

RE: NÁRODNÍ ZDRAVÍ, PROGRAM ZDRAVÍ 21 A PREVENCE

RE: NATIONAL HEALTH, THE PROGRAM HEALTH 21 AND PREVENTION

Vladimír Bencko

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze

Po přečtení úvodního slova z pera přítele a kolegy, prof. MUDr. Jaroslava Kotulána, CSc., uveřejněného v letošním 1. čísle našeho vlajkového časopisu Hygiena, nemohu nereagovat na jeho názory na zásadní rozdíly mezi primární a sekundární prevencí i jeho názor na Program Zdraví 21, se kterými ve všech zásadních věcech bez výhrad souhlasím. S čím naopak zásadně nesouhlasím je, že nelze než čekat až... cituji „snad nad hubenými výsledky v letech 2012–2017 dojde všem, že příčinou byla hrubě zanedbávaná primární prevence, a že v jejím zájmu bude nezbytné v programu a jeho realizaci mnohé zásadně změnit“.

Současně s 1. letošním číslem Hygieny vyšlo 3. číslo Praktického lékaře, ve kterém jsem se zamyslel nad stejným problémem (1). Také jsem primární prevenci pokřtil na Popelku současné tržně orientované medicíny a položil jsem si častou otázku předškolních dětí, které se nevyhneme ani ve zralém věku, pokud se chceme dopracovat k „jádro pudla“.

Když jsem, tak jako ostatní členové vědecké rady ministerstva zdravotnictví, dostal k recenzi Zdraví 21, tak jsem nad jeho stránkami strávil dva víkendy, napsal kritický rozbor na řadu stránek a pak jsem byl přátelsky, nicméně důrazně požádán, abych se zdržel hlasování, pokud ze zásadních důvodů nemohu ve vědecké radě hlasovat pro. Všechny mé námítky byly hodnoceny sice jako oprávněné, ale materiál byl již v tisku a vlastně se s tím už nedalo nic dělat. Jednou z mých námitek bylo, že Agenda 21 byla ne právě dokonalým překladem materiálu SZO, původně vydaným v angličtině a míněným pro více méně vyspělou část světa, bohužel nepřihlížejícím k naší reálné situaci. Jenom jedna z řady „perel“. Požaduje se další snížení perinatální úmrtnosti, které bylo u nás již léta na biologicky dosažitelné hranici únosnosti atd. Tak jak je to formulováno kolegou Kotulánem: „...není u primární prevence jasné, kdo, jak a s jakými prostředky ji má realizovat“.

Teď k tomu slíbenému „jádro pudla“. Žijeme ve společnosti, kterou zjištění „hubených výsledků“ v čemkoliv nepohnou k ničemu. Tato společnost řeší výhradně krizové situace, čehož jsme byli opakovaně, i docela nedávno, živými svědky (Náš exodus, váš exitus!).

Jednou ze strategických výzev medicíny 21. století je předcházení nemocem, tedy jejich primární prevence jako zásadní příspěvek ke snížení nákladů na zdravotní péči při současném zlepšení kvality života naší a zejména dalších nastupujících generací. Základem úvah o dalším

postupu našeho snažení v oblasti primární prevence chronických nemocí by měla být Helsinská deklarace a na ni navazující dokumenty (2, 3) formálně přijaté naší politickou reprezentací. Jednou z klíčových podmínek dalšího rozvinutí žádoucích snah v oblasti preventivních aktivit je především zachování těch, které již byly uvedeny do praxe dříve a můžeme být šťastni, že jsou dosud funkční, jako např., byť značně redukováná, síť hygienických stanic vybudovaná v 50. letech minulého století, národní onkologický registr založený v polovině 70. let, a později zahájené skríninky rakoviny prsu a kolo- rektálního karcinomu, rozvinuté poradenství v oblastech srdečně cévních chorob, diabetu a mnoho dalších aktivit, ve kterých můžeme dosud sloužit jako obtížně dosažitelný příklad i některým podstatně bohatším zemím než jsme my. Při nezbytné restrukturalizaci zdravotnictví z výše uvedených důvodů nesmíme dopustit, aby preventivní snahy v oblasti medicíny byly obětovány „honbě po maximalizaci zisku“. Jenom příklad k zamyšlení (4). V Japonsku jsou ze zákona všechny aktivity v oblasti zdravotnictví neziskové a při přibližně polovičních výdajích v relaci k „hrubému domácímu produktu“ ve srovnání s USA poskytuje Japonsko stejnou, nebo lepší zdravotní péči všem občanům, na rozdíl od 15–30% nepojištěných, nebo nedostatečně pojištěných Američanů. Nejčastější příčinou osobních bankrotů v USA je přitom jejich neschopnost uhradit náklady na léčení. To je věcný důvod ušlechtilých snah Obamy, změnit tuto nepříznivou situaci. Při reformě našeho zdravotnictví nám přirozeně neposlouží vzory, které mohou sloužit spíše jako odstrašující příklad.

