

POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA OTOCIMA

Ivo Eterović

Udruženje organizacija zdravstva Hrvatske, Zagreb

UDK 614(497.5)

Stručni rad

Primljeno: 21. 4. 1994.

U radu su obrađene posebnosti otočne zdravstvene zaštite. Izneseni su povijesni primjeri visokog stupnja zdravstvene zaštite i kulture na hrvatskim otocima s početka ovog tisućljeća te noviji primjeri samoorganizacije zdravstvene zaštite. Navedeni su statistički podaci o suvremenom natprosječnom zdravstvenom standardu na otocima te o usporednim istraživanjima koja potvrđuju stav da otočni ambijent, klima i način života pogoduju zdravlju. Naznačeni su mogući pravci daljnjeg razvoja zdravstva na otocima s posebnim naglaskom na zdravstvenom turizmu.

UVOD

Svojim geomorfološkim, gospodarskim i demografskim karakteristikama, tipovima naselja, povijesnim naslijeđem, općom i zdravstvenom kulturom svog pučanstva, vitalnim i zdravstvenim pokazateljima te brojnim drugim značajkama otoci nesumnjivo čine specifično područje. Te posebnosti u svojoj ukupnosti imaju znatan utjecaj na zdravstveno stanje pučanstva i bitne implikacije na organizaciju i financiranje zaštite zdravlja na otocima. Dodatne, nimalo jednostavnije zahtjeve organizatorima zdravstva postavlja i otočni turizam.

Posebnost otočne zdravstvene zaštite proistječe i iz otočnih demografskih kretanja obilježenih ubrzanom i ireverzibilnom emigracijom koja ponegdje rezultira demografskom retardacijom. Ona se očituje opadanjem broja stanovnika, a posebno nepovoljnom dobnom strukturom. Na najvećim je otocima opadanje stanovništva doduše u posljednje vrijeme zaustavljeno, ali je dobna struktura i dalje nepovoljna.

Na svim otocima osim Brača, Korčule, Raba i Lošinja, broj stanovnika do 19 godina jest ispod republičkog prosjeka, što govori o otežanoj reprodukciji. Grupa pučanstva od dvadeset do šezdesetčetiri godine (radno sposobni) nedostatna je ponajviše na Visu, Krku, Korčuli i Braču.

Broj stanovništva iznad 65 godina govori o starosti pučanstva. U ukupnoj populaciji Republike Hrvatske ova dobna skupina sudjeluje s nepovoljnih 11.6%, dok je stanje na svim našim otocima još nepovoljnije. Kada znamo da je staro stanovništvo u apsolutnim i relativnim iznosima izrazito intenzivniji korisnik zdravstvene zaštite, ovi nam podaci govore o specifičnostima koje sa stajališta organizacije i financiranja zdravstva imaju svoju posebnu težinu i važnost. Istraživanja pokazuju da je cijena zdravstvene zaštite osoba starijih od 65 godina 3,4 puta veća od cijene zaštite opće populacije.

IZ POVIJESTI ZDRAVSTVA NA NAŠIM OTOCIMA

Nesporno je da povijesno naslijeđe ima utjecaj na zdravstveno stanje stanovništva, na stanje i iskazivanje zdravstvene kulture naroda, na njegove zdravstvene navike te na stupanj korištenja zdravstvene zaštite. Otuda i smisao i opravdanje istraživanja prošlosti zdravstva.

Zahvaljujući svom geografskom i prometnom položaju otoci su u svojoj prošlosti bili uključeni u procese ekonomskih, kulturnih i civilizacijskih zbivanja ovog dijela Europe. Ekonomsku podlogu takvog stupnja razvijenosti činilo je uglavnom razvijeno vinogradarstvo, uljarstvo i ribarstvo te vrlo razvijeno brodarstvo. Živ promet u zemljama i gradovima Mediterana omogućavao je da ideje i ostvarenja u području unapređenja i zaštite zdravlja i liječenja, stvarane i ostvarivane u najrazvijenijem dijelu Europe, brzo postanu svojina i praksa stanovnika naših otoka.

Jedno od osnovnih obilježja svih naših otoka i njihovog pučanstva jest vrlo visoki higijenski i opće zdravstveni standard, koji daleko prelazi razinu opće razvijenosti i prosjeka Republike Hrvatske. Zaključujemo da su pučanstvo i vlasti naših otoka zdravlje i zdravstvenu zaštitu zarana postavili visoko na popisu svojih vrijednosnih kategorija. Zdravstvo naših otoka nije samo koristilo sve blagodati najsuvremenijih zdravstvenih sustava u prošlosti već je dalo i izvorni, osebujni doprinos svjetskoj riznici spoznaja i iskustva u području medicine.

Općenito vrijedi tvrdnja da povijest zdravstva na našim prostorima čini povijest više ili manje organiziranih ljudskih nastojanja da se izbjegnju, spriječe ili ublaže epidemije zaraznih bolesti (kuga, kolera, guba, malarija i dr.), koje su harale tadašnjim svijetom odnoseći ljudske živote. Smješteni na važnim pomorskim prometnicama, gdje su se sučeljavali i isprepletali različiti utjecaji i iskustva Istoka i Zapada, Rima i Bizanta, Turskog Carstva i Austrije, Mletačke Republike i Francuske, naši otoci su uz blagodati koje nosi trgovina iskusili i epidemije različitih bolesti i bili suočavani s potrebom njihovog ublažavanja i uklanjanja. U tom širem okruženju javljaju se osebujni iskazi zdravstvene kulture i dosjetljivi pristupi u rješavanju javno-zdravstvenih problema. Iz svega je vidljivo da su iskustva razvijenih talijanskih gradova i medicinskih središta i učilišta, u to vrijeme najboljih u Europi, bez sumnje posredno i neposredno utjecala na organizaciju zdravstvene zaštite i javnog zdravstva na našim otocima. Uz to, najznačajnije naše medicinsko središte u srednjem vijeku jest Dubrovnik koji

svojom zdravstvenom kulturom zasjenjuje mnoga važna istaknuta medicinska središta u svijetu. Iz njega su zdravstvene spoznaje i iskustva na naše otoke stizala neposredno.

U povijest medicine naši otoci ulaze vrlo rano. Tragovi antičke kulture, a time i medicine, mogu se naći gotovo na svakom koraku bogate otočne povijesne baštine, što je i razumljivo ima li se u vidu njihov geoprometni položaj.

