



JAK UCHOPIT NOVÉ PODMÍNKY PREVENTIVNÍCH VYŠETŘENÍ V RUKOU VLP V SYNERGII S KARDIOLOGY

MUDr. Petr Šonka, Sdružení praktických lékařů ČR
XXXIV. výroční sjezd České kardiologické společnosti
BVV Brno, 10.5.2026



Role primární péče

- Primární péče je základem každého dobře fungujícího zdravotnického systému
- Má ze všech zdravotnických složek největší možnost ovlivnit zdravotní stav celé populace.
- Zároveň je jedním z nejvýznamnějších prvků regulujících spotřebu zdravotní péče
- Ordinance PL (PLDD+VPL) jako nízkoprahové zařízení
- Místo prvního kontaktu pacienta se zdravotním systémem
- Má poskytnout maximum možné péče přímo v ordinaci PL a zajistit efektivní putování pacienta zdravotním systémem-PL je KOORDINÁTOR PÉČE
- PL průvodce pacienta zdravotním systémem: aby se pacient co nejrychleji dostal k péči, kterou potřebuje
- Prevence a screening nedílnou a podstatnou součástí práce PL (účast na PP stoupá: u VPL 60 %)



Role praktického lékaře-prevence

- **Cílem je udržet svěřené klienty ve zdraví**
- Časný záchyt rizikových faktorů
- Ideálně zabránit vzniku preventabilních onemocnění
- Zabránit rozvoji pokročilého onemocnění
- Zabránit rozvoji komplikací, nebo jejich nástup alespoň oddálit
- **Nástroje: preventivní prohlídky, screeningové programy, programy časného záchytu, očkování**



Jak může VPL přispět ke kardiovaskulární prevenci? Novela vyhlášky č.70/2012 Sb.-co se mění?

- Stávající vyhláška neodpovídala aktuálnímu vědeckému poznání ani současné aplikační praxi
- Nevyhovuje požadavkům na časný záchyt preventabilních onemocnění ani oprávněným očekáváním našich pacientů
- Novela reflektuje současný zdravotní stav populace
- Zaměřuje se vyhledávání rizikových faktorů chronických onemocnění (zejména kardiovaskulárních, metabolických, renálních a **onkologických**) a včasný záchyt potenciálně ovlivnitelných patologií
- Klade důraz na individualizaci prohlídek (podle věku a rizika)
- Rozšíření náplně a frekvence laboratorních vyšetření
- Umožňuje lépe definovat kardiovaskulárně – metabolicko – renální riziko pacienta
- Je implementací strategického cíle č.2 **NÁRODNÍHO KARDIVASKULÁRNÍHO PLÁNU**
- Platnost od 1.1.2026



Náplň PP

- **Anamneza**
- **kontrola absolvování gynekologické prevence a screeningových programů hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění**
- screening kolorektálního karcinomu
- screening karcinomu prsu
- program časného záchytu karcinomu prostaty
- program časného záchytu karcinomu plic
- program časného záchytu aneurysmatu abdominální aorty
- program časného záchytu osteoporózy
- program časného záchytu demence
- pokud nebyla tato vyšetření v předepsaných termínech provedena, doporučení pacientovi k jejich absolvování a poučení pacienta o rizicích spojených s jejich odmítnutím nebo s jejich neabsolvováním

- **Kontrola očkování**

- **Fyzikální vyšetření** : beze změny (nově pouze obvod pasu)

- **Laboratorní vyšetření, EKG**

- **PLÁN PÉČE:**
- zhodnocení fyzikálního a laboratorního nálezu a provedení diagnostického souhrnu
- vyhodnocení individuálního kardiovaskulárně-metabolicko-renálního rizika pacienta a případné zařazení do dispenzarizace
- návrh individuálního léčebného postupu včetně léčebného režimu a managementu chronických onemocnění
- návrh doporučených očkování a poučení pacienta

- **Report výsledků do sdíleného záznamu (NSC, ÚZIS)**



Změny v PP: kardiovaskulárně metabolicko renální riziko

Vstupní prohlídka :

první všeobecná preventivní prohlídka po ukončení péče u poskytovatele v oboru praktický lékař pro děti a dorost nebo po registraci u nového poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství

Komplexní laboratorní vyšetření, není-li k dispozici :

Krevní obraz

Jaterní testy (ALT, AST, GT, bili)

Glykémie

Kreatinin, odhad GF

Lipidogram

Lipoprotein (a)

Moč chemicky + sediment + **ACR**

EKG



Změny v PP: kardiovaskulárně metabolicko renální riziko

Další preventivní prohlídky po 2 letech:

