

Христијан Јанкулоски,
Административен и финансиски директор,
НВО Опции за здрав живот „ХОПС“

Пристап до здравствена заштита и здравствени услуги на корисниците на дроги и сексуалните работници

Согласно Вашата практика, во кои домени од здравствената заштита се најчести поплаките на Вашите корисници на услуги?

Во делот на здравствената заштита познато е дека некои од клиентите не поседуваат документи, почнувајќи од лични, до документи за здравствено осигурување. Причина за тоа, пред сè, е што некои од клиентите ги изгубиле документите. Порано тие го губеа правото на заштита, како резултат на ненавремено пријавување во Агенцијата за вработување.

Од друг аспект, оние кои користат здравствена заштита, а барале помош за проблеми кои не се поврзани со зависноста, често се стигматизирани и маргинализирани од страна на здравствените служби, така што тешко можат да го остварат правото на матичен лекар. Често, се случува да бидат препраќани од врата до врата, таа стигматизација прави луѓето да не ги посетуваат државните здравствени служби.

Дали тоа значи дека тие ги остваруваат правата во приватните здравствени служби?

Матичните лекари се сега концесионери на државата, никој не сака да има пациент, зависник од дроги, затоа што сметаат дека тоа ќе влијае врз откажување на другите пациенти. Имало случаи кога било тешко да им се најде матичен лекар, или да се упатат во релевантна здравствена институција.

Наспроти промените во Законот од 2006 година, во кој се вели дека сите имаат право на здравствена заштита, без разлика дали се вработени, дали се пријавени или не се пријавени во Агенцијата за вработување, сите имаат право на добивање здравствени картони. Но, повторно постојат технички пропусти и проблеми во остварувањето на таквото право. Голем е бројот на документи кои треба да се соберат и да се поднесат во Фондот за здравствено осигурување за да се добијат сини картони. Од друга страна, често се случува да морате лично да ги подигате картоните, односно не ги добивате преку

пошта, па клиентите кога станува збор за болести на зависности, треба да чекаат со часови по шалтерите и малку е проблематично да ги добијат истите.

Кога зборуваме за лекувањето на зависности, постои ограниченост на просторот за добивање третман, особено во градот Скопје. Претходно имаше само еден дневен центар во Кисела Вода и две до три приватни институции. Но, финансискиот момент е многу значаен. Сега имаме уште еден клинички центар, но тоа не ги задоволува потребите. Значи, овие центри немаат капацитет да ги опслужат сите корисници. Потоа, во она што го добиваат, недостасува социјалнопсихолошката поддржувачка компонента, која го доведува во прашање квалитетот на услугата. Не е само да се добие нешто, потребно е тоа што се добива да биде на задоволително ниво. Не е само добивање терапија како терапија, таа нема да го даде очекуваниот ефект ако не е во комбинација со сите елементи кои го чинат третманот, како што се: психосоцијалната поддршка, поддршката за работа, поддршката од семејството. Потребно е да се направи еден систем кој ќе биде поддржувачка околина за самиот клиент. Тука се присутни многу проблеми: стигматизацијата која постои кон супстанцата метадон, воведувањето на бублерофин, кој се дистрибуира само за 100 пациенти и за кој средствата се обезбедуваат од Фондот за здравство на државата, што не е доволно. Тоа е стигматизирачки, како ќе ги одберете тие сто лица, кои се тие?

Велат имаме Устав и Закон кои гарантираат здравствена заштита за сите. Кога станува збор за хронично заболување, како што е зависноста, ако некој не е респонзивен на метадонска терапија, треба да му се обезбеди бублерофин, ако не треба да се воведат некој друг модел на третман. Тоа значи универзален пристап до здравствената заштита.

Кога има потреба од сместување на вашите корисници на услуги, дали тогаш се соочувате со проблеми?

Со некои од клиниките навистина имаме добра соработка, како што е клиниката за инфективни болести која се издвојува во однос на соработката. Има клиници кои се тесно поврзани со проблемите на корисниците, како што се клиниката за пластична хирургија и тораковаскуларната клиника, кои ги примаат клиентите, но сепак, индивидуално постои стигматизација. Во минатото, кога некои корисници немаа здравствено осигурување, беше многу тешко, особено во ургентната служба и покрај фактот што го знаеме дека за лицата кои не се осигурени по ниту еден основ, постои фонд во државата кој ги покрива нивните трошоци до 30 дена болничко лекување. Меѓутоа, по издвојувањето на клиниките од клиничкиот центар во посебни клиници, некои тешко прифаќаа, или не сакаа да ги направат административните процедури за поврат на средствата од Министерството за здравство. И покрај тоа што со закон и со програма е пропишано и средствата на крајот ќе бидат исплатени од Министерството, сепак во некои клиници нема отвореност за таков пристап. Многу често проблемите

се од индивидуална природа, зависи од тоа кој е дежурен лекар. Често сме во ситуација да контактираме наши познаници, лекари, за да обезбедиме прием на некој наш корисник, што не е универзален пристап на дистрибуција на услугите.