Gotovo sve aktivnosti zdravstvene službe i organa vlasti na našem širem području u srednjem vijeku vezane su za dvije katastrofalne bolesti. To su kuga i malarija. U vrijeme kad je kuga, dolazeći s Istoka, na mahove kosila u dužim ili kraćim razdobljima, zdravstvo naših dalmatinskih otoka razvilo je najsuvremenije načine i oblike borbe protiv te bolesti i dalo osebujna rješenja u njenom suzbijanju. Malarija, endemski prisutna u užem okolišu naših otoka nanosila je velike materijalne i gospodarske štete. Neke široj medicinskoj javnosti manje poznate činjenice u svezi s ovom bolešću potječu iz korčulanskog iskustva. Korčulanski statut već 1420. godine zabranjuje Korčulanima da plove Neretvom, Bojanom i u predjelu Drača pod prijetnjom kazne gubitka čitave njihove imovine, koja u tom slučaju pripada komuni. Korčulani dakle zakonskim odredbama isključuju svoje pučanstvo od dodira s anofelesom i na taj način poduzimaju vrlo prikladne javno-zdravstvene mjere i zaštitu protiv malarije. U svezi s tim, 1774. godine talijanski putopisac Alberto Fortis u svojoj knjizi *Viaggio in Dalmazia* navodi mišljenje koje je čuo od jednog svećenika u području Neretve, da malariju uzrokuje ubod komarca. 125 godina prije epohalnog otkrića Ronalda Rossa (1899. g.) medicinska empirija ovog područja zna da komarac prenosi malariju!

Gradski statuti i povijesni dokumenti nedvojbeno govore da na otocima Hvaru, Korčuli i Krku već u srednjem vijeku postoji razvijena zdravstvena služba i neka vrsta zdravstvenog osiguranja. Veliko vijeće Hvara 1444. g. postavlja liječnika na godinu dana, s plaćom od 30 zlatnih dukata godišnje. Pored Komune, liječnika plaćaju i građani, a on je dužan liječiti sve one koji k njemu dolaze ili ga trebaju "quam in phisica tam in chirurgia".

1464. g. liječnika na Hvaru plaća samo Komuna, i to sto zlatnih dukata, i daje mu stan na korištenje. Veliko ga vijeće oslobađa i poreza, a on je dužan besplatno liječiti sve stanovništvo, kako vlastelu tako i pučane. Prema Čatipoviću, to je prvo zdravstveno osiguranje na svijetu (Čatipović, 1969). Od tog doba do današnjih dana stanovništvo naših otoka ima besplatnu zdravstvenu zaštitu, što se odražava i na stupanj zdravstvene kulture kao i na intenzitet korištenja zdravstvene zaštite.

Slična i još originalnija rješenja o angažiranju liječnika i danih mu pogodnosti nalazimo u isto vrijeme u odredbama Korčulanskog statuta.

U Zborniku *Zdravstvo otoka Krka* izdanom 1989. godine, nalazimo obilje podataka i svojevrzni vremeplov – kronologiju razvoja zdravstvenih službi otoka Krka od prvih poznatih ubožnica u srednjem vijeku do moderne službe zdravstvene zaštite. U 13. stoljeću Krčki statut regulira status liječnika kao općinskog službenika sa stalnom plaćom. Liječnik privatne prakse ne smije po svojoj volji uzimati nagradu za učinjene usluge, već visinu te nagrade određuje

načelnik. Na otoku u to vrijeme postoji i socijalno-karitativna ustanova, bolnica (*hospetale*), o kojoj se brine bratovština Sv. Marije i Ivana. Kao specifičnost navode se i norme i postupci o higijensko-zdravstvenom stanju galijota na venecijanskim trgovačkim i ratnim brodovima. Providur Lovro Gisi izvješćuje 1538. godine dužda o plaćama namještenika na Krku pa spominje i liječnika i njegovu plaću koja značajno opterećuje proračun.

Vrsalović u *Povijesti otoka Brača* navodi da 1872. g. na Braču djeluje osam liječnika, dva farmaceuta i dvadesettri babice, svi kao državni službenici. Listajući statute naših otoka – Korčule, Hvara, Brača Visa, Krka i drugih, nalazimo i vrlo precizne iskustvene norme i odluke iz područja zaštite čovjekova okoliša. Sve je to pod izravnim utjecajem tada valjanih sanitarnih normi definiranih u poznatom *Regimen sanitatis saleritanum*, svojevrsnom kodeksu sanitarnih propisa i mjera temeljenih na tadašnjim spoznajama i iskustvu.

Zanimljivo je i u širim razmjerima originalno iskustvo Mjesne zajednice Smokvica, koja nakon II. svjetskog rata, ne čekajući ni saveznu ni republičku legislativu, već 1953. godine odlučuje da mještani Smokvice solidarno snose troškove osobnog dohotka liječnika kojeg žele imati u svome mjestu. 1955. godine osnivaju solidarni fond za ambulantno liječenje poljoprivrednika, kojemu se pridružuje i Mjesna zajednica Čara. Taj fond se zasnivao jedino na principu solidarnosti, jer su svi članovi plaćali jednake iznose, ovisno o broju članova obitelji, a ne o stanju zdravlja, zdravstvenih rizika i korištenja zdravstvene zaštite. Iz tog fonda liječniku se isplaćivao određeni dodatak na plaću, a podmirivali su se i troškovi njegova smještaja u Smokvici. Kako je fond poslovao dobro a osiguranici uvidjeli koristi, već 1956. godine počinju se "pokrivati" i troškovi bolničkog liječenja. Fond posluje samostalno do 1960. godine kada prelazi u djelokrug Poljoprivredne zadruge "Jedinstvo" u Smokvici. Naziv se mijenja u "Prošireni fond zdravstvenog osiguranja poljoprivrednika". Sredstva su prikupljana na dobrovoljnoj osnovi prema broju članova domaćinstva. Fond nije bio ograničen samo na poljoprivrednike, već se dopuštalo i naknadno uključivanje, posebno neučlanjenim poljoprivrednicima u slučaju nesreća ili hitnih intervencija. U takvim slučajevima Fond je nadoknađivao troškove bolničkog liječenja. Održao se do 70-ih godina, sve do stvaranja samoupravnih interesnih zajednica i obveznog poljoprivrednog osiguranja. Treba naglasiti da je svijest o nužnosti solidarnog izdvajanja za zdravstvo prisutna kod stanovništva Mjesne zajednice Smokvica i nakon gašenja Fonda, što se očituje u brizi Poljoprivredne zadruge "Jedinstvo", koja je kao formalni sljednik Fonda nastavila nabavljati opremu. Ambulanta i liječnikov stan smješteni su u prostorijama Poljoprivredne zadruge "Jedinstvo" koja prikupljenu najamninu ulaže u ambulantu u Smokvici. Posljednjih je godina na taj način nabavljena cjelokupna oprema za zubnu ambulantu i osiguran udio od 30% u nabavci trokanalnog EKG-a. Nastao bez pomoći i potpore "viših" razina (a nerijetko i protiv njih), ovaj primjer je bez presedana u našoj praksi.

