

Praktičtí lékaři mají v Národním kardiovaskulárním plánu 2023–2033 naprosto zásadní roli

*První Národní kardiovaskulární plán (NKVP) z roku 2013 dramaticky zlepšil kvalitu akutní kardiologické péče, což se projevilo výrazným snížením třicetidenní mortality po infarktu myokardu. Na základě pozitivních zkušeností vznikl NKVP 2023–2033 s ambiciózním cílem snížit kardiovaskulární mortalitu o pět procent. O vizích v kardiologii jsme hovořili s **profesorem MUDr. Michalem Vrablíkem, Ph.D.**, z III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.*

Pane profesore, jak byste charakterizoval nový Národní kardiovaskulární plán na roky 2023–2033?

Národní kardiovaskulární plán představuje rámec, kterým by se měl ubírat budoucí vývoj především v oblasti organizace péče v kardiologii a který vytyčuje směry v diagnostice, léčbě, prevenci, ale i ve vzdělávání a ve výzkumných aktivitách v oblasti kardiologie.

V České republice jsou kardiovaskulární onemocnění stále vedoucí příčinou úmrtí i přes covid-19 a nárůst onkologických onemocnění. Jak tomu je v dalších zemích EU?

Dobrý přehled a oficiální srovnání přináší data Eurostatu. Také Evropská kardiologická společnost (ESC) každoročně publikuje Atlas kardiovaskulárních onemocnění, který se zabývá

širokou škálou dílčích problematik týkajících se kardiologie a kardiovaskulární péče celkem ve více než 30 zemích. Takže máme dobrá mezinárodní srovnání, která ukazují, že v Česku jsme, pokud se týká statistiky úmrtnosti z kardiovaskulárních příčin, na ne úplně lichotivém desátém místě. V prevalenci ischemické choroby srdeční jsme dokonce na pátém místě. Kardiovaskulární mortalita je v českých zemích dvojnásobná ve srovnání s těmi nejlepšími zeměmi, jako je třeba Francie, Itálie, ale také Velká Británie. Takže jistě máme kam směřovat. Myslím, že vytyčený cíl snížit kardiovaskulární mortalitu je dosažitelný: když to dokázali Britové, tak bychom to mohli dokázat taky.

Můžete kvantifikovat, o kolik chcete kardiovaskulární mortalitu do roku 2033 snížit?

S přípravou Národního kardiovaskulárního plánu jsme začínali v předchozí době a naše moto bylo: o pět za deset, což znamenalo, že snížíme do 10 let kardiovaskulární úmrtnost vize narušil, ale o 5 %. Pak ale přišel covid, který nám NKVP by mohl být klidně uváděn i nadále tímto bonmotem. Je to sice ambiciózní, ale dosažitelný plán.

Koncem loňského roku jste zmiňoval, že pojedete představit náš Národní kardiovaskulární plán do Štrasburku. Jak prezentace proběhla?

Šlo o akci Evropského parlamentu: Vote Cardiovascular Health 2024 neboli Volte kardiovaskulární zdraví 2024. Nad akcí převzaly záštitu polská europoslankyně Elżbieta Łukacijewska a česká europoslankyně Radka Maxová, a tak umožnily její konání v budově



Profesor MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

Foto: archiv M. Vrablika

Evropského parlamentu ve Štrasburku v průběhu zasedání EP. Cílem bylo seznámit co nejvíce europoslanců s problematikou kardiovaskulárních onemocnění v jednotlivých členských zemích tím, že zástupci odborné komunity jednotlivých členských zemí o problematice diskutovali se svými europoslanci. Toto setkání garantovala a daty podpořila Evropská kardiologická společnost. Chtěli jsme získat podpisy co nejvíce europoslanců pod výzvou Evropského parlamentu Vote Cardiovascular Health 2024 ve snaze, aby poslanci souhlasili a iniciovali vytvoření Evropského kardiovaskulárního plánu.

Takže český NKVP může být vzorem pro další země EU?

