakon početnih teškoća u 1942. godini i nekoliko preseljavanja prvobitnog stacionara, na početku 1943. godine izgrađivani su veći bolnički objekti u šumi iznad sela Vukelići. Imajući veće kapacitete (170 postelja) i dobro uređena, ta je bolnica, pod imenom VPB br. 7 (ranije VPB br. 6) postojala sve do veljače 1944. godine, kada je morala biti napuštena a njene su zgrade bile uništene.¹⁰⁸

Na teritoriju Žumberka mogli su se uspostavljati tek manji privremeni stacionari po naseljima s češćim premještanjem i evakuacijom ranjenika u Kordun. Kasnije je korištena i veća baraka građena u listopadu 1942. u šumi kod sela Sošice.¹⁰⁹ Naredbom komandanta 2. operativne zone od 29. XII 1942. osnovana je na teritoriju komande Žumberačkog područja »glavna bolnica«.¹¹⁰

U toku 4. neprijateljske ofenzive (»operacija Weiss«), koja je počela 20. I 1943. godine, privremeno su izgubljeni pojedini dijelovi oslobođenog teritorija u Baniji, Kordunu, i Lici. Evakuirane su i prekinule s radom bolnice u Baniji i Kordunu osim centralne bolnice u Petrovoj gori koja se, zadržavši oko 70 ranjenika i nužno osoblje, sklonila u zemunice, u kojima je i ostala oko 60 dana. Oko 500 ranjenika i bolesnika evakuirano je u Liku, ali ni tu nisu, zbog jakog pritiska neprijatelja, mogli svi da se zadrže, pa ih je znatan broj već na početku veljače u pet grupa evakuiran u Bosnu, a ubrzo u tri kolone i u Gorski kotar u drežničku bolnicu. U Bosnu je s evakuiranim ranjenicima i bolesnicima i sa 7. banijskom divizijom, koja je uključena u Operativnu grupu Vrhovnog štaba, krenuo i veći broj zdravstvenih radnika, a među njima i nekoliko liječnika od kojih se većina više nije ni vratila.¹¹¹

Drežnička bolnica nije bila jače pogođena neprijateljskim akcijama u 4. ofenzivi. Ali, primivši oko 200 ranjenika i bolesnika iz Like, a još u siječnju oko 30 teških ranjenika iz Žumberka, našla se u težem položaju te je moralo biti otvoreno nekoliko novih odjeljenja na terenu Gorskog kotara i Primorja. Iz Like je s bolesnicima unesen i pjegavac. Porazboljevalo se osoblje bolnice i liječnici, od kojih su dvojica i umrla.¹¹²

U Žumberku je borbena suradnja hrvatskih i slovenskih partizana imala svoj odraz i na sanitetskom polju, te je 20. II 1943. osnovana zajednička vojno-partizanska bolnica.¹¹³ Okolnosti su neko vrijeme pogodovala radu

¹⁰⁷ I. Kralj, Zbornik ZLH, str. 80–83.

¹⁰⁸ Hronike, II sv., str. 424–429 (dr E. Vajs) i str. 511 (dr. M. Forenbaher); Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 59, str. 177.

¹⁰⁹ Dr C. Albahari, »1941, 1942. u svjedočanstvima učesnika NOB«, knj. 25, str. 401–408.

¹¹⁰ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 87, str. 362.

¹¹¹ IVMNID, Inv. br. 64 H, i I. Kralj, Zbornik ZLH str. 84–85.

¹¹² Hronike, II sv., str. 426–429 (dr Vajs).

¹¹³ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 87, str. 362.

bolnice, ali je već potkraj ožujka morala napustiti Žumberak zajedno s ranjenicima i bolesnicima, među kojima i 80 nepokretnih. Kretala se volovskim zapregama uz zaštitu 13. proleterske brigade, te je dio pacijenata (težih) smješten na slovenskom teritoriju, a ostali su evakuirani u Kordun.¹¹⁴

Nakon teških dana 4. ofenzive uslijedila je velika epidemija pjegavca i trbušnog tifusa i najjače se razbukkala baš na područjima Banije, Korduna i Like. Trebalo je, uz masovno poduzimane preventivne mjere, na brzu ruku uređivati brojne stacionare za izolaciju, liječenje, a zatim i oporavak bolesnika. To je bilo utoliko teže što je neposredno prije toga ugašena većina dotadanih bolničkih kapaciteta, te su bile ograničene mogućnosti brzog uređenja smještaja i osiguranja ishrane pacijenata i dr., a i bolničko se osoblje većinom porazboljevalo. Loše stanje nekih stacionara i teškoće provođenja preventivnih mjera bili su neizbježna posljedica takvih okolnosti.¹¹⁵

U toku proljetnih neprijateljskih akcija spaljen je i bolnički šumski objekt u Žumberku, pošto su ranjenici već prije toga evakuirani. Bolnica se tada organizirala po selima općine Radatović, sa smještajem u seoskim kućama.¹¹⁶

Druga polovica 1943. godine, a naročito razdoblje poslije kapitulacije Italije obilježeno je brzim usponom svih komponenata NOP-a na političkom i vojnom planu, jačanjem NOV i oslobađanjem novih teritorija u svim krajevima Hrvatske. Pridolazak većeg broja zdravstvenih radnika na oslobođeni teritorij i dobavljanje većih količina lijekova i sanitetske opreme omogućili su da brzo jačanje oružanih snaga bude praćeno i odgovarajućim razvojem sanitetske službe. Nastali su povoljni uvjeti i za širenje bolničkih kapaciteta i veću stabilnost bolnica.

Banija, Kordun, Lika, i Gorski kotar i Hrvatsko primorje povezuju se u kontinuirani slobodni teritorij i na tom prostoru djeluju jake operativne snage 4. korpusa.¹¹⁷

Sanitetska služba u Lici, Kordunu i Baniji nije se poslije pretrpljenih udara u prvoj polovici 1943. mogla brzo i lako oporaviti. Ipak je već u kolovozu bilo na tom terenu 11 bolnica.* Proradile su ubrzo i neke druge ustanove: ambulante, apoteke, dvije tkaonice zavoja i dr. Bolnice su najvećim dijelom bile smještene u naseljima. Gotovo sve vodili su liječnici, a nekoliko njih kirurzi. U Gorskom kotaru i Hrvatskom primorju, uz drežničku, mogle su sada da se organiziraju nove bolnice, s djelomičnim korištenjem gradskih, u Senju, Kraljevici, Delnicama, Mrkoplju,

¹¹⁴ Isto, knj. 2, dok. 191, str. 536.

¹¹⁵ Đ. Zatezalo, Narodna vlast na Kordunu, Baniji i Lici 1941–1945, Hist. arhiv u Karlovcu, Monografija 4, 1978, str. 180–196 i J. Perin, Lij. vjes., 101–663, 1979.

¹¹⁶ V. Lipovčak, B. Zajšek, Neobjavljeni zapis.

¹¹⁷ VE knj. 2, str. 282.

* Naredenjem SOGŠ-a u lipnju 1943 (Zb. Sn. sl., knj. 5, str. 14) raspuštene su u lipnju ranije uprave područnih VPB na tom terenu, te svako odjeljenje postaje samostalnom bolnicom s vlastitom šifrom naziva. Tako je ostalo sve do travnja 1944, do novog propisa SOGŠ-a o bolničkoj službi.

Sušici i Stajnici. Ipak su one, osim drežničke i senjske, morale u toku jeseni, uslijed nadiranja Nijemaca, biti napuštene.¹¹⁸

Žumberačka partizanska bolnica produžila je s radom uglavnom neome-tano sve do pred kraj listopada (s jednim kraćim prekidom 25. VII do 1. VIII kada se zbog napada Talijana morala privremeno povući). Poslije kapitulacije Italije proširuje kapacitete, koristeći se pogodnijim uvje-tima smještaja u pojedinim selima. Međutim 21. X 1943. ona se, uslijed jakog napada Nijemaca, pokreće odatle s oko 200 pacijenata i probijajući se teškim i opasnim putevima, djelomično uz zaštitu 13. proleterske bri-gade, stiže 27. X u Turopolje i zatim u Kordun. Ali već prvih dana studenog osoblje se vraća i ponovo uspostavlja bolnicu na ranijoj loka-ciji.¹¹⁹

U toku jeseni na područjima južno od Save, zbog intenzivnijih borbi s većim brojem ranjenika i zbog povećanog razboljevanja, sve više raste pritisak na bolničke kapacitete. Naročito se pogoršala situacija u pro-sincu, kada su zbog njemačke ofenzive (operacija »Panter«) evakuirane sve banijske bolnice, a također i bolnica iz Zbjega u Kordunu. Iako je u tom razdoblju evakuirano brodovima u Italiju iz tih krajeva više od 300 ranjenika i bolesnika, teško se u tim zimskim mjesecima prevladavala kriza smještaja za neophodne bolničke kapacitete, naročito u Baniji. Uz krajnje napore u toku siječnja i veljače 1944. godine dostignut je ipak broj od sedam bolnica u Kordunu i pet u Baniji. U proljeće te godine i kasnije s više se uspjeha i nešto mirnije razvija teritorijalna sanitetska služba na glavnim područjima 4. korpusa. Centralni položaj u vojnoj obla-sti tog korpusa imalo je kordunaško područje i u njegovim se teritorijalnim okvirima razvija oblasna vojna bolnica. Planski se izgrađuju novi bol-nički objekti po strani od komunikacija i zemunice uz svaku bolnicu, pošto su se u daljnjem toku događaja očekivali teži okršaji duž svih važ-nijih komunikacija. Relativno najveći napredak u tome pogledu ostvaren je u banijskom području.¹²⁰

Teren Korduna nije služio samo kao osnovica razvoja oblasne bolnice. Periferniji dijelovi oblasti bili su češće izloženi upadima neprijatelja pa su, npr., iz Žumberka, Pokuplja i Cazinske krajine (bihačko područje bilo je u sastavu vojne oblasti 4. korpusa) dopremani ranjenici u većem broju na Kordun. Pojedine bolnice, odnosno odjeljenja VPB turopoljsko-pokup-skog i bihačkog područja, nalazile su se duže vrijeme na kordunskom teri-toriju. Primane su također veće grupe ranjenika iz Like i Gorskog kotara. Bili su ponekad sve do kraja rata uznemirivani i centralni dijelovi obla-sti. Utoliko je teže bilo osigurati potreban smještaj pri velikoj navali ranjenika i bolesnika. Znatnu olakšicu predstavljala je evakuacija avio-nima u Italiju u ljetu i jeseni (više od 950 do kraja rujna 1944. go-dine),¹²¹ a kasnije u definitivno oslobođenu Dalmaciju. Usprkos svim teškoćama, na tom prostoru, gdje su operirale jake snage 4. korpusa, razvila se impozantna bolnička mreža s izdiferenciranim medicinskim profilima i širim mogućnostima zbrinjavanja ranjenika i bolesnika. U

¹¹⁸ IVMNID, Inv. br. H 64 i Hronike, II sv., str. 311–312 (J. Markić).

