

Národní kardiovaskulární plán 2025–2035 – pohled na role praktických lékařů

prof. MUDr. Štěpán Havránek, Ph.D.

II. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha

Národní kardiovaskulární plán pro roky 2025 až 2035 je strategický dokument schválený vládou České republiky, který obsahuje analýzu současného stavu kardiovaskulárních onemocnění v České republice a stanovuje základní strategie prevence a léčby kardiovaskulárních onemocnění. Praktičtí lékaři mají v rámci celého konceptu péče postavenou významnou úlohu v prevenci, včasné detekci onemocnění a koordinaci péče o pacienty s kardiovaskulární problematikou. Hlavním autorem celého plánu je prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Klíčová slova: Národní kardiovaskulární plán, kardiovaskulární onemocnění, prevence a léčba kardiovaskulárních onemocnění.

National cardiovascular plan 2025–2035 – role of general practitioners

The National cardiovascular plan for 2025–2035 is a strategic document approved by the Government of the Czech Republic, which provides an analysis of the current state of cardiovascular diseases in the Czech Republic and outlines basic strategies for preventing and treating these diseases. General practitioners play a crucial role in the entire concept of care, encompassing prevention, early disease detection, and coordination of care for patients with cardiovascular issues. The main author of the entire document is Prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Key words: National cardiovascular plan, cardiovascular diseases, prevention and treatment of cardiovascular diseases.

Úvod

Národní kardiovaskulární plán (NKVP) pro roky 2025–2035 je strategický dokument schválený vládou České republiky. V dokumentu je řešena strategie prevence, diagnostiky, léčby kardiovaskulárních onemocnění, a to z mnoha pohledů od organizace péče, její dosažitelnosti, přes personální zajištění až po implementaci nových poznatků. Řešeny jsou otázky návaznosti péče, dostatečného pokrytí v regionech naší země. Hlavním autorem celého plánu je prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., který postupně integroval vstupní data, veškeré návrhy nebo připomínky různých odborných společností a připravil finální text ke schválení. Veškerá uvedená data v následujícím textu z dokumentu čerpají.

Vizí NKVP je: „Zajistit každému obyvateli České republiky možnost prevence vzniku kardiovaskulárního onemocnění a v případě jeho rozvoje zajistit nejvyšší možnou kvalitu péče a života bez ohledu na geografickou polohu či stadium nemoci.“

Velice zjednodušeně se dá NKVP rozdělit na analytickou část, která shrnuje současný stav kardiovaskulární problematiky v České republice v kontextu okolních zemí, a část strategickou, kde jsou uvedeny základní směry dalšího vývoje.

Součástí dokumentu jsou i body, které se bezprostředně týkají každodenní rutiny praktických lékařů. Dokument nicméně není a ani nemá být ani návodem, nebo odborným doporučením pro lékaře. Jedná se o stano-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: Med. Praxi. 2025;22(4):270-274
<https://doi.org/10.36290/med.2025.047>

Článek přijat redakcí: 22. 5. 2025

Článek přijat k tisku: 28. 5. 2025

prof. MUDr. Štěpán Havránek, Ph.D.
stepan.havranek@vfn.cz

vení strategie v boji proti kardiovaskulárním onemocněním. Ačkoliv se dokument sice týká zejména problémů strategie, je nezbytné vysvětlení jeho obsahu širší lékařské veřejnosti. Znalost plánu umožní hlubší pochopení jeho implementace do reálného života.

V následujícím textu jsou rozebrány body, kde se počítá se zapojením praktických lékařů. Pro kompletní informace odkazují na vlastní veřejně dostupný dokument.