Кој вид здравствени услуги најчесто се барани од вашите корисници?

Од базични совети за преврска и чистење на рани и совети за правилно инјектирање, до поддршка која може да биде обезбедена од медицинска сестра, по ординирани терапија од лекар. Често, кога некое лице има некаква инфекција или има проблеми со дишните патишта, заради стигмата која постои кон нив, не посетуваат лекар. Тие, често се препраќани, што води до нивно откажување, а тоа доведува до компликации, па тогаш е уште потешко да се смести во болничка институција, а кога ќе се смести, тешко е да се надмине проблемот, бидејќи веќе дошло до сериозни компликации.

Хепатитот Ц, голем број од корисниците на дроги се хепатит позитивни. Во Македонија статистиката покажува дека дури 70 до 80 % од корисниците на дроги се позитивни. Тоа е висок процент, но иако државата го покрива лекувањето, тоа е многу скапо и зависи од видот на хепатитот. Во зависност од тоа за кој подвид на хепатит се работи, се применуваат третмани кои траат од 6 до 12 месеци и можат да чинат над 20 илјади евра. Меѓутоа, и таму има листи на чекање, по општини или по клиника. Ограничен е бројот на лица

во годината за кои ќе биде обезбеден третманот, постои ризик и за оној кој го носи вирусот и за неговата околина. Тоа се проблеми кои се од јавно здравствен карактер, меѓутоа се гледа да се проврат низ мала врата. Многу е тежок пристапот за остварување на правото за лекување на хепатитот.

Каков е пристапот до стоматолошките услуги?

Многу малку од нив користат вакви услуги, претежно посетуваат јавно-здравствени установи. Многу поретко се користат услугите на приватните ординации, каде цената е повисока. Се користат услугите на Стоматолошкиот факултет. Но, најчесто тие се сведуваат на вадење заби. Многу тешко и ретко тоа се применува кај вградувањето на коронки, мостови или протези, пред сè заради високите финансиски трошоци. Дијагнозата на зависник е впишана во книшката, па од нив се бара да направат ХИВ/СИДА тест и тест за хепатит, пред да им биде дадена услугата. Ова, исто така, не е добро, заштитата на здравствените работници се однесува во однос на секој пациент, а не само на зависниците. Постојат универзални принципи за превенција и без оглед дали некој е потенцијален носител или не е, таа треба да се применува. Ние не знаеме кое лице што носи, дали носи или не носи хепатит вирус. Секој лекар треба да биде заштитен од секој пациент подеднакво. Процедурата за утврдување на зависноста не е кратка, таа трае со денови, а тие по претрпената болка можат да ја изгубат мотивацијата.

Сметате ли дека постојниот систем на здравствена заштита е инклузивен?

Не, апсолутно не. Иако се прават реформи, што е добро. Постојниот систем на концесионерство е добар, сепак лекарот избира дали ќе прифати пациенти. Наспроти унапредувањето во законските регулативи, тие не се применуваат во праксата. Од друга страна, доколку успее воведувањето на системот на семеен лекар, еден лекар ќе биде посветен на едно семејство, значи ќе работи со целото семејство, но тука се наметнува прашањето за капацитетите коишто ги имаат лекарите за работа со вакви целни групи. Не сите се подготвени да работат со ваква популација, специфично е да се работи со вакви ризични групи. Не секој знае како да го направи пристапот.

Еден од поголемите проблеми во однос на инклузивноста е поврзан со зависниците кои се под 18 годишна возраст, а за кои е тешко да се обезбеди третман, бидејќи за нив нема специјализирани институции каде може тие да се упатат. Наспроти обврската на државата да обезбеди здравствена заштита за сите граѓани, не постои институција за третман на малолетни корисници на дроги, помлади од 16 години. Единствено таква институција е Клиниката за детска психијатрија, но тамошните лекари не работеле со болести на зависности и тоа претставува навистина проблем.

Сметате ли дека вашите корисници имаат познавање за своите права, содржани во Законот за заштита на правата на пациентите?