Glykémie á 2 roky

EKG: Rizikové od 30 let á 4 roky, od 40 let á 2 roky, všichni od 40 let á 4 roky

Krevní obraz a lipidy 25, 30, pak á 4 roky, od 40 á 2 roky

Lp(a) 1x za život, 1x u žen po menopauze

ACR+S-krea + GF od 50 let a 2 roky, u rizikových vždy

Jaterní testy u rizikových od 45 let á 2 roky

NT-proBNP á 2 roky od 50 u 2 RF, od 60 u 1 RF



- **vyšetření EKG :**
- **při vstupní preventivní prohlídce** po ukončení péče u poskytovatele v oboru praktický lékař pro děti a dorost nebo při první preventivní prohlídce po registraci u nového poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství
- **u osob s rizikovými faktory kardiovaskulárního onemocnění :**
ve 30 letech věku a dále ve čtyřletých intervalech
od 40 let věku ve dvouletých intervalech
- **u osob bez rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění ve 40 letech věku a dále ve čtyřletých intervalech** od posledního vyšetření

Preventivní prohlídka a srdeční selhání

- Snaha o záchyt asymptomatického srdečního selhání u rizikových pacientů
- **vyšetření NT-pro BNP u osob s minimálně dvěma rizikovými faktory srdečního selhání v 50 letech a dále ve dvouletých intervalech**
- **u osob s alespoň jedním rizikovým faktorem srdečního selhání v 60 letech a dále ve dvouletých intervalech**
- vyšetření NT-pro BNP se neprovede u pacienta, který je již dispenzarizován pro srdeční selhání nebo je v dispenzární péči kardiologa
- **cca 50 000 osob ročně**



Interpretace výsledků NT proBNP





Program VZP Plus srdeční selhání

- Nalezení kapacit ECHO pro záchyty susp. pacientů v rámci PP
- Cesta pacienta
- SS pravděpodobné-ECHO do 12 týdnů
- SS vysoce pravděpodobné-ECHO do 6 týdnů
- Kardiolog (internista)-motivován k provedení ECHO v předepsaném čase (bonus 400 Kč)
- VPL (diabetolog) –motivován k záchytu a odeslání (bonus 400 Kč, 200+200)



Preventivní prohlídka a CKD



Doporučený postup České nefrologické společnosti pro diagnostiku a léčbu chronického onemocnění ledvin (CKD) u praktických lékařů

pro nemocné, kteří dosud nejsou sledováni pro nefrologické diagnózy

Oldřej Viklický, Ivan Rychlík za ČNS,
Martin Prázný za ČDS, Bohumil Seifert,
Petr Šonka za SVL. 2024

zdroj: www.nefrol.cz

1		Stádia CKD			
Kategorie GFR ml/s/1,73 m ²	eGFR	ALBUMINURIE			
	G1	>1,5	Kategorie albumin/kreatinin (ACR) v moči		
	G2	1,0-1,49			
	G3a	0,75-0,99	A1	<3	<30
	G3b	0,5-0,74	A2	3-30	30-300
	G4	0,25-0,49	A3	>30	>300
G5	<0,25	Nemocného vždy vyšetří nefrolog			

2		Detekce CKD	
Diabetici	eGFR ACR	Nediabetici	
		Hypertenze ICHS, ICHDK, Iktus, FIS, srdeční selhání >50 let	
1x ročně		1x za 2 roky	

eGFR: odhadnutá GFR podle vzorce CKD-EPI z hodnoty sCr.
ACR: koncentrace albuminu/kreatininu v jednorázovém vyšetření vzorku ranní moče.

3		Renoprotektivní terapie u CKD	
zahajuje nefrolog, PL, diabetolog, internista dle aktuálně platných omezení preskripce			
T2D		Nediabetici	
<ul style="list-style-type: none"> RASi k dosažení cílového TK SGLT2i (eGFR>0,33 ml/s) Metformin (eGFR>0,5 ml/s) Statin Finerenon při A2, A3 kontroly kalémie po zahájení terapie 		<ul style="list-style-type: none"> RASi k dosažení cílového TK SGLT2i (eGFR>0,33 ml/s) vyjma T1D, PCL, imunosuprese >50 let: statin/statin+ezetimib <50 let: statin při ICHS, Iktus 	
<p>Při nedosažení cílů terapie a u vysokého rizika</p> <ul style="list-style-type: none"> +GLP-1R agonista +Ezetimib +Dihydropyridinový CCB / +diuretika +ASA u přítomné aterosklerózy 		<p>Úprava životního stylu u všech</p> <ul style="list-style-type: none"> Zdravá dieta Abstinence od kouření Cvičení 150 minut týdně Redukce nadváhy 	

