

OBITELJSKI DOKTOR I ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TURISTA

Bruno Mazzi¹, Orjana Čačić Momčilović²,
Daniel Ferlin³, Jovanka Popović Glavičić⁴

¹ Prim.mr.sc.dr.med., spec. opće medicine - Predsjednik HDOD-HLZ

² dr.med. - voditeljica ispostave IDZ Rovinj i djelatnosti za HMP Rovinj

³ dr.med., spec opće med. - dopredsjednik i tajnik HDOD-HLZ, voditelj ispostave IDZ Umag

⁴ dr.med. - voditelj djelatnosti HMP Umag

SAŽETAK

U stručnom radu su iznesene sve bitne karakteristike turizma na našem području. Od specifičnosti ekosustava, ponuđenih prirodnih i društvenih resursa do epidemiologije, specifične patologije i organizacije zdravstvene zaštite turista. Izvršena je analiza dvogodišnje evidencije postavljenih dijagnoza u turističkim ambulancama i HMP na području Rovinja i Umaga i temeljem toga ustanovljena je najčešća patologija, kao i zdravstvene potrebe turističke populacije na tom području. Komparativno su obrađeni domaći i strani turisti pri čemu je ustanovljeno da nema bitne razlike i da su najčešće povrede i zarazne bolesti dišnih putova, za razliku od domaćeg stanovništva gdje su na prvom mjestu zarazne bolesti dišnih putova i kronične bolesti. Ustanovljeno je da organizacija zdravstvene zaštite turista ne zadovoljava niti kadrovski, a niti opremom i da je osnovni problem u nedovoljnom sufinanciranju te djelatnosti. Pri tome je glavni uzrok, nedovoljno učešće nadležnih ministarstva, županija, lokalnih uprava i turističke privrede, koji bi trebali biti najviše zainteresirani za dobru organizaciju i kvalitetu zdravstvene zaštite turista. Naime, ne samo sunce, ekologija, dobar smještaj i prehrana, već i dobra zdravstvena zaštita osigurava dobar turizam, a i garancija je ponovnog vraćanja gostiju.

UVOD

Kratki povijesni pregled razvoja turizma i turističke medicine

Turističko putovanje i turist kao pojmovi u širem smislu javljaju se već u doba prvih civilizacija, u antičko doba. Većina turističkih teoretičara pretečom turističkih putovanja smatra Grand Tour (veliko putovanje), koje je trajalo od 2-8 godina, a koje su od 1547. do 1830. poduzimali engleski plemići kao završnu fazu svog obrazovanja. Zato se faze razvoja turizma dijele na onu prvih civilizacija, na hodočasničku od V. Do XIV. stoljeća, na edukativnu u doba renesanse od XIV. do XVII. stoljeća, na onu za vrijeme industrijske revolucije od 1750. - 1850. i na kasniji moderni turizam, kojeg je omogućio razvoj prometa i masovni porast standarda stanovništva. Opisujući današnji turizam možemo reći da je on općenito usmjeren **korištenju prirodnih resursa** - preko zdravstvenog turizma (eko turizam, lječilišni i klimatski turizam, agroturizam, naturizam) i **sportskog turizma** (nautički, ronilački, speleološki, alpinistički, robinzonski itd.), te **korištenju društvenih resursa**, putem spomeničkog, kulturnog, kongresnog, gastronomskog, vjerskog, atrakcijskog i zabavnog turizma.

Kod nas o razvoju modernog masovnog turizma možemo govoriti tek krajem 19. st. kad su se dolaskom stranog kapitala počela razvijati klimatska lječilišta i obalne rivijere na području Istre, Opatije, Crikvenice, Kaštela i Dubrovnika. Nakon drugog svjetskog rata putem državnog

intervencionizma, kod nas je započela faza intenzivnog turističkog razvoja koji je težio masovnosti s relativno niskom razinom kvalitete usluga, a tek je posljednjih desetak godina turistička privreda usmjerena je ka podizanju kvalitete smještaja i ponude, kako bi se mogla održati konkurentnost na turističkom tržištu. (19, 20)

Turistička medicina je pratila razvoj turizma i ona se bavi svim dobnim skupinama turista, u specifičnim uvjetima i u sredini u kojoj su se na svom putovanju zatekli. Promjena podneblja, načina života i prehrane, higijenskih navika, prisutnost stresa i umaranja, izloženost povredama i promjena eko sustava, kao i učestaliji kontakti sa mnogim mogućim izvorima zaraze izrazito povećavaju vulnerabilnost te populacije. Tako da se na specifičnostima te patologije razvila turistička medicina, kao posebna grana medicine. Na tom polju danas osim WHO-svjetske zdravstvene organizacije, WTO-svjetske organizacije za turizam i ITHA–svjetskog udruženja koje brine za zdravlje turista, rade i brojna nacionalna udruženja i specifično educirani zdravstveni djelatnici. Kod nas je tako na Medicinskom fakultetu u Rijeci 1985. osnovan i Postdiplomski studij turističke, pomorske i tropske medicine, koji se kao i Hrvatsko društvo za zaštitu i unapređenje zdravlja turista zbog premalog interesa države za razvoj tog područja medicine, ugasio. Tako da su obiteljski doktor i liječnik hitne medicinske pomoći, danas kod nas jedini koji su tijekom edukacije i iskustva u radu sa turistima, barem približno osposobljeni za rad sa turističkom populacijom.