Spíše jde o jeden ze vzorů. Tři země EU mají již své národní plány: Polsko, Španělsko a Švédsko. Tyto plány už

jsou schváleny a ratifikovány národními orgány a náš KVP je čtvrtým v řadě. Všechny tyto národní kardiovaskulární plány jsou inspirací pro tvorbu zastřešujícího evropského plánu, který má být obdobou Beating Cancer Plan. Ten však vznikl obráceným postupem, nejprve vznikl Europe's Beating Cancer Plan, který představoval základ pro národní onkologické programy.

Jsem velmi rád, že Česká republika a Česká kardiologická společnost byly inspirativní pro Evropu, konkrétně pro ESC. V červnu 2023 jsme uspořádali konferenci, která proběhla v Kongresovém centru IKEM za účasti předsedy ESC, našeho ministra zdravotnictví Vlastimila Války a reprezentantů asi sedmi nebo osmi zemí, na níž se diskutovalo potřeba vytvoření kardiovaskulárního plánu nejen na evropské, ale i na národních úrovních. Všichni uznávají, že evropský plán musí být obecný

a že každá země si musí ušít NKVP podle svých aktuálních potřeb.

V Česku jsme o krok napřed, protože jsme měli Národní kardiovaskulární plán už v roce 2013 a můžeme na něj navázat. Díky předcházejícímu NKVP máme fungující systém akutní kardiovaskulární péče. Chci zdůraznit, že evropští kolegové si našich snah velice cení.

Profesor Aleš Linhart nedávno prohlásil, že Česko je nejlepší zemí, kde dostat infarkt. Je to tedy důsledek NKVP z roku 2013?

Je pravda, že jsme ve své době měli možná nejlépe zorganizovanou akutní kardiologickou péči. V rámci Evropy nás již však několik zemí předběhlo, například v počtu katetrizačních center na počet obyvatel, což má pravděpodobně manažersko-ekonomické

benefity pro konkrétní zdravotnické zařízení. Domnívám se, že jsme na tom pořád velmi dobře. I v důsledku velikosti země máme velmi dobře uspořádanou síť akutních center.

O dobré akutní centrové péči svědčí nízká třicetidenní mortalita po infarktu.

Přesně tak. Česká akutní kardiologická péče se řadí k té nejlepší světové úrovni, protože 5,2procentní třicetidenní mortalita po infarktu myokardu je úžasná. Musím ale připomenout, že tato statistika nezahrnuje ty, kteří se k akutnímu ošetření vůbec nedostanou a zemrou před přijetím k hospitalizaci. Infarkt není benigní onemocnění, stále je to nemoc, na kterou se umírá. Některé statistiky říkají, že minimálně 20 až 40 procent pacientů umře, aniž by se dostali do statistik.

Kde vidíte bariéry? Proč se nedostanou na správné pracoviště?

Myslím, že selhává přednemocniční fáze. Samozřejmě že někteří lidé zemřou náhlou smrtí, kde se nemůže udělat vůbec nic, i když všechno probíhá optimálně.

V České republice dojde ročně asi k 700 přednemocničním zástavám oběhu, což je stav s vysokou mortalitou, ale někteří pacienti přežijí. Práce profesora Jana Bělohávků a kolegů uveřejněná v prestižním časopise JAMA ukázala, že část těchto pacientů při včasné resuscitaci přežije zástavu oběhu dokonce bez neurologického deficitu.

Bohužel často dochází k nerozeznání a k podcenění iniciálních příznaků infarktu, takže pacient nevolá včas záchranku a nevyhledá lékařskou pomoc. Určitě je nutné budovat povědomí laické veřejnosti o příznacích infarktu a dalších kardiovaskulárních onemocněních. Určitá oblast ze statistik uniká, například u úmrtí v domácnosti se vždy přesná příčina nestanovuje.

Zahrnuje tedy NKVP také osvětu laické veřejnosti?

V NKVP je velká část věnována prevenci, která pokrývá všechny aspekty. Na primární prevenci by se měly podílet i instituce veřejného zdravotnictví. Jedním ze spoluvůdců je Státní

zdravotní ústav, který by měl zajišťovat a koordinovat edukační aktivity ke zlepšení zdravotního stavu populace ve spolupráci s dalšími subjekty, třeba i se zaměstnavateli.

