

# HLAVNÍ HYGIENIK ČR VLADIMÍR VALENTA O KONCEPCI HYGIENICKÉ SLUŽBY

## ZKRÁCENÝ PŘEPIS VIDEOZÁZNAMU Z TISKOVÉ KONFERENCE NA MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ 18. 10. 2012

Úvodem bych chtěl zmínit filozofii a východisko mé koncepce, z čeho vychází a jak vnímám hygienu a hygieniku. Veřejnost v nich vidí inspektory, kteří kontrolují dodržování předpisů a vydávají pokyny v oblasti zdraví, ale já je vnímám především jako lékaře, kteří diagnostikují zdravotní stav populace, pojmenovávají priority v oblasti zdraví, vytipovávají ohrožené skupiny obyvatelstva a identifikují hlavní zdravotně rizikové faktory. Vnímám je také jako lékaře, kteří se podílejí na terapii svými opatřeními, svým pozorováním ve prospěch veřejného zdraví. Vnímám je jako lékaře, kteří mají místo skalpeli epidemiologickou metodu práce, správný řád a právo. Tak vnímám hygienickou službu a z tohoto východiska budou vycházet koncepční kroky, které bych chtěl postupně realizovat.

Nejprve bych rád popsal naši výchozí situaci. Máme tady nestabilitu institucionální, vědecké i výukové báze. Jakákoli nestabilita v jakémkoli systému škodí a platí to i pro hygienickou službu. V posledních 10 letech došlo k ohromné redukci personálních i finančních kapacit, téměř o 50 %. Co ale považuji za ještě zásadnější, je, že chybí personální strategie v celé oblasti hygienické služby, že nemáme připravenou nutnou generační obměnu, která je před námi v celém spektru vzdělání a profesí, které potřebujeme. Že obdobná situace je v celé oblasti primární prevence, nejenom v oblasti hygienické služby, že i tady chybí investiční strategie. Že se setkáváme s absencí systematického hodnocení efektivity v primární prevenci. Když chceme získat podklady o tom, jak efektivní jsou některé kroky v oblasti primární prevence nebo sekundární prevence, tak ve většině případů musíme sahát po zahraničních studiích, abychom získali potřebné podklady. Hodnocení efektivity považuji za jeden z hlavních problémů.

Nyní k tomu, jakou máme strategii v přístupu řešení této situace. V první řadě bude vhodné realizovat Koncepci prevence nemocí a hygienické služby tak, jak je v současné době připravena. Na koncepci pracovala skupina odborníků, měl jsem čest být jejím členem. Z této základní koncepce vychází i moje podrobnější koncepce hygienické služby jako takové. Dalším strategickým přístupem je efektivnější řízení svěřené složky. Jedná se mi v první řadě o nejdůležitější věc, užší propojení a využití Státního zdravotního ústavu v tomto systému řízení a v práci hygienické služby. Chci, aby MZ fungovalo spíše jako administrátor činnosti služby, kdežto odborná část by byla zajišťována SZÚ.

Dále předpokládám systémová a operativní opatření, která by reagovala na zkušenosti z mimořádných situací, jako byla kauza metylalkohol, povodně nebo i další. Jedná se o jednoduchou věc, kterou bych rád zasadil do systému řízení služby i dalšího vzdělávání. Když řeším krizovou situaci jako orgán ochrany veřejného zdraví, tak prioritní otázka, která je mi pokládána, není, jestli jsou porušeny hygienické předpisy, ale: „Co s tím, doktore, máme dělat? Poradte, navrhnete opatření.“ Musím být připraven hodnotit riziko, navrhnout opatření a říct,

co je potřeba udělat z hlediska ochrany zdraví. Z této zkušenosti plyne, že musíme do systému práce služby i do dalšího vzdělávání pracovníků v daleko větší míře prosadit hodnocení zdravotního rizika, abychom této základní úlohy byli schopni, abychom nebyli jenom inspektory, kteří posuzují porušování předpisů.

Dalším strategickým úkolem je zachování integrity státního zdravotního dozoru nad všemi rozhodujícími faktory, které ovlivňují zdraví. Státní zdravotní dozor a vůbec práce hygienika je efektivní pouze tehdy, když zahrne všechny rozhodující rizikové faktory, které ovlivňují zdraví. Nelze jednorázově vytrhnout třeba společné stravování, které ovlivňuje výskyt alimentárních onemocnění, a dělat státní zdravotní dozor a ochranu zdraví bez tohoto dílčího úseku. Efektivita a smysl hygieny je v tom, že má komplexní přístup ke všem rozhodujícím faktorům, které zdraví ovlivňují.

