

Pro zdraví se nechodí k doktorovi!

*„Zdraví je nejvyšší hodnotou, kterou máme,“ tvrdí profesor **MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.**, který je s profesorem MUDr. Alešem Linhartem, DrSc., spoluautorem Národního kardiovaskulárního plánu 2025–2035. Společně položili i základy evropské iniciativy Safe Hearts Plan. Základem kardiovaskulárního zdraví je podle obou dokumentů prevence, která je v novém pojetí preventivních prohlídek u praktických lékařů významně posílena. Co selhává, je dostupnost vysoce účinné léčby hypercholesterolemie inhibitory PCSK9, která by měla být vyšší. Profesor Michal Vrablík z III. interní kliniky VFN a 1. LF UK je nejen vynikajícím odborníkem a pedagogem. Do svého týmu si jej vybral i nový rektor UK prof. RNDr. Jiří Zima, CSc., aby zastával pozici prorektora pro zahraniční záležitosti.*

Pane profesore, stal jste se prorektorem pro zahraniční záležitosti v týmu nového rektora UK profesora Jiřího Zimy. Čeho byste chtěl za čtyřleté období dosáhnout?

Chtěl bych, aby univerzita stále zlepšovala své mezinárodní postavení, aby se skutečně stala otevřenou institucí z hlediska mezinárodního působení jak pro studenty, tak pro zaměstnance, abychom využili všechny možnosti, které nám otevřený evropský, a nakonec i světový prostor dává. Mým cílem je, aby odbor zahraničních vztahů na rektorátu sloužil jako vynikající servisní organizace pro fakulty a další instituce sdružené ve velké rodině Univerzity Karlovy. A těch možností je tam opravdu celá řada. Já se s nimi nyní seznamuji a jsem až překvapen, kolik možností různých typů spolupráce od pedagogické až po vědeckou, zapojení do nejrůznějších aliancí sítí, pracovních skupin umožňuje. Věřím, že internacionalizace není

prázdný termín, protože vysokoškolská pedagogika, stejně jako vysokoškolský výzkum se nedá dělat v rámci jedné země. Takže se budu snažit, aby to všichni poznali ve všech odvětvích.

Představuje mezinárodní spolupráce i příležitost pro mladé lékaře, třeba ještě před atestací?

Bezpochyby představuje. I na naší klinice máme řadu mladých lékařů, kteří tvoří páteř výzkumných skupin, protože to jsou mladí, ambiciózní, chytří, vzdělaní, šikovní, jazykově vybavení kolegové, kteří mají zájem, aby výzkumnou část svého působení dále prohlubovali. Často slyším, že o medicínský výzkum mezi mladšími kolegy zájem není. Žiji však v bublině univerzitního pracoviště, které má ohromnou vědeckou tradici, kam se hlásí lidé se zvýšenou motivací. Mrzí mne nepochopení faktu, že medicína bez medicínského výzkumu nemůže existovat. Motivace k účasti na výzkumu může

spočívat právě v mezinárodních aktivitách, které nabízejí jiný rozměr, a já věřím, že tenhle aspekt by mladí měli využívat mnohem více. V rámci mezinárodní mobility mohou mladí lékaři získat zkušenosti a inspiraci ze zahraničních pracovišť jak klinických, tak vědeckých.

Vědecké ambice jsou doménou velkých klinických pracovišť a univerzit. Ale jaké příležitosti mezinárodní aktivity nabízejí lékařům z menších nemocnic či venkovských praxí?

Byla by to krásná představa, ale musíme si nalít čisté víno, že izolovaný výzkum jednotlivých laboratoří, který byl běžný v druhé polovině dvacátého století, v současnosti prostě nefunguje. Dnes klademe velký důraz na mezinárodní propojení právě proto, že jednotlivé kapacity i velkých univerzitních pracovišť nejsou dostatečné k tomu, aby poskytly obraz, který potřebujeme a který odpovídá realitě jedenadvacátého století.

Studie na tisíci účastnících již není reprezentativní, protože máme možnost provádět výzkum na statisících jedinců. Můžeme uspořádat výzkum propojením velkých databází a zkušeností, a tak odpovědi na otázky, které hledáme, budou přesnější.

Zapojení regionálních nemocnic nebo regionálních zdravotnických zařízení je určitě důležitou otázkou. Řekl bych, že možnosti existují, ale jejich využití závisí na aktivitě lidí, kteří v nich působí. Mám dva postgraduální studenty, kteří nepracují ve fakultní nemocnici, ale jeden v krajské a druhý v oblastní nemocnici. Jde o jejich osobní iniciativu. Snažím se už u pregraduálních studentů vzbudit zájem o výzkum. Říkáme jim – když budete aktivní a budete mít konkrétní záměr, dostanete příležitost i podporu.

