

Zdraví 2020
Národní strategie ochrany a podpory zdraví
a prevence nemocí

Akční plán č. 2:
Správná výživa a stravovací návyky
populace na období 2015–2020

b) Prevence obezity

Ministerstvo zdravotnictví

2015

Obsah

1.	Shrnutí	1
2.	Důvodová zpráva	3
2.1.	Důvody nutnosti realizace akčního plánu	3
2.2.	Promítnutí vazby s organizačním i se společenským kontextem	10
2.3.	APPO a naplnění resortních/nadresortních/národních/nadnárodních strategií a jejich cílů.....	18
3.	Rozsah aktivit.....	18
3.1.	Zachování statusu quo.....	18
3.2.	Zajištění nutného minima aktivit.....	21
3.3.	Podniknutí potřebných aktivit.....	24
3.3.1.	Klíčová priorita 1: Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant	25
3.3.2.	Klíčová priorita 2: Tvorba antiobezigenního prostředí (umožňujícího z hlediska prevence obezity zdravější volbu životního stylu jako snáze dosažitelnou)	26
3.3.3.	Klíčová priorita 3: Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva	27
3.3.4.	Klíčová priorita 4: Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle EBM.....	29
3.3.5.	Klíčová priorita 5: Posílení státní správy, podnícení aktivity občanské společnosti a tvorby aliancí a komunit v oblasti prevence a léčby obezity	31
4.	Předpokládané benefity APPO a jejich indikátory.....	32
4.1.	Benefit splnění strategického cíle 1:	32
4.2.	Benefit splnění strategického cíle 2:	33
4.3.	Benefit splnění strategického cíle 3:	33
4.4.	Benefit splnění strategického cíle 4:	34
4.5.	Benefit splnění strategického cíle 5:	34
5.	Předpokládaný neprospěch.....	35
6.	Časový rámec.....	35
7.	Náklady.....	37
8.	Vyhodnocení investic	38
9.	Hlavní rizika	39

9.1. Definice sady rizik, které mohou zhoršit/zlepšit definované benefity či zhoršit/zlepšit, snížit/zvýšit definované náklady	39
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 Porovnání nákladovosti (uvedené v Kč) na konzervativní (před operací) a chirurgickou léčbu (po operaci) u obézního pacienta – výsledky z projektu VZP a OB kliniky (2013)	9
---	---

Použité zkratky v dokumentu a přílohách

Akční plán správné výživy a stravovacích návyků (APSV); Akční plán podpory pohybové aktivity (APPPA); Akční plán proti obezitě (APPO); Česká lékařská společnost J. E. Purkyně (ČLS JEP); Česká diabetologická společnost (ČDS); Česká obezitologická společnost (ČOS); dle medicíny založené na důkazech (EBM); Evropská společnost pro studium obezity (European Association for the Study of Obesity - EASO); Health Behaviour in School-aged Children study (HBSC); Mezinárodní federace pro chirurgii obezity a metabolických poruch (The International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders -IFSO); Krajská hygienická stanice (KHS); Mezirezortní konsorcium (MRK); Ministerstvo financí (MF); Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV); Ministerstvo průmyslu a obchodu (MPO); Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT); Ministerstvo zdravotnictví (MZ); Ministerstvo zemědělství (MZE); Odbor strategie a řízení ochrany a podpory veřejného zdraví (SOZ); Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním (DZP); Odbor ochrany veřejného zdraví (OVZ); Odbor vědy a lékařských povolání (Ova LP); Oddělení podpory zdraví a primární prevence (oPZaPP); Oddělení hygieny výživy, předmětů běžného užívání, dětí a mladistvých (oHVpbuDaM); Oddělení správní (OS); Odbor mezinárodních věcí a Evropské unie (MEZ); Odbor zdravotních služeb (OZS), Oddělení zdravotní péče (Ozp); Oddělení úhradových mechanismů a zdravotního pojištění (Oúma zp); Orgány ochrany veřejného zdraví (OOVZ); Pracovní skupina Akčního plánu proti opežitě (PS APPO); Potravinářská komora ČR (PK); Roky života vážené disabilitou – přidaná léta života (Diasability – Adjusted Life Year – DALY); Státní zdravotní ústav (SZÚ); Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP); Světová zdravotnická organizace (WHO); Zdravotní ústavy (ZÚ).

1. Shrnutí

Nedostatek pohybové aktivity a nesprávná výživa se podílejí na nárůstu chronických neinfekčních onemocnění skrze společného jmenovatele, kterým je nadváha a obezita. Obezita je spojena s vysokým krevním tlakem, poruchou metabolismu tuků a cukrů, zvýšenou krevní srážlivostí, aterosklerózou. Obezita je zároveň rizikovým faktorem pro nejčastěji se vyskytující zhoubné novotvary (tlustého střeva a konečníku, prsu, prostaty, ledvin), pro onemocnění pohybové soustavy, pro chronická plicní onemocnění, pro neplodnost a celou řadu dalších onemocnění. V rámci EU zaujímá ČR nepříznivé postavení ve výskytu obezity. Zároveň se řadí i na podprůměrné místo z hlediska srovnání očekávané střední délky života a především délky života ve zdraví. Kromě genetické zátěže, jsou hlavními determinantami pro rozvoj obezity společenské faktory. Spoluvytvářejí životní podmínky a životní styl lidí. K nim patří především nedostatečná pohybová aktivita, nesprávná výživa s nadměrným příjmem energie, soli, živočišných a transmastných kyselin, cukrů, společně s nedostatečným příjmem ovoce a zeleniny. K rozvoji obezity napomáhá i nedostatečně zvládaný stres a socioekonomické nerovnosti. Je prokázáno, že prevence vhodným životním stylem je schopna zabránit vzniku obezity u většiny lidí. Na druhé straně včasná komplexní léčba obezity může zvrátit již rozvinuté metabolické komplikace a tak předcházet dalším chronickým neinfekčním onemocněním. V současné době nejsou v dostatečné míře využívány primárně preventivní opatření zahrnující celospolečenské aktivity s vytvářením: i) zdravého životního prostředí a ii) zdraví protektivního chování lidí. Rovněž nejsou v dostatečné míře využívány nejnovější postupy v léčbě obézních, aby se to projevilo výraznými úsporami ve vynakládaných prostředcích na zdravotní péči a sociální zabezpečení nemocných s obezitou a chronickými neinfekčními onemocněními.

Změnit tuto situaci vyžaduje rozvoj strategických aktivit a implementaci Národního akčního plánu proti obezitě (APPO), který je součástí **Národního programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí** (dále jen „NS Zdraví 2020“). Navazuje na další evropské dokumenty, jako je **Evropská charta proti obezitě (European charter counteracting obesity)** a **Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014-2020 (EU action plan on Childhood obesity 2014-2020)**, **Akční plán pro implementaci evropské strategie pro prevenci a kontrolu chronických neinfekčních onemocnění (Action Plan for implementation of the European Strategy**

for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016) a Akční plán pro potraviny a výživu na léta 2014-2020 (WHO European region Food and Nutrition Action Plan 2014-2020), přijatý WHO pro Evropský region v září 2014. V rámci vlastního NS Zdraví 2020 navazuje na **Akční plán správné výživy (APSV), **Akční plán podpory pohybové aktivity (APPPA)**, využívá přístupu zvyšování zdravotní gramotnosti a posilování podpory a ochrany zdraví během celého života.**

Poslání APPO:

Zvládnutí epidemie obezity je jednou z hlavních priorit v NS Zdraví 2020. Prevence a léčba obezity dle medicíny založené na důkazech (EBM), jsou nezbytné z perspektivy dlouhodobého cíle zlepšování zdravotního stavu obyvatel ČR. Posláním APPO je v horizontu 20-30 let prodloužit délku života prožitého ve zdraví, významně snížit výskyt chronických neinfekčních onemocnění, kterým lze předcházet prevencí a včasnou a adekvátní léčbou obezity.

Účel APPO:

Účelem akčního plánu je prostřednictvím mezirezortní spolupráce a vytváření podmínek umožnit všem obyvatelům ČR zdraví protektivní chování zaměřené na udržení optimální tělesné hmotnosti. Již nemocným obezitou pak zajistit vyšší míru dostupnosti adekvátní léčebné péče, diferencovaně podle stavu a komplikací, a tak předcházet rozvoji dalších zdravotních komplikací.

Záměr APPO:

Do roku 2020 zabránit navýšení nadváhy a obezity u dětí a dospělých, zastavit nárůst komplikací obezity, navýšit roky života ve zdraví obyvatel ČR o 1 rok.

Klíčové priority:

Akční plán vyžaduje aktivní přístup celé vlády, z hlediska prevence zohlednění zdraví ve všech oblastech politiky, z hlediska léčby pak zejména rezortu zdravotnictví. Klíčové aktivity akčního plánu přispějí ke zlepšenému řízení správné výživy, pohybové aktivity, snížení sociálních nerovností ve zdraví a zvýšení motivovanosti obyvatel ke zdraví protektivnímu chování. V oblasti léčby ke zvýšené dostupnosti komplexní léčby obezity

vybudováním specializované sítě poradenských a léčebných center. Tato síť by poskytovala diferencovanou léčebnou péči spočívající od edukace životního stylu, přes farmakoterapii až k metabolicko- bariatrické chirurgické léčbě, která je považována za v současné době dlouhodobě nejefektivnější léčebnou metodou obezity a jejích komplikací.

Klíčovými prioritami jsou:

- 1. Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant**
- 2. Tvorba antiobezigenního prostředí**
- 3. Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva**
- 4. Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle EBM**
- 5. Posílení státní správy v oblasti řízení prevence obezity, zaktivizování občanské společnosti a tvorba aliancí a komunit**

2. Důvodová zpráva

2.1. Důvody nutnosti realizace akčního plánu

Zdůvodnění potřeby realizace APPO z hlediska ochrany a podpory zdraví obyvatelstva:

Jak uvádí Zpráva o zdraví obyvatel České republiky (2014), chronická neinfekční onemocnění jsou hlavní příčinou úmrtnosti a invalidity v ČR. Tři hlavní skupiny těchto onemocnění: srdečně cévní onemocnění (47,4 %), zhoubné novotvary (25,1 %) a nemoci dýchací soustavy (6,3 %) představují 79 % celkové úmrtnosti (ÚZIS 2014). ČR patří k evropským zemím s nejvyšší incidencí zhoubných novotvarů, s téměř dvojnásobnou úmrtností na kardiovaskulární onemocnění proti evropským zemím s nejnižší úmrtností. Mezi základní determinanty chronických neinfekčních onemocnění, které lze modifikovat, patří obezita se svými komplikacemi.

V mezinárodním srovnání (WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) z roku 2009/2010 nadváha a obezity u 6 - 9letých dětí je nadváha a obezita zastoupena v jednotlivých evropských zemích v tomto věku u 18 % až 57 % chlapců a 18 % až 50 %

dívek. Nadváha a obezita se vyskytuje u 24 % českých chlapců a 23 % u dívek. Podobně, i u starších školních dětí je situace v mezinárodním srovnání podle studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children study from 2009/2010) relativně příznivá, kdy v Evropě trpí nadváhou a obezitou 11 - 33% 11letých dětí (v ČR 15 %); 12 - 27 % 13letých (v ČR 13%), 15letých 10 - 23 % (ČR 14 %). HBSC prokázala vyšší prevalenci nadváhy a obezity u dětí z níže socioekonomicky postavených rodin. Výsledky objektivně měřených údajů ve studii dospívajících jsou však podstatně závažnější, kdy samotnou obezitu vykazuje 10 % vyšetřovaných, a z nich dokonce čtvrtina jeví známky metabolických poruch typu cukrovky, vysokého krevního tlaku či vysoké hladiny tuků v krvi.