¹¹⁹ *Lipovičak, Zajšek*, navedeni zapis.

¹²⁰ *I. Kralj*, Zbornik 8, Hist. arhiv u Karlovcu, 1977, str. 546–548.

¹²¹ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 85, str. 274.

njenom je sastavu bilo potkraj 1944. godine, osim oblasne, pet područnih bolnica, s dvadesetak bolničkih odjeljenja i oko 2000 postelja.¹²²

Prostor *vojne oblasti 11. korpusa* u toku svega kasnijeg vremena, gotovo već od samog početka 1944. godine, nije pružao mogućnosti ostvarenja teritorijalno povezane osnovice sanitetske službe. Linijom neprijateljskih uporišta bio je onemogućen unutrašnji manevar ranjenicima u granicama teritorija korpusne oblasti. Veza između Gorskog kotara i Hrvatskog primorja s Likom bila je moguća samo preko Korduna, tj. teritorija 4. korpusa, a veoma je teška bila veza Istre s Gorskim kotarom. Opustošena razorena i osiromašena naselja, osobito u Lici, jedva su pružala minimalne uvjete za razvijanje bolnica. Uz to su učestali jači prepadi i navale neprijatelja te su ranjenici u više navrata evakuirani u bolnice na teritoriju 4. korpusa, na saveznički teritorij i u Dalmaciju. U početku 1944. godine još prilično jaka bolnička baza Like postepeno sve više sužava svoju teritorijalnu osnovu da bi se u svibnju sve bolnice s ranjenicima i osobljem (u svemu njih oko 1200) koncentrirale u predjelu Srednje gore i našle se u veoma kritičnoj situaciji. Odatle se ubrzano veća grupa evakuirala preko Plješevice na Kordun, manja grupa preko Velebita u sjevernu Dalmaciju i kasnije na Vis, a preostalih 95 sklanja se u pilju gdje ostaju 10 dana i potom se smještaju u selu Krčana. Drugog lipnja uslijedio je izdajom napad četnika koji su tom prilikom ubili 34 osobe, uglavnom ranjenike, a od osoblja i dr Kajfeša.¹²³

U lipnju uspješnim akcijama NOV osigurava se u Lici prostor za osnivanje oblasne bolnice 11. korpusa s tri odjeljenja, ali već u srpnju ona je rasformirana da bi se razvila na terenu Gorskog kotara. U Lici je za potrebe 35. divizije i Ličkog područja ostala samo jedna bolnica.

U Gorskom kotaru drežnička bolnica morala je da sa 155 ranjenika napusti objekte u šumi iznad sela Vukelići. Te je objekte neprijatelj našao i spalio, a bolnica, krećući se po jakoj studeni, snijegu i teškom terenu konačno stiže i smješta se u selu Turke.¹²⁴

U Istri Operativni štab dobiva referenta saniteta, na koju je dužnost upućen student medicine Albin Šivic i otada se postepeno ostvaruje specifičan oblik teritorijalne sanitetske službe. Uspostavljen je sistem malih konspirativnih stacionara, nazvanih relejne stanice, koje su služile za prihvatanje ranjenika i bolesnika, zadržavanje na liječenju lakših i evakuaciju težih u bolnicu, koja je uređena u Kastavštini. Taj sistem »releja« i evakuacije van užeg terena Istre uspješno je funkcionirao do konačnog oslobođenja toga područja.¹²⁵

Oblasna bolnica razvijala se u toku ljeta i na početku jeseni na bazi postojećih odjeljenja dotadanje VPB Goranskog područja. Organizirana su bila sva važnija specijalistička odjeljenja odnosno službe. U studenom s oko 400 ranjenika i bolesnika premješta se i kreće preko Žumberka i

¹²² Dr I. Kralj, Sanit. sl. na području Korduna, Like, Banije, Pokuplja i Žumberka u 4. godini NOR, Hist. arhiv u Karlovcu, Zbornik 11, 1981, str. 865.

¹²³ Dr I. Kralj, Hist. arhiv u Karlovcu, Zbornik 8, 1977, str. 544–545.

¹²⁴ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 59, str. 177 i Hronike, II sv., str. 589–591 (dr A. Medanić).

¹²⁵ Dr A. Šivic, Sanit. sl. Istre za vrijeme NOR, biblioteka VSP, Beograd 1962.

Korduna, gdje ostavlja najveći dio pacijenata s dijelom osoblja, i Like u Benkovac u sjevernoj Dalmaciji, a u Gorskom kotaru ostaje VPB Riječkog područja.¹²⁶

Nakon dolaska štaba korpusa i 13. divizije na teren Like uspostavlja se, uz prihvatne divizijske bolnice i posebna VPB I i II Ličkog područja s kapacitetom oko 150 mjesta, koji se kasnije u prvim mjesecima 1945. povećavao. Potkraj 1944. i na početku 1945. godine u vojnoj oblasti 11. korpusa postojale su dvije područne i jedna oblasna bolnica s ukupnim kapacitetom oko 1100 postelja. U narednim mjesecima kapacitet se povećao za još nekoliko stotina mjesta. U sastavu tih bolnica bili su uspostavljeni propisani stručni profili. Potkraj ožujka oblasna bolnica napušta Benkovac i razvija se u Crikvenici u svojstvu bolnice 4. armije. Ranjenici i bolesnici prethodno su evakuirani u najbliže bolnice na teritoriju Dalmacije.¹²⁷

U Slavoniji su sve do sredine 1942. ranjenici zbrinjavani u nizu manjih skrovišta nedaleko pouzdanih sela na brizi odabranih mještana. Međutim već potkraj lipnja to više nije bilo moguće zbog narastanja broja ranjenika, te su se morali duboko u šumi uređivati posebni objekti. To su bile prve bataljonske i odredske »bolnice«, skromne po izvedbi i opremljenosti.¹²⁸ U toku jeseni izgrađuju se solidniji objekti. Daljnjem razvoju pogoduju povoljnije opće okolnosti. U listopadu je osnovana prva (kasnije 12) slavonska brigada, a »do kraja 1942. proširene su i međusobno povezane slobodne teritorije na Papuku, Psunju, Ravnoj Gori i Krndiji«. Osnovana je tada i 12. slavonska divizija s tri brigade.¹²⁹

Uspostavljanjem prvih komandi područja na početku prosinca potpomoćno je razvoj službe te su do kraja 1942. izgrađene četiri bolnice s nužnim objektima za ranjenike, osoblje i opsluživanje, sa po 60–80 postelja u svakoj od njih. Tada je u njima bilo oko 250 ranjenika i bolesnika, a među osobljem i tri liječnika. Planirano je također uređenje nekoliko teritorijalnih ambulanti u oslobođenim selima za zbrinjavanje lakših ranjenika i bolesnika, za rekonvalescente i za sanitarnu obradu (kupanje s dezinfekcijom odjeće) prolazećih jedinica.¹³⁰

Može se reći da se od tada sanitetska služba u Slavoniji kontinuirano razvijala, uspješno prevladavajući i pojedine nešto kritičnije situacije bez većih poremećaja sve do kraja rata. Tome je pogodovalo nekoliko značajnih okolnosti, kao što su geografske osobine terena i gotovo nikad prekinuta međusobna povezanost oslobođenih krajeva, povoljnija ekonomska baza te sredine i, što je izvanredno važno, nije se događalo da bi bilo kada teritorij bio za duže vrijeme infiltriran gustom mrežom neprijateljskih garnizona i uporišta sa čestim pretresima terena, kao što je to bilo npr. u Hrvatskom zagorju, Istri i nekim dijelovima Dalmacije. Istaknutu prednost predstavljalo je također već rano uspostavljeno jedin-

¹²⁶ Hronike, II sv., str. 599–607 (dr Medanić). U drugim izvorima navodi se 300, odnosno 333 pacijenta.

¹²⁷ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 95, str. 299; knj. 6, dok. 191, str. 473 i dok. 201, str. 564–565.

¹²⁸ G. Zarković, n. dj., str. 31–36.

¹²⁹ VE, knj. 8, str. 665.