Klíčové úskalí současné, „tržně orientované“ medicíny, nepochybně úspěšné v prevenci sekundární, tedy v časně diagnostice a racionální léčbě, spočívá v rychle rostoucích finančních nárocích na diagnostické techniky a moderní léčiva (2, 3, 5, 6). Její nezpochybnitelná účinnost se projevuje u nás výrazným prodloužením věku dožití, zejména u mužů během uplynulých dvou desetiletí, především v důsledku široké aplikace moderních metod intervenční kardiologie (7) a zavedením spektra dříve obtížně dostupných cytostatik do běžné klinické praxe. Jak již výše uvedeno, jsou současné léčebné postupy z hlediska finančních nákladů stále náročnější, takže snahy v oblasti primární prevence, tedy předcházení nemocem, se dostaly do současné nežádoucí pozice Popelky. Proč?

Nepochybně užitečné investice v této oblasti se sice, jak se obecně očekává, mnohonásobně vrátí, ale bohužel v době, během které se obvykle vystřídá několik politických garnitur. To je jeden ze zásadních důvodů, proč se snahy o primární prevenci ocitají na vedlejší koleji. Pokud jsou, mají navíc často charakter časově omezených kampaní.

Paradoxem současné doby je, že časem, a nelze vyloučit, že v dohledné době, dojde k situaci, kdy náklady na léčení nemocných dosáhnou takové společensky obtížně únosné úrovně, že obec politiků díky hrozící krizové situaci konečně pochopí, že má smysl investovat i do předcházení nemocem, tedy do primární prevence. Jde o kardiovaskulární nemoci, včetně hypertenze, diabetu II. typu, metabolického syndromu souvisejícího s „morem“ naší doby – obezitou, a také primární prevenci zhoubných novotvarů a dalších problémů rostoucího významu z hlediska veřejného zdravotnictví. Jedná se např. o osteoporózu, neurodegenerativní onemocnění související se stárnutím naší populace, a v neposlední řadě, v oblasti stomatologické péče o zubní kaz a paradentózu, bezprostředně ovlivňujících občas docela neblaze kvalitu našeho života.

Že by za všechno, co nás trápí či omezuje v oblasti aktiv na poli primární prevence, mohli pouze „oni“, je přirozeně nerealná iluze. Současná situace v hygienické službě začala na přelomu 80. a 90. let postupným odevzdáváním kompetencí nově vznikajícím institucím, takže z faktorů životního prostředí zůstal v kompetenci hygienické služby pouze hluk a aktivity v oblasti zdravotně policejního dohledu, které už s primární prevencí, tedy předcházení situacím, které mohou vést k nemocem, což byla původně vůdčí myšlenka hygienické služby, nemá příliš mnoho společného. Dalším nešťastným krokem bylo rozdělení hygienické služby na úřady a ústavy. Mojí zásadní námitkou proti rozdělení služby na „biřice a mudrce“ (8) byla skutečnost, že ti „biřici“ vykonávající zdravotně policejní dozor, o který se musí starat každý stát, přežijí, na rozdíl od „mudrců“, kteří jsou všude na světě centralizováni v obdobách našeho Státního zdravotního ústavu a v ústavech hygieny, epidemiologie a sociálního lékařství – tedy ústavech, zabývajících se problematikou veřejného zdravotnictví na lékařských fakultách univerzit nebo školách, či fakultách veřejného zdravotnictví. Po rozdělení služby došlo přirozeně k napětí mezi úřady a ústavu, stejně jako např. v Polsku a Číně, kde šli, na rozdíl od Slovenska, stejnou cestou jako my. V důsledku „rozvodu“ došlo k poruchám komunikace mezi těmito dříve pod jednou střechou působícími institucemi, které vyústily v dnešní stav. Římské rozděluj a panuj dodnes neomylně platí.