Nažalost, država kod nas još uvijek premalo shvaća važnost te grane medicine, pa i zdravstvenu zaštitu turista prepušta lokalnoj zajednici i turističkim objektima, od kojih se ne može očekivati dovoljno poznavanje problematike. Zato se i cijela ta zaštita danas svodi na pojedinačne liječničke ordinacije po većim turističkim objektima i naseljima u kojima po par sati dnevno rade obično nedovoljno educirani privatni liječnici, kako bi se na turističkom prospektu moglo navesti da se nudi i zdravstvena zaštita. Tu zaštitu u potpunosti danas u stvari pružaju samo turističke ordinacije koje Domovi zdravlja tijekom ljeta otvaraju u sklopu svojih djelatnosti za hitnu medicinsku pomoć i ordinacije obiteljskih doktora u sklopu svog radnog vremena. Razvoj turističke medicine jedan od uvjeta razvoja i kvalitete turizma, pa je zato nužno da se tom području naše djelatnosti posveti veća pažnja u edukaciji potrebnih kadrova i organizaciji te službe. (6, 12, 13)

Specifičnosti rada u turističkoj medicini

Danas je obiteljski doktor sve više izložen radu sa turistima, jer razvojem turizma tako reći više nema područja naše zemlje na kojem nema turista. Veći dio te turističke populacije se na gradskim područjima obrađuje u sklopu Domova zdravlja i djelatnosti za hitnu medicinsku pomoć, a manji u ordinacijama obiteljskih doktora, dok su na prigradskim i otočkim područjima većinom tim radom opterećeni obiteljski liječnici i liječnici po turističkim objektima. Obiteljski doktor zato mora i raspolagati sa specifičnim znanjem iz tog područja medicine i poznavati administrativne propise, jer je on radom u svojoj ordinaciji, u službi dežurstva, turističkoj ordinaciji ili hitnoj pomoći temeljni liječnik turističke populacije.

Današnji turizam, karakterizira okupljanje velikog broja ljudi svih dobnih skupina, različitih higijenskih i prehrambenih navika, vjerskih i kulturnih pripadnosti, kao i različitih svjetonazora. Zbog slobodnijeg ponašanja, promjene ustaljenog načina života i želje za oslobađanjem od svih društvenih stega, često se napuštaju i higijenske navike i poštivanje propisa u prometu. Osim toga, zbog nedovoljnog poznavanja eko sustava u koji se dolazi, prisutno je pretjerano izlaganje suncu, nedovoljna hidracija i izlaganje lokalnim vremenskim neprilikama, kao i opasnostima biljnog i životinjskog svijeta, pa je ta populacija izloženija svim uzročnicima bolesti i povreda. Tako da je organizirana zdravstvena zaštita tog stanovništva neobično važna.

Zbog raznovrsnosti patologije u turističkoj populaciji zdravstveni kadar nužno mora upotrijebiti znanja iz epidemiologije, urgentne medicine, infektologije i toksikologije, male kirurgije i traumatologije, kožnih i spolnih bolesti, otorinolaringologije, interne medicine, neuropsihijatrije i bolesti ovisnosti i pomorske medicine. To danas uglavnom omogućuje specijalizacija iz obiteljske medicine koju bi trebalo dopuniti tečajem ili postdiplomskim studijem iz turističke medicine. Obiteljski doktor osim toga mora poznavati ekološke i higijenske prilike i karakteristike podneblja u kojem radi, jer je to osnovni preduvjet brze dijagnostike i pružanja kvalitetne zdravstvene usluge. Poseban problem predstavlja i poznavanje stranih jezika. Liječnik koji zbrinjava turiste morao bi se služiti engleskim jezikom i poznavati jezike većine turista koji dolaze na to područje. Stanovnici Zapadne Europe većinom vladaju engleskim jezikom te je komunikacija sa njima olakšana. Problem su međutim Francuzi, Mađari i Rusi koji rijetko vladaju nekim stranim jezikom. Nemogućnost uzimanja kvalitetne anamneze lako može dovesti do postavljanja pogrešne dijagnoze i liječničke greške zbog koje bi liječnik mogao i krivično odgovarati. Problem je zadnjih godina i manjak kadrova i nedovoljna stimulacija, što rezultira preopterećenošću i nezadovoljstvom zdravstvenih djelatnika u turističkoj sezoni. Jasno je da i bez dopunske edukacije kvaliteta usluga ne može biti visoka, kao niti bez stimulacije takvog rada, koji često zbog manjka potrebnog kadra predstavlja veliko opterećenje našim liječnicima. (4, 5, 6)

Karakteristike našeg područja

Zbog geografskog položaja i klimatskih karakteristika, naša je zemlja specifična u svom okruženju. Veliki obalni pojas sa brdsko planinskim područjem u pozadini i ravničarskim predjelima u unutrašnjosti omogućuje u istom danu klimatske promjene od sredozemne do kontinentalne klime. Svako od tih područja ima svoje specifičnosti i potencijalne opasnosti po zdravlje stanovništva i turista. Usprkos razvoju kontinentalnog turizma ipak je priobalni sezonski turizam najintenzivniji i on još uvijek predstavlja najveći problem zdravstvenoj službi. Naš priobalni pojas je uglavnom stjenovit s mnogobrojnim otocima i hridima uz veće pješčane plaže na jugu zemlje, sa brdima i planinama u pozadini. Tu vlada mediteranska klima sa prosječnim zimskih +2 do +6 stupnja na sjeveru i +9 do +13 stupnja na jugu, uz moguće oscilacije od -15 na sjeveru do +18 na jugu. Prosječne ljetne temperature su na sjeveru od +18 do +22 stupnja te +20 do +24 stupnja na jugu, s oscilacijama od +17 na sjeveru do +40 na jugu. Ljeta su sušna a zime i proljeća kišovita. Osim toga naša je obala vjetrovita, pa treba poznavati i ružu vjetrova, kako bi se predvidjele potencijalne opasnosti u svezi promjene klime, raspoloženja i zdravlja. Ruža vjetrova u našem priobalju tako bilježi slijedeće vjetrove:

