

ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА И ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

С. Максимова

THE OLD PEOPLE AND THE HEALTH REFORM

S. Maksimova

Резюме: Статията е посветена на здравно-икономическия статус на възрастните и стари хора. В нея се разглеждат някои проблеми на здравното обслужване, свързани с достъпа до доболнична и болнична помощ.

Ключови думи: стари хора, здравен статус, достъп до здравна помощ.

Summary: This article is devoted to the health and economic status of the old people. It looks through some health service problems, related to primary and specialized health services.

Key words: old people, health status, health service.

В Република България настъпиха редица промени по отношение на здравеопазването като стратегия и финансиране. Приоритетно бе реформирана доболничната помощ /особено неспециализираната/ като основен източник за осигуряване на първичната и насочване към специализирана помощ при нужда. Новата здравна политика се базира на основните принципи, възприети в повечето европейски страни. Европейската стратегия "Здраве за всеки" предполага и поощрява активен подход към общественото здравеопазване на основата на разширяваща се социална политика. Тя определя като задължителен равноправния достъп до предпоставките за добро здраве чрез осигуряване на храна, жилище, работа, достатъчни доходи, профилактика на болестите. По отношение на пациента тя включва правото здравно осигуряване според съществуващото законодателство (правата), на избор на личен лекар, на здравно заведение, право на "информирано съгласие", на качествена и достъпна медицинска помощ, като пациентът е активен участник в процеса на лечението и носи отговорност за своето здраве чрез начина си на живот. С приемането на страната ни в Европейския съюз нарастват и възможностите за лечение в страните от общността.

За да може обаче реално да се ползва от правата си, пациентът трябва да е достатъчно добре информиран не само относно състоянието си, но и относно начините на лечение и достъпа до тях.

Разглеждайки в този аспект стратегията на българското обществено здравеопазване, трябва да признаем, че възрастните хора в по-голямата си част са ощетени на практика в превенцията на здравето чрез лошия си социално-икономически статус. С напредване на възрастта нарастват нуждите от определен вид диетично хранене, някои подобрения в жилището, появяват се проблеми с придвижването, достъпа до различните обществени служби, обществения транспорт и др. Процесите на демографско застаряване и депопулация в България все още съществуват. Повишава се вероятността за нарастване на емиграцията след приемането ни в ЕС на хора в трудоспособна възраст, включително и на здравни специалисти с всички последици за общественото и личното здраве.

От 1997 г. нашата страна е в период на здравна реформа. Основният акцент на здравеопазването пада върху първичната доболнична помощ. Общопрактикуващият лекар се превръща в централна фигура при организирането и осъществяването на амбулаторното обслужване. Неговите за-

дължения се разпростират в много области – профилактична и диагностично-лечебна дейност, осъществяване на консултации и планови хоспитализации, здравно-просветна, скрининг на социално-значимите заболявания, на хронично болни, диспансеризация и др. Разширяването дейността на практикуващия лекар, обаче, води до някои неудобства за обслужваното население. Нараства времето за обработка на един пациент и то за сметка на работа с документи и се създават условия за натрупване на болни пред кабинетите. Особено голям е напливът пред тях при изписване на месечните реимбурсирани лекарства. По данни на Т. Голдбери повечето пациенти се оплакват, че чакат дълго, 27% дори се отказват от преглед, 40% споделят, че съзнателно съобщават, че се нуждаят от неотложна помощ. Други се оплакват от неефективност на лечението (диабетно болни, с исхемични заболявания, с висок холестерол и др.) (4).

На практика все още съществува и лимит за лабораторни изследвания, който привършва още в началото на месеца и се затруднява диагнозата и проследяването на някои заболявания, възникнали през втората половина на месеца. Проблематично е осигуряването на направления по отношение на някои скъпо платени изследвания като компютърна томография и ядреномагнитен резонанс, особено когато става дума за проследяване на вече уточнена диагноза. Най-уязвими в това отношение са възрастните хора. Като носители на хронична патология с чести обостряния и явления на декомпенсация, те често изчакват с дни провеждането на съответните изследвания.