A akademická obec? Když jsem se po pěti letech působení v Ústavu tropického zdravotnictví IPVZ mohl vrátit zpátky na univerzitu po konkurzu na dnešní 1. lékařskou fakultu, mým prvním zásadním krokem bylo připojení epidemiologie k původnímu Hygienickému ústavu založenému ve školním roce 1897/98 a ustavení nynějšího Ústavu hygieny a epidemiologie. Oddělení epidemiologie od naší kliniky infekčních nemocí jsem zdůvodnil tím, že těžiště epidemiologického výzkumu se v polovině minulého století přesunulo do oblasti neinfekčních nemocí (9–13). Oddělení státnice z hygieny a epidemiologie od sociálního lékařství jsem zdůvodnil argumentem, že hygiena s epidemiologií představují biomedicínské základy veřejného zdravotnictví, na rozdíl od sociálního lékařství, které se zabývá jeho biosociálními aspekty. Tyto kroky jsem musel obhájit před vedením

fakulty, její vědeckou radou i senátem. Naopak jsem důsledně odmítal „kamufáž“ tradičního názvu ústavu pojmy na způsob komunitní medicína nebo preventivní lékařství s argumentem, že princip prevence se musí jako pověstná červená nit „táhnout“ všemi obory medicíny, snad s výjimkou morfologických oborů, ze kterých mohou přicházet konec konců také významné podněty i pro primární prevenci. Že s klasickými margarínou není vše v pořádku, upozornili američtí patologové díky opoždění nástupu znaků přirozeného rozkladu mrtvých těl, díky pro bakterie „nestavitelným“ tukům. Příkladem, že na 1. LF UK na prevenci myslíme, je samostatný předmět Preventivní medicína ve 3. ročníku studia, na jehož výuce pod vedením prof. MUDr. Richarda Česky, DrSc., se podílí řada různých klinických oborů i náš ústav, který navíc nabízí hojně navštěvovaný povinně volitelný předmět Ekologie člověka založený doc. MUDr. Otakarem Kleinem, CSc. v roce 1990 (14).

Za ne právě šťastný krok pokládám rozptýlení hygieny ve všech oborech, jak se to stalo na dnešní 3. LF UK, ale je to přirozeně věc názoru. Co je ovšem nesporné, je skutečnost, že původní Lékařská fakulta hygienická založená spolu s hygienickou službou v polovině 50. let vychovala několik generací odborníků, na kterých dnešní systém krajských hygienických stanic a zbytků zdravotních útvarů stojí a po čase padne, protože již dvě desetiletí je služba bez pravidelného přísunu dorostu – který vycházel z Vínohrad. Byť pouze kolem 10 % absolventů, ke kterým se osobně hlásím, šlo do služby nebo se angažuje v oboru na vysokých školách, zbytek úspěšně pracoval ve všech klinických oborech medicíny doma i ve světě. Nad budoucností je v uvedeném kontextu nezbytné se ve vyšší vážnosti zamyslet – jinak se medicínský aspekt z hygieny a epidemiologie vytratí. Pak to poslední, co nesmíme předat jiným oborům mimo sektor zdravotnictví, je hodnocení zdravotního stavu populace a odhad míry hrozících zdravotních rizik z prostředí, potravní koš nevyjímaje, rizikových faktorů životního stylu, dosud hrozících infekcí a rostoucí míry stresu v postmoderní společnosti.