V mezirezortním připomínkovém řízení se k tomu budou moci vyjadřovat i třeba Ministerstvo průmyslu a obchodu či Ministerstvo práce a sociálních věcí. NKVP nově upozorňuje na provázanost zdravotní, sociální a pracovní problematiky. Zjednodušeně řečeno – když pacient nedostane předčasně infarkt v důsledku moderní léčby, která bývá nákladnější, tak systém uspoří na nákladné akutní péči i na dávkách ze sociálního rozpočtu.

Individualizovanou prevenci jsme řešili společně s praktickými lékaři, takže v NKVP je i oddíl, který upozorňuje na potenciál preventivních prohlídek, na nutnost jejich větší flexibility, co se týče frekvence i náplně. Plán nedává přesný návod, jak co má být provedeno, ale v každé sekci jsou stanoveny měřitelné veličiny a zodpovědný segment péče či státní orgán.

Nepředstavuje současný stav digitalizace v ČR překážku dosažení cílů Národního kardiovaskulárního plánu?

Je to určitě bariéra, která ale z našeho hlediska je bariérou odstranitelnou, a to dokonce nutně odstranitelnou. V opačném případě stav zdravotnictví zásadně neposuneme. Zdravotnictví se musí elektronizovat a digitalizovat. Podmínky pro to už jsou, protože hardware už existuje.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR dodal kompletní data do Národního kardiovaskulárního informačního systému (NKIS). Předpokládáme, že v budoucnosti ještě dojde k nějaké optimalizaci, ale základ existuje a lze s ním pracovat.

Splňují data Národního kardiovaskulárního informačního systému i funkci registru?

V podstatě ano, avšak se všemi limitacemi, které administrativní data mají. Jsou to data vykazovaná zdra-

Česká akutní kardiologická péče se řadí k té nejlepší světové úrovni.

Obsahuje NKVP cílové parametry konkrétních hodnot, třeba LDL cholesterolu, krevního tlaku, nebo je zaměřen jen na rámcová doporučení?

V NKVP jsou navrženy indikátory kvality, zejména pro sekundární prevenci, jak kardio-, tak cerebrovaskulárních chorob. Obsahuje i takzvané tvrdé indikátory kvality, to znamená úmrtnost, hospitalizace, rehospitalizace, rekurence příhod, ale také dosažení cílových parametrů rizikových faktorů. To navrhuje na nezbytnost digitalizace a strukturalizace elektronické dokumentace, abychom měli data a nemuseli vytvářet signalizační kódy pro pojišťovnu, protože takový systém je přezhý.

votním pojišťovnám, na jejichž základě jsou hrazeny zdravotní služby. Všichni si uvědomujeme, že toto výkaznictví není optimální, nemá charakter registru nebo průřezové studie. Ale všichni také víme, že hradit a organizovat registry a průřezová šetření v době, kdy všechno jde již elektronicky, už nechceme. Takže teď se čeká na další krok, kdy digitalizace postoupí ve smyslu strukturalizace dat, kdy budeme moci ze zdravotních systémů a elektronické dokumentace automaticky extrahovat důležité veličiny typu krevní tlak, hmotnost, LDL cholesterol a podobně.

To nepůjde bez standardizace zpráv, že?

To je pravda, ale jde o to, zda jsme schopni prosadit alespoň nějakou strukturalizaci dat a stanovit alespoň povinné minimum. Lze si představit, že zůstanou zachovány nějaké regionální zvyklosti, ale takové údaje, jako je krevní tlak, hmotnost, tepová frekvence, koncentrace LDL cholesterolu, glykemie a další, by měly být uvedeny v definovaných polích. Na tom se shodují všichni, protože nikdo nechce ta data vytahovat manuálně. Na straně odborné veřejnosti nebude mnoho bariér a jde jenom o technologické řešení a náklady na ně.

i z uspořádaných prostředků v jiných segmentech, jako je například sociální systém, nebo ze zdrojů zaměstnavatelů, kteří třeba pochopí, že se jim vyplatí mít zdravější zaměstnance. Myslím, že tento koncept může posílit napjatý systém financování zdravotnictví.