При разпределението на талоните за консултации със специалист също понякога има проблеми. Някои заболявания (например глаукома, мозъчно-съдови инциденти и др.) могат да претърпят бързо развитие, което налага няколко консултации в рамките на един месец. Отдалечеността от специализирана помощ в селските райони затруднява достъпа на възрастните хора до нея не само поради разстоянията, но често и поради съпътстващи финансови разходи. Подобни са и проблемите с получаването на стоматологична помощ. Намаленията в таксите за стоматологични услуги важат за определени състояния, които не са типични за старческата възраст. При възрастните хора нараства относителният дял на лицата, нуждаещи се от протезиране за сметка

на кариесите, което отново е свързано с транспортни и здравни разходи.

Плановата хоспитализация поставя също проблеми пред хората от третата възраст. В повечето случаи се изисква предварително да се направят някои лабораторни, рентгенологични, ехографски, електрокардиографски и др. изследвания, което отнема в най-добрия случай 3-4 дни. На фона на увреден здравен статус и повишена тревожност във връзка с предстояща хоспитализация, те са принудени допълнително да се подложат на физическо и емоционално напрежение за извършването им. От друга страна трябва да се изтъкне, че не е икономически оправдано хоспитализирането само за диагностични цели, ако има възможност за амбулаторно извършване. Затова и често причините за дългосрочно лечение или настаняване в домове за стари хора са финансови или с цел освобождаване на роднините от постоянни грижи за хронично болните.

Най-тежки са проблемите на самотните хора в напреднала възраст, а техният относителен дял в малките селища понякога надхвърля 50%. Поради физическа немощ, понякога психични проблеми и липса на близки, които да осъществяват връзка със семейния лекар и здравните и социални заведения при нужда, те често не се обръщат или закъсняват с необходимите прегледи и изследвания, което неминуемо води до влошаване на състоянието и потрудното му овладяване. Основен проблем за възрастните хора в селата не е толкова тежестта на патологията, колкото достъпът до лекарска помощ.

Част от възрастните хора свързват своите здравословни проблеми с възрастта и недостатъчно или въобще не осъзнават здравните си нужди. Това формира "айсберг" при търсенето на медицинско обслужване в тази възрастова група.

Осигуряването на спешна и неотложна помощ за жителите на малките селища също е отложено във времето в сравнение с тези от големите градове. Не случайно в някои европейски страни (напр. Великобритания) общопрактикуващите лекари се насочват към групова практика с оглед по-равномерно разпределение на обслужвания контингент и включване на специалисти според преобладаващата патология. Това на практика облекчава и самото население в достъпа му до качествено медицинско обслужване. Според СЗО от 2003 г., в световен мащаб нараства относителни-

ят дял на неинфекциозните заболявания, травматизма и заболяванията, свързани с екологични проблеми, което налага разработването на дългосрочни програми за борба с тях.

Основните бариери за ефективна профилактика, лечение и рехабилитация са взаимодействията между лекаря, пациента и здравната система. Тези бариери за възрастните и стари хора са особено високи. Те по-трудно могат да осъществят необходимите прегледи, особено ако са отдалечени от ОПЛ. Като прибавим и някои особености на психиката (нарастващо примирение с болката, свързване на състоянието преди всичко с възрастта, страх от установяване на тежко заболяване), транспортни и др. разходи, става ясно, че здравеопазните системи са длъжници на тази част от населението. Необходимо е действително приближаване на първичната помощ към хората, при по-широка застъпеност на профилактичната дейност и скрининг при рисковите групи.

Решаването на немедицинските проблеми при хоспитализираните болни обикновено е от професионалисти с немедицинско образование, докато в условията на амбулаторно обслужване то най-често е грижа на общопрактикуващия лекар (6). Това ще налага в бъдеще нарастване ролята на со-

циалния работник като сферата на образованието и дейността им непрекъснато ще се разширяват (5). Отчитайки значителното разпространение на депресивните състояния в напреднала и старческа възраст (3,3 пъти по-чести сред самотните и 3,8 пъти сред градското население), Е. Шулман акцентира върху необходимостта от оценка и на психичните проблеми, които в повечето случаи корелират пряко със степента на физическите увреждания (7). Голяма част от тези хора и в нашата страна са отдалечени от специализираната помощ, което рефлектира с нарастване на плащанията от НЗОК поради закъсняло или неадекватно лечение.