TEMELJNE ZNAČAJKE ZDRAVSTVENOG STANJA I ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI NA NAŠIM OTOCIMA

Zdravstveno stanje u pravilu se prikazuje i ocjenjuje tzv. negativnim pokazateljima zdravstvenog stanja, tj. učestalošću pojedinih bolesti u stanovništvu, kako ih rutinski ili specijalnim istraživanjima zabilježi zdravstvena djelatnost. Neki od ovih neizravnih pokazatelja u ocjeni zdravstvenog stanja (smrtnost dojenčadi ili standardizirana smrtnost), integralni su i sintetski parametri i pokazatelji ne samo zdravstvenog stanja već i zdravstvene kulture i zdravstvene djelatnosti nekog područja. Analizirajući stope vitalne statistike na otocima i uspoređujući ih s prosjecima Republike Hrvatske za 1991. godinu (tablica 1) uočava se sljedeće:

1) Natalitet u Republici Hrvatskoj iznosi 11,10 živorođene djece na 1.000 stanovnika, a opća smrtnost 11.46, što znači da je prirodni priraštaj bio negativan (-0,36). To je prvi popis u povijesti ovostoljetnog popisivanja stanovništva a da stopa smrtnosti prelazi stopu nataliteta na području cijele Republike Hrvatske. (Istine radi, treba reći da je 1991. godina glede ovih pokazatelja nesigurna, jer je to godina domovinskog rata, kada nam statistički podaci nisu potpuni niti pouzdani.)

Tablica 1

Apsolutni i relativni pokazatelji vitalne statistike i stope smrtnosti dojenčadi u Republici Hrvatskoj i u općinama-otocima za 1991. godinu

Područje	Broj živorođenih	Natalitet	Broj umrlih	OS	Prirodni priraštaj	SD
REPULIKA HRVATSKA	51.829	11,10	54.832	11,46	-0,36	12,02
Brač	139	10,05	150	10,85	-0,80	7,19
Cres-Lošinj	145	15,16	125	10,60	4,56	6,90
Hvar	112	9,77	151	13,18	-5,41	—
Korčula	204	10,38	240	12,21	-1,83	9,8
Krk	207	12,62	229	13,96	-1,34	—
Lastovo	8	6,51	7	5,70	0,81	—
Pag	100	13,14	98	12,87	0,27	—
Rab	89	9,31	77	8,05	1,26	11,2
Vis	35	8,04	81	18,60	-10,54	—
OTOCI-UKUPNO	1.039	10,39	1.158	12,08	-1,89	5,21

Istodobno natalitet na otocima iznosi 10,40, a opća smrtnost 12,08, pa prirodni priraštaj ima također negativni predznak (-1,90). Gledano po pojedinim otočnim općinama, kakve su postojale do nove upravne podjele 1993, prirodni se priraštaj kreće u rasponu od 4,56 (Cres, Lošinj) do -10,54 (općina Vis). Od 9 otočnih općina u 5 je zabilježen negativni prirodni priraštaj.

2) Smrtnost dojenčadi složeni je pokazatelj ne samo zdravstvenog stanja već i opće razvijenosti nekog područja te opće i zdravstvene kulture pučanstva.

Smrtnost dojenčadi je 1991. godine u Republici Hrvatskoj iznosila 12,02, a na otocima 5,21. U 5 od 9 otočnih općina ni jedno dijete do navršene godine života nije umrlo. Niska smrtnost dojenčadi tradicionalna je na našim otocima.

Kako opća smrtnost ne može biti izravni, a niti neizravni pokazatelj zdravstvenog stanja, to se za ocjenu smrtnosti koristi izvedeni pokazatelj, tzv. standardizirana smrtnost. Njime se ovdje pokazuje kakva bi bila opća i specifična smrtnost nekog područja naših otoka kada bi otoci imali dobnu strukturu stanovništva jednaku onoj u Republici Hrvatskoj. Pod tom pretpostavkom opća i specifična smrtnost izgledala bi ovako:

Tablica 2

Stope mortaliteta u Hrvatskoj i otocima 1991. godine na 10.000 stanovnika

	Ukupno umrli		Kardiovaskularne bolesti		Neoplazme		Ozljede i trovanja		Probavni sustav	
	NS*	SS**	NS	SS	NS	SS	NS	SS	NS	SS
HRVATSKA	114,61		55,25		21,97		15,31		5,66	
OTOCI	120,77	85,37	67,89	44,40	24,72	19,68	7,30	5,81	4,07	3,49

*Nestandardne stope **Standardne stope

Izvedeni pokazatelji daju impresivne pozitivne značajke stanovništvu naših otoka. Kada, naime, metodom direktne standardizacije analiziramo opću smrtnost na otocima i njenu strukturu prema najčešćim uzrocima smrti, opažamo da od 100 umrlih u Republici Hrvatskoj na otocima umre 75; na 100 umrlih od kardiovaskularnih bolesti u Republici Hrvatskoj na otocima umre 80; na 100 umrlih od malignih bolesti u Hrvatskoj na otocima umre 90; na 100 umrlih od ozljeda i trovanja u Hrvatskoj na otocima ih umire 38; i na 100 umrlih od probavnih bolesti u Republici Hrvatskoj na otocima ih umre 62.

ZDRAVSTVENI RESURSI NA OTOCIMA

U tablici 4 dan je prikaz zdravstvenih ustanova po pojedinim otočnim općinama te broj i struktura uposlenih djelatnika u 1981. i 1991. godini. Ukupan broj djelatnika porastao je od 1201 na 1230, a struktura uposlenih značajno je poboljšana. Broj zdravstvenih djelatnika porastao je za 87, a administrativnog osoblja smanjen za 14. Smanjen je i broj zdravstvenih djelatnika niže stručne spreme, od 116 na 63. Farmaceuti su značajno porasli s 27 na 40, što se pretežno odnosi na stručnjake laboratorijsko-biokemijskog usmjerenja.

Na našim otocima trenutačno djeluje 20 zdravstvenih djelatnika – privatnika. Na području općine Krk djeluje 10 djelatnika privatne prakse, i to 3 liječnika opće medicine, jedan oftalmolog, 4 stomatologa i 2 zubotehničara. Na Cresu i Lošinj u djeluje jedan privatni stomatolog, na Pagu također jedan, a na Rabu dva. Na

Hvaru djeluju 3 privatna stomatologa, na Braču 2, a na Korčuli jedan. Podaci o privatnoj praksi važni su stoga što dio otočnog stanovništva koristi zubozdravstvenu zaštitu kod privatnih stomatologa, pa je i taj odnos povoljniji od prosjeka Republike Hrvatske.