¹³⁰ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 98, str. 312–317.

stveno rukovođenje svim komponentama službe na čitavom oslobođenom teritoriju Slavonije s nivoa štaba zone (korpusa) u osobi liječnika — referenta (načelnika) saniteta. Tako su se stekli uvjeti i mogućnosti stalnog uspona prema dugoročnijem planu koji je obuhvaćao sve važnije grane djelatnosti službe i bio ostvarivan bez bitnijih odstupanja od osnovne linije zacrtane potkraj 1942. i u prvim mjesecima 1943. godine, pretežno na osnovama vlastitog iskustva i u skladu s direktivama viših organa. Jednu od znatnijih teškoća sve do sredine 1943. predstavljala je oskudica liječnika, a tek potkraj ljeta 1943. dobiven je prvi kvalificirani kirurg. U proljetnoj ofenzivi 1943. godine, praćenoj jačom epidemijom pjegavca, neprijatelj je otkrio i spalio tri bolnice i 20 ambulanti. Teži ranjenici na vrijeme su sklonjeni, većinom u podzemne bunkere, a lakši su priključeni jedinicama. U zaraznoj bolnici na Leštatu ubijeno je 25 bolesnika.¹³¹ Na sredini svibnja formiran je 6. korpus NOVJ (u početku 1. slavonski, odnosno 2. hrvatski) s dvije divizije (12. i 28) u svom sastavu, a kasnijim uključivanjem novih jedinica njegovo brojno stanje narasta do kraja listopada 1943. na 10.775 boraca. Na kraju rata u operativnim jedinicama i vojnopozadinskim ustanovama bilo je 30.700 boraca.¹³²

Na početku ljeta 1943. korpus je raspolagao sa 10 teritorijalnih bolnica i 11 teritorijalnih ambulanti.¹³³ Do tada te bolnice nisu bile centralizirane, tj. organizacijski integrirane u duhu naredbe Glavnog štaba od prosinca 1942. Za njihovo snabdijevanje starale su se komande područja, a opći plan razvoja i stručna kontrola svake pojedine bila je u nadležnosti referenta saniteta zone (korpusa). Na početku srpnja pristupa se reorganizaciji te se formiraju četiri VPB komande područja. Istodobno se utvrđuje i plan ambulantske službe za potrebe civilnog stanovništva.¹³⁴

Ta je reorganizacija bolnica dala, prema izvještaju šefa sanitetskog odsjeka Štaba korpusa, »vrlo dobre rezultate«. Olakšala je rukovođenje i kontrolu, pridonijela povišenju stručnog rada, opremanja i snabdijevanja. U toku ljeta i jeseni 1943. produžava se, pri povoljnim općim uvjetima i nakon likvidacije niza neprijateljskih uporišta u centralnom dijelu Slavonije s oslobođenjem cijele Požeške kotline (osim Slavonske Požege), realizacija plana proširenja bolničke mreže. I nadalje se poštuje ranije zauzeti stav, respektiran i provoden do kraja rata, o izgradnji bolnica van naselja i uređenju bunkera za sklanjanje ranjenika, što se u praksi pokazalo veoma značajnim za sigurnost ranjenika i slobodnije manevriranje operativnih jedinica. Pristizanjem većeg broja zdravstvenih radnika, među kojima i nekoliko kirurga, omogućen je daljnji progres i na stručnom polju. Do veljače 1944. godine povećan je broj VPB na šest s ukupno 21 odjeljenjem, 1321 posteljom i 1039 mjesta u bunkerima. Po teritoriji osnivaju se zdravstvene stanice, ambulante, a također i prihvatne stanice za prihvatanje ranjenika pred otpremu s komunikacije u šumske bolnice.¹³⁵

¹³¹ G. Žarković, n. dj., str. 120.

¹³² VE, knj. 9, str. 494 i knj. 8, str. 667.

¹³³ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 112, str. 356.

¹³⁴ Isto, dok. 114 i 115, str. 366–369.

¹³⁵ Zb. Sn. sl., knj. 3, dok. 186 i 191, str. 323 i 335–338.

U proljeće 1944. bile su neke bolnice napadnute iz zraka. U ofenzivi 27. IV —10. V neprijatelj je jakim snagama prokrstario veliki dio slobodnog teritorija, opljačkao, popalio i uništio znatan dio objekata. Ranjenici su bili na vrijeme sklonjeni. U toku ljeta i na početku jeseni 6. korpus oslobađa više mjesta u Daruvarskoj kotlini, kao i Slavonsku Požegu, a zatim zajedno sa 10. korpusom veliki prostor u Podravini s većim mjestima — Podravskom Slatinom, Viroviticom, Pitomačom, Đurđevcem, Virjem i dr.¹³⁶ Bolnička mreža dostiže na tom prostoru u studenom i prosincu svoju kulminaciju, ostvarivši 1870 bolesničkih mjesta u oblasnoj i pet područnih bolnica (23 odjeljenja).¹³⁷

Reguliranje zdravstva za građanstvo u novooslobođenim mjestima dano je u nadležnost civilnoj zdravstvenoj službi, uz nadzor zajedno s vojnim sanitetom. Gradske bolnice nisu iz razloga sigurnosti korištene za ranjene i bolesne partizane. Osnovane su vojne garnizonske ambulante s manjim stacionarima za lakše pacijente, a korišteni su i uređaji za sanitarnu obradu, kao i termalna kupališta u Daruvaru i Lipiku. Sanitetska je služba za svoje potrebe mobilizirala izvjestan broj liječnika i ostalih zdravstvenih radnika iz tih mjesta i krajeva.¹³⁸

Kao i ranije tako je i u 1944. godini neprestano rastao pritisak sve većeg broja ranjenika i bolesnika 6. korpusa i onih koji su povremeno pristizali iz 10. korpusa. Zato je od nemale pomoći bila evakuacija 1094 ranjenika, bolesnika i invalida avionima u Italiju.¹³⁹ Potkraj prosinca 1944. snage 3. jugoslavenske armije, uz učešće jedinica Crvene armije, stvorile su i branile, uz sudjelovanje 6. i 10. korpusa, mostobran na desnoj obali Drave (Virovitički mostobran). Time je omogućeno da se od 28. XII 1944. do 11. I 1945. evakuiraju oko 1600 ranjenika i bolesnika 6. i 10. korpusa preko Drave na teritorij Mađarske i dalje u Vojvodinu.¹⁴⁰

U veljači su zbog ofenzive Nijemaca ranjenici morali biti sklonjeni u bunkere u kojima su ostali do mjesec dana. Neposredno iza toga otpočela je s aerodroma kod Daruvara evakuacija ranjenika avionima u Beograd. Tim putem evakuirano je oko 1800—2000 ranjenika 6. i 10. korpusa.¹⁴¹ Potkraj travnja otpočelo je premještanje ranjenika i bolesnika u gradske bolnice, uglavnom u Osijek.

U sjeverozapadnoj Hrvatskoj, tj. u Zagrebačkoj oblasti još i u jesen 1942. ranjenici se zbrinjavaju skrivanjem u manjim zemunicama, a sve manje u selima zbog opasnosti da budu otkriveni. Kada su u listopadu osnovani Kalnički i Moslavački partizanski odred, u njihovom su sastavu uspostavljeni i rudimentni sanitetske službe. U skromnim bataljonskim i odredskim ambulantom zadržavaju se lakši ranjenici, a za teže se uređuju manji stacionari, jedan u Moslavini a drugi na Kalniku. Posljednji, izgrađen u šumi blizu sela Osijek, bio je zapravo bajta, upola ukopana u zemlju,

¹³⁶ VE, knj. 8, str. 667.

¹³⁷ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 142, str. 441 i knj. 3, dok. 308, str. 569.

¹³⁸ Zb. Sn. sl., knj. 3, dok. 274, str. 612; Hronike, I sv., str. 80 (dr. Kiseljovskaja); Zb. Sn. sl., knj. 3, dok. 308, str. 569.

¹³⁹ I. Kralj, F. Pernuš, Neka pitanja evakuacije zračnim putem i naša iskustva za vrijeme NOB, *Vojnosanitet. pregl.*, br. 3—4, 1950.

¹⁴⁰ Hronike, I sv., str. 243—248 (J. Kocković).

dobro kamuflirana s kapacitetom za oko 20 ranjenika.¹⁴² Najstručnija osoba na tom terenu bio je student medicine Ivan Fras, referent saniteta Kalničkog odreda. Ranjenici su i sada, kao i kasnije, u više navrata evakuirani u Slavoniju, prvenstveno iz razloga gotovo neprestane ugroženosti toga terena, a zatim i zbog povoljnijih uvjeta liječenja kakvi se na tom terenu nisu mogli ostvariti.

Potkraj proljeća 1943. uredene su u šumi Borik (blizu sela Stupe) nadstrešnice za smještaj oko 40 ranjenika i bolesnika, ali upotrebljive samo u toplije vrijeme.¹⁴³

U drugoj polovici 1943. godine nastaju povoljnije okolnosti u općepolitičkom, vojnom, a zatim i u sanitetskom pogledu. Nakon dolaska Štaba 2. operativne zone iz Žumberka na taj teren formiraju se potkraj ljeta komande Moslavačkog i Kalničkog područja, jačaju organi narodne vlasti, oslobađa se relativno značajan prostor s većim mjestima kao što su Koprivnica, Novi Marof, Čazma i dr. U prosincu je formirana 32. divizija, a u siječnju 1944. godine 10. korpus sa dvije divizije (32. i 33) i dvije grupe odreda.¹⁴⁴ Pristigao je znatniji broj zdravstvenih radnika, uspostavljeni su, odnosno prošireni kanali za nabavku sanitetskog materijala iz gradova i većih mjesta, a dobivaju se sredstva i ratnim plijenom.

U kolovozu forsirano se izgrađuje na Kalniku solidnija nova bolnica za smještaj 80–90 ranjenika, sa svim neophodnim objektima i uređajima.¹⁴⁵

U toku jeseni uređuju se u Kalničkom području i drugi stacionari te su ukupni bolnički kapaciteti toga područja bili više od 150 postelja. U njima je, uz ostale, tada radilo i pet liječnika. Djelomično je korištena i gradska bolnica u Koprivnici.¹⁴⁶ U rujnu je izdajom otkrivena bolnica u Boriku i tom prilikom ustaše su ubili 13 ranjenika, a objekti su spaljeni i uništena je veća količina sanitetskog materijala.¹⁴⁷

Na moslavačkom terenu uređen je u ljetu 1943. u šumi kod sela Podgarić nešto veći od prijašnjeg improvizirani stacionar s dvadesetak ležaja, a odmah otpočinje izgradnja kompleksa bolničkih paviljona na Moslavačkoj gori od kojih se prvi sa 50–60 ležaja već u listopadu stavlja u upotrebu. Uz to, u nizu moslavačkih sela organizirane su ambulante sa stacionarima za lakše ranjenike i bolesnike.¹⁴⁸

U Hrvatskom zagorju nije uopće bilo mogućnosti ni uvjeta sve do kraja rata za razvoj bilo kakve značajnije i trajnije sanitetske baze. Komanda Zagorskog područja, formiranog potkraj ožujka 1944, čini pokušaje u tom pravcu i uspijeva osnovati tek ambulantu i stacionar s 10–15 mjesta najprije u Desiniću, odakle se premješta u predio Vinagore, ali ni tu

¹⁴² *Dr I. Fras, Dr A. Ronko*, O sanitetu Kalničkog partizanskog odreda i 32. divizije NOV, IVMNID, inv. br. H 1044.