Data o prevalenci nadváhy a obezity dospělých se podle různých studií výrazně liší. Velmi nepříznivá jsou data nahlášená za ČR v databázi WHO za r. 2008 (WHO Global Health Observatory Data Repository) pro dospělé starší 20 let. Za situace, kdy v Evropě je v průměru 57,4 % dospělých obou pohlaví obézních nebo s nadváhou, pro ČR je to 60 % žen a 72 % mužů. ČR se tak řadí na první nejhorší místo v Evropě, přičemž obezita samotná je udávána u 33 % žen i mužů.

Příznivější, nikoli ale dobré a v rámci Evropy stále podprůměrně horší výsledky prevalence nadváhy a obezity dospělých vykazuje pravidelně se opakující monitoring prováděný za podpory Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) agenturou STEM MARK, kdy data za rok 2013 vykazují 56 % dospělých s nadváhou a obezitou (u mužů 65 %, z toho 23 % představuje obezita; u žen nadváhou a obezitou 46 %, z toho 19 % obezita), přičemž za poslední 2 sledovaná období 2011 a 2013 prevalence obezity stagnovala a pouze mírně se zvýšila prevalence nadváhy. Z WHO projekce obezity pro rok 2030 vyplývá navýšení obezity v ČR na 36 % dospělé populace. Projekce přitom vychází ze současných dat a chybění systémových opatření.

Obezita je chronické onemocnění, které je charakterizováno zvýšeným zastoupením tělesného tuku, u žen nad 30 %, u mužů nad 25 % celkové tělesné hmotnosti, nadváha pak u žen je charakterizována 25 - 30 % tělesného tuku, u mužů 20 - 25 % tělesného tuku. Je-li distribuce tělesného tuku v oblasti viscerální (útrobní) a je spojena s nízkou kardiorespirační zdatností, pak se postupně projevují tzv. komorbidity obezity v podobě hypertenze, poruchy metabolismu tuků (dyslipidemie) a cukrů (diabetes mellitus 2. typu), srdečně cévních a některých nádorových onemocnění. Čím dříve obezita vzniká, tím časněji

výše zmíněné komplikace nastupují, takže je lze v současné době vidět již u dospívajících obézních. Nadváha a obezita je sama o sobě rizikem pro v ČR se nejčastěji vyskytující zhoubné novotvary: tlustého střeva a konečníku, prsu u žen v menopauze, prostaty, ledvin a řady dalších. Obezita snižuje fertilitu. Navíc obezita u těhotných žen přináší komplikace v podobě těhotenské cukrovky (gestační diabetes) a těhotenské hypertenze, a tak zvyšuje zdravotní rizika pro matku i dítě. Pro dítě pak předurčuje vyšší míru rizika vzniku obezity v dospělosti. Obezita zhoršuje dýchací funkce a zatěžuje podpurný aparát člověka, především velké klouby (kolena, kyčle) a páteř. Ve svém důsledku vede k postupnému omezování pracovní výkonnosti až k úplné imobilitě a závislosti na druhých.

Z celospolečenského pohledu znamená pandemie obezity zátěž na výdaje zdravotní, sociální, ztrátu práceschopnosti obyvatelstva a snižování celkové ekonomické prosperity země.

Ekonomické zdůvodnění potřeby realizace APPO

Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2013 podle předběžných údajů ÚZIS cca 300 miliard Kč. Výdaje systému veřejného zdravotního pojištění činily 229 905 mil. Kč (zdroj MF ČR). V přepočtu na 1 obyvatele podle předběžných údajů bylo celkem ve zdravotnictví vynaloženo 27 681 Kč.

Podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP, dle národních účtů ČSÚ zveřejněných do 30. 6. 2014) v ČR se v letech 2010–2013 pohyboval kolem 7,5 %, za rok 2014 činil 7,2 % (HDP, dle národních účtů ČSÚ 1. 4. 2015). Přičemž chronická neinfekční onemocnění se podílí na celkové úmrtnosti 79 %. Kvantifikace celkových ztrát, způsobených národním hospodářství nadváhou a obezitou, je velmi obtížná. Nejená se pouze o náklady na přímou zdravotní péči, ale také o nezdravotnické ztráty na HDP, způsobené např. absencemi, sníženou produktivitou práce, úbytkem daní, náklady na sociální a zdravotní pojištění aj. Dle OECD mají chronická neinfekční onemocnění a související rizikové faktory negativní dopad na trh práce a ekonomiku jako celek, zvláště pak obezita, která negativně ovlivňuje především zaměstnanost a mzdy [OECD, Labour market impact of chronic diseases and associated risk factors, June 2015]. Nezbytné je také

zmínit fyzické a psychické strádání nemocných a jejich rodin a celkově sníženou míru uplatnění.

S ohledem na výše zmíněné množství faktorů, které je třeba brát v úvahu, je přesná kalkulace souvisejících nákladů obtížná. Proto jsou často využívány různé modely, které by přiblížily skutečný stav. Při velmi zjednodušeném předpokladu, že náklady na léčebnou péči zhruba odpovídají rozložení příčin úmrtí a při kalkulaci, že správnou výživou a prevencí obezity je podle WHO možné předejít až 80 % srdečně cévních onemocnění a až 30 % nádorových onemocnění, to představuje v ČR až 132 miliard Kč preventabilních nákladů ročně, z veřejných prostředků (85% celkových) pak 112 miliard ročně. Pokud by se reálně dokázalo snížit do roku 2020 komplikace obezity o 10 %, pak by to znamenalo úsporu až 11,2 miliard ročně přímých nákladů na zdravotnictví v roce 2020 oproti stávajícímu stavu. Navíc náklady na sociální zabezpečení obézních nemocných s komplikacemi tvoří podle mezinárodních analýz dvojnásobek vynaložených nákladů na zdravotnictví. Šlo by tak o celkovou úsporu kolem 30 miliard Kč ročně.

Naopak, nepodaří-li se primární prevencí a správnou výživou ovlivnit výskyt obezity a její prevalence vzroste do roku 2030 v ČR na 35 % dospělé populace, jak to odhaduje WHO za předpokladu, že nebudou přijata a realizována účinná intervenční opatření, pak roční náklady pouze na léčbu chronických neinfekčních onemocnění v roce 2030 stoupnou na 1.5 násobek výdajů současných, tj. na celkových 350 miliard Kč ročně a náklady na sociální péči dosáhnou sumy 700 miliard.

Odhaduje se, že preventivně zaměřené intervence, od mediálních kampaní až po individuální poradenství, mohou v EU zachránit až jednu sedminu všech ztracených roků života (DALY) v souvislosti s obezitou. Většina preventivních intervencí má příznivější efektivitu vložených nákladů vzhledem k vydání (pod 50 000 \$ na 1 rok DALY) ve srovnání s léčbou již vzniklé nemoci.

Důležité je i efektivní využití prostředků na léčbu. Obezita je velmi obtížně léčitelné onemocnění. Ale již pokles hmotnosti o 5 - 10 % přispívá ke snížení nemocnosti nejen na kardiovaskulární onemocnění, hypertenzi a diabetes mellitus 2. typu, ale snižuje též i další zdravotní rizika obezity. Základem léčby jsou vždy režimová opatření, jako je dieta a fyzická aktivita, které ale z hlediska dlouhodobého efektu obvykle selhávají,

pokud nejsou provázena velmi personálně náročnou psychoterapeutickou a motivační podporou. Dlouhodobě větší efektivitu má léčba antiobezitiky a bariatrickou chirurgií. Obezitu tak léčíme dnes pěti postupy: dietou, fyzickou aktivitou, psychoterapií, pomocí léků a chirurgicky. Šestým důležitým postupem je v léčbě komorbidit takový výběr léků, který nezvyšuje, ale spíše snižuje hmotnost. To se týká diabetu, psychických, gynekologických, revmatologických, pneumologických a dalších onemocnění.

První tři léčebné postupy vypadají jednoduše, ale jsou málo úspěšné, a pokud jsou úspěšné, jsou personálně náročné. Pacient musí mít motivaci, nejlépe podporu psychologa, trenéra či personálu fit centra. Změna chování populace je obtížně ovlivnitelná ze zdrojů zdravotnictví, vyžaduje rozsáhlé angažování dalších rezortů a medií.

Dlouhodobá perspektiva léčby v příštích desetiletích je tak zcela jistě především v podávání léků tzv. antiobezitik a v operační léčbě. I když pro angažování lékařů dalších oborů v léčbě obezity bylo uděláno dost (např. vydání doporučených postupů pro praktické lékaře, doporučených postupů pro léčbu metabolickou chirurgií, pro léčbu dětské obezity, pořádání pravidelných postgraduálních školení v obezitologii pro lékaře zájímající se o obor již po dobu 20 let, zařazení praktických stáží z obezitologie do přípravy na atestaci z diabetologie, nyní z endokrinologie a diabetologie), přesto se většina oborů problematikou obezity nezabývá.

Obezita se dnes léčí v obezitologických ambulancích a obezitologických centrech. Podle typu vybavení pracoviště, personálního zabezpečení a možnosti poskytovat vyšší či nejvyšší míru specializované léčebné péče obézním lze pracoviště rozdělit na pracoviště 1. a 2. typu podle standardů akreditace vypracovaných Českou obezitologickou společností ČLS JEP (ČOS). Lékaři, kteří léčbu pacientům poskytují, se rekrutují z lékařů se specializací interní, endokrinologickou, diabetologickou, pediatrikou, chirurgickou. Většinou mají, nikoli ale povinně, kurz v obezitologii, pořádaný pod záštitou ČOS. V současné době není zavedena postgraduální specializace v obezitologii, která je jistě potřebná. Podle zákona č. 48/1997 Sb. nejsou ani dostatečně specifikovány výkony potřebné v obezitologii, které by byly v potřebném rozsahu hrazenými službami z veřejného zdravotního pojištění. Na léčbě obézních se podílejí i další odborní zdravotničtí pracovníci specializovaní v oblastech výživy, fyzioterapie, psychoterapie.

Z hlediska farmakoterapie byly v léčbě obezity zatím úspěšné léky s následujícími mechanismy účinku: i) léky centrálně tlumící chuť k jídlu, ii) léky omezující vstřebávání tuku v trávicím traktu, iii) léky, které ovlivňují hormony trávicího traktu – inkretiny, iv) léky, které u diabetiků zvyšují ztrátu glukózy ledvinami (glifloziny). První princip (centrálně působící léky) zaznamenal řadu neúspěchů. Mnoho let používané léky: jak dexfepramin (Isolipán), tak sibutramin (např. Meridia, Lindaxa), byly nakonec z trhu staženy pro vedlejší účinky. Zůstává k použití jen fentermin (Adipex), který smí být podáván bez přerušení jen 3 měsíce a po přerušení léčby se hmotnost obvykle vrací k původní i vyšší - jojo efekt. Nejde však o slepou cestu, v USA jsou již dva roky schváleny nové centrálně působící léky (lorcaserin a kombinované preparáty fentermin s topiramatem a bupropion s naltrexonem). V Evropě zatím byla teprve nedávno schválena jen kombinace naltrexon/bupropion. Orlistat, blokující vstřebávání tuku z trávicího traktu, je u nás široce dostupný lék, který ale není hrazen pojišťovnou. Třetím principem užívaným ve farmakoterapii obezity je ovlivnění trávicího traktu tzv. inkretinovým mechanismem. Takovými léky na obezitu jsou v současné době nová antidiabetika působící na tzv. inkretinovém principu - tedy napodobující účinek hormonů trávicího traktu inkretinů. S úspěchem se používají k léčbě diabetu s dopadem nejen na úpravu glykémie, ale vykazují i velmi dobrý efekt na váhovou redukci. K léčbě obezity byla již inkretinová analoga schválena v USA i Evropskou lékovou agenturou (EMA), (liraglutid v dávce 3 mg). U nás jsou zatím dostupná pouze pro diabetiky a preskripce je limitována podle BMI na 2. a vyšším stupni obezity, i když je nepochybné, že by z léčby výrazně profitovali i diabetici s nižším BMI a obézní bez diabetu. Od roku 2014 je navíc dostupná léčba diabetu gliflozinem, která výrazně snižuje hmotnost. Je rovněž významně limitována a nemohou ji předepisovat praktičtí lékaři. Naopak antidiabetika zvyšující hmotnost, např. deriváty sulfonylurey jsou dostupná všem. S rostoucím BMI (hmotnost vyjádřená v kilogramech dělená druhou mocninou tělesné výšky uvedené v metrech) stoupá, kromě výskytu celé řady komorbidit i předčasná úmrtnost. Obézní s BMI větším než 40 mají ve věku 50 let relativní riziko smrti 3,8x vyšší než neobézní. Těžce obézní mladí muži mají dvanáctinásobnou úmrtnost než jejich vrstevníci s normální hmotností. Chirurgická léčba těžké obezity dosahuje nejvyšších hmotnostních poklesů a významně redukuje zdravotní rizika. To je patrné zejména u pacientů s diabetes mellitus 2. typu, který po chirurgické léčbě obezity u většiny pacientů, buď úplně vymizí, nebo je podstatně zlepšen. Z průzkumů,