Deset let je poměrně dlouhá doba. Počítáte s tím, že se NKVP bude aktualizovat?

Národní kardiovaskulární plán je rámcový dokument, který neobsahuje konkrétní návody, jak léčit konkrétního pacienta. Nenahrazuje doporuče-

farmaceutických firem – a dokument byl odeslán na Ministerstvo zdravotnictví, kde bude připraven pro odeslání do mezirezortního připomínkového řízení tak, aby NKVP byl do léta letošního roku schválen vládou České republiky.

Jaké místo zaujímají v NKVP praktičtí lékaři a ambulantní specialisté?

Naprosto zásadní! S praktickými lékaři jsme byli ve velmi úzkém kontaktu a uvědomujeme si, že zejména časná detekce kardiovaskulárních onemocnění, jejich prevence a léčba nekomplikovaných, ale masově se vyskytujících kardiovaskulárních onemocnění typu arteriální hypertenze a dyslipidemie leží plně v kompetenci a v rukou schopných praktických lékařů.

Zdravotní služby v České republice jsou sice na vysoké průměrné úrovni, ale regionální distribuce ambulantních kardiologů je nerovnoměrná, takže výzvou v Národním kardiovaskulárním plánu je odstranění regionálních nerovností. Je v něm jasně formulováno, aby byly vytvořeny co nejlepší podmínky pro obsazení neosídlených regionů.

Navíc NKVP uvádí, že je potřeba vytvořit podmínky v postgraduálním vzdělávání. Specializační vzdělávání v kardiologii musí být zjednodušeno, musí být na ně kladen důraz a musí dostat prostor.

A závěrem?

Rád bych zde uvedl, že duchovním otcem a největším z tvůrců Národního kardiovaskulárního planu 2023–2033 je profesor Aleš Linhart, za což mu všichni děkujeme. Bez něj by NKVP nevznikl.

Marta Šimůnková

Cílem je, aby zdravotní služba v oblasti kardiologie byla opravdu kvalitní podle současných doporučení a standardů.

Nebude implementace NKVP představovat navýšení nákladů ve zdravotním systému?

Nechceme vůbec nic jiného, než abychom dělali to, co máme dělat. Cílem je, aby zdravotní služba v oblasti kardiologie byla opravdu kvalitní podle současných doporučení a standardů, takže tam vlastně není nic navíc, co by mělo stát další peníze. NKVP definuje standardy a obsahuje výhled do budoucna, včetně předpokládaných nákladů na péči. Již existují studie nákladové efektivity, které vypovídají o tom, že se správná kardiovaskulární péče státu vyplatí v měřitelných veličinách: ztráta průchodnosti, ztráta let života, předčasná úmrtí a další.

V jednom oddíle je zmíněn přístup k inovativním terapiím, které mají jednoznačná data. Pokud tato data z klinického výzkumu existují a prokazují vliv na tvrdé sledované klinické parametry, pak by z našeho pohledu měl být přístup k inovacím rychlejší a jednodušší. Náklady na inovativní technologie by pak mohly být hrazeny

né postupy s pravidelnou aktualizací každé dva roky. NKVP představuje organizační rámec, který v dosti obecné rovině říká, kudy je třeba jít a jak organizovat péči. Budou-li podstatné důvody ke změně, pak je akceptujeme, ale spíše půjde o paralelní proces.

Nyní tedy probíhá připomínkové řízení.

Už teď jsme se posunuli čili Česká kardiologická společnost zapracovala připomínky všech spolupracujících odborných společností, Státního zdravotního ústavu, zástupců výrobců léčiv – Asociace inovativního farmaceutického průmyslu i České asociace

Strategické cíle NKVP

- Dostupnost epidemiologických dat a analýz indikátorů kvality poskytované péče
- Primární kardiovaskulární prevence
- Dostupnost a kvalita poskytované péče
- Vysoce specializovaná a centralizovaná péče
- Provázání kardiologické péče v kontextu celého zdravotního systému
- Výzkum a věda