¹⁴³ *D. Vlahke*, Moja sjećanja na konspirativnu bolnicu Kalničkog odreda, IVMNID, inv. br. H 1046.

¹⁴⁴ VE, knj. 3, str. 524.

¹⁴⁵ *Dr A. Ronko – D. Vlahke*, Konspirativna bolnica br. 1 kalničkog područja, IVMNID, inv. br. H 1045.

¹⁴⁶ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 51, str. 142.

¹⁴⁷ Isto, dok. 36, str. 88.

¹⁴⁸ *I. Kralj*, Zbornik »Sjev. zapadna Hrvatska u NOB i socijal. revoluciji« Varaždin 1976, str. 924–925.

ambulanta nije bila dugog vijeka. Zatim se na području Macelja uređuje nekoliko zemunica za ranjenike na skrovitim mjestima. U takvim uvjetima zbrinjavali su se u tom kraju ranjenici, uz povremeno mijenjanje tajnih skloništa i evakuaciju na Kalnik i u Moslavinu sve do sredine studenog, kada se i Komanda područja morala povući s tog terena na Kalnik.¹⁴⁹ U mnogo slučajeva ranjenike su pojedinačno po selima skrivali stanovnici u tajnim bunkerima kod svojih kuća.¹⁵⁰ Takav smještaj i sklanjanje ranjenika po selima, u zemunicama u šumi, zatim kretanje lakših uz jedinice, evakuacija na Kalnik i u Moslavinu bile su od tada jedine mogućnosti zbrinjavanja u tom kraju.

Na kalničkom području, poslije neprijateljske ofenzive u veljači 1944, kada se odatle moralo evakuirati oko 200 ranjenika a bolnice bile uništene, situacija više nije dopuštala da se u tom predjelu zadržava veći broj pacijenata. Teren je postao veoma nesiguran zbog čestih upada neprijatelja. Po selima i skloništim u šumama uspostavljeni su manji stacionari koji su uglavnom korišteni kao tranzitne bolnice za prihvatanje ranjenika i njihovu evakuaciju u Moslavinu i Slavoniju.

U isto vrijeme u Moslavini se, izgradnjom novih objekata na Moslavačkoj gori i korištenjem smještaja po naseljima, razvija oblasna bolnica 10. korpusa. Njen je kapacitet potkraj 1944. bio 550 ležaja u 6 bolničkih odjeljenja (dva u šumi, ostala po selima), s jačim kirurškim centrom u šumi. Osnovana je i VPB Komande bjelovarskog područja. U ljetu 1944. evakuiran je znatan broj ranjenika avionima u Italiju, potkraj 1944. i na početku 1945. preko Virovitičkog mostobrana u Vojvodinu, a u ožujku preko aerodroma kod Daruvara u Beograd. Poslije oslobođenja tih krajeva preostali ranjenici smješteni su u bjelovarsku bolnicu.¹⁵¹

Na teritoriju Dalmacije sve do proljeća 1942. malobrojni ranjenici pojedinačno se sklanjaju i zbrinjavaju po naseljima i gradovima, a skrivaju se i u bunjama i spiljama izvan naselja. S proljeća i na početku ljeta osnivaju se prve ambulante sa stacionarima i organizira služba u sjevernoj, srednjoj i južnoj Dalmaciji. U lipnju je imenovan dr Izidor Matić Perera rukovodiocem sanitetske službe 4. operativne zone.¹⁵² Međutim on nije sve do pretkraj ljeta praktički imao mogućnosti komuniciranja sa sanitetskom službom u sjevernoj i južnoj Dalmaciji.

Za potrebe sjevernodalmatinskog odreda osnovana je bolnica (do 30 ležaja) u Rujištu, ali oko sredine srpnja morala se evakuirati s tog terena. I tek u proljeće 1943. mogla se za potrebe jedinica na tom terenu ponovo formirati u Zrmanji ambulanta sa stacionarom.¹⁵³

U južnoj Dalmaciji osnovana je na Biokovu, u selu Brikva manja bolnica (18 postelja) s ambulantom. U kolovozu morala se više puta premještati i konačno napustiti Biokovo da bi opet ubrzo u rujnu bila ponovo uspo-

¹⁴⁹ G. Špiranec, Isto, str. 695–697.

¹⁵⁰ I. Padovan, Isto, str. 943.

¹⁵¹ I. Kralj, Isto, str. 927–929.

¹⁵² D. Plenča, Partizanski odredi naroda Dalmacije 1941–1942, Vojno delo, Beograd 1960, str. 296.

¹⁵³ I. Kralj, Zbornik 4, Instituta za historiju radničkog pokreta Dalmacije, Split 1978 (u daljnjem tekstu: Zbornik Dalmacije 4), str. 717–725.

stavljena i uz nekoliko premještaja nastavila tu s radom do ožujka 1943. godine.¹⁵⁴

Za potrebe jedinica u srednjoj Dalmaciji osnovano je nekoliko ambulanti sa stacionarima na Dinari, Cincaru i Livanjskom polju. Potkraj ljeta i u jesen 1942. osnovna bolnička baza 4. operativne zone formirala se na livanjskom području. Korišteni su odgovarajući objekti u Glamoču, Livnu i nekim drugim mjesima, a u selu Mrde izgrađena je veća bolnica s dvospratnom barakom za smještaj 150 ranjenika. U prosincu su ukupni kapaciteti tih bolnica bili oko 800 postelja. Od većeg je značenja tada bio kontakt sa Sanitetskim odjeljenjem Vrhovnog štaba i bolnicama Vrhovnog štaba razvijenim u sektoru Drvara i Bosanskog Petrovca. U 4. neprijateljskoj ofenzivi bolnice te operativne zone prelaze u nadležnost Sanitetskog odjeljenja Vrhovnog štaba. Na početku veljače 1943. godine osnovana je 9. dalmatinska divizija, sa svojom bolnicom, kirurškom ekipom i ostalim organima i jedinicama u duhu Statuta sanitetske službe.¹⁵⁵

Poslije osnivanja 9. divizije rasformiran je štab 4. operativne zone, divizija se uključila u sastav glavne operativne grupe Vrhovnog štaba, a na teritoriju Dalmacije ostale su bitno smanjene borbene snage, koje se relativno brzo ojačavaju pridolaskom novih dobrovoljaca. Bolnica sa Biokova (jedina tada u Dalmaciji) bila je talijanskom ofenzivom prisiljena da se evakuira na Hvar gdje je i ostala oko mjesec dana.¹⁵⁶ Srednjodalmatinski otoci, naročito Hvar, često su služili kao pribežište ranjenim partizanima s kopna i tu ih je sklanjao narod, a pomoć su im pružali tamošnji liječnici.¹⁵⁷

Potkraj proljeća i na početku ljeta, uz oživljavanje partizanskih borbenih aktivnosti, osnivaju se manji stacionari sa ambulantama u sjevernoj i srednjoj Dalmaciji. Na Biokovu se bolnica uslijed talijanske ofenzive u srpnju našla u veoma teškoj situaciji te se u tri grupe ranjenici i osoblje sklanjaju po biokovskim spiljama, ostajući u njima u neprekidnoj opasnosti 11–13 dana.¹⁵⁸

Ljeti i u jesen u mnogo povoljnijim okolnostima, nakon povratka dalmatinskih jedinica poslije 5. ofenzive, mobilizacije novih boraca, širenja slobodnog teritorija, masovnog pridolaska zdravstvenih radnika i zadbijanja velikih količina sanitetskog materijala, naročito nakon kapitulacije Italije i osnivanja 8. korpusa naglo se povećava broj sanitetskih ustanova na kopnu i otocima. Međutim u toku jeseni morala je, zbog jakog pritiska neprijatelja i njegovog zaposjedanja znatnog prostora i važnih komunikacija, mreža sanitetskih ustanova postepeno sužavati svoju teritorijalnu osnovicu. Do kraja 1943. razvile su se dvije korpusne sanitetske baze, jedna na otoku Visu, a druga na livanjskom području. U svakoj od njih ostvaruje se kompleks ustanova, čije funkcionalno središte čini bolnica,

¹⁵⁴ *D. Z. Batistić*, Saopćenje na znanstvenom skupu »Biokovo u NOB-u i socijalističkoj revoluciji 1941–1945«, Makarska, 30. X–1. XI 1980 (u daljnjem tekstu: *Batistić*, Saopćenje).

¹⁵⁵ *V. Beljakov*, *Vojnosanit. pregl.*, 23 : 12, 817–822, 1966.

¹⁵⁶ *Z. Batistić*, navedeno saopćenje.

¹⁵⁷ *I. Čurin*, Saopćenje na znanstvenom skupu, Makarska, 30. X–1. XI 1980.