От друга страна възрастните хора са лица в пенсионна възраст и повечето от тях са с гарантирано здравно осигуряване. Личните им доходи, обаче, са недостатъчни за осигуряване на необходимото дългосрочно адекватно лечение с медикаменти, дори когато част от тях се заплащат от НЗОК. По-съвременните лекарствени средства са със съответно по-високи цени, някои не влизат в групите за реимбурсиране или цената за доплащане е твърде висока. Това принуждава някои от пенсионерите да не закупуват редовно лекарствата си или да се откажат от някои от тях с всички отрицателни последици за здравето им.



В някои случаи те дори си "спестяват" символичната такса за преглед като пропускат или разреждат посещенията си при ОПЛ. Финансовите проблеми на възрастното население рефлектират върху физическото и психическото им състояние чрез породения дълготраен стрес. Като една от основните си тревоги пенсионерите (особено жените) посочват страха от влошаване на здравословното им състояние и трудностите за лечение.

Според много геронтолози, разходите при лицата в надтрудоспособна възраст са по-малки от тези в средна, но при възникването на здравен проблем те съществено се повишават. При активно болнично лечение изразходваните средства са по-малко от тези в средна възраст, но трябва да се отчете, че в България относителният дял на възрастните хора, които се хоспитализират е по-нисък от този в повечето европейски страни. По данни на В. Безруков и колектив, преобладаващата част от хоспитализираните (около 80%) са с кардиоваскуларни проблеми, които в над 60% от случаите са придружени с второ и трето сърдечни нозологии (освен водещата исхемична болест на сърцето). От останалата патология в напреднала и старческа възраст преобладават болестите на опорно-двигателната система (68,2%), на храносмилателната система (55%), на дихателната система (38,7%) (1).

За съжаление в последните години се наблюдава процес на дехуманизация в медицината. Кризата в социално-икономическата система води и до криза в ценностната система. Този процес особено трудно се понася от възрастните хора, тъй като при тях съществуват и трудности в социалната адаптация, при вече изградена в определена степен ценностна система. Нараства бюрокрацията, понякога се нарушава правото на "информирано съгласие".

От съществено значение при възрастните хора са профилактиката и скрининга на сърдечно-съдовите заболявания, неоплазмите, остеопорозата, сензорния дефицит и деменциите (3).

В различните страни съществуват различни критерии за оценка на възрастта – биологични, социални, икономически /СЗО, 95/. Жизнеустойчивостта на всеки организъм е обусловена от способността му да поддържа функционална стабилност при определени условия на околната среда. Затова при определяне парадигмите на здравето, СЗО насочва вниманието си не към индивида абстрактно, а в параметрите

на конкретната му жизнена среда.

Основните фактори, влияещи на скоростта на стареене и адаптацията са централните регулаторни системи (нервна, ендокринна, имунитет, способността за неутрализиране на токсичните вещества и изходните особености на организма. В този аспект е необходимо да се обръща особено внимание именно на тези системи през целия период на онтогенезата. Според изследвания на някои български автори, сърдечно-съдовите заболявания скъсяват продължителността на живот в България с около 12-13 години.

СЗО препоръчва преимуществена поддръжка на уязвимите групи и тези, с висок риск, към които спадат и възрастните хора. Особено важно, според нея, е включването на тези рискови групи като приоритет на дейността им. Като най-уязвими се оказват хората в старческа възраст, които са самотни и с доходи под или на границата на жизнения минимум. Това се отразява не само на начина им на живот (особено на рационалното хранене), но и на удовлетвореността им от живота (79,5% от тази група са неудовлетворени срещу 22,2% от хората, живеещи в семейна среда и с доходи над жизнения минимум) (2). Развитието на социалните служби и здравеопазването трябва да бъде обвързано с програми и стратегии, подобряващи качеството на живот. Понастоящем то се приема като основен критерий при самооценката на здравния статус на индивида. Това особено важи за хората в напреднала и старческа възраст. Като носители на хронична патология и инвалидност, повечето от тях подлежат само на вторична и третична профилактика, чиято крайна цел (дори при палиативни грижи) е качеството на живот. Според някои прогнози, през 2020 г. очакваната продължителност на живот при лицата над 65 години ще е около 28, като почти 20 ще са прекарани в инвалидност. Подобна перспектива изисква мултидисциплинарен подход на организация на възрастното население, чиято главна цел ще е профилактиката главно на болестите на органите на кръвообращението, нервната система, опорно-двигателния апарат при едновременен дългосрочен мониторинг на здравето.