STUPANJ KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravstvena zaštita se na našim otocima koristi intenzivnije od prosjeka Republike Hrvatske. Poznato je da instalirani kapaciteti zdravstva čine osnovu za intenzivnije korištenje zdravstvene zaštite. Kao što pokazuje tablica 3, na jednog liječnika primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj otpadalo je 1991. godine 1400 stanovnika, a na otocima svega 1170, a ako se tome pridoda broj liječnika privatne prakse primarne zdravstvene zaštite, omjer na otocima iznosi oko 1100 i za 20% je povoljniji.

U zubozdravstvenoj zaštiti djeluje 30 zubnih terapeuta u domovima zdravlja i 14 u privatnoj praksi, što ukupno iznosi 44 zubna terapeuta. Omjer stomatologa i stanovništva na otocima iznosi 1:2180, a u Republici Hrvatskoj 1:2523.

Pored povoljnijeg omjera broja liječnika i stomatologa i populacije, korištenje je zdravstvene zaštite na otocima intenzivnije nego na kopnu. Liječnik primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj obavi prosječno godišnje 6538 pregleda, a na otocima 7120 ili 10%. Dok prosječan građanin Republike Hrvatske godišnje izvrši 4,6 pregleda i primi 2,1 medicinsku uslugu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, stanovnici otoka u prosjeku dolaze liječniku 6,1 puta i koriste medicinske usluge 7,72 puta, što je 32,4% više pregleda i 125% više usluga. Uzevši ukupno preglede i medicinske usluge u odnosu na jednog stanovnika, prosjek Republike Hrvatske iznosi 6,7 po stanovniku, a na otocima 10,80. Ove podatke treba uzeti u obzir i prilikom prihvaćanja i postavljanja kadrovskih normativa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i prilikom ocjenjivanja financiranja zdravstvene zaštite na otocima. Razlozi nominalno višeg otočnog zdravstvenog standarda mnogobrojni su: od povijesnih, psiholoških i demografskih sve do stvorenih navika u intenzivnom korištenju zdravstvene zaštite i potrebe da u vrijeme turističke sezone na otoku bude primjeren broj liječnika.

STARENJE OTOČANA

Jedno od ovdje relevantnih populacijskih istraživanja starenja vršeno je 1970/71. godine na tri lokaliteta u Republici Hrvatskoj: na populaciji otoka Brača i Hvara, na području Sinjske krajine i na području Srijema. Studiju pod naslovom "Starenje bez smetnji i bolesti" izradili su stručnjaci Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar", i to u stanovnika obaju spolova i dobi u rasponu od 25-75 godina. Cilj je bio istražiti načine i strukture prehrane, navike i stil življenja na tri lokaliteta koji imaju razlikovne karakteristike u odnosu na tražene varijable.

1991. godine, dvadeset godina kasnije, praćena je kohorta od 5511 stanovnika koji su bili uključeni u istraživanje i izvršena znanstvena i epidemiološka evaluacija. Epidemiološke karakteristike populacija otoka Braća i Hvara te Sinjske Krajine i Srijema opisane su pritom distribucijama faktorskih skorova izvedenih iz triju skupova varijabli (antropološke varijable, životne navike, indikatori metabolizma). Glavne razlike su uočene između otočnih populacija, karakteriziranih tendencijom pretilosti, preferiranjem konzumacije vegetabilnih ulja i niskom konzumacijom alkohola te nižim tlakom i višom glukozom u krvi, i kontinentalnih, koje su opisane upravo obratno. Sinjska Krajina pokazuje najviše vrijednosti krvnog tlaka, a Brać kolesterola i triglicerida (Vuletić, 1990). Ocijenjeno je i uspoređeno dvadesetogodišnje preživljavanje i uzroci smrti u trima promatranim populacijskim skupinama (Ivanković, 1990). Ustanovljeno je da žene bolje preživljavaju od muškaraca, a kohorte otočne populacije bolje od kohorti dviju kontinentalnih populacija. Specifični mortaliteti za pojedine uzroke smrti, u skupinama usporedivim po dobu i spolu, dovode srijemsku populaciju na prvo mjesto 41 puta, Sinjsku Krajinu 38 puta, Brać 22 puta, a Hvar samo 7 puta. Koronarna bolest srca kao uzrok smrti pojavljuje se u starijim dobnim skupinama znatno češće na otocima nego u kontinentalnim regijama dok bolesti jetre pokazuju upravo obratni primjer. Ostale kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti kao i neoplazme respiratorne bolesti, bolesti gastrointestinalnog trakta, nesreće, senilnost, nedefinirana stanja i skupina nepoznatog mnogo su češći uzroci smrti u kontinentalnim regijama nego na otocima. Zarazne bolesti kao uzrok smrti javljaju se pretežno na Braću, u starijim dobnim skupinama.

Ispitan je i subjektivni osjećaj zdravlja (Šošić, 1990). Podaci prikupljeni nakon 20 godina poslužili su za analizu utjecaja dobi, spola, općenitog zadovoljstva životnim prilikama, važnog događaja u obitelji, rada na zemlji i gojaznosti na procjenu vlastitog zdravlja ispitanikâ. Uočena je jasna povezanost subjektivnog osjećaja zdravlja s dobi, spolom i područjem stanovanja, a bolje zdravlje od ostalih iskazivali su muškarci, mlađe osobe i stanovnici otočnih područja. Nezadovoljstvo životnim prilikama i važan događaj u obitelji negativno su utjecali na percepciju zdravlja u žena više nego u muškaraca.

Rezultati ovih istraživanja potvrđuju već davno iskazanu tvrdnju i vjerovanje da otočni ambijent, način življenja, navike, prehrana i druge sastojnice specifične za život i življenje na otocima pozitivno utječu na duljinu i kvalitet života. Znanstveno utemeljene, ove spoznaje mogu se koristiti u zacrtavanju razvojnih perspektiva naših otoka, a posebno zbog sve češće iskazivanog interesa za život u tim ambijentima.