- **tramontana** - N - (S) sjever - hladan vjetar sličan buri, ali stabilniji i donosi kišu.
- **burin** - NNE - (SSI) - vjetar koji puše noću s kopna, pretežno iz NNE na sjevernome Jadranu, a često iz E ili SE na južnome dijelu
- **bura** - NE - (SI) - hladan, najjači vjetar na Jadranu, puše s kopna preko planina na more, često na mahove i promjenjiva smjera, a najopasniji je na Kvarneru i zapadnoj Istri.
- **grego levant** - ENE - (ISI) - jak vjetar koji zimi puše od Jonskog mora prema Jadranu
- **levanat** - E - (I) - istočnjak, često istih obilježja kao i bura, ponekad i topli vjetar lijepog vremena
- **jugo levant** - ESE - (IJI) - prijelazni vjetar sa jugoistoka.
- **jugo** - SE - (JI) - ili široko, vjetar jugoistočnog smjera koji uglavnom donosi kišu i loše biometeorološke prilike uz velike valove na sjeveru.
- **oštro** - S - (J) - je čisti južnjak, karakterizira ga velika jačina, i relativno malo vrijeme trajanja. Većinom je oštro prijelazna faza između juga i lebića.
- **maestral obalni** - SSW - (JJZ) – puše sa mora na kopno, najčešće kao povjetarac
- **lebić** - SW - (JZ) - je kratak vjetar, često zapuše nakon juga. Može biti jak i tada se zove lebićada, stvara vodenu maglu i smanjuje vidljivost.
- **garbin** - WSW - (ZJZ) - kratkotrajan, često veoma jak sa žestokim olujnim udarima.
- **punenat** - W - (Z) - ponent ili pulent je rijedak vjetar kod nas. Kada je jak naziva se pulentada.

Insolacija se u priobalju kreće od 2.000 - 5.000 sati godišnje i spada u najveću u Europi, a pojava ozonskih rupa je zadnje desetljeće sve češća, pa je nužno korištenje zaštitnih sredstava kod sunčanja. Temperatura mora je ljeti u površnom sloju od 24 °C na jugu do 28 °C na sjeveru pa je uvijek pogodna za kupanje. Na 10 - 30 m dubine temperatura mora je od 22 °C do 16 °C .

More . Salinitet mora se kreće od 35 promila na sjeveru do 40 promila na jugu, a more osim Na Cl sadrži Mg, sulfate, Ca, K, Br, Sr, F, Rb, Al, Li, Ba, I, Zn, Se, U i druge minerale, iz čega proizlazi njegova ljekovitost. Prozirnost mora je veća ljeti zbog manjeg dotoka slatke vode i iznosi do 20 m. Valovitost mora je u ljetnim mjesecima, osim za vrijeme nevremena, blaga i tek se sredinom listopada počinje povećavati. Na Jadranu su, naročito na sjevernom dijelu, česte iznenadne ljetne oluje zbog plitkog i zagrijanog mora, o čemu treba voditi računa i na vrijeme upozoravati turiste. More može predstavljati i izvor zaraze, naročito u područjima gdje je ono zagađeno otpadnim vodama ili raspadanju biomase zbog nedovoljne izmjene. Naša su kupališta uglavnom mikrobiološki nadzirana i visoke kvalitete. Međutim, veliki broj kupaca na istom mjestu može biti dovoljan razlog za prijenos kojeg infektivnog agensa iz skupine koliformnih bakterija, fekalnih streptokoka, salmonela ili rota i Norwalk virusa, vibria cholerae i vibria parahaemolyticusa, pseudomonasa, stafilokoka, adenovirusa ili candida albicans i virusnog hepatitisa. Tome su naročito izloženi kupaci u bazenima gdje su protok vode, filtriranje i dezinfekcija nedovoljni. S druge strane i dezinfekcijska sredstva u bazenima, koja su na bazi klora, mogu izazivati glavobolju, nadražaj nosne sluznice, konjunktiva i upalne promjene na vaginalnoj sluznici, kao i razne alergijske promjene na koži. Osim toga, razvojem ronilačkog turizma sve je prisutnija pojava kesonske bolesti

zbog nekontrolirane dekompresije i utapanja u većim dubinama pa je organizirana pomoć na moru zato sve nužnija. (1, 2, 3, 10)

Epidemiološki problemi turista

Epidemiološka problematika turista vezana je uglavnom na transport, prehranu, higijenske uvjete i ekološke faktore. Turisti su zato češće izloženi zaraznim bolestima i djelovanju otrovnih životinja i bilja na kopnu i moru te fizičkim povredama, kao i pogoršanju neke postojeće kronične bolesti.

Zarazne bolesti

Kod nas se većina zaraznih bolesti javlja sporadično, a epidemijski se pojavljuju uglavnom **crijevne zarazne bolesti** vezane za kolektivnu prehranu u restoranima, slastičarnicama ili hotelima. Tu su najčešći uzročnici *Salmonelle* preko jaja, mesa, školjki i salata te *Staphylococcus aureus* i *E.coli* i njihovi toksini preko sladoleda i raznih krema. Kod konzumacije plave ribe koja nije svježa (a i kod gofa i lososa), moguća su i **histaminska otrovanja** (skombrotoksizam - crvenilo lica i gornje dijela tijela, pečenje i svrbež oko usta, znojenje, grčevi u truhu, lupanje srca, povraćanje), a termički nedovoljno obrađene ribe i školjke mogu biti izvor zaraze sa *Campylobacter jejuni*, *clostridium botulinum*, *Salmonella typhi*, *Vibrio cholerae* i *parahaemolyticus* i Hepatitis A virusom .