kteře byly provedeny v zahraničí u pacientů po bariatrických výkonech, vyplývá, že po jednom až třech letech u těchto pacientů dochází k zásadním úsporám na výdajích, jež souvisejí se zdravotní péčí tzv. kolaterálních onemocnění, kterými obézní pacienti často trpí. Díky těmto úsporám se ví, že náklady na samotnou bariatrickou operaci a pooperační péči se vrátí v průměru cca za 18 měsíců u diabetiků a 36 měsíců u nediabetiků. V dalším období již bariatrický výkon přináší jen úsporu díky významné úpravě metabolických poruch a interních komorbidit. Nejúčinnější způsob léčby obezity i provázejících metabolických onemocnění je chirurgický výkon (bariatrická, resp. metabolická chirurgie). V případě diabetu 2. typu se dosahuje vyléčení (vymizení příznaků a možnosti vysazení inzulínu i jiných léků) u 57 až 95 % pacientů podle typu operace. U obézních pacientů bez přidružených onemocnění je chirurgický zákrok vysoce účinným způsobem prevence vzniku metabolických i dalších onemocnění. Jestliže jsou pacienti komplexně léčeni v interdisciplinárních centrech pro léčbu obezity a metabolických onemocnění s náležitě zkušeným personálem a odpovídajícím vybavením, dochází podle dlouhodobého sledování k podstatnému snížení nemocnosti, úmrtnosti i k poklesu rizika vývoje nových chorob souvisejících s obezitou, snížení potřeby zdravotní péče a poklesu přímých nákladů na ní. Ekonomické aspekty bariatrických výkonů a nákladové efektivity uvádí tabulka 1.

Tabulka 1 Porovnání nákladovosti (uvedené v Kč) na konzervativní (před operací) a chirurgickou léčbu (po operaci) u obézního pacienta – výsledky z projektu VZP a OB kliniky (2013)

Průměrné roční náklady ve vzorku před operací	558 364
Průměrné roční náklady ve vzorku po operaci	229 237
Roční úspora	329 127
Náklady na chirurgické výkony ve vzorku v cenách roku 2012	821 400
Doba amortizace nákladu na chirurgický výkon (měsíce)	30

Cílem APPO z hlediska léčby je zlepšit výše uvedené nedostatky a umožnit větší objem kvalitnější léčebné péče nemocným obezitou, diferencovaně podle závažnosti onemocnění, počínaje od poskytování péče praktickým lékařem přes specializované obezitologické ambulance až k poskytování péče v centrech, která mají mimo konzervativní léčbu možnost

provádět i péči metabolicko – bariatricko chirurgickou a jsou zajištěna erudovaným multidisciplinárním týmem odborných pracovníků.

2.2. Promítnutí vazby s organizačním i se společenským kontextem

Cílem APPO je zajištění primární prevence a léčby obezity v ČR. Pro primární prevenci obezity je nutné postupně budovat antiobezigenní prostředí. Na tvorbě antiobezigenního prostředí se podílí APSV a APPPA. APPO počítá s aktivitami a benefity těchto akčních plánů. Jeho cílem je vytvoření národního systému mezirezortní odpovědnosti za **vybudování antiobezigenního prostředí**, které obyvatelům umožňuje **i) naučit se, ii) mít možnost, a také ve svých volbách iii) být motivován upřednostňovat aktivní životní styl se správnou výživou a dostatečnou fyzickou aktivitou a tak předcházet vzniku a rozvoji obezity. U nemocných obezitou pak zajištění prostředků a kapacit pro poskytnutí adekvátní léčby**, která je plně v kompetencích MZ. Nezbytným předpokladem pro plnění APPO je zajištění práceschopnosti pracovní skupiny pro APPO (PS APPO), řízené MZ ČR, odborem náměstka pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavního hygienika ČR. Tato skupina by měla připravovat ve spolupráci s pracovními skupinami pro APSV a APPPA, Státním zdravotním ústavem (SZÚ) a Zdravotními ústavami (ZÚ), orgány ochrany veřejného zdraví (OOVZ) a výborem ČOS odborné analýzy a odborné podklady, které budou nutné pro implementaci APPO a dosahování následujících klíčových priorit:

- 1. Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant** (sledování nutričního stavu
- a kardiorespirační zdatnosti, výživy, fyzické aktivity a dalších)
- 3. Tvorba antiobezigenního prostředí** (umožňující z hlediska prevence obezity zdravější volbu životního stylu jako snáze dosažitelnou)
- 4. Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva**
- 5. Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle EBM**
- 6. Posílení státní správy v oblasti řízení prevence obezity, zaktivizování občanské společnosti a tvorba aliancí a komunit**

Kompetence jednotlivých rezortů při naplňování Zdraví 2020 v oblasti správné výživy jsou následující:

Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ) je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti. Z tohoto titulu je také plně v jeho kompetenci řízení, plánování, implementace a evaluace APPO v rámci NS Zdraví 2020 a zajištění podmínek pro práci PS APPO se zastoupením předních odborníků v oblasti obezitologie. MZ napomáhá vytváření systému celospolečenské odpovědnosti za správnou výživu. Definuje požadavky na podporu a ochranu zdraví a prosazuje jejich plnění skrze zřízení a činnost mezirezortního konsorcia (MRK) pro výživu a zdraví. MZ je zodpovědné za hodnocení zdravotních rizik plynoucích z obezity a jejích determinant v podobě nutričně nevyvážené, energeticky nepřiměřené stravy, nedostatečné pohybové aktivity a nezvládnutého psychogenního stresu. Nezbytným předpokladem pro možnost tohoto hodnocení je dlouhodobý systematický monitoring prevalence obezity, jejích determinant i dopadů na zdravotní stav populace a ekonomické náklady společnosti.

Úkolem MZ je také podpora a rozvíjení zdravotní gramotnosti obyvatel, tj. získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v duchu poznatků EBM. MZ zodpovídá za zdravotnický informační systém a je garantem validních informací založených na důkazech v oblasti prevence a léčby obezity tak, aby obyvatelé měli možnost korigovat jinak nabyté, často zavádějící informace. MZ prostřednictvím OOVZ, SZÚ, ZÚ a ve spolupráci s dalšími rezorty hledá, plánuje, metodicky připravuje, řídí nebo jinak podporuje nejúčinnější komunitní, ať už celorepublikové, regionální nebo lokální, preventivní programy zacílené na prevenci obezity. Využívá přitom nejúčinnějších prostředků a aktivit, včetně „kyber“ virtuálního vzdělávání. V gesci MZ je zcela léčba obezity již nemocných osob, která je prevencí rozvoje dalších onemocnění v podobě srdečněcévních a nádorových onemocnění. V tomto směru je třeba zajistit dostatečnou kapacitu pro poskytování kvalitní léčebné péče, odstupňované dle závažnosti onemocnění, odpovídající evropskému standardu s efektivním využitím vložených prostředků.

V tomto ohledu je nutné řízeným způsobem vytvořit síť odstupňované komplexní péče o obézní pacienty, která by zahrnovala v základním článku praktické lékaře jak pro dospělé, tak pro děti a dorost. Specializovaná péče by pak byla poskytována specialisty obezitology

(akreditovaná pracoviště 1. typu) ve spolupráci se specialisty dalších oborů, diabetologů, endokrinologů, ortopedů a dalších. Nejvyšší stupeň specializované komplexní péče by pak byl poskytován v centrech pro diagnostiku a léčbu obezity včetně center metabolicko-bariatrické chirurgie (akreditovaná pracoviště 2. typu). Je třeba vydefinovat centra, která budou poskytovat specializovanou bariatrickou péči v ČR. Chirurgickou péči o obezitu je vhodné koncentrovat do specializovaných léčebných jednotek (zdravotnických zařízení). Tato koncentrace a specializace přináší jak zvýšení standardu a kvality poskytované odborné péče pro samotné pacienty, ale počítá také s pozitivními ekonomickými konsekvencemi. V kompetencích MZ je zajištění vzdělávání specialistů v obezitologii, zavedení systému standardů léčebné péče o obezitu, zejména o obezitu s diabetem a dalšími komplikacemi a změna zákona č. 48/1997 Sb. pro poskytování specifických výkonů v obezitologii, hrazených z veřejného zdravotního pojištění, včetně smluvního zajištění dostatečné kapacity výkonů.

MZ je koordinujícím ministerstvem pro celospolečenskou prevenci obezity a nadváhy a dalších chronických neinfekčních nemocí. MZ je garantem metodického vedení v oblasti primární prevence, zejména komunitního poradenství správné výživy pracovníky hygienické služby, realizací zdravotně výchovných akcí pro veřejnost – Dny zdraví, podporou intervenčních a edukačních projektů cestou dotačního řízení NPZ – PPZ, podporou zdravé výživy v rámci komunitních projektů WHO - Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví a dalších. MZ hraje rozhodující roli i v oblasti individuálního poradenství správné výživy zdravotnickými odborníky, a to nejen v případě nemoci, ale i v primární péči. Zodpovídá za zabezpečení kvality a dostatečné kapacity poradenské činnosti hrazené z veřejného zdravotního pojištění specializovaných zdravotnických pracovníků ve výživě v poradnách správné výživy těhotných, v obezitologických, diabetologických, lipidologických poradnách, poradnách správné výživy pro seniory. Vytváří a podporuje vznik sítě odborných pracovišť pro vzdělávání, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti.

MZ svojí kompetencí, v souladu s NS Zdraví 2020, podporuje základní a aplikovaný výzkum v obezitologii. Podporuje výzkum v oblasti intervenčních preventivních programů

chronických neinfekčních onemocnění, včetně zkoumání determinant rizikového či protektivního chování spojeného s rozvojem obezity.

Z hlediska prevence obezity je potřeba vytvoření takových příležitostí, které usnadňují zdravou volbu v chování obyvatele. Pro budování tzv. „antiobezigenního prostředí“ je nutné zapojení všech rezorů státní správy. Jednotlivé aktivity, které jsou klíčové pro usnadnění správné výživy a pohybové aktivity obyvatelům ČR, jsou popsány v akčních plánech správné výživy a podpory pohybové aktivity.

V oblasti správné výživy to jsou klíčové aktivity:

Tvorba prostředí s nutričně vhodnými potravinami a nápoji. Podpora získávání a osvojování si principů správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života již od útlého věku, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva. Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu včetně institucionálního stravování. Podpora systematického sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu. Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti i sociálních skupin, tvorba komunit a aliancí, podpora spolupráce státní správy, akademické obce, nevládního sektoru a odborných společností.