### K tezí koncepcí

Hygienická služba je pevnou součástí systému zdravotní péče. Hygienická služba, která provádí primární prevenci a ochranu a podporu zdraví, je musí provádět tak, aby těsně navazovaly na sekundární prevenci a na terciární prevenci i na další zdravotnické služby. Funkčnost zdravotnického systému vyžaduje, aby jeho části, počínaje podporou zdraví, ochranou zdraví, primární prevencí, sekundární prevencí, terciární prevencí, primární péčí a specializovanou péčí konče, byly jedním funkčním celkem. Pouze tehdy je systém efektivní. Proto považuji hygienickou službu za nedílnou součást systému zdravotní péče. Vyskytují se názory, které hygienickou službu někdy vidí mimo systém zdravotnictví, že by měla být nad všemi ostatními a kontrolovat a dozorovat nezávisle. I to může být řešení, ale systém, jak jsem ho popsal, pokud je pevnou součástí zdravotnictví, je daleko efektivnější a já mu určitě dávám přednost a budu se snažit ho hájit. Druhým důvodem zapojení hygieny do systému zdravotní péče je to, že hygienickou službu vykonávají lidé, kteří mají mít zdravotnické vzdělání, jsou to odborní zdravotničtí pracovníci a jejich vzdělání je v systému zdravotnictví daleko lépe ošetřeno.

Další teze akcentuje daleko větší vyvážení rolí ochrany a podpory zdraví. Hygienická služba stojí na dvou nohách, na ochraně zdraví a na podpoře zdraví. Bohužel ta pravá noha, podpora zdraví, je trochu pokřivená a já bych chtěl udělat kroky k tomu, aby se obě činnosti vyvíjely. Příklad vezmu z kauzy metylalkohol. Udělali jsme tisíce kontrol, ochránili mnoho lidí a ochrana zdraví tedy fungovala perfektně, ale v něčem jsme zaváhali. Nepracovali jsme s fakty o vysoké spotřebě alkoholu, kde jsou základní příčiny problému. Zde je úloha podpory zdraví, zde cítím velkou rezervu.

Dále budu požadovat, aby ochrana zdraví, státní zdravotní dozor byly více flexibilní, tzn. abychom rychleji dokázali reagovat na všechny podněty, které vycházejí z monitoringu, ze sledování zdravotního stavu a rizikových faktorů životních podmínek a životního stylu,

abychom rychleji byli schopni vyvodit z toho závěry a podle toho orientovat státní zdravotní dozor. Zároveň chci, aby státní zdravotní dozor dokázal reagovat i na podněty od všech dalších dozorových orgánů, a nemám tím na mysli jen dozorové orgány v oblasti zemědělství, ale kterékoli jiné dozorové orgány. I od nich musíme umět ten podnět přebrat a podle toho státní zdravotní dozor orientovat.

Pokud se hovoří o sjednocování dozoru nad bezpečností potravin, tak bychom se měli vyhnout slučování oblastí, které nejsou slučitelné. Mám tím na mysli slučování inspekce, kterou provádí státní zemědělská a potravinářská inspekce, a hygienického dozoru, který je státním zdravotním dozorem. Státní zdravotní dozor je něco jiného než inspekce, je to odborná zdravotnická činnost, kterou provádějí odborní zdravotničtí pracovníci. Je to činnost, která vychází ze znalosti epidemiologické situace v terénu, která je v kterékoli části tohoto procesu státního dozoru doprovázena posuzováním zdravotního rizika. Je to tedy činnost naprosto jiná než to běžné inspekční srovnání stavu s předpisem. Opět bych uvedl konkrétní příklad. Zhruba polovina infekcí a nemocí, které vznikají v prostředí stravovacích služeb, má primární původ v potravině, ale druhá část infekcí a nemocí má zdroj v člověku, v lidech, kteří s potravinou pracují. Nechtějme po inspektorech potravinářské nebo veterinární inspekce, aby vyšetřovali lidi. To patří zdravotníkům a funguje to tak dobře, že bychom kolem toho měli chodit po špičkách. Je zásluhou zdravotního dozoru, že Česká republika má jeden z nejnižších podílů infekčních onemocnění na celkové úmrtnosti, který je pod 1 %.