Zbog promiskuiteta, češće su i **spolno prenosive bolesti** sa *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, Herpes virusima, *Candida albicans*, HIV-om, HPV-om *Treponema pallidum*, *Mycoplasma*, *Shigella*, *Streptococcus* ili ektoparazitima, *Phthirus pubis* i *Scabies*. Nerijetka je i pojava **legioneloze koja se širi klimatizacijskim uređajima** i **borelioze** kao posljedice uboda krpelja, **te druge artropodne bolesti** kao što su murini pjegavac, tick-borne encefalitis, hemoragijska groznica i kutana lajšmanijaza.

Otrovne životinje

U moru su od žarnjaka najčešće smeđe vlasulje (*Anaemonia sulcata*) i **meduza** (*Pelagia noctiluca* i sl.) koje izazivaju lokalno crvenilo, plikove, pečenje i bol na mjestu kontakta sve do anafilaktične reakcije. Opečeni dio se ne smije trljati, ispere se morem, nanese ocat ili alkohol, kremu za brijanje i obrije se, imobilizira i koristi kortikosteroidna krema. Najčešće su inače posljedice nabadanja na **crnog ježinca** (*Arcacia lixula*), čije otrovne bodlje osim lokalnog crvenila, otekline i boli mogu izazvati i porast tjelesne temperature i opću slabost, a prva pomoć se sastoji do vađenja bodlji i dezinfekcije rane. **Među ribama** su najopasnije one iz skupine **paukova** (*Trachinidae*) - pauk bijelac, mrkulj, crnac i najopasniji pauk žutac. **Škrpine** (*Scorpaenidae*), **žutuljke** (*Dasyatidae*) i **golubanke** (*Myliobatidae*), a za sve njih je karakterističan termolabilni neurotoksin, koji se u vrućoj kupki brzo neutralizira.

Na kopnu se najčešće susrećemo sa **otrovnim člankonošcima** – najčešće stonogom (*Scolopendra cingulata*) čiji ubodi izazivaju crvenilo i bol. Zatim su česti ubodi **opnokrilaca** (Hymenoptera) - pčela, osa, bumbara i stršljena sa pojavom crvenila, otoka, boli do anafilaktičkog šoka ili Quinckeovog edema.

Iz **porodice leptira** (Leptidoptera) su u šumi opasne gusjenice borovog četnjaka (*Thaumetopoea pityocampa*), koje dovode do makulopapuloznog osipa, urtikarije i otežanog disanja.

Iz **skupine dvokrilaca** (diptera) su najčešći obadi, stršljeni i ose, koji osim crvenila i boli mogu izazvati anafilaktičnu reakciju i celulitis široko oko mjesta uboda te sekundarnu infekciju. Od letećih insekta treba spomenuti komarce i muhe zbog opasnosti prijenosa bolesti.

Iz **skupine paukova** (Araneida) najčešće su ubodi bezopasni, osim kod Crne udovice (*Latrodectus mactans tredecimguttatus*), koji izaziva nakon sat vremena burnu simptomatologiju sa početnom boli u regionalnim limfnim čvorovima, grčevima mišića i motoričkim nemirom, jakom boli u križima, koja se širi na trbuh, bedra i prsni koš s osjećajem straha, salivacijom, znojenjem, kongestijom lica i kapaka, hipertonijom, polimorfnim osipom gdje treba primijeniti Ca glukonat, miorelaksatore i analgetike antilaktrodektički serum.

Iz **skupine krpelja** (Acarina) najčešći je Ixodes ricini koji osim lokalne nekroze i limfadenitisa nakon odstranjenja može dovesti do Lymebolezije i meningoencefalitisa.

Iz **skupine škorpiona** (Scorpinoida) najčešći je kod nas Euscorpius italicus, koji na mjestu uboda izaziva samo lakšu oteklinu i bol, koji spontano prolaze.

Iz **skupine vodozemaca** susrećemo Žabe krastače (*Bufo bufo*) i daždvenjaka (*Salamandra maculosa*) čiji otrovni sekret može izazvati upalne promjene na mjestu dodira.

Iz **skupine zmija** (Ophidia) u primorju je najopasniji Poskok (*Vipera ammodytes*) i Riđovka (*Vipera berus*), koje na mjestu ujeda izazivaju bol, oteklinu, lividitet kože, krvni podljev i bule s pogoršanjem općeg stanja do profuznih krvarenja i smrtnog ishoda, pa je nužno podvezivanje iznad mjesta uboda, imobilizacija i primjena antiviperinog seruma.

Otrovne biljke

Otrovanja biljem na našem području su najčešća sa gljivama, a rjeđe sjemenkama ricinusa i lukovicama tulipana. Među **gljivama** (Mycetae) su najčešća otrovanja sa Zavodnicama (*Omphalotus olearius*) koje se zamjene sa Lisičicama te Russulom emeticom i Psalliotom xanthodermom, Amanita pantherinom, Amanitom muscariom i gljivama iz roda Cortinarius, Clitociba, Entoloma i Inocyba. Najopasnije je trovanje Zelenom pupavkom (*Amanita phalloides*) čiji se simptomi trovanja javljaju nakon 1-2 dana s nekrozom jetra i oštećenjem bubrega i čestim smrtnim ishodom. Mnoge biljke (npr. kopriva) mogu izazvati lokalne reakcije kao i opće alergijske reakcije (pelud, lišće), zavisno od osjetljivosti pacijenta, kao i smrtna otrovanja u slučaju ingestije, pa i o tome treba voditi računa. Osim toga i **veliki broj kućnog ukrasnog bilja je otrovan** (Fikusi, Narcisi, Rododendroni, Krizanteme, Anthuriumi, Đurđice, Grimizni naprstak, Glicinija, Hortenzija itd.) a najotrovniji je Oleandar, koji je za djecu smrtonosan, a kod odraslih izaziva simptome jakog trovanja već i u kontaktu ili kod udisanja dima kod paljenja, zato treba izbjegavati **otkidanje** cvjetnih grana ili lišća bez rukavica. (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Karakteristike našeg turizma