Vzkaz do oblastní praxe tedy zní – přijďte s nápadem, návrhem a dostanete možnost spolupráce i na akademické půdě?

Bezpochyby ano. Co znám školitele ve svém okolí, a neznám jich zrovna málo, tak myslím, že bez výjimky přinejmenším prodiskutují představu. V případě, že bude jenom trochu realizovatelná, pomohou.

Můžeme se tedy nyní věnovat vaší doposud hlavní pracovní náplni – kardiologii, lipidologii a zdravotnímu stavu populace. Mohl byste charakterizovat trend ve vývoji kardiovaskulárního zdraví obyvatel v České republice?

Použila jste dobrý termín – kardiovaskulární zdraví. Většinou otázka zní: jaké jsou trendy nemocnosti, trendy úmrtnosti, ale vlastně bychom měli mluvit o kardiovaskulárním zdraví pozitivně. Sledujeme trend kardiovaskulárních onemocnění, a ten je stále nepříznivý. Snížili jsme mortalitu, nikoli kardiovaskulární morbiditu. Hlavní cíl Národního kardiovaskulárního plánu 2025–2035 byl přeformulován z původní ambice – snížení mortality – na snížení morbidity a snížení předčasné mortality. Zvýšili jsme již délku života, střední doba dožití se trvale zlepšuje a nejvíce k tomu přispívá pokles mortality z kardiovaskulárních příčin. Velký problém však představuje dlouhodobá chronická nemocnost.



Profesor MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

Foto: archiv M. Vrablíka

Jeden z výzkumů, který je často citován, srovnává dobu života ve zdraví ve Skandinávii, kde lidé žijí s onemocněním až tři roky před úmrtím, zatímco Čech žije až 20 let před úmrtím s chronickou chorobou. Dalším negativním trendem je multimorbidita. Lidé ve věku mezi 40 až 50 roky mají až ve 20–25 procentech případů dvě a více chronických chorob, a to je alarmující, protože je téměř jisté,

že když zestárnou o 20 let, jejich stav se nezlepší. A podíváme-li se do věkové kategorie 60 let a více, tak tam už je zdravých jedinců bez chronické diagnózy úplné minimum. Proto bychom měli hovořit o zdraví a udržování dobré kondice a dobrého zdraví po co nejdelší dobu. Samotné prodloužování života není cílem, který bychom mohli donekonečna prosazovat.

K tomu mě napadá, jak je u nás definován život ve zdraví? Je to do doby, kdy přijde člověk s vyšší koncentrací cholesterolu do jakékoliv ordinace, anebo až když dojde k první kardiovaskulární příhodě?

Ve většině průzkumů je zdraví definováno subjektivním pocitem. Některé jiné studie zahrnují chronické diagnózy. Léčím-li rizikové faktory infarktu myokardu nebo mozkové mrtvice, snažím se pacientům vysvětlit, že ještě nejsou nemocní, ale snažíme se farmakoterapií o udržení co nejlepšího zdravotního stavu po co nejdelší dobu kontrolou rizikových faktorů. Ty sice mají podle Mezinárodní klasifikace nemocí číslo diagnózy, ale to neznamená ztrátu funkce orgánu nebo soustavy a pacienta neomezují v životních aktivitách. Takže definice zdraví jako absence nemoci se současnou psychosociální pohodou by měla být vnímána v širším kontextu.

Léčím-li rizikové faktory infarktu myokardu nebo mozkové mrtvice, snažím se pacientům vysvětlit, že ještě nejsou nemocní...

Zohledňují statistici wellbeing pocit pacienta jako život ve zdraví?

Existují práce, které hodnotí období života ve zdraví na základě subjektivní výpovědi pacientů, již lze považovat za relevantní data. Na druhou stranu je pravda, že pacient s šesti chronickými onemocněními se může cítit úplně perfektně, a pak by ze statistik vypadl.

Nakonec i člověk, a máme takových pacientů velké množství i v kardiovaskulární oblasti, který projde úspěšně nějakou komplikací třeba ve smyslu infarktu, cévní mozkové příhody, a díky moderní medicíně je přežije bez hendikepu, má nakonec nižší kardiovaskulární riziko ve srovnání s jinými osobami, které cévní příhodou ještě neprošly, ale zatím jsou „jenom“ nositeli řady rizikových faktorů pod nedostatečnou kontrolou.