¹⁵⁸ *Z. Batistić*, navedeno saopćenje.

na koju se oslanjaju ambulante, sanitetska škola, apoteka, sanitetsko slagalište i radionice sanitetskih sredstava i opreme. Na Vis se u toku studenog i prosinca 1943. evakuiraju ranjenici s ostalih otoka i s Biokova u tadanju bolnicu 26. divizije, koja ubrzo dobiva status »Glavne korpusne bolnice«. Na kopnu se bolnice, formirane na nekoliko različitih lokacija, postepeno gase i ostaje jedna u Glamoču, koja će imati ulogu pomoćne korpusne bolnice, te služiti kao oslonac jedinicama na kopnu. U prosincu napušta Glamoč te se razvija na području Šator-planine.¹⁵⁹

Na teritoriju sjeverne Dalmacije postojale su od jeseni 1943. i u toku 1944. dvije bolnice, zapravo bolnice 19. sjevernodalmatinske divizije. Jedna je bila na kopnu uvijek više-manje na dohvat divizije, premještajući se više puta po naseljima sjeverne Dalmacije pa čak i Like (Medvida, Klapavica, Bijelina, Prklje), imajući razvijenu strukturu i 50–100 pa i više bolesničkih mjesta. Druga se smjestila najprije na Dugom otoku, a poslije na Komatima i najzad na Visu. Korištena je uglavnom za lakše ranjenike, bolesnike i rekovalescente, a također i kao prihvatnica za ranjenike upućivane na Vis. Potkraj 1944. i na početku 1945. poslije konačnog oslobođenja sjeverne Dalmacije, na tom se terenu razvija jača bolnička baza s nekoliko bolnica (Šibenik, Benkovac, Biograd na moru, Zadar, Drniš) i s kapacitetom oko 1900 postelja za potrebe jedinica 8. korpusa ali također i za prihvat ranjenika iz 11. i 4. korpusa, pa i iz Slovenije.¹⁶⁰

Na Biokovu su se, poslije evakuacije 11. brigade s njenim ranjenicima i bolnice 26. divizije na otoke, s vremenom oformile dvije odredske bolnice, smještene na zaklonitijim mjestima pod šatorima i uz korištenje dijelova preostalih objekata, s kapacitetom oko 40 ležaja svaka. Češće su bile ugrožene i tada je primjenjivana disperzija ranjenika i bolesnika s osobljem po Biokovu, a više puta su i evakuirani na Vis.¹⁶¹ Tako se postupalo do konačnog oslobođenja toga područja u studenom 1944. godine.

Pomoćna korpusna bolnica na kopnu u toku svog postojanja više puta se premještala i u 1944. godini. Najviše je vremena provela u selu Preodac na Šator-planini. Smještena u tri zaseoka, imala je 4 odjeljenja, u kojima je osim prijemnog s ambulantom, bila kirurška, internistička, infektološka i okulistička služba i zubna stanica. Uz bolnicu nalazila se i sanitetska škola (viši sanitetski kursovi) i sanitetsko slagalište, a u blizini je bilo i Sanitetsko odjeljenje štaba korpusa s redakcijom »Medicinskog glasnika«, časopisa saniteta 8. korpusa. Ta je bolnica uvelike bila angažirana na prihvaćanju ranjenika i bolesnika koji su se s tog terena evakuirali na Vis i avionima u Italiju. Zračnim je putem odatle s aerodroma kod Medenog polja i Tičeva do kraja rujna 1944. evakuirano oko 830 ranjenika i bolesnika. Njena funkcija u svojstvu pomoćne korpusne bolnice prestaje u listopadu 1944, pošto su ranjenici s osobljem evakuirani u tada već osnovanu VPB Cetinskog područja i na Vis.¹⁶²

¹⁵⁹ Hronike, III sv., str. 288–296 i *I. Kralj*, Zbornik ZLH, str. 94–95.

¹⁶⁰ *I. Kralj*, Zbornik Dalmacije 4, str. 732–737.

¹⁶¹ Hronike, III sv., str. 253–258 (Bačić – »Grlica« A.)

¹⁶² Zb. Sn. sl., knj. 4, dok. 181, str. 562; dok. 192, str. 300; dok. 149, str. 340–341; dok. 236, str. 415 i Hronike, III sv., str. 296–307.

Bolnica na Visu razvila je šest odjeljenja u nekoliko naselja toga otoka, s prosječnim brojnim stanjem 400–500 ranjenika i bolesnika. Često je njihov broj bio i znatno veći, pošto je bolnica služila i za prihvrat ranjenika koji su se s kopna evakuirali u Italiju. Na Visu je također bila i sanitetska škola, glavno korpusno slagalište, kao i pogoni za proizvodnju lijekova i raznih sanitetsko-tehničkih sredstava i opreme.¹⁶³ Na tu se bolnicu do jeseni 1944. oslanjala i sanitetska služba Ratne mornarice.

Na početku ljeta 1944. uspostavljaju se prvi začeci teritorijalne sanitetske službe u granicama komandi područja, a regulirane su na način koji je već ranije propisan i primjenjivan u drugim korpusnim oblastima. Najprije se razvijaju terenski preventivni organi i postrojenja, ali ne odmah i teritorijalne bolničke baze, tj. oblasna i područne bolnice. U srpnju počinju najprije s radom pojedine teritorijalne ambulante i zubne stanice i tek u rujnu uspostavlja se prva VPB na Cetinskom području. Poslije toga se ubrzo, usporedno s definitivnim oslobađanjem Dalmacije, uspostavljaju u studenom i prosincu teritorijalne bolnice, i to: oblasna u Splitu, a područne u Biogradu na moru, Šibeniku, Drnišu, Sinju, Hvaru (s Visom) i Dubrovniku. Te su bolnice razvile 39 odjela svih važnijih profila s ukupno 6850 mjesta.¹⁶⁴

Zahvaljujući povoljnim okolnostima, prije svega uvjetima sigurnosti, mogućnostima korištenja prikladnih objekata u gradovima i većim mjestima, kao i jačoj kadrovskoj bazi, teritorijalna bolnička mreža te oblasti i uopće cjelokupna teritorijalna komponenta sanitetske službe, iako je kasnije započela, sada je bila uslijed navedenih prednosti u mogućnosti da ostvari znatno više nego što je to bilo dostiživo drugima. Razvijajući preventivne i terapeutske ustanove, postrojenja i organe u duhu ranijih naređenja SOGŠ-a, ona je mogla znatno premašiti one okvire strukture koji su bili tim naređenjima propisani kao minimum organizacijskih ostvarenja.

Sastavni dijelovi teritorijalne komponente sanitetske službe bile su u svim oblastima, osim bolnica, i brojne ostale ustanove i postrojenja. Osnovni tipovi tih ustanova bile su ambulante, dezinfekcijske stanice i apoteke. Premda su bolnice, iz razumljivih razloga, bile neprestano u središtu pažnje svih komandi i organa nadležnih za sanitetsku službu, ipak su i te ustanove posvuda smatrane i tretirane kao neophodni elementi u sistemu zdravstvene zaštite. Njihov razvoj, broj, raspored, veličina i djelotvornost bili su još znatno više nego bolnice odraz regionalnih uvjeta, potreba pa često i subjektivnih shvaćanja nadležnih organa. Njihovi organizacijski oblici bili su u potpunosti nadležnosti teritorijalnih komandi i njihovih sanitetskih organa. Stoga je i razumljivo što su ostvarivane u različitim varijantama.

Najprije uspostavljene, najbrojnije i narodu najpoznatije među njima bile su ambulante. One su se otvarale pri bolnicama, ako su te bile razvijene u naselju, ili u bilo kom drugom mjestu, a najčešće pri komandama pod-

¹⁶³ Zb. Sn. sl., knj. 4, dok. 188, str. 262; dok. 199, str. 339–340 i *M. Tartalja*, Slobodni Vis kao sanit. centar NOVJ, Pomorski zbornik, knj. 2, Zadar, 1964, str. 205–209.

¹⁶⁴ Zb. Sn. sl., knj. 4, dok. 199, str. 344; dok. 200, str. 347–350; dok. 213, str. 371; dok. 221, str. 386, 388, 391–392; dok. 326, str. 592–596; dok. 336, str. 622–624.

dručja i komandama mjesta. U funkcionalnom pogledu počelo se od tipičnog najužeg djelokruga vanbolničke zdravstvene pomoći: liječnički pregled, i liječnička pomoć s davanjem odgovarajućeg lijeka, ako se njim raspolagalo. Kao logično proširenje djelatnosti terenskih ambulanti život je nametnuo osnivanje stacionara za lakše pacijente. Ponekad ta proširenja poprimaju obilježje sistema, npr. 1943. godine u Moslavini gdje je velik dio bolničkih kapaciteta bio realiziran osnivanjem takvih stacionara i njihovog uzdizanja na razinu pravih bolnica za lakše ranjenike i bolesnike.

Međutim, referent saniteta 3. operativne zone planira potkraj 1942. godine izgradnju ambulanti s još širim djelokrugom: prijem i liječenje lakših ranjenika, bolesnika i rekonvalescenata, s time da ambulante imaju i »uređaje za kupanje, tamanjenje ušiju i za pranje veša«. ¹⁶⁵ Iako mreža ambulanti upravo takvog djelokruga nije ostvarena, može se naglasiti da se upravo u Slavoniji izrazitije nego igdje posvećivala pažnja razvoju ambulantske službe. Ovisno o mogućnostima pojedinih krajeva otvarane su i specijalističke ambulante: okulističke, otorinolaringološke, dermatovenerološke, zubne i dr. Može se slobodno reći da su baš ambulante bile one ustanove putem kojih je vojni sanitet pružao najveći dio svoje pomoći civilnom stanovništvu.

Jedine među tim teritorijalnim ustanovama, čije je formiranje i osnovnu strukturu naredio Vrhovni štab (a potom i ostali potčinjeni štabovi i organi), bile su dezinfekcijske stanice, nazvane također razušnim (raskužnim) stanicama ili postajama. Određeno je da se postavljaju na svim komunikacionim čvorovima, a da u svom sastavu imaju kupatilo, postrojenja za depedikulaciju i odjeljenje za liječenje svraba. ¹⁶⁶ Te su stanice uređivane na različite načine i s različitim kapacitetima, od malih i primitivnijih s jednim ili nekoliko partizanskih buradi, pa do onih s vrućom komorom i većim brojem tuševa, u kojima se moglo okupati i razušiti i do 2000 ljudi u 24 sata, kakva je npr. bila uređena u Glini. ¹⁶⁷ U Slavoniji je na početku rujna 1943. naređena izgradnja takvih postrojenja pod nazivom »zdravstvene stanice«, s osnovnom namjenom kupanja i dezinfekcije ljudstva. ¹⁶⁸ Neke od njih, kada su uređene, vodile su se stalno pod tim imenom (iako se izvještava i o postojanju »raskužnih postaja«), ali se s vremenom njihov djelokrug proširuje ne samo na liječenje svraba, već i na funkcije opće ambulante. ¹⁶⁹ Uz to su i pojedine opće ambulante pri komandama područja i mjesta bile opremljene i uređajima za kupanje i dezinfekciju.

