

# Problémy seniorů v ČR s českým zdravotnictvím

Definice WHO

Rané stáří 60 – 74 let

Vlastní stáří 75 – 89 let

Dlouhověkost nad 90 let

V ČR se považuje senior obyčejně ve věku nad 65+ a důchodce.

Mezinárodní akční plán pro seniory dává 117 doporučení rozdělených do tří priorit.

Prioritou se stává zejména primární zdravotní péče a terénní sociální služby.

Naše zdravotnictví se vyznačuje:

* roztříštěností zdravotní péče – systém navzájem si konkurujících zařízení zaměřených na léčbu konkrétních problémů v izolaci od ostatních – problém odborných společností
* problémy s financováním – nereálné financování
* snižováním dostupnosti a kvality zdravotní péče pro seniory
* personální devastací

Senioři spotřebovávají největší podíl zdravotní péče, přitom cestují od lékaře k lékaři, od nemocnice k nemocnici bez větší koordinace péče.

Opakují se vyšetření.

Zvyšuje se počet léků s častou škodlivou kombinací – interakce léků.

Zanedbává se prevence – onko prohlídky, očkování.

Chybí větší návaznost a propojení zdravotní a sociální péče.

Je snížený přístup seniorů k moderním způsobům léčby a moderním lékům.

Není řádný vertikální systém v návaznosti primární péče, specializovaných ambulancí a nemocnic zdravotní péče.

Chyby ve financování, platby nejsou dostatečně vázány na efektivitu a kvalitu.

Mění se hodnotové potřeby seniorů, kde do popředí jde:

a) zdraví

b) klid

c) bezpečí

d) spokojenost

Senioři mají často nedostatek informací o svém zdravotním stavu, plánovaných vyšetřeních a často chybí dostatečné vysvětlování jejich zdravotního stavu a zdraví.

Zvláštnosti při léčbě seniorů, které nejsou dostatečně zohledňovány:

a) Snížení výšky, váhy, změkčování kostí.

b) Zvýšení rizik úrazů.

c) Snížení pohyblivosti.

d) Snížení výkonnosti srdce, plic, cévního systému.

e) Snížení výkonnosti žláz s vnitřní sekrecí.

f) Snížení imunity.

g) Změny kůže, pigmentových skvrn, vrásky.

h) Zhoršování zraku a sluchu.

ch) Změna termoregulace.

i) Náchylnost k nemocem, zejména k onkologickým.

Řešení:

a) Zlepšení koordinace péče, hlavně u chroniků.

b) Posílení následné a dlouhodobé péče.

c) Optimalizace zdravotních a sociálních služeb.

d) Zlepšení účelné farmakoterapie – často je duplicitní.

e) Jedna zdravotní pojišťovna.

f) Jednotná cena doplatku na léky v celé ČR.

g) Změnit systém financování pomocí úhradových vyhlášek založených na historických úhradách a nekopírujících skutečné náklady.

h) Peníze by měly jít za pacientem, zejména v nemocnicích, nutná změna paušálů.

ch) Zvýšit péči o psychické problémy seniorů, které jsou spojeny zejména s odchodem do důchodu, úmrtím partnera, rodinnými konflikty.

i) Zlepšit skladbu nemocniční sítě zejména nemocnic a to především fakultních.

j) Zprůhlednit různé podivné smlouvy se zdravotnickým zařízením za stejné výkony.

Závěr:

V ČR se v současnosti nevyplácí být nemocným seniorem, i když některým odchází cukrovka sama nebo trpí sarkopenií.

Národní strategie pro zdraví seniorů by měla být zaměřena zejména na prodloužení roků prožitých ve zdraví oproti rokům prožitým v nemoci.

MUDr. Vladimír Dryml

Prezident Seniorů ČR