Naší další snahou je, a to i v doporučených postupech, vymýtit dichotomické rozdělování na primární a sekundární prevenci. Měli bychom hovořit v kategoriích míry rizika, protože pacient po infarktu, který má dlouhý odstup od své jediné koronární příhody a s perfektní kontrolou rizikových faktorů, může mít podstatně nižší kardiovaskulární riziko než člověk se špatně kontrolovaným diabetem, hypertenzí nebo dyslipidemií bez anamnézy kardiovaskulární příhody.

Národní kardiovaskulární plán je velice ambiciózní projekt, který byl koncem roku 2024 schválen vládou. Jak se daří jeho implementace?

Byl sestaven akční plán, který má své milníky a situace. Největší část Národního kardiovaskulárního plánu tvoří prevence. A právě prevence představuje praktický příklad úspěšné imple-

a nastavení preventivně-terapeutického plánu konkrétního pacienta. Právě prevence je jednou z důležitých součástí implementace Národního kardiovaskulárního plánu, protože to je cesta ke snížení morbidity a mortality. Kardiovaskulární intervence je v Česku na vynikající úrovni, ale jistě se musí i nadále zlepšovat, například probíhá reakreditace kardiovaskulárních center.

Jde implementace podle vašich představ, nebo něco vážně?

To je velmi těžká otázka, protože plán je velmi komplexní dokument, jehož realizace bude velmi nesnadná, protože musí zahrnout mnoho segmentů zdravotní péče a jejich koordinace je náročná. Nyní máme na Ministerstvu zdravotnictví novou garnituru, která našťastí našim aktivitám přeje. Současné vedení ministerstva pracuje s daty, bez nichž lze těžko něco zlepšit. Datová základna Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, Kanceláře zdravotního pojištění a dalších zdrojů poskytuje základ pro podrobnou analýzu, podle níž se hodnotí implementace a která umožňuje modifikaci dalších postupů.

Postrádám však konkrétní způsob, jak elektronicky sdílet data. Profesor Dušek již začátkem roku 2026 prezentoval, že má více než 85 procent dat za posledních pět let v repozitáři ÚZIS. Velmi dlouho se však diskutuje o trojcestné žádance, která by umožnila sdílení laboratorních výsledků. Žádanka putuje elektronicky k poskytovateli laboratorních služeb a výsledky jsou směřovány do centrálního repozitáře a současně k poskytovateli zdravotních služeb, který si vyšetření objednal. Zatím nemáme možnost, aby výsledky svého (sdíleného) pacienta viděl další poskytovatel zdravotní péče. Nemohu se podívat na svého pacienta, jestli neměl odběr indikovaný jiným lékařem, protože v první fázi budou data sbírána jen pro analytické účely. Zatím trojcestná žádanka nebude fungovat jako e-recept, kde se mohu podívat do lékového záznamu a vidím, co můj pacient v posledním roce dostal. To je perfektní služba a já jsem se domníval, že tak bude fungovat i repozitář laboratorních záznamů.

Odbočíme k evropské spolupráci – Call for Action směrem k Evropskému národnímu kardiovaskulárnímu plánu. Došlo k pokroku od září, kdy jste výzvu zveřejnili?

Došlo k velkému pokroku, protože už prosinci 2025 byl schválen evropský Safe Hearts Plan, takže evropská iniciativa vyústila v postulovaný dokument, který se hodně překrývá s naším. Není zcela identický, protože obsahuje návrhy ve smyslu doporučení, která samozřejmě musejí být adjustována a přizpůsobena národním podmínkám. Hovoří například o tom, že plošný screening kardiovaskulárních rizik by měl být zahájen ve věku 35–40 let, což pro naši populaci nevyhovuje, protože třetina dětské a adolescentní populace má nadváhu a obezitu, takže začít se screeningem ve 30 letech, respektive ve 40 letech, je pozdě. Evropa je velká a je stratifikována do čtyř rizikových regionů z hlediska kardiovaskulární mortality a my patříme do vysoce rizikové oblasti. Proto náš přístup bude jiný než ve Francii s nízkým rizikem. Jsem rád, že dokument respektuje národní variabilitu a dává volnou ruku jednotlivým regionům a představuje návod či možná sdílení nejlepších praxí, ale není v žádném směru závazný. Ostatně, tak jako většina evropských dokumentů a směrnic, nikomu nic nenařizuje.

Safe Hearts Plan bude provázen určitým rozpočtem z fondů Evropské unie, i když ne tak velkorysým, jako byl poskytnut Národnímu onkologickému plánu. Ekonomickou podporu vnímám jako důležitou motivaci pro implementaci našich národních aktivit.

Mohla by tato podpora přispět k tomu, aby v ČR bylo léčeno inhibitory PCSK9 více pacientů než současné čtyři tisíce?