Na izgradnji i uređenju dezinfekcijskih stanica najviše se inzistiralo uoči i za vrijeme sezone pjegavca. Posebno se pri tom ističe zimska sezona 1944/45. godine, kada je npr. u Dalmaciji, uz formiranje brojnih ekipa za suzbijanje pjegavca, izgrađeno i oko 30 dezinfekcijskih stanica. ¹⁷⁰

¹⁶⁵ Zb. Sn. sl., knj. 2, dok. 98, str. 314.

¹⁶⁶ Isto, knj. 12, dok. 110 i 111, str. 192–194.

¹⁶⁷ Hronike, II sv., str. 560 (dr Perin).

¹⁶⁸ Zb. Sn. sl., knj. 3, dok. 81, str. 165.

¹⁶⁹ Isto, dok. 281, str. 529–530 i dok. 295, str. 549.

¹⁷⁰ N. Černozubov, n. dj.

U sistem ambulanti bile su uključene također i tzv. prihvatne stanice ili prihvatne ambulante, postavljene na komunikacijama radi prihvatanja ranjenika s bojišta i njihovog otpremanja u šumske bolnice. One su imale mali stacionar, obično obavljale i ambulantsku službu, a mnoge među njima su uz pružanje pomoći pristizućim ranjenicima omogućile i njihovu privremenu hospitalizaciju s dobrom njegom.

Za reguliranje sistema apotekarske službe na oslobođenim teritorijima imala su veće značenje dva dokumenta s nivoa Glavnog štaba. Prvi je bio već spomenuto naređenje od 7. XII 1942. o organizaciji bolnica, u okviru kojeg je određeno da se pri upravi VPB svakog vojnog područja formira »centralna apoteka« koja će se brinuti o snabdijevanju bolničkih odjeljenja sanitetskim materijalom. Uz nabavke, primanje i izdavanje materijala one su bile obavezne da i same izrađuju pojedine lijekove. Odmah su i osnovane dvije apoteke: jedna u Slunju, druga u Korenici. Ali već i ranije postojale su brojne priručne apoteke u jedinicama i bolnicama, koje su samoinicijativno osnivali zdravstveni radnici prikupljajući sanitetski materijal iz svih dostupnih izvora. Izvan apoteka postepeno se razvijala proizvodnja i improvizacija raznih sanitetskih sredstava (zavoji, udlage, sterilizatori, instrumenti, bolničko posuđe i dr.), za koju se svrhu kasnije osnivaju i posebne radionice.

Radi pohranjivanja i pravilnog čuvanja zaliha sanitetskog materijala, uvećanih naročito poslije kapitulacije Italije, morala se uspostavljati i sve jače razvijati i skladišna služba. Tako se farmaceutska i sanitetsko-opskrnbna djelatnost sve više proširivala te je bilo nužno da se sve grane te djelatnosti reguliraju na jedinstvenim osnovama. To je Sanitetsko odjeljenje Glavnog štaba i učinilo »Uputama za apotekarsku službu«. ¹⁷¹ Tim je uputama propisano da u svakom korpusu postoje: centralna korpusna apoteka sa sanitetskim skladištem i kemijskim laboratorijem, bolnička apoteka pri svakoj oblasnoj i područnoj bolnici i divizijska apoteka u svakoj diviziji. U osnovi te su ustanove postojale i do tada, a ovaj put su detaljnije propisani način njihova poslovanja i zadaci svake od njih. Bolničke apoteke smještale su se uz jedno od bolničkih odjeljenja ili pri komandi područja, već prema tome gdje se nalazila uprava bolnice.

Podsticana je proizvodnja lijekova i drugih sredstava u svakoj apoteci i naročito u korpusnom skladištu, pri kojem su zato i osnovane različite radionice: limarska, stolarska, mehaničarska, ortopedska, i dr. Ta proizvodnja kao i izrada šireg asortimana lijekova bile su naročito razvijene u centralnim apotekama 4, 6. i 8. korpusa. ¹⁷²

Civilno zdravstvo i borba s epidemijama

Pri općoj oskudici zdravstvenih radnika bilo je razumljivo što su se oni u prvom razdoblju NOB organizacijski vezali gotovo isključivo za parti-zanske odrede, koji su bili nosioci oružane borbe i imali sve više žrtava

¹⁷¹ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 47, str. 150–158.

¹⁷² I. Kralj, Zbornik ZLH, str. 115.

u sukobima s neprijateljem. Pošto se stanovništvo ustaničkih krajeva, izloženo i samo neprijateljskom teroru, nije moglo ostaviti bez zdravstvene pomoći, ni prepustiti riziku i životnoj opasnosti ako bi tražilo pomoć u okupiranim mjestima, isti su zdravstveni radnici, u granicama svojih fizičkih mogućnosti, osim partizana zbrinjavali i nenaoružani narod. Dr Savo Zlatić, došavši u kolovozu 1941. u Kordun, redovito je obilazio sela, partizanske logore i jedinice i zbjegove naroda te pružao liječničku pomoć kome god je bila nužna, bez ikakve diskriminacije.¹⁷³ U Baniji narod je radi liječničke pomoći dolazio u partizanski logor u Šamarici, a zatim je otvorena u selu Trnovac i posebna ambulanta.¹⁷⁴ I u svim ostalim ustaničkim krajevima nastojalo se i tražile su se mogućnosti da i narod bude obuhvaćen makar kolikim, realno mogućim opsegom zdravstvene pomoći. Ljudi su to s pravom očekivali i bilo bi suprotno duhu zajedništva naroda i vojske i politički neprihvatljivo da ta očekivanja budu iznevjerenjena.

Težnja da se očuva tajnost lokacije partizanskih bolnica bila je jedan od jakih razloga da se odvojeno tretiraju civilni pacijenti, pa je tako na početku 1942. godine na Kordunu, u selu Radonja, osnovana civilna bolnica, a isto tako i na Baniji, u selu Mali Gradac. Ni prva ni druga nisu bile dugog vijeka, zapravo nikada i nigdje potpuno odvajanje nije moglo biti provedeno. Iako su tu i tamo poneka bolnica, a u većem broju ambulante bile proglašene ili osnovane kao »civilne« (npr. bolnica u Otočcu 1943. i u Glini 1944. godine), ipak je pretežni dio potreba naroda u zdravstvenoj pomoći rješavan u partizanskim bolnicama (ponajviše onima koje su bile razvijene po naseljima) i u ambulantama koje su služile potrebama i vojske i naroda. Zato je i mogao kasnije dr Zlatić izjaviti: »Sanitetska služba Korduna i Banije bila je 1941. i u prvoj polovini 1942. zajednička služba ustaničkog naroda i njegovih oružanih partizanskih formacija.«¹⁷⁵ Dr Zlatić se ovdje ograničava na 1941. i 1942. godinu, kada je on, prije odlaska na političku dužnost, bio istodobno »šef saniteta Korduna i Banije« i član okružnog odbora NOF Korduna zadužen za zdravstvo, te je tako zajedništvo zdravstva bilo i s formalne strane utvrđeno. Iako su kasnije postojale dvije posebne organizacije zdravstva, vojna i civilna, one su ipak sve do kraja rata u biti, u akcionom pogledu, sačinjavale jedinstvo zdravstvene zaštite civilnog stanovništva i vojske. To se ponajviše ispoljavalo u sinhronom djelovanju, naročito pri suzbijanju epidemija, u dogovaranjima rukovodstava, i iznad svega, u praktičnoj svakodnevnoj zdravstvenoj pomoći vojnih zdravstvenih radnika narodu, u pomoći civilnih stručnjaka vojnicima i u raznim oblicima djelotvorne podrške naroda pri provođenju mjera zdravstvene zaštite vojske. Jedna od najljepših crta partizanskog saniteta i njegove etike bile su tijesne veze s narodom, koje su imale svoje idejne osnove, ali i stalne podsticaje u uzajamnosti svakodnevne podrške i pomoći. Samoniklost i spontanost toga fenomena bile su uvijek praćene i podržavane pozitivnim odnosom i djelovanjem političkih i vojnih rukovodstava. Pri faktičnom stanju znatno jače snage vojne sanitetske organi-

¹⁷³ S. Zlatić, *Lij. vjes.*, 69–99, 1974.

¹⁷⁴ Izjava dra Ive Brodarca (Arhiv IVMNID).

¹⁷⁵ S. Zlatić i sur., *Simpozij*, Petrova gora, 1965.

zacije, vojna su rukovodstva nastojala na što većem sudjelovanju vojnih zdravstvenih radnika u zdravstvenoj zaštiti naroda. Tako se, npr., u Statutu sanitetske službe, tj. temeljnom dokumentu vojnog zdravstva, već u prvoj točki teksta ističe zadatak sudjelovanja te službe u zdravstvenoj zaštiti naroda.

Začeci posebne organizacije civilne zdravstvene službe na oslobođenim teritorijima vezani su za raspis Zdravstvenog odsjeka AVNOJ-a od prosinca 1942, kojim se određuje formiranje zdravstvenih sekcija kao pomoćnih organa NOO za vođenje zdravstvene djelatnosti. U Hrvatskoj se veoma intenzivno radilo na osnivanju zdravstvenih sekcija (odbora) u proljeće 1943, što je bilo uvjetovano naročito potrebama borbe sa tadanjom epidemijom pjegavca. Slijedeći značajniji korak u izgradnji strukture civilne zdravstvene službe učinjen je oko sredine lipnja, kada je osnovan Zdravstveni odjel Izvršnog odbora ZAVNOH-a, kome je na čelo postavljen dr. Niktopolion Cernozubov. Istog mjeseca taj odjel »Uputom za rad na uspostavljanju zdravstvene službe na oslobođenom teritoriju Hrvatske« daje koncept zadatka i organizacije zdravstvene zaštite.¹⁷⁶ Zamisao organizacije zdravstva izražena u tom konceptu temeljila se na procjeni da je zdravstvena situacija vrlo nepovoljna i da osobita opasnost prijeti od epidemija zaraznih bolesti, a kako je zdravstvena služba u većini općina i kotara već od početka rata sasvim dezorganizirana, potrebno je sve graditi iznova, držeći se pri tome ideja i odredaba zdravstvenog odsjeka AVNOJ-a, naročito stava o sudjelovanju samog naroda kao preduvjetu uspješnosti djelovanja na zdravstvenom polju.