Současný stav kardiovaskulárních onemocnění v České republice

Mortalita na kardiovaskulární onemocnění a čerpání péče u kardiovaskulárních nemocí

Onemocnění oběhové soustavy představují dominantní příčinu úmrtnosti v České republice. Dle dostupných dat má sice setrvale klesající trend od 90. let, nicméně v roce 2020 dosahovala celková úmrtnost 40 %. Pozdější data mohou být ovlivněna pandemií covidu-19. Jako dominantní příčina úmrtí se jeví ischemická choroba srdeční, která byla v roce 2019 odpovědná za 19,9 % úmrtí. Aktuální naděje dožití (střední délka života) je v ČR u mužů 75,3 roku, u žen pak 81,4 roku. Délka života ve zdraví je však podstatně kratší: zdraví Čechy totiž opouští už v 61,6 letech. Oproti zemím EU s nejdelší dobou života ve zdraví, ztrácíme aktuálně celou dekádu zdravého života. Podle metodiky EUROSTAT je možno až 25,6 % úmrtí v ČR definovat jako předčasná. I zde zaujímají onemocnění oběhové soustavy nejčastější příčinu (6,7 % u mužů a 2,4 % u žen v letech 2020–2021) s klesajícím trendem oproti předchozímu období 2007–2019. Mezi rizikové faktory vedoucí k předčasným úmrtím, a to nejen na kardiovaskulární choroby, je nutno zdůraznit na prvním místě kouření.

Mezi jednotlivými příčinami úmrtí je nutno zaznamenat významný dopad zlepšení celého systému péče na počty úmrtí na akutní infarkt myokardu. Obrácený trend jeví srdeční selhání, kde došlo od roku 2010 k nárůstu úmrtí na 100 tisíc obyvatel z 20,3 na 83,5. Dramatický nárůst mezi příčinami úmrtí zaznamenávají arytmie, u nichž dochází k nárůstu z 3,7 na 100 tisíc obyvatel v roce 2010 na 13,7 v roce 2021. Mezi roky 2010 a 2021 došlo díky zřízení vysoce specializované péče o pacienty s cerebrovaskulárním

onemocněním k významnému poklesu úmrtí způsobených cévní mozkovou příhodou, stále je však mortalita na vysoké úrovni 59,9 úmrtí na 100 tisíc obyvatel u mužů a dokonce 75,1 úmrtí na 100 tisíc žen.

I přes uvedenou tendenci k poklesu úmrtí, zaujímá podle dat EUROSTATu v roce 2022 Česká republika 10. nejhorší místo v Evropě v podílu úmrtí na kardiovaskulární choroby. Tato pozice se navíc od roku 2011 nezměnila. Ještě nepříznivější je situace v úmrtích na ischemickou chorobu srdeční, kde zaujímá ČR 5. nejhorší místo v Evropě.

Nemoci oběhové soustavy jsou v ČR jednou z hlavních příčin čerpání léčebné péče. Ta v posledních letech jeví narůstající tendenci, kdy oproti roku 2012, kdy byla vykázána ambulantní, nebo hospitalizační diagnóza kardiovaskulárního onemocnění u 2 605 tisíc pacientů, dosáhla tato hodnota v roce 2022 2 895 tisíc. Celkově v roce 2022 bylo ambulantně léčeno pro nemoci oběhové soustavy 28 % populace ČR a hospitalizována byla 3 % populace. V čerpání péče se jako hlavní determinanta jeví věk pacientů. V posledních letech dochází k významnému nárůstu čerpání ambulantní péče o kardiologické pacienty (aktuálně 34,6 kontaktů s lékaři všech odborností na 100 osob za rok s některou z diagnóz nemocí oběhového systému).

Rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění

Česká republika představuje zemi s vysokou prevalencí kardiovaskulárních rizikových faktorů. Ve výskytu obezity a nadváhy nám patří dle dat EHIS nelichotivé čtvrté místo v hodnotách body mass indexu. V posledních 30 letech došlo k minimálně ztrojnásobení prevalence obezity u dospělých. Aktuálně trpí nadváhou nebo obezitou 68,1 % dospělých mužů a 49,2 % žen. Obezita je dnes nazývána jako chronické progredující onemocnění, které vede k rozvoji řady významných komplikací, včetně významně zvýšeného rizika srdečního selhání, fibrilace síní a dalších kardiovaskulárních onemocnění. Česká republika patří dlouhodobě k zemím s vysokým podílem osob trpících hypertenzí a dyslipidemií. Jako rizikový faktor se jeví i vysoká spotřeba soli v potravě. Z dostupných dat vyplývá, že konzumace soli v České republice přesahuje dva až třikrát doporučený maximální limit,

přičemž zdrojem jsou především zakoupené potraviny. Vysoký příjem soli se propisuje do vysoké prevalence arteriální hypertenze, která je i nadále jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. V počtu kuřáků se situujeme blízko evropskému průměru, avšak procento kuřáků je i v evropském kontextu stále vysoké, kolem 25 % v populaci 15 a více let. Česká republika trpí dlouhodobou zátěží vysoké konzumace alkoholu.