To je výborná otázka, protože zrovna tenhle segment je, řekl bych, exemplárním příkladem toho, jak se to dělat nemá a jak se nám to vůbec nedaří. Takže ano. Inhibitory PCSK9 byly schváleny pro použití v roce 2015, v roce 2018 byla Státním ústavem pro kontrolu léčiv vydána hodnotící zpráva se stanovením podmínek úhrady v České republice. Od té doby je předepisujeme a po osmi letech máme

4 000 pacientů léčených monoklonálními protilátkami. Příčin, proč tomu tak je, je několik, ale především jsou to restriktivní podmínky použití těchto léčivých přípravků, které bez medicínského opodstatnění uzamkají tuto lékovou skupinu do center se zvláštní smlouvou o poskytování tzv. centrové péče. Takže jde o jiné důvody a věřím, že v systému existují jiné mechanismy, které mají hlídat ekonomickou náročnost a rozsah terapie.

V roce 2024 na základě správného řízení SÚKL svolil k tomu, aby inhibitory PCSK9 byly předepisovány v běžných specializovaných ambulancích. Plátcí se proti tomu vymezili a řekli, že to není možné. Od té doby s nimi diskutujeme, protože léčba monoklonálními protilátkami by byla ku prospěchu pacientů, ale zatím jsme nedospěli ke konsenzu.

Byla jsem přítomna diskusi se zástupci plátců, kde ze strany plátců padla poznámka, že vstup monoklonálních protilátek do praxe se vůbec nepropasal do statistik kardiovaskulární mortality. Můžete to komentovat?

To je velice roztomilé tvrzení, protože máme celkem 4 000 pacientů léčených inhibitory PCSK9. Monoklonální protilátky proti PCSK9 jsou velmi hezky dokumentovanou lékovou skupinou z hlediska klinických studií. Máme data o patnáctiprocentní redukci rizika následné cévní příhody při jejich podávání v průběhu pěti let. Alirokumabu se podařilo redukovat i celkovou mortalitu a evolokumabu se povedlo podle prodloužení studie FOURIER snížit kardiovaskulární mortalitu. Vědeckých důkazů je hodně.

Proč se studijní data nepropisují do českých statistik? To je celkem evidentní: máme 4 000 léčených pacientů za osm let a průměrná doba u pacienta po infarktu myokardu k tomu, než mu je předepsán inhibitor PCSK9 v České republice, je zhruba 430 dní. Přitom máme k dispozici jasná data, která ukazují, že když se pacientům inhibitor PCSK9 podá během hospitalizace pro infarkt myokardu, dojde k účinné redukci hodnoty LDL cholesterolu do 30 dnů a nemocní mají asi o třetinu nižší kardiovaskulární mortalitu ve srovnání s těmi, kteří jsou léčeni konvenčně.

Takže víme, že i rychlost podání účinné léčby rozhoduje o prognóze. Avšak z hlediska nastavení systému nejsme schopni u většiny pacientů naplnit úhradové podmínky tak, aby léčba mohla být zahájena. Je tedy úplně vyloučeno, abychom byli schopni demonstrovat na mortalitní statistice všech kardiovaskulárních onemocnění vliv léčby inhibitory PCSK9 u 4 000 pacientů. To prostě neumíme.

Jaké ekonomické důsledky může mít nedostatečná dostupnost inhibitorů PCSK9?

S profesorem Duškem a týmem spolupracovníků z několika univerzitních pracovišť v Česku řešíme grantovou úlohu Agentury zdravotnického výzkumu Ministerstva zdravotnictví, v níž analyzujeme velká data u různých vybraných skupin pacientů, například trendy podávání receptorových agonistů GLP-1 a inhibitorů SGLT2 u pacientů po cévních mozkových příhodách a infarktech myokardu ve čtyřletém srovnání. Získaná data nám pomáhají identifikovat rezervy, protože vidíme velmi potentní terapie a populaci, které by potenciálně prospívaly. Nyní máme v běhu analýzu prováděnou u inhibitorů PCSK9, kde budeme zkoumat, jak to v populaci léčených vypadá z hlediska rekurentních ischemických příhod, ale i z hlediska počtu hospitalizací, počtu revaskularizací, ale samozřejmě i mortality. A uvidíme, jak nám to vyjde. Ty populace jsou relativně malé. Zatímco v případě antidiabetických terapií jsou desítky tisíc léčených, respektive dohromady stovky tisíc, tak tady pracujeme se 4 000 pacienty.