V oblasti podpory pohybové aktivity pak klíčovými aktivitami jsou:

Podpora pohybové aktivity. Aktivní mobilita. Podpora sportu pro všechny a aktivní využívání volného času. Podpora pohybové aktivity ve zdravotnictví a sociálních službách. Podpora pohybové aktivity u zaměstnavatelů. Pohybová aktivita a prostředí. Výzkum a evaluace v podpoře pohybové aktivity.

APPO počítá s benefity výše uvedených akčních plánů. Jeho cílem je v národním systému mezirezortní odpovědnosti umožnit obyvatelům: i) naučit se, ii) mít možnost, a také ve svých volbách iii) být motivován upřednostňovat aktivní životní styl se správnou výživou a dostatečnou fyzickou aktivitou a tak předcházet rozvoji obezity.

Ministerstvo zemědělství ČR (MZE) prostřednictvím státní správy zemědělství, vodního hospodářství a potravinářského průmyslu může účinně spolupracovat na realizaci APSV/APPO. Na základě vzniklých nutričních standardů potravin MZE ve spolupráci s MZ určuje, řídí a je zodpovědné za reformulaci potravin v ČR, zejména v ohledu postupného snižování obsahu soli, nasycených a transmastných kyselin, cukrů v potravinách. V gesci MZE je také označování potravin dostupných na trhu. MZE by mělo z hlediska značení potravin garantovat a zajistit všeobecně dostupnou databázi nutričního složení potravin, a to v souladu s nařízením (EU) č. 1169/2011 o poskytování informací o potravinách spotřebitelům. Mělo by vypracovat systematický přístup ke sběru a aktualizaci dat. Tato databáze by měla být naplněna do r. 2020 tak, aby byla dostatečně robustní i z hlediska zdravotní politiky. Měla by být garantována státem a měla by být poskytována státním institucím i jednotlivcům zdarma.

MZE ve spolupráci s MŠMT a MZ aktivně rozvíjí program Ovoce a zelenina do škol a program Školní mléko.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) prostřednictvím řízení škol, vědy, státní péče o děti, mládež, tělesnou výchovu, sport, turistiku má rozhodující roli pro určení obsahu vzdělávání a výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu ve školách a školských zařízeních, ovlivňování školního stravování a ovlivňování nabídky potravin, nápojů a pokrmů ve školních automatech a bufetech. Ve spolupráci s MZ a MZE rozvíjí stávající projekty, které podporují správnou výživu dětí, jako je Národní síť mezinárodního projektu WHO „Škola podporující zdraví“, evropských projektů „Ovoce a zelenina do škol“, „Školní mléko“, podporuje vzdělávací aktivity jako např. celorepublikový každoroční seminář „Fórum výchovy ke zdraví“ a celorepublikovou soutěž „SAPHERE – Jak zdravě žít“. Poskytuje výstupy pokusných ověřování spojených s pohybem a výživou (program „Pohyb a výživa“, „Výživa ve výchově ke zdraví“) ostatním rezortům pro další intervence. MŠMT také garantuje standardizaci nezbytné úrovně znalostí a dovedností, potřebných pro získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání v oblasti výživy jako je nutriční asistent (středoškolské vzdělání s maturitou), diplomovaný nutriční terapeut (vyšší odborné vzdělání), nutriční terapeut (vysokoškolské vzdělání - Bc.), nutriční specialista (vysokoškolské vzdělání - Mgr.), lékař (vysokoškolské vzdělání - MUDr.). Nezbytné základy vztahu výživy a zdraví by mělo zavést i do studijních programů nejenom

specializovaných škol v oblasti potravinářství (odborná učiliště pro kuchaře, číšníky a hotelové školy). MŠMT ve spolupráci s MZ a MZE vypracovává a garantuje všeobecné schéma podpory vhodných potravin ve školách a nauku o principech pestré a vyvážené stravy včetně zásad zdravého životního stylu. Na základech pestré a vyvážené stravy rozvíjí školní stravování a doplňkový prodej potravin ve školách s určením a aktualizací výživových norem doporučených nutričních standardů pro potraviny a pokrmy, které jsou ve škole dosažitelné nebo které jsou dětem poskytovány, včetně omezení dostupnosti nevhodných potravin.

MŠMT ve spolupráci s MZ a MZE vypracovává a garantuje všeobecné schéma podpory vhodných potravin ve školách a nauku o principech pestré a vyvážené stravy včetně zásad zdravého životního stylu. Na základech pestré a vyvážené stravy rozvíjí školní stravování a doplňkový prodej potravin ve školách s určením a aktualizací výživových norem doporučených nutričních standardů pro potraviny a pokrmy, které jsou ve škole dosažitelné nebo které jsou dětem poskytovány, včetně omezení dostupnosti nevhodných potravin.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV) může ovlivnit výživu a obezigení prostředí prostřednictvím úpravy v rámci pracovněprávních vztahů, bezpečnosti práce, zaměstnanosti a rekvalifikací, kolektivního vyjednávání, např. vyjednáváním vhodnějších podmínek pro vyvážené a pestré stravování v zaměstnání. V jeho kompetenci je ve spolupráci s MF, MZE, MŠMT, charitativními organizacemi a dalšími zajištění výživy potřebným v hmotné nouzi, zvláště dětem. MPSV odpovídá za zajištění správné výživy a pohybové aktivity klientům v zařízeních sociální péče včetně určení a zabezpečení rozsahu činností – tj. zajištění poradenství a dozoru specializovaným zdravotnickým odborníkem ve výživě v těchto zařízeních.

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR (MMR) v oblasti státní správy může ovlivňovat správnou výživu, zdravý životní styl a prevenci obezity v jednotlivých regionech. MZ ve spolupráci s Krajskými úřady oblasti státní správy může ovlivňovat správnou výživu, zdravý životní styl a prevenci obezity prostřednictvím činnosti krajských výborů pro zdraví a správnou výživu, které by zřizovaly a financovaly kraje. Tyto výbory by měly sestávat z odborného pracovníka KHS nebo Zdravotního ústavu, který je schopen analýzy rizika pramenícího z nesprávné výživy v kraji, dále krajských zastupitelů v oblasti zdravotní,

zemědělské a školské problematiky. Výbor by měl definovat a zajišťovat sběr relevantních dat z oblasti výživy obyvatel kraje dle zadání požadavků MZ a jeho pracovní skupiny pro správnou výživu, dále sbírat specifická data pro kraj dle aktuálních potřeb regionu prostřednictvím OOVZ či formou spolupráce s vysokými školami nebo soukromými subjekty. Výbor by měl řídit krajské veřejné aktivity zohledňující správnou výživu a zásobování a nakládání s potravinami v regionu. Správnou výživu může podporovat aktivním řízením, plánováním a vytvářením místních koalicí mezi zemědělským sektorem, zásobováním veřejných institucí a vytvářením prostoru pro maloobchod s potravinami jak na vesnicích, tak ve městech s pokrytím potřeb nutričně vhodnějších potravin pro místní obyvatele. Na lokální úrovni lze využít politické nástroje směřované k distribuci potravin a poskytování služeb ve stravování s cílem navedení k snadnější dostupnosti a dosažitelnosti vhodných potravin a podpoře nabízení ovoce a zeleniny a omezení nutričně nevhodných potravin. V možnostech kraje je tak ovlivnění obchodníků, kteří rozhodují o výběru nabízených potravin, jejich umístění a zejména cenách, které ovlivňují dosažitelnost potravin zejména u nízkopříjmových skupin obyvatelstva.

Komplexně integrované programy implementované na lokální úrovni patří mezi nejslibnější aktivity, měly by zapojovat jak výrobce potravin, tak prodejce, jednotlivé složky společnosti a samotné obyvatele.

Specifické akce mohou zahrnovat programy farmaření do škol, komunitní zahrady a kuchyně, podporu aktivit jako je Škola podporující zdraví, Zdravé město, Zdravý podnik a jejich propojení do evropských sítí.

Ministerstvo financí ČR (MF) je zodpovědné za fiskální politiku a rozhoduje o tom, jaký objem financí je věnován prevenci. Může významně přispět k vytváření anti-obezigenního prostředí a ovlivňování zdraví. MF může využít spektra ekonomických nástrojů, které povedou k snadnějšímu přístupu k vhodným potravinám ze strany všech skupin spotřebitelů. Náležitá pozornost by měla být věnována celkovým dopadům aktivit na sociálně znevýhodněné skupiny a děti. Další možné aktivity spočívají i ve vytvoření nebo v úpravě pobídky v celém potravinovém řetězci. Tvorbu prostředí s vhodnějšími potravinami lze ovlivňovat i prostřednictvím příslušných investic do výroby potravin, logistiky dodavatelského řetězce včetně politiky zadávání veřejných zakázek s cílem sladění zemědělské politiky zásobování potravinami se zdravotní politikou sledující cíle zlepšeného

veřejného zdraví skrze zlepšenou dostupnost a finanční dosažitelnost vhodných potravin. Možné je i využití dotací cílených na zvýšení příjmu zeleniny, ovoce, celozrnných a dalších nutričně vhodných potravin specifickými skupinami populace, zejména dětmi.

Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR (MPO), které je ústředním orgánem státní správy nejen pro státní průmyslovou politiku a obchodní politiku, ale také např. pro vnitřní obchod a ochranu zájmů spotřebitelů, věci malých a středních podniků, může motivovat podniky k tvorbě antiobezigenního prostředí, podporujícího jak fyzickou aktivitu, tak správnou výživu. MPO může chránit vulnerabilní skupiny obyvatelstva před reklamou propagující nevhodné potraviny, které mají negativní dopad na zdraví, neboť je gestorem zákona o regulaci reklamy. Významným způsobem tak může přispět k regulaci reklamy takovým způsobem, aby nedocházelo k ohrožení správných stravovacích zvyklostí dětí a tím poškozování jejich budoucího zdraví reklamou propagující nevhodné potraviny ať už přímým nebo nepřímým způsobem. Jde o různé komunikační technologie, užívané dětmi, propagující tyto potraviny během reklamy, včetně internetu, sociálních sítí. Tyto reklamy ovlivňují potravinové preference a návyky dětí, které se přenášejí až do dospělosti a jsou spojeny s nesprávnou výživou a nezdravým životním stylem a zvyšují riziko nadváhy a obezity. Návyky se tvoří v dětství a mohou být základem nesprávných stravovacích zvyklostí i v dospělosti. Podmiňujícím faktorem rizikovosti je vyšší zranitelnost a nižší odolnost dětí vůči přesvědčovací síle marketingových zpráv. Mezi nejvíce propagovanými potravinami bývají potraviny s vysokým obsahem energie, nasycených a transmasných kyselin, jednoduchých cukrů a soli, jako jsou snídaně cereálie, nápoje slazené cukry, sladkosti a cukrovinky. V současnosti zůstává televize nejsilnějším médiem podporujícím marketing potravin a nápojů. Další média, jako je internet a sociální sítě, jsou schopna podporovat produkty tvorbou a předáváním firemních znalostí a generovat loajalitu spotřebitele integrovaným přístupem. Samoregulační přístup není vždy efektivní. Je třeba zajistit nezávislost reklamačních procesů a sankční mechanismy, které by chránily práva dětí a spotřebitelů.