Hrvatsku je **2008.** posjetilo **11.260.807** turista sa 57.103.494 noćenja, od čega domaćih 1.845.702 i stranih 9.415.105, a **2009. 10.934.474**, sa 56.299.647 noćenja, od čega je domaćih bilo 1.599.652, a stranih 9.334.822. Dakle, očite su posljedice svjetske recesije, što je rezultiralo sa oko 300.000 turista manje i sa oko milijun noćenja manje. Zadnjih godina je individualni turizam dvostruko češći od onog organiziranog što povećava i gustoću prometa te učestalost prometnih udesa. Najčešći su nam gosti Nijemci (1.579.610), Slovenci (1.012.743), Talijani (1.200.126), Austrijanci (881.846) i Česi (607.421). Po smještaju i broju noćenja na prvom su mjestu kućanstva sa 34% noćenja, zatim hoteli sa 25% i kampovi sa 24%, a u ostalim objektima odsjeda 17% turista. Od hotela su nam najzastupljeniji oni sa *** - 42%, sa **** - 32%, sa ***** - 11% i sa ** - 10%. Stalni porast broja turista bilježi jedino Istarska županija. Tu je broj noćenja sa 17.965.984 noćenja u 2008., porastao na 18.130.006 u 2009., dok je preostali dio Hrvatske doživio pad broja turista i noćenja od 5-15%.

Turistički promet u Hrvatskoj se uglavnom odvija u sedam primorskih županija i gradu Zagrebu, u kojima je lani boravilo 10.391.498 turista sa ostvarenih 55.070.079 noćenja, dok je preostali dio Hrvatske posjetilo oko 900.000 turista sa oko 2.000.000 noćenja.

Tablica 1.

Županije sa najvećim brojem turista i sa preko milijun noćenja, 2009. god. u Hrvatskoj

ŽUPANIJA	BROJ TURISTA	BROJ NOĆENJA
Istarska	2.755.269	18.130.006
Primorsko-goranska	2.205.267	11.161.233
Splitsko-dalmatinska	1.657.945	8.988.416
Zadarska	1.049.019	6.117.731
Dubrovačko-neretvanska	957.229	4.324.498
Šibensko-Kninska	746.532	3.799.217
Ličko-Senjska	386.720	1.519.841
Grad Zagreb	633.517	1.047.937

Dakle, turizam nam je uglavnom još uvijek vezan na priobalje i ljetne mjesece, pa su se tu razvili svi oblici turističke ponude za razliku od unutrašnjosti, gdje se u zadnje vrijeme pokušava razviti agrarni, lječilišni, kongresni, lovni i gastronomski turizam. Javne djelatnosti opterećene turizmom, osim zdravstva, se dijelom financiraju iz boravišne pristojbe koja se plaća po svakom noćenju, prema kategoriji objekta i dijelu sezone (A - kategorija 4,5-7 kuna, B - 3,5-6 kuna, C - 2,5-5 kuna i D - 2-4 kune). Naši dugogodišnji prijedlozi da se 1 kuna iz pristojbe izdvoji za zdravstveni sustav, nažalost nisu prihvaćeni pa javno zdravstvo sustav zdravstvene zaštite turista još uvijek mora samostalno financirati i zavisiti od naklonosti i pomoći lokalne zajednice, a ne od proporcionalno određene sume prema broju turista. (14, 19, 20)

Organizacija zdravstvene zaštite turista u Hrvatskoj

Danas već vrlo teško možemo govoriti o organizaciji zdravstvene zaštite turista u Hrvatskoj. Neke funkcionalne jedinice nalazimo samo u priobalju, gdje Istra već od ranije prednjači. Zdravstvenu zaštitu turistima danas uglavnom pružaju smjene HMP po ispostavama Doma zdravlja, potpomognute sa 1-2 smjene u turističkoj ambulanti. U nekim turističkim objektima postoje zakupljene ordinacije liječnika privatnika, koje pružaju najjednostavnije usluge na privatnoj osnovi, a na dislociranim zdravstvenim punktovima te usluge pružaju liječnici Doma zdravlja ili oni u zakupu. U bivšoj državi su svi Domovi zdravlja imali organizirane turističke ordinacije po većim turističkim naseljima i hotelima. Privatizacijom PZZ 1994. godine dislocirane ordinacije po turističkim objektima dane su od strane turističkih organizacija u najam privatnim liječnicima ili su zatvorene. Tu se uglavnom pružaju jednostavnije zdravstvene usluge uz naplatu i to samo za vrijeme radnog vremena od par sati dnevno. Time je glavina turista usmjerena na odlazak u Dom zdravlja, njegove ordinacije, turističku ordinaciju ili HMP. Nažalost, manjak potrebnog kadra je i tu smanjio dostupnost i kvalitetu usluge. HZZO danas podmiruje troškove neodložnih hitnih zdravstvenih usluga na temelju bolesničkog lista kojeg turisti moraju podići u poslovnicu. Za turiste iz Njemačke, Austrije, BiH i Češke (po cijeni HZZO), Francuske i Luxemburga (troškove snosi HZZO), Italije, Makedonije, Mađarske, Nizozemske, Belgije (osobno plaćaju participaciju), Rumunjske, Slovenije, Srbije i Crne Gore te Švicarske (pokriveni su i u slučaju nesreće na poslu ili profesionalnog oboljenja). Na temelju putovnice ili zdravstvene knjižice plaćeno je korištenje hitne z.z. i pravo korištenja lijeka na recept turistima iz Velike Britanije i Poljske, a turisti iz Slovačke plaćaju osobno sve usluge po cijeni HZZO-a, dok turisti iz svih drugih zemalja sve troškove snose osobno po cjeniku za strance. Komplikirani i nedorečeni sustav osiguranja stranaca često zato prisiljava liječnike na naplatu svih troškova pruženih usluga, osim u situacijama stvarne životne ugroženosti. Moramo napomenuti da su problem i brojni domaći turisti, vikendaši i umirovljenici koji mjesecima borave na našem području. Naime, njima pružene usluge ne plaća nitko, jer nam je HZZO u ugovoru naveo da smo ih dužni liječiti, makar nismo njihov ugovorni liječnik, bez ikakve naknade.