Krajnja oskudica zdravstvenih kadrova i sredstava bitno je utjecala na određivanje prioriteta među zadacima zdravstvene zaštite i na zamisao strukture zdravstvene službe. U težište djelatnosti stavljene su higijenske mjere, suzbijanje zaraznih bolesti i epidemija te zdravstveno prosvjeđivanje. Organizacija se u početku temeljila na zdravstvenim sekcijama, koje su se imale osnovati pri svakom NOO (seoskom, općinskom, kotarskom, okružnom i oblasnom) kao pomoćni organi odbora radi organizacije zdravstvene zaštite. Predviđeno je da u sastav svake sekcije uđe predstavnik NOO, AFŽ, USAOJ i liječnik (po mogućnosti počev od općine) u svojstvu rukovodioca sekcije. Po ideji svog sastava sekcije su, prisutnošću predstavnika masovnih organizacija, bile prilagođene i postulatu aktiviranja širokih slojeva na području zdravstvene zaštite. Općinskim i kotarskim sekcijama povjerenje je osnivanje ambulanti i rukovanje priručnim apotekama, a okružnim i oblasnim da u ime svojih NOO rukovode svim stalnim zdravstvenim ustanovama (bolnice, lječilišta, domovi narodnog zdravlja i dr.) na oslobođenom dijelu svoga područja. Najviši stručni organ rukovođenja službom bio je Zdravstveni odjel Izvršnog odbora ZAVNOH-a.

Posebno mjesto u strukturi službe imale su pokretne zdravstvene ekipe. One su prvobitno bile zamišljene kao rezerva za intervencije na kritičnim mjestima po epidemiološkim indikacijama. U njihovom sastavu bio je predviđen jedan liječnik, dva pomoćna higijeničara, dva bolničara i tri radnika, a u opremi uređaji i sredstva za suzbijanje zaraznih bolesti. U vrijeme slobodno od epidemija one su imale raditi na zdravstvenom

¹⁷⁶ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 26, str. 47.

prosvjećivanju, suzbijanju svraba, ušljivosti i ostalim higijenskim zadacima na terenu. U početku, dok su još bile malobrojne, potčinjavale su se neposredno Zdravstvenom odjelu ZAVNOH-a.

Zdravstveni odjel ZAVNOH-a i zdravstvene ekipe razvili su zapažen zdravstveno-prosvjetni rad pomoću štampe, plakata, letaka, predavanja i organizirali tečajeve za pomoćne higijeničare. Rad na osniyanju zdravstvenih sekcija i njihovom aktiviranju odvijao se s teškoćama i napredovao je relativno sporo. Razlog tome bilo je i nedovoljno shvaćanje pa i potcjenjivanje značenja preventivne djelatnosti, koja je imala biti u težištu rada sekcija. Običan svijet, pa i rukovodstva gledali su u zdravstvu, a u skladu s time i cijenili njegovu vrijednost i značenje, organizaciju zaduženu prije svega za pomoć ranjenima i bolesnima. Pod pritiskom takvih shvaćanja čak i pokretne zdravstvene ekipe, na mjestima gdje su se našle, gotovo su uvijek ambulantskim radom, kućnim posjetima i liječenjem uopće bile angažirane više nego svojim primarnim zadacima.

S vremenom se NOO-i, usporedo s njihovim općim razvojem i jačanjem, sve više ispoljavaju i kao nosioci zdravstvene politike na svom području. Tada se pri oblasnim, okružnim a zatim i kotarskim NOO-ima osnivaju zdravstveni odjeli, sa članom NOO-a na čelu, liječnikom u svojstvu zdravstvenog referenta i ostalim sastavom, koji preuzimaju brigu o svim zdravstvenim pitanjima na svom području. Ta organizacijska mjera provedena je najprije u Slavoniji, a zatim i u ostalim krajevima i predstavljala je značajan korak u daljnjem unapređivanju zdravstvene službe. Time je, među ostalim, bila riješena i »kriza« pokretnih zdravstvenih ekipa njihovim vezivanjem za zdravstvene odjele okružnih NOO.¹⁷⁷

O organizaciji, radu i dostignućima zdravstva podnesen je izvještaj na III zasjedanju ZAVNOH-a (8–9. V 1944). Navedeno je, među ostalim, kako je u to vrijeme na oslobođenim područjima Hrvatske bilo evidentirano 39 liječnika; zdravstveni referenti postojali su pri dva oblasna i 11 okružnih NOO; radilo je 16 pokretnih zdravstvenih ekipa, 35 ambulanti, 5 civilnih bolnica, 17 apoteka, 9 dječjih domova. Dotada je održano 37 tečajeva za pomoćno zdravstveno osoblje.¹⁷⁸ U kolovozu iste godine već su sve četiri oblasti i 20 okruga imali svoje zdravstvene referente-liječnike.

Poslije toga zasjedanja, na kojem je izabrano predsjedništvo ZAVNOH-a, bio je dr Aleksandar Koharović, kao član Predsjedništva, zadužen za zdravstvo. Za njegovog zamjenika i ujedno pročelnika Zdravstvenog odjela imenovan je dr Srećko Šilović.

Može se, dakle, reći da su u prvoj polovici 1944. godine već bili utvrđeni i ostvareni bitni elementi samostalne organizacije civilnog zdravstva s definiranom programskom orijentacijom i razvijenim metodama rada. Ta dostignuća kao i Uredba o budućoj organizaciji zdravstvene službe u Hrvatskoj, koju je izradio Zdravstveni odjel ZAVNOH-a, bitno su

¹⁷⁷ N. Černozubov, *Lij. vjes.* 101 : 694, 1979.

¹⁷⁸ Zb. dokumenata ZAVNOH-a 1943, Inst. za hist. radn. pokr. Hrv, Zagreb 1964, str. 645. Početak 1944. i na početku 1945. samo u Slavoniji na oslobođenom području civilno zdravstvo raspolagalo je sa 22 ambulante, 5 bolnica, 2 kupališta i jednim oporavilištem (G. Žarković, n. dj., str. 358).

olakšali prevladavanje teškoća vezanih za preuzimanje odgovornosti i nadležnosti nad cjelokupnim zdravstvom Hrvatske u fazi konačnog oslobođenja svih krajeva.

Razvoj civilnog zdravstva i zdravstvena zaštita stanovništva odvijali su se čitavo vrijeme uz suradnju s vojnim sanitetom i veoma širokim sudjelovanjem vojnih zdravstvenih radnika u pružanju zdravstvene pomoći narodu. U cilju što bolje suradnje održavani su češće sastanci i dogovori Zdravstvenog odjela ZAVNOH-a sa Sanitetskim odjeljenjem Glavnog štaba. Radi svoje važnosti mogu se, među ostalim, navesti zajednički sastanci u srpnju i kolovozu 1944, na kojima su razmatrana pitanja stanja zdravstva i smjernice daljnje razvoja u vojnoj i civilnoj zdravstvenoj službi, o budućoj organizaciji zdravstva nakon oslobođenja, o osnivanju društva liječnika Hrvatske, o preuzimanju zdravstvenih ustanova u novooslobođenim gradovima i dr.¹⁷⁹

Potrebu takvih dogovora uočavali su i organi vojnog saniteta i civilnog zdravstva u oblastima (korpusima), u vojnim područjima (okruzima) te su ih i održavali, a to im je bilo i sugerirano, naročito kad su bili u pitanju zajednička borba sa zarazama, mjere pri ulasku u novooslobođene gradove i dr. Najčešći predmet dogovaranja bilo je ipak sudjelovanje vojnih zdravstvenih radnika u pružanju zdravstvene pomoći narodu koja je uvelike u svim krajevima i ostvarivana, a to je i bilo krajnje neophodno s obzirom na relativno slabe snage civilnog zdravstva.

Povezanost djelovanja u zdravstvenoj zaštiti naroda i vojske bila je najuočljivija pri suzbijanju epidemija pjegavca. Najveća po broju oboljelih i najteža po uvjetima suzbijanja i posljedicama bila je epidemija pjegavca u prvoj polovici 1943. godine. Ona je dosegla svoju kulminaciju u ožujku i travnju da bi se potkraj svibnja počela postepeno stišavati. Već su ukratko ocrtane okolnosti koje su pogodovale nastanku te epidemije i njenom razbuktavanju na teritoriju Like, Korduna i Banije. Sva ozbiljnost situacije uočena je i shvaćena u tijeku veljače 1943, tj. baš u vrijeme kad su još na tom prostoru vođene teške borbe i kada je s dijelova toga terena trebalo hitno spasavati stotine ranjenika. Tim zadatkom bile su angažirane sve snage sanitetske službe, a i vojne komande bile su uvelike zauzete pitanjem ranjenika. Međutim, još jedna okolnost išla je u tom momentu naruku gotovo neometanom širenju pjegavca, koji su unosile izbjeglice vraćajući se iz Bosne u svoje krajeve. Iako je, naime, u prosincu 1942. u dva posebna dokumenta formuliran koncept organizacije vojnosanitetske i civilne zdravstvene službe, prilagođen i zahtjevima protivepidemijske borbe, sada više nije bilo vremena da se vojni sanitet dogradi u duhu toga koncepta, a na civilnom sektoru tek se otpočelo s formiranjem zdravstvenih sekcija.

Ali i bez obzira na nepripremljenost vojnog i civilnog zdravstva, priroda i dimenzije epidemije zahtijevale su širu akciju društva pod rukovodstvom najviših političkih i vojnih organa. Posrijedi su, naime, istodobno bili teški problemi ishrane, smještavanja i organizacije kretanja desetaka tisuća izbjeglica. Njihovo lutanje, beskućništvo i sva ostala stradanja i bili su glavni činilac daljeg širenja već unesene zaraze.