2.3. APPO a naplnění resortních/ nadresortních/ národních/ nadnárodních strategií a jejich cílů

APPO svým posláním pokrývá v NS Zdraví 2020 zejména **prioritní oblast 2: Čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel**, kdy optimální nutriční stav a kardiovaskulární zdatnost jsou výraznými ochrannými faktory před vznikem chronických neinfekčních onemocnění. Pro ochranu obyvatelstva jsou skutečným přínosem takové programy ochrany a podpory zdraví, které budují a kultivují prostředí, kde převažuje nabídka a je usnadněna dostupnost zdravějších potravin z hlediska prevence chronických neinfekčních onemocnění a kde je obyvatel motivován chovat se žádoucím způsobem v ochraně svého zdraví v oblasti výživy, což předpokládá i jeho **znalost (1. prioritní oblast) a osobní odpovědnost za zdraví (3. prioritní oblast, posílení zdravotního systému zaměřeného na lidi)**. Důležitou roli hraje i **vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin (4. prioritní oblast)**. Zároveň

je v souladu s náplní **Bilaterální smlouvy mezi ČR a WHO (Dvouletá smlouva o spolupráci mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Regionální úřadovnou Světové zdravotnické organizace pro Evropu na období 2014–2015)**.

Čtyři priority intervence:

1. Celoživotní investice do zdraví a posilování role občanů;
2. Čelit největším zdravotním problémům: neinfekčním a infekčním nemocem;
3. Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích a
4. Vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

3. Rozsah aktivit

3.1. Zachování statusu quo

ČR má v oblasti prevence a léčby obezity v mezinárodním srovnání výborným způsobem ošetřenou prenatální péči, péči o kojence, batolata, předškolní a mladší školní děti.

Jde zejména o prenatální poradny a kontroly těhotných, podporu kojení, mateřskou dovolenou, pediatrickou péči a další. Ve školách a školských zařízeních je poskytováno naprosté většině dětí školní stravování, jehož správné nutriční složení dozoruje stát. Chybí však systematické budování antiobezigenního prostředí – zejména v oblasti správné výživy, optimální fyzické aktivity a zvládnání psychogenního stresu. Většina aktivit je ponechána živelnému tržnímu řízení, nikoli řízení aktivní politikou a vědomou podporou a ochranou zdraví lidí. Nabízené potraviny na trhu jsou zatížené vysokým obsahem soli, cukrů. Není dostatečná infrastruktura umožňující aktivní transport. S vývojem nejmodernějších technologií narůstá objem pasivního trávení volného času dětí u obrazovek tabletů, mobilů, počítačů. Na druhé straně se začíná aktivovat společnost a problematice obezity je věnován v masmédiích velký prostor, bohužel však dost často se zkreslenými, ne EBM podloženými informacemi. Nicméně dostatečná znalost, ekonomické možnosti, motivace a společenské normy jsou determinantami, které mohou snižovat prevalenci obezity a začínají se již projevovat. Zatím pouze u žen, kde v epidemiologických studiích ženy s vyšším dosaženým vzděláním vykazují nižší prevalenci obezity a nadváhy.

V oblasti léčby obezity má ČR mezinárodně uznávané odborníky jak v konzervativní, tak metabolicko-bariatrické léčebné péči. Tito odborníci jsou organizováni přes ČOS. Tato odborná společnost je garantem tvorby českých a přebírání zahraničních doporučení pro léčbu obezity, stejně tak je garantem vzdělávacích kurzů v obezitologii. Nicméně závažným problémem je chybění budování léčebného systému obezity kostefektivním způsobem, tj. určení sítě a výkonnostních kapacit pracovišť poskytujících obézním léčebnou péči diferencovaně podle závažnosti obezity a přítomnosti komplikací. Rovněž velkým problémem je chybění specializace v obezitologii v postgraduálním vzdělávání lékařů a chybění specifikace kódů pro proplácení výkonů z veřejného zdravotního pojištění v obezitologii. Nesystematický je i přístup ve smluvní tvorbě kapacit a hrazení výkonů jednotlivých pracovišť pojišťovny pro léčbu obezity konzervativním i metabolicko-bariatrickým způsobem.

ČR je také zemí s mimořádnou tradicí sběru celostátních antropometrických dat u dětí a mládeže, který není nikde na světě tak dlouhodobý a systematický. Tato data byla sbírána v desetiletých intervalech už od 50. let minulého století. Bohužel, poslední celostátní antropometrický výzkum dětí a mládeže byl zrealizován v roce 2001, a data z roku 2011

již chybí. V osmdesátých letech minulého století byl též proveden poslední celostátní monitoring kardiorespirační zdatnosti (fyzické výkonnosti) dětí, se zastoupením všech věkových skupin školních dětí a mládeže. Tato data je třeba sbírat i nadále, pravděpodobně ve formátu, vyhovujícím i mezinárodnímu srovnání. V limitovaném rozsahu je substituují evropské projekty monitorování dětské nadváhy a obezity COSI a HBSC. Ty je třeba zachovat a další potřebné studie sběru dat z oblasti výživového stavu, fyzické zdatnosti, prevalence obezity a nadváhy a jejich determinant metodicky připravit a v pravidelných intervalech provádět. Analýza tohoto typu dat je nutná pro navrhování účinných intervenčních opatření i vyhodnocování jejich efektivity.

V ČR je také vybudována struktura orgánů ochrany veřejného zdraví (OOVZ), jejíž destabilizace provedená v posledních letech ve formě restrikce ekonomických, materiálních a personálních kapacit, vede k oslabení preventivních opatření v ochraně a podpoře zdraví obyvatelstva, jejichž pozitivní či negativní efekt má dlouhodobý účinek. Rovněž došlo k destabilizaci Zdravotních ústavů. Mezi hlavní negativní dopady lze zařadit především rozpad plošné sítě pracovišť zajišťujících odborné služby v podpoře zdraví, primární prevenci nemocí a výchově ke zdraví vč. zdravotní gramotnosti. Z důvodu redukce odborných pracovníků tak chybí i expertní činnost pro hodnocení výživy populace i jejích podskupin ve vztahu k chronickým neinfekčním onemocněním včetně obezity. Pracovníků OOVZ je zapotřebí využít nejen v roli kontrolní a dozorové, jak je jim legislativou ukládáno, ale i, a to především v oblasti poradenského a metodického vedení ve výživě obyvatelstva, na celostátní, regionální i lokální institucionální i komunitní úrovni. Odborných pracovníků Zdravotních ústavů a SZÚ je zapotřebí využít k metodické a poradenské činnosti ve výživě obyvatelstva a primární prevenci.

Individuální poradenství správné výživy odborníkem se považuje za velmi účinný nástroj ovlivňující změnu chování obyvatel. Podle § 98 a § 100 č. vyhlášky 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví, a podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních se za odborného pracovníka ve výživě považuje nutriční asistent, diplomovaný nutriční terapeut (DiS.), nutriční terapeut (Bc.), nutriční specialista (Mgr.). Kromě takto jasně definované požadované vzdělání, jsou na trhu nabízeny služby tzv. nutričních poradců nebo poradců ve výživě, jejichž podnikání je klasifikované

jako volné podnikání, bez nutnosti koncese, tedy i bez nutnosti odborného vzdělání. Jejich poradenství často odporuje zásadám EBM, mystifikuje veřejnost a ke svým komerčním zájmům využívá nízké zdravotní gramotnosti spotřebitele a nedostatek státem garantovaných informací v oblasti správné výživy a zdraví. V protíváze těmto podnikatelům by k výraznému zlepšení vedlo vytvoření sítě odborných vzdělávacích pracovišť v životním stylu, jejichž odborní pracovníci by poskytovali odborné služby poradenství v oblasti primární prevence, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti.

3.2. Zajištění nutného minima aktivit

Při nedostatku prostředků implementovat APPO v celé šíři, jsou pro zajištění prevence obezity na celospolečenské platformě a léčbě obezity již nemocných považovány následující aktivity:

1. Vytvoření společenského systému odpovědnosti za otázky související s prevencí obezity na celospolečenské platformě. Uvědoměným, vládou řízeným, budováním antiobezigenního prostředí v oblasti správné výživy (řeší APSV), v oblasti fyzické aktivity (řeší APPPA), omezení konzumace alkoholu (řeší AP závislostí), a to se zapojením všech složek společnosti.
2. Vládní regulační opatření napomáhající prosazování se na trhu vhodných potravin. Dnešní trh s potravinami využívá biologické, psychologické, sociální a ekonomické zranitelnosti lidí, což způsobuje, že je pro spotřebitele jednodušší jíst nezdravé potraviny. Tak se posiluje poptávka po potravinách s nízkou výživovou hodnotu (nevhodné potraviny). Tento bludný kruh mohou prolomit pouze vládní regulační opatření (reformulační politika) a zvýšené úsilí průmyslu a občanské společnosti (řeší APSV).
3. Vyčíslení ztrát společnosti způsobených obezitou v nákladech ve zdraví populace, výdajů za zdravotní péči, ztrátu pracovní produktivity, sociální výdaje.
4. Podpora a rozvoj profesního vzdělávání pracovníků všech organizací zapojených do ochrany a podpory veřejného zdraví v oblasti prevence nadměrné tělesné hmotnosti a nemocí s tímto souvisejících.

5. Navyšování zdravotní gramotnosti obyvatel v oblasti aktivního životního stylu. Podpora a rozvoj stávajícího systému vzdělávání ve výživě ve smyslu získávání znalostí, postojů a osvojování si zdraví protektivního chování obyvatelstva.
6. Vytvoření sítě odstupňované komplexní péče o obézní pacienty, která by zahrnovala v základním článku praktické lékaře jak pro dospělé, tak pro děti a dorost. Specializovaná péče by pak byla poskytována specialisty obezitology (akreditovaná pracoviště 1. typu) ve spolupráci se specialisty dalších oborů, diabetology, endokrinology, ortopedů a dalších. Nejvyšší stupeň specializované komplexní péče by pak byl poskytován v centrech pro diagnostiku a léčbu obezity včetně center metabolicko-bariatrické chirurgie (akreditovaná pracoviště 2. typu).
7. Vydefinování center, která budou poskytovat specializovanou bariatrickou péči v ČR. Chirurgickou péči o obézní je vhodné koncentrovat do specializovaných léčebných jednotek (zdravotnických zařízení). Tato koncentrace a specializace přináší jak zvýšení standardu a kvality poskytované odborné péče pro samotné pacienty, ale počítá také s pozitivními ekonomickými konsekvencemi.
8. Standardizace léčebných postupů v obezitologii. Implementace českých či přejetých mezinárodních doporučených postupů v léčbě obezity, vydávané jak jednotlivými odbornými lékařskými společnostmi, tak evropskými nebo mezinárodními společnostmi pro výzkum obezity.
9. Stěžejním úkolem je zajištění včasné diagnostiky a léčby obezity odpovídající současným možnostem medicíny, a tím předcházení zdravotních komplikací. Nasmlouvání typu a počtu hrazených výkonů.
10. Vybavení nemocnic zařízením a pomůckami pro extrémně obézní.
11. Zajištění dostatečného personální zabezpečení s odpovídajícím provozním a materiálovým zázemím diferencované podle typu akreditovaného pracoviště pro léčbu obezity dle návrhů ČOS JEP (viz příloha).
12. Zajištění specializačního postgraduálního vzdělávání v obezitologii (v obezitologických a bariatrických centrech akreditovaných Českou obezitologickou společností a popř. i mezinárodními odbornými asociacemi (European Association for the Study of Obesity /EASO/, European Branch of the International Federation for the Suregry of Obesity /IFSO/)).
13. Navýšení vzdělávání v obezitologii na pregraduální úrovni.