Již jsou propojeny registry zdravotní a sociální péče, takže bychom velmi rádi ukázali, jak se předčasná nemocnost propisuje do nákladů na sociální dávky, invalidní důchody, na pracovní neschopnosti, a to jsou mnohem větší náklady než ty spojené se zdravotní péčí. Vidí to všichni, samozřejmě i plátcí, ale nikdy jsme dosud neměli možnost předložit tvrdá data. Nepůjde jen o otázku názoru. Léčba nekomplikovaného infarktu myokardu stojí včetně hospitalizace kolem 150 000 korun, což není zanedbatelná částka, ale není zde zohledněna pracovní neschopnost, lázeňská péče, náklady na léčbu následků, například srdečního selhání, následná trvalá ztráta pracovní schopnosti a invalidita.

Medián věku pacientů s infarktem myokardu v mužské populaci v ČR je kolem 64 let, takže polovina mužů, kteří dostanou infarkt, je v produktivním předdůchodovém věku, což samozřejmě ovlivní jejich pracovní schopnost.

Svého času měli velký zájem zástupci průmyslu na zdraví svých zaměstnanců, protože dobrý zdravotní stav vede k vyšší produktivitě a ekonomické úspěšnosti českého průmyslu.

To je také jeden z produktů práce na Národním kardiovaskulárním plánu, protože v rámci jeho tvorby byli osloveni všichni odborníci, všechny relevantní odborné společnosti, plátcí, ministerstvo, ÚZIS, ale také zaměstnavatelské organizace, protože si uvědomujeme, že zdraví se významně propisuje do ekonomiky. Je to další fronta, která může pomoci dosáhnout cílů, protože zaměstnavatelé mají velké možnosti, jak motivovat své zaměstnance a jakým způsobem jim pomáhat v udržení zdraví, třeba v podobě zaměstnaneckých benefitů. Například Hospodářská komora s námi spolupracuje i na implementačních aktivitách.

Proč se tedy nedaří konsenzus s plátcí?

Diskuse s plátcí probíhá. Rozpočet plátců je, jaký je, a chápu, že jejich rolí je hlídat vyváženost systému. Takže hledíme společně nějaké způsoby, jak udržet české zdravotnictví ve funkčním stavu. Zpátky se vrátím k vybranému příkladu inhibitorů PCSK9, kde jsou vyloženy nešťastně nastaveny úhradové podmínky, kdy se vážně nikdo nemusí bát explozivních nákladů spojených s masivním použitím této lékové skupiny, která je rezervována opravdu jen pro ty nejpostiženější z postižených. Ale tato léčba by měla být dostupnější, protože čím dříve se léčba zahájí, tím lepší výsledky má. Existují pochybnosti ze strany plátců, zda uvolnění preskripce mimo centra nepovede k nedodržení úhradových podmínek, což plátcí nemusejí mít zcela pod kontrolou. Úhradová kritéria jsou velmi přísná: prokázaná familiární hypercholesterolemie nebo první manifestní

kardiovaskulární příhoda. Kritéria jsou nastavena tak, aby restringovala cílovou populaci, což jsou všichni pacienti, kteří potřebují další snížení koncentrace LDL cholesterolu k dosažení cílové hodnoty. Takových pacientů je tady pravděpodobně mnoho, a to i v rámci familiární hypercholesterolemie a manifestního kardiovaskulárního onemocnění. V tom případě by šlo o stovky tisíc pacientů, kteří nezápůjčí úhradu nikde na světě. Stačilo by, kdyby byly ponechány přísné úhradové podmínky inhibitorů PCSK9, které by však směly předepisovat specializované ambulance.

Co ke kardiovaskulárnímu zdraví ještě dodat?

Velmi důležité je říct, že za kardiovaskulární i celkové zdraví odpovídá

každý z nás sám za sebe. Pro zdraví se nechodí k doktorovi. Zdraví je nejvyšší hodnota, což si mnozí uvědomí až v okamžiku, kdy zdraví ztratí. Sám samozřejmě taky každodenně nepřemýšlím o tom, jak je skvělé být zdravý, ale občas mě napadne, že je to úžasné, když mohu chodit bez omezení. Ještě naléhavěji si to uvědomím v okamžiku, kdy mě rozbolí záda a zrovna tak vesele si vykračovat nemůžu. A myslím si, že nezní dost hlasitě veřejným prostorem, že zdraví je nejvyšší hodnota, kterou si musí každý hlídat sám. Máme skvěle nastavený zdravotní systém, který může jednotlivým lidem pomáhat, ale nemůže za ně zařídit zdraví. Takže myslíme na to, že dobré zdraví si nejlépe zachováme tím, že se ke svým tělům budeme chovat hezky.

Marta Šimůnková



Foto: arehu MT