¹⁷⁹ Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 46, str. 142-143 i dok. 52, str. 187-188.

Zbog takve situacije Inicijativni odbor ZAVNOH-a i Glavni štab, uz podršku Centralnog komiteta i masovnih organizacija (AFŽ, USAOH) utvrđuju prvih dana ožujka smjer i plan akcije u čijoj je osnovi bila ideja organiziranog djelovanja organa narodne vlasti, društveno-političkih organizacija i vojske, sa što širim sudjelovanjem svega naroda. Planirano je: intenzivno zdravstveno prosijećivanje pomoću štampe, plakata, predavanja i sl.; osnivanje zdravstvenih sekcija (ili odbora) pri svim NOO, od okružnog do onog u svakom selu, koje će u ime NOO voditi akciju na svom terenu; osnivanje većeg broja zdravstvenih ekipa za neposredno provođenje neophodnih mjera na terenu; usmjeravanje i organizacija kretanja tisuća izbjeglica određenim putevima i dr. Na putu kretanja izbjeglica preko Like i Korduna NOO-i i komande područja organizirali su prolazne kuhinje, prenočišta i izolane, odnosno karantene. Posebno osnovane sanitetske patrole dočekivale su izbjeglice pri ulasku u naselja, odvajale bolesne i sumnjive i smještale ih u karantene. Takve karantene osnivane su također u svim selima gdje se među mještanima pojavio trbušni tifus ili pjegavac.¹⁸⁰

Epidemija je jače zahvatila i vojne jedinice na tom terenu, naročito 8. kordunašku diviziju, u kojoj se do prvih dana svibnja porazboljevalo 45% ljudstva. Nije teško shvatiti da u onim hladnim danima, s izvanredno malo upotrebljivog smještajnog prostora, pri slabo odjevenom, izgladnjelom i iscrpljenom ljudstvu nije u tadanjem vrtlogu događaja bilo moguće spriječiti miješanje vojske i naroda, ulazanje zaraženih u još pošteđena naselja i domove te stati na put brzom širenju zaraze. Sve snage vojnosanitetske službe najvećim su dijelom bile zaokupljene suzbijanjem epidemije u vojsci i narodu. Osnovani su brojni stacionari, izolane i oporavilišta, održani kursovi za pomoćno zdravstveno osoblje, provodila se depedikulacija po čitavom terenu. Međutim, porazboljevalo se i gotovo sve zdravstveno osoblje, mnogi članovi zdravstvenih ekipa i ostali aktivisti, a također i personal u bolnicama i izolanim te su one često, slabo vođene od nestručnjaka, i same ponekad bile rasadištem zaraze.¹⁸¹

Brojne zdravstvene ekipe (samo na Kordunu osnovane su 54 sa po šest članova svaka) s partizanskim buradima i ostalom opremom obilazile su po planu općinskih NOO-a i njihovih zdravstvenih sekcija sva sela, provodile razušivanje i ostale neophodne higijenske mjere. U radu tih ekipa, zdravstvenih sekcija i izolana sudjelovale su uglavnom priučene seoske žene i djevojke. »NOO-i ovih krajeva, pomognuti pismenim i usmenim uputama članova CK KPH, Glavnog štaba NOV Hrvatske i Inicijativnog odbora ZAVNOH-a, uspjeli su da u potpunosti aktiviraju sve ono stanovništvo koje nije bilo oboljelo ili je preboljelo bolest, da učestvuje u sprečavanju širenja bolesti.«¹⁸²

Ipak, akcija je otpočela već u jeku same epidemije, pri oskudici zdravstvenih kadrova i potrebnih sredstava, u teškim uvjetima rada, s neis-

¹⁸⁰ I. Kralj, Zbornik ZLH, str. 111.

¹⁸¹ Prema: J. Perin, *Lij. vjes.*, 101 : 663, 1979.

¹⁸² Đ. Zatezalo, Narodna vlast u Kordunu, Baniji i Lici 1941–1945, Hist. arhiv u Karlovcu, Monografija 4, 1978, str. 194.

kusnim ljudstvom i na brzu ruku stvaranom organizacijom, pa su zato i uspjesi morali biti skromni.

Godinu dana kasnije, tj. u veljači 1944, na liječničkom kongresu, izrečena je i ova ocjena: »Ništa [...] nije moglo zaustaviti ovu epidemiju, koja je rasla i opadala prema vlastitim epidemiološkim zakonima [...] mora se uzeti u obzir, da su se događaji u to doba razvijali elementarnom snagom, kojoj se ne bi mogla suprotstaviti ni najbolja organizacija pozadinske zdravstvene službe. Međutim ovakvu organizaciju u to doba nismo uopće posjedovali.«¹⁸³

Međutim, ocjena ne bi bila potpuna ako se ne ukaže i na utjecaje te epidemije na daljnji tok događaja. Sigurno se može reći da je u tijeku njenog suzbijanja postignuta široka obavještenost ljudstva u vojsci i među stanovništvom o mjerama protiv pjegavca i trbušnog tifusa, da su stečena iskustva podsticala na jačanje preventivnih funkcija u vojnom sanitetu, a ostvaren je i značajan doprinos izgradnji civilne zdravstvene službe.

Ne upuštajući se ovdje u opise akcija protiv zaraza i u drugim krajevima i ostalim razdobljima rata, ukazujemo samo na još jednu situaciju vezanu za javljanje pjegavca širih razmjera. Ta je bolest za sve vrijeme rata tinjala na terenu, s jačim stupnjem razboljevanja u jesensko-zimskim sezonama, kada je zaraza probijala i u vojne jedinice. Iako se više nije ponovila katastrofa Like, Korduna i Banije iz 1943, a u ljetnim mjesecima i ranijoj jeseni gotovo nije bilo pojava bolesti u vojsci, to je ipak realnost stalne ugroženosti neprestano angažirala znatne napore komandi i sanitetske službe na sprečavanju i suzbijanju te zaraze.

U sezoni 1944–1945. godine pjegavac se javlja u mnogim krajevima zemlje, s različitom visinom morbiditeta. U Hrvatskoj on je tada više zahvatio stanovništvo, a manje i vojsku u Baniji, Lici i sjevernoj Dalmaciji. Suzbijanje zaraze ni u toj sezoni nije se odvijalo bez znatnih teškoća. Baš ti najviše pogođeni krajevi bili su područja stalnih borbi, sa zbjegovima zaraženog stanovništva i neizbježnim stanovanjem vojske po naseljima s ukućanima, a česti upadi neprijatelja prekidali su provođenje zdravstvenih mjera upravo ondje gdje su one bile najpotrebnije. Širenju bolesti također su pogodovale, u uvjetima jake angažiranosti problemima završnih ratnih operacija, pojave potcjenjivanja ove opasnosti i zanemarivanja preventivnih mjera.

I ovaj put su akciju pokrenuli Glavni štab i predsjedništvo ZAVNOH-a, odnosno njihovi sanitetski organi u suradnji s Izvršnim odborom Jedin-stvene narodnooslobodilačke frontę (JNOF) i Ujedinjenog saveza antifašističke omladine Hrvatske (USAOH). Ta su tijela pokrenula kampanju protiv pjegavca te je ona organizirana u svim krajevima Hrvatske, s težištem na predjelima s najvećim razboljevanjem. Stvarani su zajednički odbori u oblastima i, sve do svakog sela, osnivane brojne terenske ekipe (često mješovitog sastava s vojnim licem na čelu), izgrađivane na terenu dezinfekcijske stanice, provedena vakcinacija protiv pjegavca, primjenjivan upravo dobiveni DDT prašak i dr.¹⁸⁴ Za razliku od 1943. akcija je imala sada oslonac ne samo u ranije stečenom iskustvu, već i u

¹⁸³ N. Černozubov, *Lij. vjes.*, 101 : 694, 1979.

¹⁸⁴ Vidi Zb. Sn. sl., knj. 5, dok. 66, str. 258 i dok. 69, str. 260–265.

uspostavljenoj organizaciji civilnog zdravstva i u pojačanoj vojnosanitetskoj službi.

Razboljevanje od pjegavca, narastajući još i u veljači 1945. djelomično i zbog pojedinih nedostataka i propusta, nije sasvim prekinuto ni do kraja rata. Međutim, koordinirano djelovanje pokrenuto i vođeno prema intencijama navedene kampanje, s osloncem i na razvijenije i ojačane snage vojnog i civilnog zdravstva, spriječilo je da se razvije epidemija većih razmjera i da se osjetnije naruše borbeni potencijali vojnih jedinica.

Zdravstvo u narodnooslobodilačkoj borbi prelazilo je složeni put izgradnje i razvoja. Trebalo je u procesu ustanka i vrtlogu samog rata stvarati sve od početka, a bez pripremljenih kadrova i sredstava, bez iskustva i bez jasne koncepcije o fizionomiji zdravstvene organizacije i o principima njenog djelovanja. Sve se to postepeno radalo i stvaralo u uvjetima kojima u zdravstvu nije bilo presedana, pa nije moglo biti ni uzora koji bi možda poslužio kao iskustvo i oslonac makar na razini načelnih pitanja. Te će se okolnosti morati da imaju u vidu kada se jednom bude davala konačna i cjelovita ocjena, a nje još nema, o zdravstvu u NOB, o primjerenosti njegove organizacije potrebama i mogućnostima, o stručnom dometu i globalnim efektima. Postoje doduše brojni, ali ipak samo još fragmentarni prikazi razvoja i djelovanja koji svjedoče o značajnim dostignućima na stručnom i organizacijskom polju i o imponzantnoj veličini i značajnoj uspješnosti službe stvorene gotovo iz ničega. Među uspjesima i osobinama zdravstva u NOB sigurno su posebno značajni njegovi veliki moralno-politički učinci, i visoke etičke kvalitete koje su se očitovale u ponašanju i radu zdravstvenih radnika, u njihovom odnosu prema čovjeku i borcu kad mu je bila potrebna njihova pomoć.