Predikce vývoje nemoci a incidence kardiovaskulárních chorob

V následujících letech lze očekávat nepříznivý demografický vývoj. V roce 2030 dle předpokládaného vývoje počtu a struktury obyvatelstva by se měl zvýšit průměrný věk obyvatel o 2,1 roku. V souvislosti se stárnutím populace v následujících letech lze očekávat nárůst nemoci v souvislosti s nejčastějšími chorobami vyššího věku, kterými jsou právě nemoci oběhové soustavy.

Preventivní kardiovaskulární péče

Preventivní prohlídky v ČR jsou poskytovány všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost. V letech 2021/2022 preventivní prohlídku absolvovalo 57,8 % obyvatel, u dospělých 48,5 %. Nejlepších výsledků je dosahováno u dětské populace (nad 85 %), ve věku nad 20 let ale účast na preventivních prohlídkách klesá, ve věkové kategorii 20–50 let pod 50 %. Celkově jde u dospělé populace o významně pozitivní trend ve srovnání s rokem 2011, kdy se prevence dotkla 38,8 % dospělých. Otázky kardiovaskulární prevence jsou jen v omezené míře součástí prohlídek pracovní lékařské služby. Preventivní péče, mimo systém pravidelných preventivních prohlídek a dispenzární péče o některé nemocné s rizikovými faktory (arteriální hypertenze, dyslipidemie, diabetes), je poskytována i ambulantními specialisty dle závažnosti zdravotního stavu pacienta.

Strategická část

Strategickou část Národního kardiovaskulárního plánu je nutné dát do rámce předchozích analýz a vyjít z uvedených dat. NKVP udává několik základních strategických cílů, které jsou dále rozděleny na jednotlivé specifické cíle (Tab. 1). Z analytické části jednoznačně vyplývá, že nej-

výraznějším bodem je nutnost vedení účinné prevence kardiovaskulárních onemocnění.

Role praktických lékařů v NKVP je možné rozdělit na dvě základní skupiny. První je klíčová úloha v preventivních programech a druhá pak v koordinaci péče o pacienty s kardiovaskulárními onemocněními. Ani jeden z těchto bodů není překvapivý ani zcela nový. NKVP se však snaží tyto úlohy lépe podchytit, zasadit do celého kontextu péče a vytvořit pro ně podmínky.

První důležitá plánovaná role praktických lékařů tedy spočívá v provádění nebo koordinaci efektivní prevence kardiovaskulárních onemocnění. Prakticky všechny body NKVP se odkazují na systematickou prevenci vedenou praktickými lékaři pro děti a dorost a všeobecnými praktickými lékaři, případně během pracovních preventivních prohlídek. Je nutné zopakovat, že uvedená činnost praktických lékařů je zasazena do kontextu ostatních širokých opatření, včetně celospolečenské informační kampaně, ovlivnění preventivních programů ve školách na pracovištích nebo v médiích. Koncept NKVP počítá s tím, že cesta rizikových pacientů systémem může být buď zcela v další kompetenci praktických lékařů, nebo tyto nemocní mohou být předáni k dispensarizaci a léčbě na specializovaná pracoviště. Pro správné fungování systému však je i nadále předpokládán kontakt pacienta s jeho ošetřujícím všeobecným praktickým lékařem, který může optimálně koordinovat případnou nutnou multidisciplinární péči a zajišťovat péči o nesouvisející stavy, vakcinaci a screening onkologických chorob.

Součástí plánu jsou i návrhy změn právních norem tak, aby celý koncept péče mohl být realizován. Je zmíněna nutnost novelizace vyhlášky č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách a vypracování metodiky stanovení rizikového profilu pacienta, vydané ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Preventivní prohlídky jsou na jedné straně chápány jako efektivní nástroj pro časnou diagnostiku kardiovaskulárních onemocnění. Nicméně také jsou chápány jako nezanedbatelný objem práce, který je nutné vzít v úvahu při finančním pokrytí práce lékařů. Stejně tak je řešeno i pokrytí specializované péče napříč republikou.