Aplicirajući ostalim epidemiološkim istraživanjima utvrđene bolesti te naznačene opće i specifične, izravne i neizravne pokazatelje u nas, može se bez većih rizika utvrditi da se na našim otocima, u populacijskoj osnovi od 2000 stanovnika (koliko su u prosjeku imale bivše otočne općine), ističu sljedeći zdravstveni problemi:

- očekuje se incidencija od 8 infarkta godišnje,
- očekuju se 24 psihoze, od kojih će 5 biti alkoholne geneze. Starenjem popula-

Tablica 3

Apsolutni i relativni pokazatelji razvijenosti i stupanj korištenja primarne zdravstvene zaštite otoka – općina u 1991. u komparaciji s prosjekom Republike Hrvatske

Naziv	Republika Hrvatska	Brač	Cres-Lošinj	Hvar	Korčula	Krik	Lastovo	Pag	Rab	Vis	Ukupno otoci	Iznad prosjeka RH
Broj stanovnika	4.784.265	13.624	11.796	11.459	19.651	16.402	1.228	7.612	9.562	4.354	95.888	
Br. liječnika prim. zdravstvene zaštite	3.429	14	4	12	24	12	1	5	6	4	82	
Br. stanovnika na 1 liječ. prim. zdr. zašt.	1.400	960	2.949	955	820	1.367	1.228	1.522	1.590	1.090	1.170	83,6
Broj stomatologa	1.856	4	2	2	11	3	1	3	3	1	30	
Broj stanovnika na 1 stomatologa	2.523	3.356	5.898	5.730	1.790	5.470	1.228	2.540	3.190	4.354	3.200	126,8
Broj pregleda u prim. zdrav. zaštiti	22.418.003	92.243	60.715	94.573	84.126	122.896	1.761	46.376	50.877	30.205	583.772	
Broj usluga u prim. zdrav. zaštiti	10.253.942	45.910	66.572	46.309	134.001	33.676	1.251	34.500	26.028	64.020	452.167	
Br. pregleda na 1 liječnika prim. zdr. zašt.	6.538	6.590	15.180	7.810	3.505	10.240	1.761	9.275	8.480	7.510	7.120	110,0
Br. pregleda u pr. zdr. zašt. na 1 stanovnika	4,6	6,7	5,10	8,25	4,28	7,50	1,43	6,10	5,32	6,94	6,09	132,4
Br. usluga u pr. zdr. zašt. na 1 stanovnika	2,1	3,3	3,7	4,04	6,82	2,05	0,94	5,53	2,72	14,70	4,72	225,0
UKUPNO pregled/ usluga na 1 stanovnika	6,7	10,0	8,8	12,3	11,0	9,55	2,37	11,63	8,04	21,64	10,81	161,3

Izvor podataka: Izvješće o stanju i radu u zdravstvu Republike Hrvatske u 1991. godini. Izdanje: Zavod za zaštitu zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb, 1992.

Tablica 4

Broj i profil djelatnika u zdravstvu Hrvatske – po općinama i ustanovama u 1981. i 1991. godini

Općina	Zdravstveni djelatnici		Liječnici		Liječnici stomatolozi		Farmaceuti		Ostali s VSS		VŠS		SSS		NSS		Administrativni djelat.		Tehničko osoblje		Ukupno ustanova	
	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.	81.	91.
SUPETAR – DZ	70	84	13	15	4	4	2	5	–	–	5	8	92	51	4	1	12	9	14	15	146	108
CRES-LOŠINJ	115	114	20	18	3	2	3	3	1	1	6	11	67	71	15	8	33	27	94	76	242	217
DZ Mali Lošinj	56	56	10	10	2	2	–	–	1	1	2	4	40	38	1	1	16	11	25	15	97	82
ZS Cres	17	13	3	2	1	–	–	–	–	–	2	2	7	7	4	2	3	2	3	3	23	18
Dječja bolnica V. Lošinj	33	35	7	6	–	–	–	–	–	–	2	5	17	20	7	4	12	12	64	57	109	104
Ljekarna Cres-Lošinj	9	10	–	–	–	–	3	3	–	–	–	–	3	6	3	1	2	2	2	1	13	13
HVAR	57	72	13	18	4	2	3	6	1	1	2	4	29	36	5	5	12	12	9	18	78	102
ZS Hvar	39	56	8	13	4	2	3	6	–	–	2	3	17	27	5	5	9	7	1	10	49	73
Alerg. centar Hvar	18	16	5	5	–	–	–	–	1	1	–	1	12	9	–	–	3	5	8	8	29	29
KORČULA	191	227	31	46	7	11	7	13	–	2	11	25	104	114	28	16	40	38	25	36	253	301
DZ Korčula	49	74	12	21	3	5	–	2	–	1	5	11	28	34	1	–	10	12	8	14	67	100
ZS Blato	13	–	3	–	–	–	–	–	–	–	2	–	8	–	–	–	3	–	2	–	18	–
ZS Smokvica	5	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–	1	–	1	–	7	–
ZS Vela Luka	15	54	3	15	2	4	–	1	–	–	1	6	7	28	2	–	2	6	2	8	19	68
ZS Orebić	16	20	3	5	2	2	–	–	–	–	–	2	9	10	2	1	4	4	4	6	24	30
Ljekarna Korčula	8	7	–	–	–	–	3	4	–	–	–	–	5	3	–	–	4	3	–	1	12	11
Ljekarna Blato	7	9	–	–	–	–	3	6	–	–	–	–	4	3	–	–	2	3	1	2	10	14
Zavod Kalos	75	63	9	5	–	–	1	–	–	1	3	6	39	36	23	15	14	10	7	5	96	78

KRK	79	91	21	19	4	4	3	5	7	-	1	5	10	40	49	4	2	12	10	18	23	109	124
DZ Krk	73	73	21	17	4	2	1	1	1	-	1	5	8	38	42	4	2	12	9	14	18	99	100
Ljekarna	6	9	-	-	-	-	-	4	6	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	4	5	10	14
Dina	-	9	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	4	-	1	-	1	-	-	-	10
LASTOVO - ZS	5	5	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	2	2	1	1	1	1	1	1	7	7
PAG	23	33	5	7	2	4	1	1	2	-	1	-	2	13	14	2	3	5	4	3	7	31	44
DZ Pag	21	30	5	7	2	4	-	-	-	-	1	-	2	12	13	2	3	5	4	1	5	27	39
Apoteka	2	3	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	2	4	5
RAB	169	166	22	26	1	3	4	4	2	2	3	12	21	74	85	54	26	32	31	105	98	306	295
DZ Rab	26	36	6	8	1	3	-	-	-	-	-	3	6	13	19	3	-	5	7	7	8	38	51
Psih. bolnica Rab	130	115	14	17	-	-	1	-	-	2	3	9	14	54	55	50	26	24	23	88	77	242	215
Talassoterapija Rab	7	10	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	8	1	-	3	1	9	12	19	23
Ljekarna Jadran	6	5	-	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-	3	3	1	-	-	-	1	1	7	6
VIS DZ	20	24	4	4	1	1	2	2	2	-	-	1	2	9	14	3	1	6	7	3	1	29	32
SVEUKUPNO: 81/91.	729	816	130	147	27	31	27	40	40	4	9	42	83	430	436	116	63	153	139	272	275	1201	1230

cije povećava se broj starijih psihoza (procjenjuje se da 80% osamdeset-godišnjaka boluje od određenog stupnja duševnih i emocionalnih poremećaja),

- 60-100 stanovnika imat će šećernu bolest,
- 250-300 osoba iznad 25 godina imat će povišeni krvni tlak, što zahtijeva redovitu i stalnu kontrolu.