Съвременните проблеми на хората в напреднала и старческа възраст според геронтолозите са насочени предимно към решаването на медико-социалните им нужди в областта на: медико-социалната и социална помощ, на социалнопсихологическите

и икономически аспекти на стареенето, на семейството, условията на живот, образование и обучение, на демографската политика и хранене. В областта на клиничната геронтология акцентите са насочени към неврологичните и психични заболявания (преимуществено болестта на Алцхаймер и мозъчно-съдовата болест) (1).

Приоритетите в областта на геронтологията в Европа са сходни и са насочени към: усъвършенстване на формите и методите на социално застраховане, към политическа и социална активност, повишено качество на живот и самоосигуряване, към програми за обучение и образование, към здравословен начин на живот, към подобряване социалнопсихологичния климат на обществата.

Здравната политика в ЕС се ориентира към явна здравна политика. Тя се стреми към повишено качество на обслужването чрез удължаване на обучението на здравните специалисти и мониторинг на здравето посредством здравни детерминанти, свързани с начина на живот, социалните служби, околната среда.

Националната система е длъжна да се развива на базата на национални приоритети, определяни от здравния статус и проблеми на населението. Здравната реформа в нашата страна също трябва да включва гарантирането на базов пакет от услуги, отговарящ на възприети качествени стандарти. Поради ограничените ресурси и нарастващите здравни потребности, той се актуализира всяка година в НРД. Справедливостта в здравеопазването означава равни шансове за здравни услуги при равни потребности. Базовите потребности на децата, на уязвимите и зависими хора, на хронично болните трябва да бъдат неотменна част от националната здравна стратегия.

С наблюдаваната постоянна тенденция на застаряване на населението, все повече възрастни и стари хора ще стават обект на здравните и социални служби. Тяхното адекватно обслужване ще поставя пред обществото съответно и все по-големи финансови и организационни проблеми. Осигуряването на адекватни грижи налага осигуряването на по-лесен достъп до фор-

мите на обслужване (в географски и икономически аспект). Ограниченията, налагани от потребителски такси и доплащане на реимбурсирани лекарства, може би трябва да бъдат преразгледани съобразно индивидуалните доходи и здравно състояние. Желателно е добавките за инвалидност и животоподдържащи лекарства да покриват по-голяма част от нуждите и съответно да бъдат индивидуализирани съобразно реалните доходи на пациентите в напреднала и старческа възраст. Потребителските такси, например, могат при пенсионерите да се обвържат не с минималната работна заплата, а с минималната пенсия по старост или като процент от получаваната пенсия, което би облекчило достъпа за хората с пониски доходи.

Използвана литература:

1. Безруков, В. В., Г. М. Бутенко, С. Г. Бургинский. Анализ современных приоритетов развития геронтологии в мире /по материалам 18 Конгресса Международной ассоциации геронтологов/, Пробл. старения и дологл., 4, 2005, 376-382.
2. Григоров, Ю. Г., Ю. А. Гриненко, Т. М. Семеско, Л. Л. Синеок, Л. М. Жевага. Социально-гигиенические факторы образа жизни и их влияние на состояние питания людей пожилого и старческого возраста, Пробл. старения и дологл., 1, 2006, 66-75.
3. Goldberg, T. H., S. I. Clavin. Preventive medicine and screening in older adults, J. of Am. Geriatrics Society, 45, 3, March 1997.
4. Grumbach, K. A primary care home for Americans, JAMA, 288, 2002, 7, 889.
5. Keigher, S. M. What role for social work in the now health care practice paradigm, Health & Social Work, May 1997, vol. 22.
6. Lesser, J. G. Clinical social work and family medicine: A partnership in community service, Health & Social Work, May 2000, vol. 25.
7. Schulman, E., G. Gairola, L. Kuder, J. McCulloch Depression and associated characteristics among community-based elderly people, J. of Allied Health, 2002, vol. 31, 140-147.

Адрес за кореспонденция:

гл. ас. д-р Силвия Максимова, дм
ФОЗ, МУ-София,
гр. София, ул. "Бяло море" 8