Manjak zdravstvenih kadrova i sve veći broj turista, naročito u Istri, prisiljava zdravstvene ustanove na sezonsko zapošljavanje novih liječnika i sestara za što su potrebna i dodatna sredstva, koja je jedino moguće osigurati u suradnji sa lokalnom zajednicom. Sredine u kojima se naišlo na razumijevanje (kao što je to npr. u Rovinju), uspjele su održati kvalitetu zdravstvene zaštite turista, makar je i na tim područjima još uvijek nedovoljno organizirana hitna pomoć na moru i otocima. Zbog nedovoljnog broja timova HMP, često je nedostatna i organizacija hitne medicinske pomoći na cesti, pri čemu postoje velike razlike između pojedinih područja unutar županije, kao i među susjednim županijama i to naročito na područjima koja su ljeti izložena velikoj navali turista. (15, 16, 17, 18)

CILJ ISTRAŽIVANJA

Namjera nam je bila utvrditi postojeće stanje u zdravstvenoj zaštiti turista u Hrvatskoj i najčešću patologiju u toj populaciji sa kojom se susreću naši liječnici u obiteljskoj medicini i HMP (hitnoj medicinskoj pomoći). Smatramo da će se tako lakše predvidjeti potrebne aktivnosti tih službi, potrebni kadar, potrebna oprema, edukacija i dostupnost.

METODE RADA

Istraživanje je provedeno obradom svih raspoloživih statističkih podataka, stručnih radova i podataka elektronskog praćenja rada u turističkim ordinacijama i HMP ispostave Rovinj i Umag u Istarskim domovima zdravlja. U tim ispostavama na zdravstvenoj zaštiti turista radi po jedan tim u tri smjene HMP i jedan tim u turističkoj ordinaciji za vrijeme sezone, u jednoj do dvije smjene. To su inače područja sa 20-30 tisuća stanovnika, koja u turističkoj sezoni podvostručuju broj stanovnika (ukupno oko 5 milijuna noćenja). Kako se preko 90% zdravstvenih usluga turistima na tim područjima pruža u obrađenim ordinacijama, smatrali smo da će ti podaci biti relevantni i da će vjerodostojno iskazati zdravstvene potrebe naših turista. Praćene su tako evidentirane dijagnoze iskazane po MKB 10 međunarodne klasifikacije bolesti, kod naših i stranih turista tijekom 2008. i 2009. godine. Kod obrade podataka zbog zadanih programskih parametara nisu se mogli odvajati naši državljani, pa su u **tablici 1** iskazani podaci za sve naše osiguranike koji su koristili HMP i turističku ordinaciju tijekom praćenog razdoblja. Dakle, u te su podatke ušli svi naši državljani, od lokalnog stanovništva, sezonskih radnika do domaćih turista, dok su podaci za strane turiste iskazani zasebno.

REZULTATI

Temeljem praćenja i obrade podataka sa dva najjača turistička područja u Istri, liječnici su u našim turističkim ordinacijama i HMP tijekom 2008. i 2009. god. **kod 36.528 domaćih osiguranika postavili ukupno 45.342 dijagnoze, a kod 11.511 stranih turista 14.525 dijagnoza.** Treba uzeti u obzir da se broju domaćih osiguranika pribrajaju domaći turisti, vikendaši i umirovljenici koji po 6 mjeseci žive na moru, kao i sezonska radna snaga, jer informatički program ne omogućuje razdvajanje tih skupina.

Tablica 2.

Broj dijagnoza po grupama bolesti po MKB 10 klasifikaciji, kod naših osiguranika 2008/9.g., prema evidenciji HMP i turističke ordinacije.

DG-MKB 10	A00- B99	C00- D48	D50- D89	E00- E90	F00- F99	G00- G99	H00- H95	I 00- I 99	J00- J99	K00- K93	UKUPNO
ROVINJ	601	88	4	66	303	302	1481	943	3081	611	
UMAG	689	162	7	75	573	322	349	1265	2459	657	
UKUPNO	1290	250	11	141	876	624	1830	2208	5540	1268	
DG-MKB 10	L00- L99	M00- M99	N00- N99	O00- O99	P00- P96	Q00- Q99	R00- R98	S00- T98	Z00- Z99	V01- Y99	UKUPNO
ROVINJ	1122	940	579	76			3010	4785	1811	4785	24.588
UMAG	962	890	500	119	4	6	1989	4029	1668	4029	20.754
UKUPNO	2984	1830	1079	195	4	6	4999	8814	3479	8814	45.342

Kod domaćih su najčešće zastupljene bolesti iz slijedećih MKB skupina:

1. S00-T98 (8.814) - povrede, prijelomi, uganuća i opekotine
2. V01-Y99 (6453) - nesreće pri prijevozu i ozljede
3. J00-J99 (5.540) - infekcije dišnih putova
4. R00-R99 (4.999) - simptomi i nedefinirana stanja
5. Z00-Z99 (3.479) - korištenje zdravstvene službe zbog pregleda, njege, socijalnih i obiteljskih razloga
6. L00-L99 (2.984) - infekcije kože i potkožja, dermatitisi i urtikarije
7. I 00-I 99 (2.208) - kardijalne i cerebrovaskularne bolesti

Tablica 3.