14. Podpora a rozvoj profesního vzdělávání pracovníků všech oborů zapojených do léčby obezity (nutriční terapeut, nutriční specialista, fyziatr, psycholog, všeobecná sestra).
15. Zajištění dostupnosti centrálně působících antiobezitik v ČR. Zajištění jejich úhrady pojišťovnou dle indikačních kritérií zpracovaných ČOS ČLS – zejména pro léčbu pacientů skomorbidity.
16. Ustanovení změny v léčbě diabetu tak, aby antidiabetika umožňující redukcí hmotnosti (inkretinová analoga, gliptiny a glifloziny) nebyly limitovány BMI, kompenzací diabetu a preskribujícím lékařem. Ale aby byla umožněna preskripce praktickými lékaři podle doporučení vypracovaných ČDS a ČOS ČLS.
17. Navýšení výkonů metabolicko -bariatrické chirurgie na dvojnásobek. Zavedení dokumentace zdravotních efektů nejlépe povinným registrem zahrnujícím i dispenzarizaci pacientů. Indikace výkonů by měla být méně živelná, pod kontrolou a evidencí.
18. Navýšení motivace praktických lékařů podílet se na včasném záchytu nadváhy a obezity a poskytnutí nebo zařízení adekvátní léčby. Podpora léčby obézních diabetiků praktickými lékaři. Motivace všeobecných sester podílet se na edukaci nemocných s nadváhou a obezitou metodou krátké intervence.
19. Rozšíření péče kvalifikovaných psychologů a nutričních terapeutů, poskytujících odborné služby poradenství osobám v riziku obezity či již s vyvinutou obezitou.
20. Zajištění kvalitní databáze nutričního složení potravin dostupných na českém trhu, která by vyhovovala potřebám zdravotní politiky, nutričního monitoringu i značení potravin, a byla by volně dostupná, garantovaná státem.
21. V pravidelných intervalech aktualizování dle nejnovějších poznatků EBM výživových doporučení pro prevenci a léčbu obezity.
22. Rozšíření sítě rekondičních center zaměřených na obézní, neboť se ukazuje, že běžná fit centra jsou pro tyto pacienty nevhodná.
23. Omezení nabízení nevědeckých léčebných postupů obézním, které zasahuje právě tu populaci, která je ochotna pro své zdraví něco činit. Poskytnutí garantovaných informací pomocí internetu, případně sociálních sítí.
24. Legislativní i reálné posílení role OOVZ, SZÚ i ZÚ v poradenském a metodickém vedení aktivit v oblasti správné výživy a prevence chronických neinfekčních

onemocnění na celostátní, regionální i lokální úrovni. Využití potenciálu OOVZ sbírat aktuální data o stavu výživy obyvatelstva a provádět specifická, k aktuálním problémům, cílená, šetření v oblasti výživy.

25. Provádění systematického monitoringu dat stravovacích zvyklostí a zdravotně nutričního stavu populačních skupin a podskupin.

26. Průběžné monitorování prevalence nadváhy a obezity a jejich determinant a vyhodnocování efektivity akčního plánu. V rámci zpracovávání periodických zpráv o zdravotním stavu populace jednotlivých krajů zařadit mezi vybrané ukazatele sledování prevalence dětské obezity a obezity dospělých v kraji.

3.3. Podniknutí potřebných aktivit

V dalším textu je popsáno 5 klíčových priorit následovně: Nejprve je členění, kdy konkrétní potřebné aktivity k realizaci APPO (očíslované formátem X.XXX) jsou rozděleny vždy podle příslušnosti k naplňování klíčové priority (X) a jí příslušejících podstatných výstupů (X.X), pak následuje popis klíčové aktivity. Zvláště v kapitole 4, je popis benefitů a indikátorů ke každé klíčové prioritě a jejím výstupům.

*V příloze **APPO Zdraví 2020 logramec.xls** je pak v listu Log ramec APPO tabulka, ve které jsou vyjmenovány ve sloupcích:*

Návaznost na strategické cíle a oblasti zdraví 2020.

Klíčové priority.

Benefity.

Podstatné výstupy APPO.

Dílčí indikátory.

Dílčí projekty a aktivity AP.

Předpoklady pro realizaci projektů.

Odpovědnost.

*V příloze **HarmonogramAPPO2016-2020.xls** je pak v listu Log ramec APPO tabulka, ve které jsou vyjmenovány ve sloupcích:*

Úkol (dílčí aktivita).

Zodpovědnost.

Termín splnění.

Týden zahájení.

Týden ukončení.

Náklady.

Časová osa v týdnech od ledna 2016 do prosince 2020.

3.3.1. Klíčová priorita 1: Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant

1. Klíčová priorita: Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant.

1.1. Monitoring výskytu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant u dětí i dospělých.

1.1.1. Zajištění práce PS APPO.

1.1.2. Zřízení centra pro integrální řízení sběru dat (řeší APSV).

1.1.3. Vypracování metodologie sběru mezinárodně srovnatelných dat v obezitologii. Na úrovni dětí i dospělých. Propojení s monitoringem výživy a fyzické zdatnosti obyvatelstva.

1.1.4. Zavedení pravidelně se opakujícího celonárodního sběru dat a jeho vyhodnocování. Praktická realizace sběru dat.

1.1.5. Pokračování a rozvíjení monitoringu COSI; HBSC (řeší APSV, APPPA).

1.1.6. Zavedení nových registrů onemocnění (zejména kardiometabolických), souvisejících s obezitou.

1.1.7. Příprava národního systému včasného vyhledávání a léčby nadváhy a obezity přes praktické lékaře (řeší APSV).

1.1.8. Cílený monitoring efektivity léčby. Zavedení registrů pacientů léčených metabolickobariatrickými chirurgickými výkony.

1.1.9. Vytvoření báze znalostí pro efektivní řízení a zvládnutí epidemie obezity a jejích komorbidit v ČR.

1.1.10. Monitorování zdravotních nerovností a dalších determinant obezity.

1.2. Hodnocení vývojových trendů prevalence obezity a evaluace APPO.

- 1.2.1. Hodnocení dat monitoringu, sledování vývojových trendů prevalence obezity, jejich determinant a dopadů na zdraví a ekonomiku.
- 1.2.2. Průběžná a závěrečná evaluace efektivity jednotlivých i celkových výstupů APPO.

1.3. Výzkum v oblasti obezitologie.

- 1.3.1. Základní a aplikovaný výzkum v obezitologii - zadání nosných témat v prevenci a léčbě obezity a jejich komplikací (základním i aplikovaném výzkumu) do portfolia grantových agentur a výzkumu podporovaného EU, státem i soukromými subjekty.
- 1.3.2. Výzkum interakce genetických a environmentálních faktorů při vzniku obezity.
- 1.3.3. Vývoj nových diagnostických a léčebných metod v obezitologii.
- 1.3.4. Výzkum společenských determinant vzniku obezity a jejich možného ovlivnění.
- 1.3.5.** Výzkum ekonomických nákladů spojených s nadváhou a obezitou a jejich komorbidit.

3.3.2. Klíčová priorita 2: Tvorba antiobezigenního prostředí (umožňujícího z hlediska prevence obezity zdravější volbu životního stylu jako snáze dosažitelnou)

Tuto prioritu řeší APSV a APPPA. V tomto dokumentu jsou jednotlivé aktivity pouze pro přehlednost komplexního přístupu k řešení problematiky obezity. Podrobně rozpracovány jsou v příslušných akčních plánech.

2. Klíčová priorita: Tvorba antiobezigenního prostředí, které umožňuje z hlediska prevence obezity zdravější volbu životního stylu jako snáze dosažitelnou (řeší APSV a APPPA).

2.1. Budování prostředí, které umožňuje naučit se upřednostňovat zdravou volbu zvláště v dětském věku.

- 2.1.1. Podpora kojení a zavádění příkrmů dle doporučení pediatrické společnosti (APSV).

- 2.1.2. Nutriční poradenství těhotným, dětem, seniorům, osobám v riziku nadváhy a obezity (APSV).
- 2.1.3. Nabídka školního stravování, vhodných potravin a fyzické aktivity ve školách a školských zařízeních, dlouhodobá podpora projektu Škola podporující zdraví (APSV, APPPA).
- 2.1.4. Výukové programy zahrádkaření, vaření, domácích dovedností, kroužků podporujících pohybovou aktivitu na školách a při mimoškolní činnosti (APSV, APPPA).
- 2.1.5. Podpora aktivní dopravy do škol a zaměstnání (APPPA).
- 2.1.6. Vykázání nevhodných potravin z nabídky v prostorách určených dětem (APSV).
- 2.1.7. Ochrana socioekonomicky znevýhodněných skupin (APSV).
- 2.1.8. Restrikce marketingu nevhodných potravin dětem (APSV).

2.2. Vytváření podmínek, které napomáhají překonávat bariéry bránící zdravé volbě.

- 2.2.1. Reformulační politika a dotace pro tvorbu vhodných potravin (APSV).
- 2.2.2. Podporování osvojování si dovedností v oblasti správné výživy a pohybové aktivity v celoživotním vzdělávání (APSV, APPPA).
- 2.2.3. Dosažitelnost správných informací a znalostí v oblasti správné výživy a pohybové aktivity (APSV, APPPA).
- 2.2.4. Značení potravin, které přinese snadnější orientaci o vhodnosti potravin spotřebiteli (loga) (APSV).
- 2.2.5. Komunitní intervence budující zdravější životní styl (APSV).
- 2.2.6. Komunitní intervence pro minority a socioekonomicky znevýhodněné skupiny (APSV).

3.3.3. Klíčová priorita 3: Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva

3. Klíčová priorita: Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva.

3.1. Zvýšení zdravotní gramotnosti v aktivním životním stylu a prevenci nadváhy a obezity diferencované podle věkových skupin v celé populaci.

- 3.1.1. Zřízení a provoz e portálu MZ garantovaných informací o obezitě, možnostech prevence a léčby, které jsou založeny na EBM, jsou veřejně přístupné, aby se odborníci i veřejnost orientovali v jejich hierarchii a takto je mohli využívat (portál společný pro APSV, zřízení řeší APSV).
- 3.1.2. Podpora a rozvíjení programů „kyber“ virtuálního vzdělávání v prevenci obezity a ovlivnění nadváhy zdravotnickými odborníky.
- 3.1.3. Podpora aktivního životního stylu v médiích – komplexní zajištění mediální podpory ze strany veřejnoprávních médií, spolupráce s privátními médii, podpora správné výživy a dostatečné fyzické aktivity na internetu, facebooku, twitteru a dalších.
- 3.1.4. Podpora zdravotní gramotnosti prostřednictvím Center podpory zdraví, předávání a šíření příkladů dobré praxe aktivního životního stylu a prevence obezity v komunitách (řeší APSV a APPPA).
- 3.1.5. Podpora získávání a osvojování si aktivního životního stylu a prevence obezity ve vzdělávání (v předškolním vzdělávání, na základních školách a nižších stupních gymnázií; na středních školách, učilištích a gymnáziích na vysokých školách; ve výchovně vzdělávacích institucích v rámci celoživotního vzdělávání); (řeší APSV a APPPA). Soustavné zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti zdravé výživy a pohybové aktivity populačních skupin cestou dotačního programu NPZ – PPZ.“

3.2. Individuální poradenství ve výživě zdravotnickými odborníky ve výživě, fyzioterapii, psychoterapii, hrazené z veřejného zdravotního pojištění

- 3.2.1. Podle věkových skupin (APSV).
- 3.2.2. Podle rizika rozvoje obezity a přítomných komorbidit.

3.3.4. *Klíčová priorita 4: Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle EBM*

4. Klíčová priorita: Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle EBM

4.1. Vybudování sítě pracovišť diferencované léčebné péče o obezitu.

4.1.1. Navýšení motivace praktických lékařů a všeobecných sester být základním článkem sítě – tj. podílet se na včasném vyhledávání nadváhy a obezity a poskytnutí nebo zařízení adekvátní léčby. U praktických lékařů pro děti a dorost pokračování v preventivních prohlídkách dětí a dorostu.

4.1.2. Stabilizace počtu existujících pracovišť a center. Zajištění jejich profilyce, technického, materiálového a personálního dovybavení.