Přes všechny zřejmě i méně viditelné neduhy je naše zdravotnictví a jím poskytovaná péče dosud na úrovni, kterou nám v mnoha směrech mohou občané jiných, nejen evropských států závidět a také skoro všichni závidí, s výjimkou Skandinávie. Jde o to, aby výsledkem připravované reformy byl funkční, našim ekonomickým možnostem úměrný a z našich reálných zkušeností vycházející systém s jasně definovanými odpovědnostmi a se zpětnými vazbami zajišťujícími omezení jeho nadužívání (to je např. problém Japonců (4) a chránícími jej před „tunelováním“, přesněji, neúčelným využíváním, tedy plýtváním či rozkrádáním prostředků do zdravotnictví vkládaným a nespolehlivým na jakoukoliv chiméru, zejména pak na již zřejmě ochrnutou „neviditelnou ruku trhu“ (1). Ta teoreticky může „pracovat“ ve společnosti, která netrpí korupcí, klientelismem a nevynutitelností práva, což bohužel dosud pro společnost ve které žijeme již přes dvě desetiletí představuje rébus, který není schopna účinně řešit.

Individuální snahy jednotlivých autorů pomocí článků publikovaných v odborných časopisech ve snaze upozornit na vážnost současné situace mají malou, jestli vůbec nějakou naději na úspěch. Do snahy o záchranu současných a rozvinutí nových aktivit v oblasti primární prevence se musí energicky vložit vedení příslušných společností ČLS JEP, hygienici, epidemiologové a vedení společnosti

sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, příslušná akademická obec a v neposlední řadě reprezentace hygienické služby. Není totiž nikdo, kdo by to udělal za nás.

LITERATURA

1. Bencko V. Primární prevence nemocí: současná úskalí a šance. *Prakt Lék.* 2011;91(3):127-30.
2. World Health Organization. The Tallin charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
3. World Health Organization. Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region. EUR/RC60/13 + EUR/RC60/Conf.Doc./7. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
4. Zelený T, Bencko V. Lesk a bída kombinovaného financování zdravotnictví. *Prakt Lék.* 2011;91(4):206-9.
5. Kriebel D, Tickner J. Reenergizing public health through precaution. *Am J Public Health.* 2001 Sep;91(9):1351-5.
6. Kříž J. Uplatní se i v ČR ekonomický přístup k prevenci? *Hygiena.* 2009;54(3):102-3.
7. Kříž J. Nepříznivé tendence ve vývoji zdravotního stavu obyvatelstva ČR. *Prakt Lék.* 2010;90(3):141-6.
8. Želízko M, Janek B, Hrnčárek M, Pořízka V, Karmazín V, Malý J, a kol. Intervenční kardiologie: co nabízí v roce 2011. *Prakt Lék.* 2011;91(1):42-8.
9. Bencko V. Prostředí, zdraví, primární prevence a kvalita života. *Prakt Lék.* 2008;88(5):253-4.
10. Bencko V. Risk assessment and human exposure to endocrine disrupters. In: Jedrychowski WA, Perra FP, Maugeri U, editors. *Molecular epidemiology in preventive medicine.* Luxembourg: International Center for Studies and Research in Biomedicine; 2003. p. 315-27.
11. Bencko V. Environmental epidemiology, present chances and challenges for future. *Cent Eur J Public Health.* 2007;Suppl 15:S6-8.
12. Bencko V, Rames J, Ondrusova M, Plesko I, Jurickova L, Trnovec T. Human exposure to polyhalogenated hydrocarbons and incidence of selected malignancies-central European experience. *Neoplasma.* 2009;56(4):353-7.
13. Bencko V. Use of epidemiological data for cancer risk assessment: approaches, concepts, and issues. *Open Epidemiol J.* 2011;4:94-8.
14. Klein O, Bencko V. *Ekologie člověka.* Praha: Karolinum; 1997.

Došlo do redakce: 13. 4. 2011

Přijato k tisku: 2. 8. 2011

Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.

Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN

Studničkova 7, 128 00 Praha 2

E-mail: vladimir.bencko@lf1.cuni.cz