Broj dijagnoza po grupama bolesti po MKB 10 klasifikaciji, kod stranaca 2008/2009, prema evidenciji HMP i turističke ordinacije.

DG-MKB 10	A00- B99	C00- D48	D50- D89	E00- E90	F00- F99	G00- G99	H00- H95	I 00- I 99	J00- J99	K00- K93	UKUPNO
ROVINJ	279	4	6	12	47	46	982	163	862	169	
UMAG	184	11	1	21	111	80	80	226	522	93	
UKUPNO	463	15	7	33	158	126	1062	389	1384	262	
DG-MKB 10	L00- L99	M00- M99	N00- N99	O00- O96	P00- P96	Q00- Q99	R00- R98	S00- T98	Z00- Z99	V01- Y99	UKUPNO
ROVINJ	688	325	323	11	1		736	1867	1053	1867	9.441
UMAG	329	206	141	8			418	1147	359	1147	5.084
UKUPNO	1017	531	464	19	1		1154	3014	1412	3014	14.525

Kod stranih turista su najčešće zastupljene bolesti iz slijedećih MKB skupina:

1. S00-T98 (3.014) - povrede, prijelomi, uganuća i opekotine
2. V01-Y99 (2.226) - nesreće u prijevozu i vanjske ozljede
3. Z00-Z99 (1.412) - korištenje zdravstvene službe zbog pregleda, njege, socijalnih i obiteljskih razloga
4. J00-J99 (1.384) - infekcije dišnih putova
5. R00-R98 (1.154) - simptomi i nedefinirana stanja
6. H00-H95 (1.062) - bolesti oka i uha
7. L00-L93 (1.017) - bolesti kože i potkožja, dermatitisi i urtikarije

RASPRAVA

Analizom podataka vidljivo je da su i kod domaćih i kod stranih najviše zastupljene MKB skupine S-T (povrede prijelomi, uganuća i opekotine) i V-Y (nesreće u prijevozu i vanjske ozljede). Kod domaćih se u najčešćih 7 skupina javljaju i kardijalne te cerebrovaskularne bolesti, a kod stranaca i bolesti oka i uha. Zabrinjava veliki broj dijagnoza iz skupine R00-R98 - tj. simptoma i nedefiniranih stanja, što obično ukazuje na nedovoljnu educiranost i iskustvo kadra ili posljedicu preopterećenosti i površne obrade pacijenata. Ipak treba uzeti u obzir da se u toj skupini kriju i sva nedefinirana urgentna stanja, gdje se zbog potrebe brzog transporta u bolnicu ne ulazi u dublju obradu, a česti je razlog i manjak potrebne dijagnostike. Prema prikupljenim podacima očito je da su se i higijenske prilike u našem turizmu popravile, jer su zarazne bolesti, naročito crijevne zarazne bolesti, zadnjih desetak godina vrlo rijetke. Usporedimo li dobivene podatke sa utvrđenim bolestima i stanjima u PZZ RH 2008. god. (prema Hrvatskom zdravstvenom ljetopisu) vidimo da su u Hrvatskoj kod naših pacijenata najčešće slijedeće bolesti i stanja po MKB klasifikaciji:

1. J00-J99 - akutne infekcije dišnih putova
2. I00-I99 - kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti
3. M00-M99 - mišićno-koštano-zglobne bolesti
4. N00-N99 - bolesti mokraćnih i spolnih organa
5. Z00-Z99 - korištenje zdravstvene službe zbog pregleda, njege, socijalnih ili obiteljskih razloga
6. L00-L99 - infekcije kože i potkožja
7. F00-F99 - duševne i psihičke bolesti
8. E00-E90 - Endokrine bolesti i bolesti metabolizma
9. H00-H59 - Bolesti uha
10. R00-R99 - Simptomi i klinički znakovi

Akutne i kronične bolesti tu zauzimaju vrh popisa, što jasno odstupa od spektra najprisutnijih bolesti i stanja u hitnim i turističkim ordinacijama i evidentno ukazuje na specifičnost patologije turističke populacije, koja je izloženija učestalijim povredama i nesrećama u prijevozu.

ZAKLJUČAK

Na temelju izvršenog ispitivanja, možemo zaključiti da smo i u našoj turističkoj populaciji naišli na očekivanu patologiju. Patologiju u kojoj su najzastupljenije povrede i posljedice prometnih udesa, tj. patologiju koja zbog svoje specifičnosti nužno zahtjeva i posebnu edukaciju zdravstvenog osoblja. Naši obiteljski liječnici upravo su po svim pokazateljima u tom spektru rada najlošije educirani i osposobljeni, a i tijekom svog rada se sa tom patologijom najrjeđe susreću, jer su osim na dislociranim punktovima, sadašnjom organizacijom zdravstva iz toga uglavnom isključeni. Zato jedino obiteljski doktor na otočkom, dislociranom i turističkom području udaljenom od zdravstvenih centara mora raspolagati potrebnim znanjem iz urgentne i turističke medicine i u tom bi smislu trebao biti i educiran.