4.1.2.1. Podpora a rozvoj obezitologických pracovišť 1. typu (obezitologické ambulance).

4.1.2.2. Podpora a rozvoj obezitologických pracovišť 2. typu (obezitologická centra).

4.1.3. Rozšíření sítě rekondičních center zaměřených na obezitu a vytvoření sítě odborných pracovišť pro vzdělávání, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti.

4.2. Poskytování léčebně preventivní péče obezitu.

4.2.1. Zavedení standardizace léčebných postupů v obezitologii podle doporučení evropských

i českých odborných společností (EASO/IFSO; ČOS) do léčebné praxe.

4.2.2. Vyjednávání podmínek úhrady poskytované diferencované péče o obezitu plátcem z veřejného zdravotního pojištění.

4.2.2.1. Kultivace sazebníku bodového hodnocení a jeho doplnění podle stávajících léčebných standardů v obezitologii.

4.2.2.2. Zavedení nových pravidel pro preskripci antiobezitik/antidiabetik a jejich úhrady vyhláškou.

- 4.2.2.3. Zajištění dostupnosti centrálně působících antiobezitik v ČR. Zajištění jejich úhrady pojišťovnou dle indikačních kritérií zpracovaných ČOS – zejména pro léčbu pacientů s komorbiditami.
- 4.2.2.4. Ustanovení změny v léčbě diabetu tak, aby antidiabetika umožňující redukcí hmotnosti (inkretinová analoga, gliptiny a glifloziny) nebyly limitovány BMI, kompenzací diabetu a proskribujícím lékařem. Ale aby byla umožněna preskripce praktickými lékaři podle guidelines vypracovaných ČDS a ČOS.
- 4.2.3. Zajištění kapacity poskytování léčebné péče - nasmlouvání počtu výkonů s jednotlivými pracovišti.
 - 4.2.3.1. Navýšení výkonů konzervativní léčby obezity (35 % nákladů).
 - 4.2.3.2. Zdvojnásobení výkonů metabolicko -bariatrické chirurgie a zavedení registrů pacientů s metabolicko bariatrickými výkony (45 % nákladů).
 - 4.2.3.3. Podpora léčby obézních a obézních diabetiků praktickými lékaři (10 % nákladů).
 - 4.2.3.4. Rozšíření péče kvalifikovaných psychologů, nutričních terapeutů a fyzioterapeutů, poskytujících odborné služby poradenství osobám v riziku obezity či již s vyvinutou obezitou (10 % nákladů).

4.3. Navyšování odborného růstu zdravotnických odborníků v obezitologii

- 4.3.1. Navyšování vzdělávání v obezitologii na pregraduální úrovni.
- 4.3.2. Zajištění specializačního postgraduálního vzdělávání v obezitologii.
- 4.3.3. Podpora a rozvoj profesního vzdělávání pracovníků všech oborů zapojených do léčby obezity (nutriční terapeut, nutriční specialista, fyziatr, psycholog, všeobecná sestra).

Zlepšené poskytování komplexní diferencované péče nemocným s nadváhou a obezitou zajistí úspory prostředků vynakládaných na léčbu komplikací obezity ve formě kardiovaskulárních, metabolických a nádorových onemocnění. Zlepšené zabezpečení péče obézním vyžaduje kultivaci sazebníku bodového hodnocení výkonů podle stávajících léčebných standardů, změnu preskripce a dostupnosti antiobezitik/antidiabetik, koncentraci péče do definovaných specializovaných obezitologických ambulancí

a center podle evropských (EASO/IFSO) a českých doporučení (ČOS/Bariatricko-metabolická sekce), stabilizaci počtu existujících pracovišť, podporu jejich rozvoje a profilizace se zajištěním technického, materiálního a personálního dovybavení. Vybudování sítě ambulancí nutričních terapeutů a zajištění proplácení jejich poradenství v primární i sekundární péči ve výživě, včetně zavedení povinnosti poradenské činnosti zdravotnického specialisty ve výživě pro zřizovatele nemocnic a v ústavních zařízeních sociální a dlouhodobé péče.

3.3.5. Klíčová priorita 5: Posílení státní správy, podnícení aktivity občanské společnosti a tvorby aliancí a komunit v oblasti prevence a léčby obezity

5. Klíčová priorita: Posílení státní správy, podnícení aktivity občanské společnosti a tvorby aliancí a komunit v oblasti prevence a léčby obezity

Tuto prioritu řeší APSV a APPPA. V tomto dokumentu jsou jednotlivé aktivity pouze pro přehlednost komplexního přístupu k řešení problematiky obezity. Podrobně rozpracovány jsou v příslušných akčních plánech.

5.1. Regiony více aktivní v rozvoji zdravotní politiky s ohledem na prevenci obezity.

- 5.1.1. Ve veřejné správě na úrovni krajů tvorba krajských regionálních výborů pro zdraví se zastoupením odborníků OOVZ, ZÚ, odborníků v obezitologii, ve výživě a pohybové aktivitě, psychoterapii.
- 5.1.2. Tvorba regionálních komunitních programů.
- 5.1.3. Podpora šíření a rozvíjení stávajících komunitních programů na úrovni měst, obcí, podniků, škol - Národní síť zdravých měst, Zdravý podnik, Škola podporující zdraví, Zdravá nemocnice, Zdravý region apod.
- 5.1.4. Podpora nových komunitních programů a kampaní podporujících zdravý životní styl cílené na populační skupiny (dětí, hendikepovaných, středního věku, seniorů, rodiny s dětmi apod.).

5.2. Podpora vytváření aliancí, platform, sítí zájmových skupin společnosti s cílem prevence obezity.

- 5.2.1. Vytvoření Platformy výživy fyzické aktivity a zdraví, podporované státem, kde se aktivní složky společnosti dobrovolně zavazují k aktivitám, které budují antiobezigenní prostředí.
- 5.2.2. Podpora již existujících sítí.
- 5.2.3. Podpora vytváření nových sítí.
- 5.2.4. Budování mezisektorových aliancí.

5.3. Posilování občanské společnosti ve vyjádřování a uvědomování si svých potřeb bránit se rozvoji obezity.

- 5.3.1. Zvyšování povědomí o zdravotním i ekonomickém dopadu obezity.
- 5.3.2. Přizvání masmedií k aktivizaci společnosti.
- 5.3.3. Navyšování vzdělávání a šíření příkladů dobré praxe i formou sdělovacích prostředků.
- 5.3.4. Vytváření sociálního marketingu zdraví protektivního chování.
- 5.3.5. Posilování role OOVZ v aktivizaci společnosti v prevenci obezity.
- 5.3.6. Vytváření podmínek pro rozvoj podnikání v rekreologii a wellnes službách.
- 5.3.7. Zapojení finančního sektoru.
- 5.3.8. Podpora zaměstnavatelů v tvorbě podmínek pro zdraví zaměstnanců.
- 5.3.9. Využívání nových technologií v mobilizaci společnosti.
- 5.3.10. Podpora výzkumu v oblasti veřejného zdraví a komunikace s veřejností.

4. Předpokládané benefity APPO a jejich indikátory

Níže popsané benefity vyplývající z realizace APPO jsou rozděleny vždy podle příslušnosti k naplňování konkrétního strategického cíle (X) a popsány indikátory plnění jemu příslušejících specifických cílů (X.X).

4.1. Benefit splnění strategického cíle 1:

Vytvoření databaze znalostí pro efektivní řízení a zvládnání epidemie obezity a jejích komorbidit v ČR.

Indikátory:

Ad 1.1 Monitoring prevalence nadváhy a obezity a jejich determinant

Ad 1.2. Evaluace AP proti obeziě - závěrečná zpráva

Ad.1.3. Základní a aplikovaný výzkum v oblasti obezity a prevence neinfekčních nemocí -instrumenty jeho hodnocení

4.2. Benefit splnění strategického cíle 2:

Zastavení nárůstu prevalence nadváhy a obezity u dětí. Dle indikátorů (EU Action Plan on Childhood obesity) u dětí mladších 5 let, ve věku 6 - 8 let, ve věku 11, 13, 15 let.

Indikátory:

Ad 2.1: Navýšení procenta plně kojených dětí do 6 měsíců věku u 5 % (o ¼).

Navýšení relativního zastoupení dětí, které mají denně pohybovou aktivitu minimálně ve střední intenzitě zátěže o 10 %.

10% snížení zastoupení dětí a mládeže mladší 18 let, které denně konzumují slazené nápoje.

Navýšení zastoupení škol s programem Ovoce a zelenina o 10 %.

Ad 2.2: Dle indikátorů WHO Akčního plánu prevence NCD (i NCD) č. 15:

Snížení zastoupení saturovaných mastných kyselin v celkovém energetickém příjmu dospělých pod 10 % (věkově standardizováno).

Snížení počtu dospělých osob, které denně konzumují méně než 400 g zeleniny a ovoce o 30 % (i NCD) č. 16.

Ad 2.3: Zastavení nárůstu prevalence nadváhy a obezity u dospělé populace

4.3. Benefit splnění strategického cíle 3:

Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva.

Indikátory:

Ad 3.1. Zvýšení zdravotní gramotnosti v aktivním životním stylu a prevenci nadváhy a obezity o 30 %.

Ad 3.2. Navýšení individuálního poradenství v aktivním přístupu k prevenci a léčbě obezity o 50 % zajišťovaném zdravotnickými odborníky, ve výživě, fyzioterapii, psychoterapii, hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

4.4. Benefit splnění strategického cíle 4:

Ušetření nákladů včasným záchytem a adekvátní léčbou obezity a tak zabránění rozvinutí komorbidit obezity ve formě chronických neinfekčních onemocnění a nádorových onemocnění

Indikátory:

Ad 4.1. Vybudovaná síť obezitologických pracovišť 1. a 2. typu, která odpovídá požadavkům počtu obézních v ČR.

Ad 4.2. Standardizace léčebných postupů při léčbě nadváhy, obezity a jejích komplikací a počet výkonů poskytované léčebně-preventivní péče obézním – navýšení na dvojnásobek současného stavu.

Ad 4.3. Zavedení specializačního vzdělávání v obezitologii - počet lékařů se získáním specializace.

4.5. Benefit splnění strategického cíle 5:

Prodloužení délky života bez nemoci v jednotlivých regionech o 1 rok. Zastavení nárůstu prevalence obezity, snížení nárůstu diabetu mellitu, hypertenze o 10 % u dětí i dospělých. Posílení zdravotních aktivit obyvatelstva.

Indikátory:

Ad 5.1.: Regionální aktivity cílené na prevenci obezity.

Ad 5.2. Vytvořené aliance a platformy.

Ad 5.3. Zastavení nárůstu prevalence nadváhy a obezity obezity u dospělých.

5. Předpokládaný neprospěch

(neprospěch akčního plánu či projektu znamená, že výsledek projektu bude či může být nazírán některými zájmovými či cílovými skupinami jako negativní)

- Neochota zdravotnických pracovníků v primární preventivní péči zavést, provádět a vykazovat screening malnutrice v rámci kapitační platby.
- Neochota obyvatel přijmout zodpovědnost za své zdraví poškozující jednání a životní styl.
- Neochota měnit nesprávné výživové zvyklosti z důvodu biologické (závislost na tučném, sladkém) či sociální závislosti (získávání sociální podpory a jiných výhod z komplikací obezity).
- Neochota politické reprezentace měnit prostředí směrem k ochraně a podpoře zdraví obyvatele plnění APPO.
- Neochota producentů a distributorů potravin měnit složení potravin. Technologické, finanční či jiné problémy spojené se změnou složení potravin s cílem snížení obsahu soli, cukrů a tuků (nasycených a transmastných kyselin). Hrozící finanční ztráty u producentů a distributorů nevhodných potravin při implementaci APPO/APSV.
- Znevýhodnění odbytu reformulovaných tuzemských potravin při necitlivé reformulační politice s hrozbou preference spotřebitelů nakupovat levnější, nevhodné potraviny.
- Prohloubení sociální nerovnosti a omezení přístupu k vhodnějším potravinám pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva při necitlivé reformulační politice.
- Neochota změnit marketing a reklamu potravin s vysokým obsahem soli, cukrů a tuků tak aby neohrožoval vulnerabilní skupiny, především děti.
- Neochota podnikatelů v poradenské činnosti zdravého životního stylu či výživy (ve volné živnosti) zaštitit se odborným, EBM podloženým, znalostním a dovednostním zázemím.