Да, веќе од минатата година работиме на запознавање со нивните права. Па така, покрај тоа што информациите ги добиваат од медицинските лица, создаден е едукативен, информативен материјал кој им се дели на нивниот јазик, најчесто на македонски или албански, а каде се содржани потребните информации. Меѓутоа, сè уште постои недоверба во системот. Примарно е добивањето на услуга, а секундарно барањето на правата. Постои страв дека ако си ги барате правата, нема соодветно да ја добиете услугата. Пациентите често не се повикуваат на Законот за остварување на своите права.

Имајќи го предвид фактот дека ваша целна група се и сексуалните работници, каков е нивниот прифат во системот на здравствена заштита?

Доколку се знае дека лицето е сексуален работник, недовербата и стигмата влијаат врз третманот на лицето во здравствената установа. Ние соработуваме со приватните гинеколози. Тешко ни оди со Клиниката за гинекологија. Фактот дека се работи за сексуални работници, ја отежнува таа соработка. Кај сексуалните работници е подигната свеста за превентивни прегледи, тие го бараат тоа и ние им го обезбедуваме. Во тој поглед соработуваме со повеќе гинеколози кои ги извршуваат овие превентивни прегледи. Сепак, тоа се должи на соработка која сме ја развиле со некои гинеколози, специјалисти.

Дали вашите корисници се среќаваат со проблемот за покривање на трошоците за партиципација во однос на здравствените услуги?

Да, и тоа многу често. Во најголем број случаи станува збор за лица кои не се вработени (над 58%). Тие, можеби, имаат, или немаат семејства, но висината на социјалната помош Ви е позната. Таа некогаш за клиентот не е доволна за покривање на патните трошоци за добивање на метадонска терапија, а да не зборуваме за правилна исхрана богата со витамини, минерали, протеини, итн. Исхраната е битен фактор за третманот на лицата зависници, а посебно за лица кои се носители на хепатит од типот Б, или Ц, или ХИВ/СИДА. Значи, примањата се многу мали, па често помагаат семејствата, но треба да се има предвид дека дел од корисниците доаѓаат од сиромашни семејства, или истите осиромашиле. Но, ние како организација имаме фондови наменети за покривање на здравствените трошоци, за оние кои навистина не се во можност тоа сами да го сторат. Сме биле во ситуација да ги платиме здравствените услуги за нашите корисници, дури и до 100%, затоа што здравствените работници не сакале да ја поведат постапката за поврат на средствата за лица неосигурени по ниту еден основ. Навистина тешко оди, стигмата во однос на овие лица е голема.

За жал, овој проблем не се сфаќа во контекст на јавното здравство. Овие луѓе живеат во семејства, имаат деца, жени, партнери, тоа не се рефлектира само врз лицето кое е зависно, туку врз

целото семејство. Значи, проблемот има мултикаузален карактер и се однесува не само на лицето носител на проблемот, туку и на неговото опкружување.

Според Вас, кој е најголемиот проблем со кој се соочуваат корисниците на дроги во системот на здравствена заштита?

Пред сè, тоа е: стигмата и дискриминацијата; непочитување на правото на универзална здравствена заштита, што значи непочитување на човековите права; малиот број дневни центри; непостоењето на истите во сите населени места; непостоењето сензитивитет кај општините за отварање на дневни центри; нивно прифаќање како луѓе, соседи, покрај кои живееме. Ако го немаме лично проблемот во семејството, постои затвореност за согледување на истиот. Потребно е да се гради доверба меѓу оние кои работат на таа проблематика и оние кои го доживуваат проблемот. Колку корисниците се поотворени за соработка, толку повеќе може да интервенираме во однос на болеста и да го заштедиме државниот буџет од трошење непотребни средства. Лекувањето на едно лице заболено од хепатит Ц чини 20 илјади евра, колку и еден дневен центар за 200 корисници. Значи, разликата е голема, превентивата е исплатлива. Превентивните програми во здравството мораат да се зголемат. Потребно е зајакнување на психосоцијалната компонента во третманот, а во тој домен треба да се вклучи и Министерството за труд и социјална политика.

Превентивните програми се потребни за спречување на појавата на болести на зависности, но кога ќе дојде до истите, потребно е да се работи на превенција, на пример, на предозираност. Постои лек со кој може да се спречи смрт во случај на предозираност. Истиот, кај нас го има само во ургентните центри и може да биде даден само од медицинско лице. Тоа е малку проблематично, бидејќи во други

држави корисниците го носат во својот џеб, не е ништо страшно истиот мускулно да се инјектира и да му се спаси животот. Што е поскапо од тоа, но, за жал, кај нас тоа не е можно, лекот не се увезува и не може да се набави во аптеките, затоа што не се дозволува истиот да биде администриран и од немедицинско лице. Сметам дека треба да го почитуваме човековиот живот и треба сè да се движи во таа насока.