

Re: Národní zdraví, program Zdraví 21 a prevence

Vladimír Bencko

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

Po přečtení úvodního slova z pera přítele a kolegy, prof. MUDr. Jaroslava Kotulána, CSc. uveřejněném 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 ministra 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 námitky 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 dokonalý překlad materiálu SZO původně vydaný v angličtině a míněný pro více méně vyspělou část světa, bohužel nepřihlízející 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. létech minulého století, národní onkologický registr, založený v polovině 70. let, a později zahájené skříninky rakoviny prsu a kolorektálního 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 „honně po maximalizaci zisku“. Jenom pro příklad k zamyšlení (4). V Japonsku jsou ze zákona všechny aktivity v oblasti zdravotnictví neziskové a při přibližně polovičních výdajích v relaci ke „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 věčný 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 včasné 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 zubní kaz a paradentózu, bezprostředně ovlivňujících občas docela neblaze kvalitu našeho života.

Že by za všechno, co nás trápí či omezuje v oblasti aktivit na poli primární prevence, mohli pouze „oni“, to je přirozeně nereálná iluze. Současná situace v hygienické službě začala na přelomu 80tých a 90tých 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 „biřící“ 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 na 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 na 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 „kamoufláž“ 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 „nestravitelným“ tukům. Že na 1. LF UK na prevenci myslíme, lze ukázat na samostatný předmět *Preventivní medicína* ve 3. ročníku studia, na jehož výuce pod vedením prof. MUDr. Richarda Češky, DrSc. se podílí řada různých klinických oborů i náš ústav, který navíc nabízí hojně navštěvovaný povinně volitelný předmět *Ekologie člověka* založený docentem 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 50tých 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 Vinohrad. 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 po světě. Nad budoucností je v uvedeném kontextu nezbytné se ve vši 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 postmoderní společnosti.

Přes všechny zřejmé i méně viditelné neduhy naše zdravotnictví– jím poskytovaná péče – je dosud na úrovni, kterou nám v mnoha směrech mohou občané jiných, nejen evropských států závidět a také závidí, s výjimkou Skandinávie, skoro všichni. 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, což je např. problém Japonců (4), a chránícími jej před „tunelováním“, přesněji neúčelným využíváním, tedy plýtváním či rozkrádáním prostředků do zdravotnictví vkládaným – nespolehlivým – jakoukoliv chimérou, 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 představuje rébus, který společnost, ve které žijeme již přes dvě desetiletí, 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, tedy hygienici, epidemiologové a společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, dále 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. Léč.* 2011, 91, č.3, s. 127-130
- 2. WHO,** The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO Europe, 2008.
- 3. WHO,** Regional Committee for Europe 2010 EUR/RC/Conf.Doc./7. *Addressing key public health and health policy challenges in Europe: moving forwards in the quest for better health in the WHO European Region.*
- 4. Zelený, T., Bencko, V.** Lesk a bída kombinovaného financování zdravotnictví. *Prakt. Léč.*, 2011, v tisku.
- 5. Kriebel, D., Tickner, J.** Reenergizing public health through precaution. *Am. J. Public Health* 2001, 91, p. 1351-1361.
- 6. Kříž, J.** Uplatní se i v ČR ekonomický přístup k prevenci? *Hygiena*, 2009, 54, č. 3, s. 102-103.

7. **Kříž, J.** Nepříznivé tendence ve vývoji zdravotního stavu obyvatelstva ČR. *Prakt. Lék.* 2010, 90, č. 3, s. 141-146.
8. **Želízko, M., Janek, B., Hrnčárek, M., Pořízka, V., Karmazín, V., et al.** Intervenční kardiologie: co nabízí v roce 2011, *Prakt.Lék*, 2011, 91, č.1, s. 42-48
9. **Bencko, V.** Prostředí, zdraví, primární prevence a kvalita života. *Prakt. Lék.* 2008, 88, č. 5, s. 253-254.
10. **Bencko, V.** Risk assessment and human exposure to endocrine disrupters In Jedrychovski, W.A.,Perra,F.P. Maugeri,U.(Eds.) *Molecular Epidemiology in Preventive Medicine.* Luxemburg:International Center for Studies and Research in Biomedicine 2003, s.315-327
11. **Bencko, V.** Environmental epidemiology, present chances and challenges for future. *Centr. Eur. J. Public Hlth.* 2007, Suppl, p. S6-S8.
12. **Bencko, V., Rameš, J., Ondrušová, M., et al.** Human exposure to polyhalogenated hydrocarbons and incidence of selected malignancies-central European experience. *Neoplasma*, 2009, 56(4), p. 353-356.
13. **Bencko, V.** Use of epidemiological data for cancer risk assessment: approaches, concepts, and issues. *Open Epidemiol J.* 2010, No. 3, p. 147-151.
14. **Klein, O., Bencko, V.** *Ekologie člověka*, Karolinum, Praha, 1997, s. 150

Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.

Ústav hygieny a epidemiologie 1.LF UK+VFN

Studničkova 7

128 00 Praha 2

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