Ovo su samo najznačajnije bolesti i njihov udio u populaciji. Radi se o bolestima koje su gotovo doživotne i koje se u pravilu ne mogu u cijelosti izliječiti, ali se mijenjanjem stila življenja i redovitim kontrolama mogu učiniti podnošljivim, pa ne moraju bitno smanjiti kvalitetu življenja. Pretpostavka za to jest aktivno sudjelovanje građana i prihvaćanje suodgovornosti za vlastito zdravlje. Tu zadaću i suodgovornost može preuzeti na sebe samo dobro obaviješteni građanin, pa je zadaća zdravstva da tome ponajviše pridonese.

MOGUĆI PRAVCI RAZVOJA ZDRAVSTVA NA OTOCIMA

Ciljeve otočne zdravstvene zaštite moguće je za idućih desetak godina definirati na sljedeći način:

- primjerenom prenatalnom zaštitom i adekvatnom zaštitom zdravlja zadržati smrtnost dojenčadi na razini ispod 10%,
- eliminirati maternalnu smrtnost i postići 100% obuhvat trudnica prenatalnom zaštitom,
- osigurati liječničku pomoć pri svakom porodu, bilo u rodilištu ili u stanu roditelja, kao i prijevoz u hitnim slučajevima,
- osigurati da svi stanovnici imaju liječničku pomoć pri smrti. Terminalna stanja tretirati obvezno u kućnom liječenju kombinirajući institucionalni i kućni oblik terminalnih bolesnika,
- depistažom utvrditi i staviti pod stalni zdravstveni nadzor sve dijabetičare, hipertoničare, kardiopate, bubrežne bolesnike, psihotičare,
- sniziti letalitet kod srčanih bolesnika, apopleksije i komatoznih stanja,
- ciljanim pregledima kod različitih i ugroženih kategorija otkriti karcinom tako rano da barem u 70% slučajeva bude operabilan,
- traumatiziranima osigurati hitnu medicinsku pomoć na mjestu nesreće tijekom prijevoza,
- postići 90%-tnu saniranost zubala u cjelokupnoj populaciji,
- produžiti očekivano trajanje života u idućih 20 godina za 10%,
- osigurati onu razinu zdravlja koja će ljudima omogućiti društveno produktivan život.

Zadaće koje zdravstvena djelatnost mora preuzeti kako bi se navedeni ciljevi ostvarili jesu sljedeće:

- organizirano provoditi preventivnu zaštitu, zdravstveno obavještavati stanovništvo i donijeti kodeks sanitarnih mjera na našim otocima, kojim će se putem općinskih odluka regulirati obveze sviju u očuvanju i zaštiti čovjekove životne i radne okoline, posebno za vrijeme turističke sezone. Ovaj kodeks treba sačiniti

u suradnji sa županijskim zavodom za javno zdravstvo, uvažavajući u potpunosti lokalne potrebe, a u skladu s europskim standardima koji su doneseni na razini Europske ekonomske zajednice 1992. godine,

- programiranom aktivnom zdravstvenom zaštitom i dispanzerskim metodama rada obuhvatiti sistematskim pregledima i stalnim zdravstvenim nadzorom sve trudnice (6 obveznih pregleda tijekom trudnoće), svu dojenčad (12 preventivnih pregleda godišnje), svu školsku djecu i omladinu do 21 godine života općim i ciljanim pregledom jedanput godišnje, jednom do dvaput godišnje ciljano pregledavati sve radnike na rizičnim, ugroženim radnim mjestima, jedanput godišnje sistematski pregledavati sve osobe starije od 50 godina,
- ciljano godišnje treba pregledati uterus i dojke sviju žena od 25-60 godina starosti, pluća sviju muškaraca starijih od 50 godina te sve osobe koje u obiteljskoj anamnezi imaju dijabetes i sve osobe starije od 50 godina. Koronarnu bolest i hipertenziju treba pregledati jedanput godišnje kod osoba starijih od 40 godina, a sve osobe koje rade u ugostiteljstvu i turizmu trebaju jedanput godišnje obaviti opći pregled i pregled na kliconoštvo,
- sistematske preglede i sanacije zubala predškolske djece treba obavljati jedanput godišnje, a školske djece 2 puta godišnje,
- sva obvezna cijepljenja trebaju imati 100% obuhvat,
- sistematizirati zdravstveni odgoj svih kategorija stanovništva, posebno školske djece i medicinski vulnerabilnih osoba,
- osnovati klubove oboljelih od pojedinih kroničnih bolesti (alkoholizam, hipertenzija, dijabetes i dr.).

Provedu li se ove mjere, godišnje treba očekivati 8 pregleda primarne zdravstvene zaštite po stanovniku, 3,5 pregleda u zubozdravstvenoj zaštiti po stanovniku, 1 specijalistički pregled po stanovniku te 30 – 40 liječničkih intervencija na 3000 ljetnih turista dnevno. Očekuje se i da će 6% stanovnika biti hospitalizirano, s prosječnim trajanjem bolničkog liječenja od 10 dana.

Organizacija zdravstvene službe na otocima treba i nadalje počivati na principu obiteljskog liječnika, tj. liječnika koji će u mjestu i općini pružati cjelovitu uslugu zaštite zdravlja i liječenja cjelokupnom stanovništvu. Osnovni nositelj poslova i zadaća treba biti prošireni tim liječnika opće medicine, u kojem se osim liječnika specijalista opće medicine u pravilu nalazi i stomatolog, a na raspolaganju im je priručni laboratorij i ljekarnička stanica sa suvremenom primjerenom opremom. Zbog starosti stanovništva i drugih potreba uvjetovanih izoliranošću otoka, ovom će timu trebati dodatna znanja i vještine, posebno iz hitne medicinske pomoći, kućnog liječenja, terminalne skrbi, fizijatrije i drugih specifičnih potreba.

Na spomenutoj populacijskoj osnovi od 2000 stalnih stanovnika bit će potrebno angažirati 2 liječnika opće medicine, 2 medicinske sestre, 1 patronažnu sestru, 1 medicinsku sestru primaljskog smjera, 1 laboranta, 1 stomatologa, 1 farmaceutskog tehničara, 1 fizioterapeuta i 1 sanitarnog tehničara.