Další teze, o které bych chtěl hovořit, je personální strategie a stabilizace. Jedním z hlavních nedostatků je personální nestabilita. Během 10 let jsme přišli zhruba o 44 % personální kapacity. Neříkám, že to je číslo, se kterým bychom nemohli dál pracovat. Větší problém je, že jsme neměli např. stanoveny kvalifikační požadavky na jednotlivé odborné pozice. To teprve teď dokončujeme a požadavky jsou nastaveny, tak aby všichni odborní pracovníci měli potřebné zdravotnické vzdělání. Existují hygienické stanice, kde toto zdravotnické vzdělání nemají všichni pracovníci. A jestliže pracovníků máme málo, tak o to víc musejí být vzděláni, aby jejich práce byla efektivní a účinná. Dále by se mělo stanovit určité nepodkročitelné minimum tak, aby jednotlivé odbornosti v hygieně mohly být úspěšně vykonávány. Je také nutno provést věkovou analýzu, protože hygienická služba stárne a čeká nás těžká generační obměna. Provedení těchto tří kroků, stanovení kvalifikačních požadavků, stanovení nepodkročitelného personálního minima a věkové analýzy a jejich srovnání s realitou by mělo vést k definici společenské objednávky a nastavení požadavků příslušných hygienických oborů na absolventy lékařských a zdravotnických fakult.

Chystám se na jednání s děkany jednotlivých fakult a chci diskutovat, jak by naše poptávka po jejich absolventech měla vypadat. Je samozřejmě nutná motivace absolventů. Nebudu mluvit o finanční motivaci, která by měla být samozřejmostí, ale zmíním se spíš o tom, co bude nutné udělat v oblasti výuky. Je nutno zatraktivnit výuku hygieny na lékařských fakultách. My jsme se, jako Krajská hygienická stanice Libereckého kraje, domluvili s 3. lékařskou fakultou a po čtyři roky jsme prováděli

zdarma výuku hygieny a epidemiologie v terénu hygienické služby. Ukázalo se, že studenti vůbec nevěděli, o čem je práce hygieniků. Teprve když jsme jim ukázali v terénu, že ta práce má smysl, projevíli zájem. Když si vezmu údaj lékařských fakult, že asi 5 % absolventů nechce dělat klinickou medicínu, jsou to právě tito studenti, které bychom měli přilákat. Výuku ale musíme zatraktivnit.

Náročný problém je udržitelné financování. Během deseti let jsme přišli cca o 48 % finančních prostředků. Neříkám, že je málo nebo hodně to, co máme. Jestliže ale hygienickou službu považujeme za nedílnou součást poskytované zdravotní péče, tak není možné přistoupit na to, aby tato část zdravotní péče byla neustále potlačována, zatímco druhá prochází normálním vývojem. V roce 2001 hygienická služba získávala zhruba 1,55 % z celkového podílu prostředků na zdravotnictví. V roce 2011 to bylo 0,39 %. To je drastický nepoměr mezi dvěma částmi zdravotnictví. Opakuji, že zdravotnický systém může být funkční jediné tehdy, jestliže budou funkční všechny složky, o kterých jsme tady hovořili.

Velmi podobná situace je ve financování prevence celkově, nejen hygienické služby. My dneska dobře nevíme, jak velký objem prostředků jde do prevence, uvažujeme zhruba 8 miliard. Máme další dotační programy, sponzorské dary, máme další možné zdroje, které mohou přispět, je však potřeba je identifikovat.

Otázka ale je, jak jsou tyto prostředky alokovány. Jdou v oblasti primární prevence na největší problémy, které jsou ve zdravotním stavu, nebo jdou, jak si kdo napíše projekt nebo jak se kdo zrovna rozhodne, že bude dělat, co považuje za vhodné? Jde tedy o to, aby prostředky, které nejsou malé, šly na priority ve zdraví. Dále chybí systematické hodnocení efektivity. Jestliže víme, že poměr nákladů a benefitů je zhruba 1:10, tak rozhodně to je poměr, se kterým musíme umět pracovat a daleko lépe ho využívat. Toto hodnocení efektivity nám chybí. Z toho plyne, že budeme muset umět stanovit dotační investiční strategii, čili do čeho by v primární prevenci měly prostředky jít. Týká se to oblasti primární prevence celkově, nejen hygienické služby. To všechno musíme promítnout do legislativních změn. Nejvíce určitě do novelizace zákona o ochraně veřejného zdraví, který by měl daleko více postihnout komplexní úroveň, komplexní šíři veřejného zdraví, o kterém jsem tady hovořil.

A na závěr: po všech restrukturalizacích, optimalizacích, transformacích a všech těch procesech bychom měli začít normálně pracovat.

*Přepis zvukového záznamu z tiskové konference a pořízení autorizovaného výtahu provedli pracovníci Centra podpory veřejného zdraví Státního zdravotního ústavu*