Organizacija zdravstvene zaštite turista kod nas nije dovoljno razvijena, jer se ne može očekivati od postojećeg zdravstvenog sustava, koji jedva zadovoljava potrebe lokalnog stanovništva, da zadovolji i potrebe rastućeg turizma. U Istri se tako većim dijelom u turističkoj sezoni javlja ogroman rast populacije sa postojećih 205.000 stanovnika, za čak 2.755.269 turista, koji se prosječno zadržavaju po tjedan dana pa to kroz 3 mjeseca dovodi do udvostručenja broja stanovnika i najmanje 30% povećanja potrebnog broja zdravstvenih usluga. Jasno je da bi se razmjerno tome morao povećati i zdravstveni kadar na tom području. Osim toga specifičnost pružanja zdravstvenih usluga turistima iziskuje, osim poznavanja stranih jezika, dodatnu edukaciju i bolju opremljenost, naročito transportnih vozila, plovila i helikopterske službe HMP.

Danas je zato krajnje vrijeme da se opet u edukaciju uvede postdiplomski studij iz turističke medicine i da se lokalne zajednice i turistička privreda aktivno uključe u sufinanciranje i opremanje potrebnih zdravstvenih punktova na turističkom području. Želimo li i dalje razvijati turizam, osim novih turističkih objekata, ekologije, prometne infrastrukture i razvoja specifičnih oblika turizma, nužno je osigurati i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu te populacije. Ona se naime ne može više kao do sada prepuštati dobroj volji pojedinih lokalnih zajednica, lokalnim entuzijastima i nedovoljno educiranom zdravstvenom kadru već se mora sustavno uspostaviti i organizirati. U financiranje te djelatnosti moraju se uključiti i Ministarstvo turizma i područne turističke zajednice, kao i županije, gradovi i općine te turistička privreda. Samo 1 kuna iz turističke pristojbe po gostu riješila bi većinu problema, kao što bi to omogućilo i organizirano izdvajanje putem svih zainteresiranih na temelju broja turista na pojedinom području. Nažalost, vidljiv je trend sve manjeg izdvajanja lokalne zajednice i turističkih organizacija za zdravstvenu zaštitu turista, makar prihod od turizma raste.

Kako bi se privuklo turiste, u prospektima i reklamama za sve naše turističke destinacije se uredno reklamira organizirana zdravstvena zaštita, ali rijetki se odazovu kada se u tome treba učestvovati. Stoga smo mišljenja da se ovaj važan segment turizma, kao što je organizacija i financiranje zdravstvene zaštite, ne smije ostaviti dobroj volji pojedinaca, već se to mora sustavno riješiti zakonom. Potrebno je tako jasno odrediti iz kojih izvora i u kojem postotku zarade će se financirati zdravstvena zaštita turista, kao i kaznene odredbe za one koji to ne poštuju. Samo aktivan pristup svih učesnika u turističkoj privredi može dati rezultate, jer kvalitetna zdravstvena zaštita predstavlja i veliki poticaj turistima da se i slijedeće godine vrate na to područje.

LITERATURA

1. **Capar M., Murr Gj., Popić G. I sur.**, Priručnik turističke medicine, Znanstvena jedinica M.F.Rijeka u M.C.Pula, Pula 1993.
2. **Kreso A., Murr Gj.**, Sensorial hearing loss in the decompression sickness. Third conference on tourist health - Abstracts. Venice: WHO, International Tourist Health Association, 1990.
3. **Maretić Z.**, Turizam i medicina. Medicinska enciklopedija, dopunski svezak. Zagreb, JLZ 1974; 700-5.
4. **Murr Gj., Cukon P.**, Anketa o zdravstvenoj zaštiti turista Istarske rivijere. **Peršić L.**, ur. Zbornik radova Primarne zdravstvene zaštite, Labin, 1989; 219-23.
5. **Popić G., Popić V., Šuran D., Nikolić M.**, Zdravstvene potrebe turista u otočkom i hotelskom naselju visoke kategorije. **Maretić Z.**, ur. Zbornik radova Primarne z.z., Labin 1988; 114-9.
6. **Peršić L., Maretić Z.**, Primarna zdravstvena zaštita i turizam. **Maretić Z.**, ur. Zbornik radova PZZ Labin, 1988; 1-4.
7. **Suić M.**, Zdravstveni savjetnik za turiste. Split; Logos, 1987.
8. **Maretić Z., Lebez D.**, Otrovnici pauzi. Araneizam s posebnim osvrtom na Istru, Pula; tiskara O. Keršovani, 1985.
9. **Cukon P.**, Internističke bolesti turista. Zbornik prvog jugoslavenskog simpozija „Medicinski problemi u turizmu“, Crikvenica; Medicinska akademija Hrvatske, 1988; 160-9.
10. **Basanić N., Peršić L.**, Utjecaj turizma i drugih migracija na zdravlje, **Maretić Z.**, ur. Zbornik Dani PZZ, Labin 1988; 7-25.
11. **Maretić Z.**, Liječenje i prevencija uboda otrovnih riba Jadrana. Športsko-medicinske objave 1970; 502-12.
12. **HZZJZ**, Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2008. god., Zagreb, 2009.
13. **Kralj V.**, Turizam i zdravlje. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. Zagreb, 2005. br.3.
14. **Petrović G.**, Opasnosti priobalja, Vaše zdravlje-časopis za zdraviji život, Zagreb 2006; 49-08.
15. **MZISS**, Zakon o obveznom osiguranju, Narodne Novine 153/09.
16. **MZISS**, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 155/09.
17. **MZISS**, Zakon o zdravstvenoj zaštiti stranaca u R.H., Narodne novine 114/97.
18. **HZZO**, Odluka o načinu naplate troškova zdravstvene zaštite za strance. NN 05/2005.
19. **Dulčić A.**, Upravljanje razvojem turizma. Sveučilište u Splitu, Mate d.o.o. Zagreb 2001.
20. **Pirjavec B., Kesar O.**, Počela turizma, Mikrorad, Zagreb 2001.