Trebat će razlikovati i najmanje dvije kategorije turista: sezonske (ljetne) i izvansezonske (zimске). Ljetni gosti su pritom prosječno zdrave osobe. Za

očekivati je da oni manje koriste zdravstvenu službu, odnosno manje traže medicinsku pomoć od stalnog stanovništva, jer te osobe programiranu zdravstvenu zaštitu u pravilu koriste u mjestu svog stalnog boravka. Višegodišnja iskustva i dostupni radovi o tome govore da vrsta i opseg zdravstvenih potreba nisu identične s vrstom i opsegom potreba domaćeg stanovništva. Postoji, dakle, specifični morbiditet ljetnih gostiju – turista (razni incidenti, akutne bolesti gornjih respiratornih puteva, dijareje, saobraćajne traume, nesreće na moru, opekotine, insolacije i dr.). S obzirom na specifičnost morbiditeta ljetnih turista i nesigurnost higijensko-epidemioloških uvjeta, zdravstvo na otocima treba u ljetnim mjesecima biti usmjereno na organiziranje sanitarnog nadzora, sanitarne operative i kontrole radi postizanja higijenske besprijekornosti objekata, okoline, dispozicije otpadnih tvari, prehrane i dr. te na pružanje adekvatne medicinske pomoći oboljelim i povrijeđenim gostima prema njihovom zahtjevu.

Prvu grupu problema – osim provođenjem općih mjera, definiranih u zakonima i programu mjera zdravstvene zaštite Republike Hrvatske – treba rješavati donošenjem i dosljednim provođenjem kodeksa sanitarnih mjera, kojeg treba donijeti na svakom otoku, a u kojem se definiraju obveze brojnih subjekata izvan zdravstva i obuhvaćaju one specifične potrebe pojedinog otoka koje je nemoguće obuhvatiti republičkim propisima.

Zdravstvenu zaštitu i medicinsku pomoć turistima uglavnom će pružati redovita zdravstvena djelatnost naših otoka koja u svojim razvojnim planovima treba uzeti u obzir i ove potrebe. U ovom dijelu pružanje medicinske pomoći može se povjeriti i privatnoj praksi.

U većim hotelskim naseljima od 1000-1500 gostiju bilo bi uputno izgraditi opću i stomatološku ambulantu u kojoj bi punim radnim vremenom ili samo dijelom radnog vremena radili liječnici opće medicine i stomatologije. Veličina prostora ovakvog ambulatorija iznosi oko 80 m², a u njemu uz liječnika opće medicine i stomatologa treba raditi jedan sanitarni tehničar čiji bi zadatak bio vršenje unutarnjeg nadzora provođenja sanitarnih i higijenskih normi i postupaka. Sredstva za investicije u ove prostore i opremu treba uračunati u cijenu izgradnje turističko-ugostiteljskih objekata.

U manjim ugostiteljsko-turističkim naseljima dostatna je i jedna medicinska sestra ili tehničar sa stalnim radnim vremenom, a ostale poslove zdravstvene zaštite može obavljati javna zdravstvena služba ili zdravstveni djelatnici privatne prakse.

Izvansezonski gosti u najvećem su broju slučajeva starije osobe, u pravilu kronični bolesnici. Ovi turisti – bolesnici zahtijevaju stalnu medicinsku pomoć i njegu. Strukturu i opseg te pomoći i njege treba odrediti prema broju i strukturi te potrebama tih gostiju.

Već desetak godina mnogi umirovljenici iz unutrašnjosti, kao i kronični bolesnici dolaze na otoke i zimi, da bi u pogodnijim ambijentalnim i klimatskim uvjetima lakše podnosili svoju bolest i osamu. Njih će zasigurno biti sve više i stoga treba razvijati i zdravstveni turizam. Zdravstveni turizam morao bi tražiti svoju

budućnost u aranžmanima i ugovorima s fondovima osiguranja, sindikalnim fondovima i općenito fondovima zdravstvene potrošnje onih zemalja koje su zainteresirane za naše otoke, klimu i druge pogodnosti što ih otočni ambijent pruža za zdravlje i dobro osjećanje. Osim pionirskih pokušaja Malog Lošinja i Hvara, može se reći da je problematika zdravstvenog turizma na našim otocima još neistražena i nedefinirana, pa se postavlja zahtjev i za odgovarajućom studijom.

Turizam, posebno onaj otočnog tipa, donosi dodatne potrebe glede prostora, opreme i kadrova, potrebe koje je zbog nesigurnosti turističkih tokova teško dosljedno planirati i rješavati *ad hoc*, na početku sezone. Kvalitetni turizam traži više standarde, što pred zdravstvenu djelatnost – planiranu i dimenzioniranu za domicilnu populaciju – postavlja velike materijalne zahtjeve. Narav turističkog morbiditeta i izoliranost otoka traži brz i kvalitetan prijevoz do razvijenijih medicinskih centara, i to ne onaj klasični – sanitetskim kolima, već suvremeniji i skuplji (helikopter, avioprijevoz, brzi čamci i sl.).

Brzi i sigurni prijevoz traži skupa sredstva i odličnu organizaciju i prelazi mogućnost otočnih općina i turističko-ugostiteljskih organizacija. Na ovim problemima trebaju se uz lokalne čimbenike angažirati županijski organi i organi Republike, jer je turizam prioritetni privredni pravac razvoja cijele naše države.

UMJESTO ZAKLJUČKA

U čemu se zapravo očituju posebnosti organizacije, funkcije i financiranja zdravstva na otocima? Najkraće:

– povijesno naslijeđe pridonosi pojačanom korištenju zdravstvenozaštitnih mjera i postupaka. Otočnin smatra pravo na zdravstvenu zaštitu svojim temeljnim osobnim pravom i civilizacijskim dostignućem. On je voljan i spreman da zajedno s društvom to pravo od deklariranog pretvori u stvarno,

– veliki broj i raštrkanost malih naselja otežava dostupnost zdravstvene zaštite, a izoliranost otoka otežava korištenje diferenciranih vrsta i oblika zdravstvene zaštite. Posebni se zahtjevi postavljaju hitnoj medicinskoj pomoći i sanitarnom transportu te – na otocima obavezno proširenim – timovima primarne zdravstvene zaštite,

– otočno stanovništvo, u kojem prevladavaju starije dobne skupine, češće nego kopneno koristi sve mjere zdravstvene zaštite i zahtijeva stalni zdravstveni nadzor i terapijske postupke. Takva struktura stanovništva izravno dodatno poskupljuje zdravstvenu zaštitu na otocima. Raznolika problematika socijalno-zdravstvenih potreba na otocima je izraženija. Otočni način rješavanja socijalno-zdravstvenih potreba starih ljudi može poslužiti kao prototip najprikladnijeg načina rješavanja ove teške i učestale društvene potrebe. Način na koji to otoci rade rezultat je europskih pokušaja, promašaja i pozitivnog iskustva,

– odnos prema zdravlju i zdravstvu kod otočana oduvijek je bio vrlo aktivan i pozitivan i u redoslijedu ljudskih vrednovanja na visokom stupnju, što treba

podržavati i održavati na razini lokalne samouprave i suodlučivanja,
– otočni i zdravstveni turizam traže od lokalne zdravstvene službe posebne obveze u osiguranju kvalitetnih preventivnih aktivnosti i u organiziranju dobre medicinske pomoći.