Druhou významnou rolí praktických lékařů je péče o pacienty, u kterých kardiovaskulární choroba vedla k přímému ošetření

Tab. 1. Strategické cíle NKVP

Strategický cíl 1: Efektivita prevence kardiovaskulárních onemocnění se zvyšuje a pomáhá předcházet vzniku onemocnění
■ Zvýšení pozitivní motivace ke změně životního stylu obyvatel, zvýšení zdravotní gramotnosti a zlepšení prevence kardiovaskulárních onemocnění. ■ Zvýšení efektivnosti a využití systému preventivních prohlídek, primární péče a gynekologické péče (např. prevence tromboembolických poruch pro uživatelské antikoncepce nebo péče o těhotnou ženu). ■ Zvýšení efektivnosti včasné diagnostiky rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Nastavení systému navazující péče pro vysoce rizikové pacienty.
Strategický cíl 2: Dostupnost a organizace péče orientované na pacienta vede k zajištění maximálně možné kvality jeho života, a to během nemoci, po vyléčení či v terminálním stadiu
■ Zajištění dostupnosti všech forem následné, dlouhodobé a paliativní péče. Péče je moderní a efektivní. ■ Zajištění rovnoměrné dostupnosti a pokrytí službami zdravotnické záchranné služby a systémy přímé komunikace a transportu pacientů s oběhovými onemocněními přímo do kardiovaskulárních center. ■ Zajištění regionální dostupnosti specializované a ambulantní péče ve všech regionech ČR. ■ Zajištění změny úhrad ambulantní kardiologické, angiologické a primární péče ve prospěch edukace a spolupráce s pacientem. ■ Racionalizace centralizované péče o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním prostřednictvím sítě center vysoce specializované kardiovaskulární péče. ■ Nastavení provázanosti péče v systému kardiovaskulární péče. ■ Zlepšení plánování a zvýšení dostupnosti péče. ■ Zajištění přístupu k inovativním postupům a udržení vysoké kvality v kardiovaskulární péči.
Strategický cíl 3: Poskytování moderní zdravotní péče je zajištěno kvalifikovaným personálem, moderním diagnostickým a léčebným zázemím a inovativními postupy
■ Zajištění dostatečného počtu kvalitního, kvalifikovaného a motivovaného zdravotnického personálu v oblasti kardiovaskulární medicíny. ■ Zlepšení stavu infrastruktury jednotlivých poskytovatelů kardiovaskulární péče. ■ Nastavení sledování kvality péče u jednotlivých poskytovatelů kardiovaskulární péče.
Strategický cíl 4: Věda a výzkum kardiovaskulárních onemocnění jsou prováděny na vysoké úrovni integrující poslední poznatky medicíny a v kontextu mezinárodní spolupráce
■ Podpora výzkumu a mezinárodní spolupráce v oblasti kardiovaskulární medicíny. ■ Využití přínosů digitalizace a telemedicíny.

na specializovaném pracovišti. Tito pacienti mohou být dále léčeni a dispensarizováni na specializovaných pracovištích, ale leckdy mohou být předáni do primární péče. Ale pokud nejsou ke sledování předáni do primární péče, praktický lékař se s těmito lidmi přesto setká. Řada kardiovaskulárních onemocnění je chronická a vyžaduje adekvátní integraci odborné péče, která se nejčastěji stýká u všeobecného praktického lékaře.

Navíc v mnoha případech je péče všeobecného praktického lékaře pro kvalitní péči dostačující a další specializovaná péče by byla potřeba v minimálním rozsahu. Tomu však často brání některé preskripční limitace, které všeobecné praktické lékaře z péče vymezují a omezují tak jejich možnosti. Součástí strategie NKVP je tyto limitace, pokud možno, eliminovat uvolněním této preskripce a zajištěním financování v potřebném rozsahu této uvolněné preskripce.

Strategickou část dokumentu není možné chápat jako návod, ale jako podklad pro postupné naplňování uvedených cílů. Cílové body je opět nutné pochopit v širším kontextu. Nejsou plánovány výhradně pro agendu praktických lékařů, ale do široké množiny opatření.