4		Cíle a prostředky terapie nemocných s CKD	
Hypertenze	Hyperlipidemie	Ve spolupráci s nefrology	
<ul style="list-style-type: none"> Standardizované opak. měření TK TKs<120 mmHg dle tolerance TK 130/80 u TX ACEi nebo ARB v max dávce až do dialýzy CCB, Diuretika, BB 	<ul style="list-style-type: none"> Cíle terapie jenom u athero >50 let: statin/+ev. ezetimib Pozor na toleranci vysokých dávek 	Anemie	Kostní nemoc
Životní styl	Životní styl	<ul style="list-style-type: none"> Vyšetření příčin anemie: RTC, ferritin, TSAT, B12, foláty Léčba Fe nejdříve ESA při Hb<100 ESA KI u Hb >130g/l ESA indikuje nefrolog 	<ul style="list-style-type: none"> u G3b-G5: Ca, P, ALP, PTH léčbu ordnuje nefrolog
		Acidosa	<ul style="list-style-type: none"> Soda k normalizaci bikarbonátů při <22 mmol/l

5		Sledování pacientů s CKD u praktických lékařů	
G1-2, A1: PL T2D konzultace diabetologa		G3, A2: PL T2D konzultace nebo dispenzarizace u diabetologa Konzultace internisty, kardiologa, nefrologa dle dg	
		G4-5, A3: PL Konzultace nebo dispenzarizace u nefrologa, internisty T2D konzultace nebo dispenzarizace u diabetologa	

Zdroje: <https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>, <https://kdigo.org/guidelines/blood-pressure-in-ckd/>, <https://kdigo.org/guidelines/lipids-in-ckd/>, <https://kdigo.org/guidelines/anemia-in-ckd/>, <https://kdigo.org/guidelines/ckd-mbd/>, <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/10/Executive-Summary-KDIGO-2022-Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-Management-in-CKD.pdf>, Rysáavá, Viklický, Tesaf, Brejnik: Doporučený postup pro praktické lékaře. ČNS 2023. Pelikánová, Viklický, Rychlík et al. Doporučené postupy při diabetickém onemocnění ledvin 2021. Klin Biochem. metabol. 2021, 29:104-116.



Preventivní prohlídka a CKD

- **laboratorní vyšetření poměru albuminu a kreatininu v aktuální moči (ACR)**, laboratorní vyšetření sérového kreatininu a odhad glomerulární filtrace u pacientů trpících diabetem, hypertenzí nebo **kardiovaskulárním onemocněním**
- **a u všech osob starších 50 let ve dvouletých intervalech**



Pilotní projekt CKD

- zvýšený záchyt pacientů se stadiem CKD, kde by byl profit z podání gliflozinů
- PL nesmí (preskr. omezení)
- není komorbidity indikující odeslání k AS (DM, kardiol.dg.)
- nefrologické vyš. není indikováno
- kdo předepíše medikaci?
- telemedicínské konzilium nefrolog-VPL cestou eZprávy
- indikace léčby, delegace preskripce
- pilotní projekt VZP: zapojit 200 VPL a adekvátní počet nefrologů
- spuštění: 1.5. 2026



Spolupráce VPL- kardiolog

- **Hned:**
- Spolupráce na VZP PLUS –Srdeční selhání
- Navázání spolupráce na kardiolog VPL na okresní úrovni
- SPL má okresní strukturu- regionální vzdělávací akce (dohoda místních VPL a kardiologa)
- Zájemci na : e-mail: spl@zdravotnictvi.cz



Spolupráce VPL- kardiolog

- **Výhledově:**
- **Cesta kardiologického pacienta** (cesta tam a zase zpátky)
- Cíl: zvládnout epidemii chronických onemocnění, zejména srdečního selhání
- Uvolnění kapacit pro komplikované pacienty
- Záchyt, referal, dispenzarizace, sdílená péče
- Profitovat z toho musí především pacient, ale také VPL a kardiolog
- Úhradové mechanismy
- **Telemedicínská konzultace VPL-kardiolog** (viz.pilot CKD)
- Podmínkou je uvolnění preskripce pro VPL
- Jsme evropskými premianty v prevenciALE: Jsme evropské ostudy v přístupu PL k moderní farmakologické léčbě
- Zaměřili jsme se na záchyt metabolických, kardiovaskulárních a renálních onemocnění , **ale nesmíme je léčit**
- Přetrvávající rigidní systém preskripčních omezení z nás dělá skanzen uprostřed Evropy (zrušeno v Polsku, Rumunsku, Maďarsku)
- Bariéra, která dělí lékaře na lékaře první a druhé kategorie , ale co hůř:dělí pacienty na pacienty první a druhé kategorie (ty kteří se dostanou k potřebné péči a ty, kteří se k ní nedostanou)
- **POTŘEBUJEME** Novelu vyhlášky 376/2011 Sb U preskripčního **omezení E** přidat k uvedeným odbornostem, které smějí LP předepisovat **vždy VPL a PLDD**
- V březnu na KPP předáno ministroví, **příslib realizace 1.7.2026**



Děkuji za pozornost.