Treba naglasiti da ove posebnosti organizacije i funkcije zdravstvene zaštite na otocima zahtijevaju i dodatna novčana sredstva. Nesporno je, također, da razvijeno zdravstvo predstavlja bitan infrastrukturni element i čimbenik socijalne sigurnosti domicilnog stanovništva, a istodobno je važna sastavnica izrazito propulzivnoj gospodarskoj grani – turizmu, koji na otocima ima veliku i nesumnjivu budućnost. Ne zaboravimo da su otoci biseri koje nam je Bog podario; učinimo sve da od njih ne napravimo običnu jeftinu bižuteriju.

IZVORI

Rubić, I. (1952): *Naši otoci na Jadranu*, Split.

Lajić, I. (1992): *Stanovništvo Dalmatinskih otoka: povijesne i suvremene značajke depopulacije*, Institut za migracije i narodnosti Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.

Tomek-Roksandić, S., Cota-Bekavac, M. (1990): *Analiza praćenja zdravstvenih potreba mirovinskih domova za socijalno-zdravstvenu zaštitu odraslih osoba – I dio*, Zavod za zaštitu zdravlja grada Zagreba, Zagreb.

Padovan, I. (1989): Razmišljanja o sanitarno-higijenskim intencijama u Korčulanskom statutu, *Zbornik radova – Statut grada i otoka Korčule iz 1214. godine*, Zagreb/Samobor.

Fortis, A. (1984): *Putovanje po Dalmaciji*, Zagreb.

Novak, G. (1972): *Hvar kroz stoljeća*, JAZU, Zagreb.

Čatipović, A. (1969): Zdravstvo srednje-dalmatinskog otočja, u: *Mogućnosti privredno-društvenog razvika Dalmatinskih otoka*, Ekonomski institut Split, knjiga 23, Split.

Štrčić, P. (ed.) (1989): *Krčki zbornik – Zdravstvo otoka Krka*, svezak 19, Krk.

Tartalja, H. (1965): Zdravstvo gradova Dalmacije u srednjem vijeku, *Komorski zbornik III*, Zadar.

Vrsalović, D. (1968): Povijest otoka Brača, *Brački zbornik*, br. 6, Supetar.

Eterović, I. (1990): *Stručni elementi programa izgradnje zajedničkog objekta za pružanje zdravstvene zaštite i dijela socijalne zaštite na području Mjesne zajednice Smokvica*, Zagreb-Smokvica.

Grupa autora (1987): *Program otvorene zdravstvene zaštite starijih osoba u gradu Zagrebu*, Gradski zavod za zaštitu zdravlja, Zagreb.

Jurčev, D. (1981): *Ocjena zdravstvenih, socijalnih i drugih potreba osoba starije dobi na području grada Splita* – magistarski rad, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zarebu.

Vuletić, S., Jakšić, Ž. (1980): Istraživanje indikatora metabolizma ugljikohidrata i masti vezanih uz pojavu dijabetesa u populacijama koje se hrane mastima životinjskog porijekla i koje se hrane uljima, *Izveštaj finalne epidemiološke studije*, Škola narodnog zdravlja "A. Štampar" – Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.

Vuletić, S., Kern, J., Ivanković, D., Kujundžić, M., Šošić, Z. (1991): Ageing without impairment and disease – cohort study: I baseline cohort characteristics, *Collegium Antropologicum* Vol. 15, No 2.

Vuletić, S., Kern, J., Ivanković, D., Kujundžić, M., Šošić, Z. (1992): Ageing without impairment and disease – cohort study: II Twenty years mortality and causes of death, *Collegium Antropologicum* Vol. 16, No 1.

Vuletić, S., Kern, J., Ivanković, D., Kujundžić, M., Šošić, Z. (1992): Ageing without impairment and disease – cohort study: Ill Selfperceived health of the cohort after twenty years of follow-up, *Collegium Antropologicum* (u tisku).

Ivančić, A. (1988): Morbiditet populacije turista liječenih u toku turističke sezone 1987. godine na području Doma zdravlja Poreč, *Zbornik radova: Dani primarne zdravstvene zaštite*, Labin.

Popić, G., Popić, V., Šuran, D., Nikolić, M. (1988): Zdravstvene potrebe turista u hotelskom naselju visoke kategorije *Zbornik radova: Dani primarne zdravstvene zaštite*, Labin.

SPECIFICITIES OF HEALTH CARE ON CROATIAN ISLANDS

Ivo Eterović

The Association of Croatian Health Organizations, Zagreb

The paper deals with specificities of health care on Croatian islands. Historical examples of the high level of island health care and health culture date back to the beginning of this millenium and recent examples of selforganization of health care are given. Today's health care standard on islands appears above Croatian average while studies that compared islands and the continent confirmed a common belief that island ambience, climate and life styles are good for health. Possible directions of further development of island health care with an emphasis on island tourism and corresponding health care problems are given in the end.

BESONDERHEITEN DER SANITÄREN MAßNAHMEN AUF DEN INSELN

Ivo Eterović

Die Vereinigung der Organisationen des
Gesundheitswesens Kroatiens, Zagreb

In der Arbeit werden die Besonderheiten der sanitären Maßnahmen auf den Inseln behandelt. Hier werden historische Beispiele des hohen Standards der sanitären Maßnahmen und der Gesundheitskultur auf den kroatischen Inseln vom Anfang dieses Jahrtausends und neuere Beispiele der Selbstorganisation der sanitären Maßnahmen angeführt. Es werden statistische Angaben über den zeitgenössischen überdurchschnittlichen Gesundheitsstandard auf den Inseln und über die parallelen Untersuchungen, die die Einstellung bestätigen, daß die Inselumwelt, -klima und -lebensweise für die Gesundheit günstig sind, gegeben. Es werden mögliche Entwicklungsrichtungen des Gesundheitswesens auf den Inseln mit besonderer Betonung auf den Gesundheitstourismus bestimmt.