Vybrané cílové body NKVP týkající se nejvíce práce praktických lékařů:

- Zlepšení informování veřejnosti o zdravotních rizicích některých typů chování, a naopak i o přínosech zdravého životního stylu. Vliv na zvýšení povědomí obyvatel o osobní odpovědnosti za svoje zdraví. Důraz kladen na prevenci obezity, kuřáctví, nízké fyzické aktivity, vysokého příjmu alkoholu. Dále je diskutována výživa, příjem soli. Celý tento bod je nutné začlenit do širšího rámce od legislativních kroků, přes mediální prostředí, edukaci na úrovni školství atd.
- Zvýšení prevence v podobě očkování proti chřipce, pneumokokovým onemocněním a jiným závažným virovým onemocněním (RS virus, SARS-CoV-2 atd.).
- K zefektivnění systému kardiovaskulární péče je nutno zlepšit jeho flexibilitu, umožnit modifikaci obsahu preventivní prohlídky dle uvážení ošetřujícího lékaře jejím rozšířením o některá laboratorní vyšetření (například častější vyšetření kompletního lipidogramu, včetně stanovení koncentrace lipoproteinu (a)(Lp(a)), u každého vyšetřeného alespoň jednou za život), funkcí

INZERCE

štítné žlázy, vyšetřením (mikro)albuminurie, zhodnocením glykemie v kombinaci s hladinou glykovaného hemoglobinu, natriuretických peptidů, vysoce senzitivního CRP a častější registraci EKG apod.).

- Zvláštní pozornost by měla být věnována v rámci prevence ženám s gestačním diabetem, hypertenzí v těhotenství, komplikovaným průběhem gravidity (preeklampsie, eklampsie) a dětem narozeným s nízkou porodní váhou.
- U jedinců s diagnostikovanými rizikovými faktory je nutno umožnit efektivní primární a návaznou specializovanou péči (kardiologickou, angiologickou, diabetologickou či endokrinologickou, lipidologickou, léčbu závislostí atd.).
- Tento bod vychází z pravidla, že výsledky terapie kardiovaskulárních chorob jsou významně lepší při jejich včasné diagnostice. Navíc u řady onemocnění lze cílenou léčbou významně zpomalit progresi onemocnění, popřípadě zabránit vzniku komplikací (ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, detekce fibrilace síní atd.).

■ Na předchozí bod navazuje význam dostupnosti specifických vyšetření pro odbornosti, které se starají o vysoce rizikové nemocné (včetně všeobecného praktického lékaře), konkrétně stanovení natriuretických peptidů, EKG, 24hodinové monitorace krevního tlaku.

■ Neméně důležitá je dostupnost navazující kardiologické a angiologické péče zajišťující některé specifické typy vyšetření vázané na specifickou odbornost, jako dlouhodobé monitorace EKG, zátěžová a zobrazovací vyšetření nebo vázaná na péči v kardiovaskulárních centrech (invasivní diagnostika a další vysoce specializovaná vyšetření).

■ Důležitý je také bod o provázanosti dostupných lékařských nálezů pro jednotlivé specializace (v rámci rozvoje e-health, sdílení laboratorních výsledků a dokumentace).

■ Zajištění předávání pacientů do péče praktických lékařů s možností delegování preskripce a zajištěním financováním této péče. Předpokladem fungující péče

je odstranění administrativních bariér a zlepšení systému předávání pacientů mezi odbornostmi.

- Motivaci k odeslání a ošetření rizikových pacientů je možno provádět bonifikačními úhradovými mechanismy dispenzární péče. U nekomplikovaných nemocných pak zajistit jejich zpětný přechod do péče všeobecného praktického lékaře.
- Vyšetření rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob se musí stát součástí veškerých pracovně-lékařských prohlídek.
- Účast na preventivních prohlídkách by měla být motivační i pro pojištěnce.

Závěr

NKVP je strategický dokument, který má za cíl nastavit na příslušné období priority a strategii pro boj s kardiovaskulárním onemocněním. NKVP přináší základní teze pro další realizaci péče. V současné době je zahájena fáze implementace celého plánu v jednotlivých krocích. Tyto kroky se postupně dotknou každé části zdravotního systému, včetně praktických lékařů.