6. Časový rámec

Finanční zdroje mají být k dispozici od schválení APSV do roku 2020, tedy od r. 2015 do roku 2020 včetně.

Harmonogram plnění (tj. doby začátku i konce plnění, termínu splnění) jednotlivých aktivit podle konkrétní klíčové priority, podstatného výstupu, včetně popsání odpovědnosti, je uveden v souboru ***HarmonogramAPPO2020.xls***.

Cost- benefit analýza bude zpracována na období 2016-2020. Vláda ČR, MZ může očekávat dosažení výše definovaných benefitů (krátkodobých) v roce 2020, dlouhodobých z APSV během let 2030 až 2040. Jedná se o benefity ovlivňující WHO indikátory pro evropský region: č. 11 jako je prodloužení očekávané délky života při narození, věkově standardizované úmrtnosti ze všech příčin (15), úmrtnosti z příčin srdečně-cévních onemocnění (16), zhoubných novotvarů (17), úspor celkových výdajů za zdravotnictví v % HDP (28), úspor vládního rozpočtu na zdravotnictví v % celého rozpočtu (29). Cílem APPO nastartované dlouhodobé politiky je vyhnout se předčasným úmrtím, významně snížit výskyt chronických neinfekčních onemocnění, kterým lze předcházet správnou výživou a zdravým životním stylem, a onemocněním z podvýživy nebo nedostatku konkrétních živin.

7. Náklady

Konkrétní odhadované náklady nezbytné na dosažení cílů jsou vyčíslené v milionech (mil.) Kč dle kvalifikovaného odhadu vždy podle příslušnosti k naplňování klíčové priority (X) a jemu příslušejících podstatných výstupů (X.X), popsáním v kapitole 3 c při naplňování benefitů a indikátorů popsanych v kapitole 4. Dle kvalifikovaných odhadů

Klíčová priorita 1: celkově 44 mil. Kč, v návaznosti na APSV

Ad 1.1. monitoring: 20 mil. Kč

Ad 1.2. hodnocení a evaluace: 4 mil. Kč

Ad 1.3. výzkum: 20 mil. Kč

Strategický cíl 2: řeší APSV, APPO navíc 2 mil. Kč

Ad 2.1. Budování antiobezigenního prostředí, kde je možno naučit se zdraví protektivnímu chování: (APSV)

Ad 2.2. Vytváření podmínek, které překonávají bariéry: (APSV)

Strategický cíl 3: celkově 8 mil. Kč

Ad 3.1. Zvýšení zdravotní gramotnosti v oblasti prevence obezity a jejich komplikací 2 mil. Kč

Ad 3.2. Individuální poradenství 6 mil. Kč

Strategický cíl 4: celkově 432 - 832 mil. Kč (kvalifikovaný odhad, nutno dopočítat v podrobnější analýze)

Ad 4.1. Vytvoření sítě pracovišť odstupňované komplexní léčebné péče o obézní pacienty. Celkově 20 mil. Kč

Ad 4.2. Poskytování léčebně preventivní péče obézním. Celkově kvalifikovaný odhad 400 mil až 800 mil. Kč

Ad 4.3. Vzdělávání v obezitologii. Celkově 12 mil. Kč

Strategický cíl 5: řeší APSV a APPPA

Ad 5.1. Regiony více aktivní v řízení správné výživy svých obyvatel

Ad 5.2. Vytváření aliancí, platforem

Ad 5.3. Posilování občanské společnosti ve vyjádřování a uvědomování si svých potřeb bránit se rozvoji obezity.

8. Vyhodnocení investic

Odhadované náklady jsou specifikovány u jednotlivých dílčích opatření v logickém rámci viz příloha logického rámce. Vyhodnocení investic zahrnuje porovnání nákladů na realizaci – koordinaci implementace akčního plánu/projektů s očekávanou či reálnou hodnotou přínosů samotné realizace - výstupu akčního plánu.

Dle odhadu WHO z roku 2012 představuje celkový počet let ztracených předčasnou úmrtností a nemocností (disability adjusted life years – DALY) zátěž 3 429 900 let, z toho asi 652 000 let představují zhoubné nádory, 98 000 let diabetes a 906 000 let kardiovaskulární onemocnění. Uvážíme-li, že v roce 2009 odhadl Doc. Kříž na základě HDP hodnotu roku plně produktivního života bez nemoci na 780 000 – 1 milion Kč, je zřejmé, že národohospodářské ztráty jsou značné. Investice do prevence a léčby obezity by tedy měly být cestou pro zmírnění této zátěže.

Na prevenci nemocí je třeba pohlížet z perspektivy investice do lidského kapitálu. Jelikož dochází v průběhu života ke změnám zdravotního stavu člověka, někdy i nevyhnutelně souvisejících s věkem, jsou investice do zdraví od nejranějších stádií života a poté v celém jeho průběhu klíčovým nástrojem pro prodloužení délky života ve zdraví a snížení nemocnosti, což je i jedním ze základních principů strategie Zdraví 2020 na úrovni WHO i České republiky.

OECD uvádí, že účinným nástrojem pro správné směřování investic do podpory zdraví je analýza nákladové efektivity jednotlivých intervencí (v případě obezity např. školní programy, mediální kampaně, značení potravin, poradenství, fiskální opatření apod.). Z výsledků mezinárodního srovnání OECD vyplývá, že např. primární prevence u dětí nemusí mít měřitelné výsledky v krátkodobém horizontu, ale její efekt se prokáže s odstupem času v době, kdy se dá očekávat výskyt prvních zdravotních problémů a kdy se prokáže také úspora zdravotních a dalších nákladů související s účinnou aplikací prevence od útlého věku. Úkolem při realizaci tohoto akčního plánu bude tedy

mmj. i toto zhodnocení nákladové efektivity a to v krátkodobém i střednědobém horizontu.

9. Hlavní rizika

9.1. Definice sady rizik, které mohou zhoršit/zlepšit definované benefity či zhoršit/zlepšit, snížit/zvýšit definované náklady

Jako hlavní překážky, které by mohly bránit implementaci APPO jsou rozpoznány následující faktory: nedostatek fondů, politické vůle, závazků a koordinace, nepředvídatelnost právního prostředí.

Rizika s vážným dopadem:

- 1) Záměr nebude mít politickou podporu, neproběhnou nutné legislativní změny, ohrozí nebo omezí plnění cílů.
- 2) Nezajištění dostatečných finančních zdrojů a nedostatečná koordinace a řízení projektových aktivit.
- 3) Neochota jednotlivých rezortů zohledňovat zdraví a prevenci obezity ve své agendě.

Literatura:

1. Core Health Indicators in the WHO European region 2012
2. Brownell KD, Roberto CA. Strategic science with policy impact. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)62397-7. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62397-7
3. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, Kopelman P. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care.
4. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61748-7. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61748-7
5. Doporučení marketingu potravin a nealkoholických nápojů pro děti 2012
6. EU Action Plan on Childhood obesity 2014-2020. http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf
7. Evropský akční plán pro potraviny a výživovou politiku 2007-2012
8. European Charter on counteracting obesity WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Istanbul: World Health Organisation, 2006
9. Framework of implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. World Health Organisation, 2012
10. Globální akční plán 2008-2013 Globální strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí, 2008
11. Globální strategie prevence a kontroly neinfekčních nemocí, WHO, r. 2000
12. Globální strategie na výživu, fyzickou aktivitu a zdraví WHO, 2004
13. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, Thow AM, Kain J. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61745-1. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61745-1.
14. Huang TT, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, Rivera JA, Levy D, Hammond RA, Lambert EV, Kumanyika SK. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61743-8. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61743-8
15. Lhotská L, Bláha P, Vignerová J, Roth Z, Prokopec M. V. celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže 1991 (České země). Antropometrické charakteristiky [The 5th Nationwide Anthropological Survey 1991 (Czech Republic). Anthropometric Characteristics]. Státní zdravotní ústav: Praha, 1993.
16. Investing in Health (2013). (http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)
17. Kleinert S1, Horton R1. Rethinking and reframing obesity. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(15)60163-5. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60163-5
18. Kunešová M, Procházka B, Vignerová J, Pařízková J, Braunerová R, Guttenbergerová T, Riedlová J, Zamrazilová H, Hill M, Šteflová A: [Overweight, obesity and underweight prevalence in 7-year-old children in the Czech Republic since 1951](#). *Cas Lek Cesk*. **2014**;153(6):271-6
19. Kříž, J. Prevence a ekonomika. *Hygiena*. 2011. 56 (3).
20. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, James WP, Wang Y, McPherson K. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61746-3. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61746-3.

21. Matiegka J. Somatologie školní mládeže [Somatology of Schoolchildren]. Nakladatelství české akademie věd a umění: Praha, 1927.
22. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (2014)
23. Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) č. 282/2014 ze dne 11. března 2014, kterým se zavádí třetí program činnosti Unie v oblasti zdraví (2014-2020) a zrušuje rozhodnutí č. 1350/2007/ES (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>).
24. OECD, Labour market impact of chronic diseases and associated risk factors, Delsa/HEA (2015)5
25. OECD, Sassi, F. Obesity and the Economics of Prevention, Fit not fat, 2010.
26. Organisation WH. Overweight / Obesity: Overweight (body mass index 25) data by WHO region. In: Organisation WH. Ed. Global Health Observatory Data Repository. Geneva: World Health Organisation.
27. První globální ministerská konference zdravého životního stylu a kontroly neinfekčních nemocí 2011
28. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT, Costa SA, Ashe M, Zwicker L, Cawley JH, Brownell KD. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61744-X. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61744-X. [Epub ahead of print] Review.
29. Sigmundová D, Sigmund E, Hamrik Z, Kalman M. Trends of overweight and obesity, physical activity and sedentary behaviour in Czech schoolchildren: HBSC study. *Eur J Public Health*. 2014 Apr;24(2):210-5.
30. Social determinants of health and well-being among young people. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2009/2010 SURVEY In: Currie C, Zanotti C, Morgan M, et al., eds. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: World Health Organisation, 2012. Vignerová J, Bláha P. The growth of the Czech child during the past 40 years. In: Bodzsár ÉB, Susanne C (eds). *Secular Growth Changes in Europe*. Eötvös University Press: Budapest, 1998, pp. 93–107.
31. Storckdieck genannt Bonsmann, S, Kardakis T, Wollgast J, Nelson M, Caldeira S: Mapping of National School Food Policies across the EU 28 plus Norway and Switzerland. JRC Science and Policy reports. 2014
32. The European Charter on Counteracting Obesity, Evropská charta řešící obezitu 2006)
33. The Action Plan for the Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease, Akční strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí (Rezoluce EUR/R C56/R2), 2006
34. The Health 2020 framework
35. Vosátková M, Ceřovská J, Zamrazilová H, Hoskovcová P, Dvořáková M, Zamrazil V.
36. Prevalence of obesity and metabolic syndrome in adult population of selected regions of the Czech Republic. Relation to eating habits and smoking. *Prague Med Rep*. 2012;113(3):206-16.
37. White paper A strategy on Nutrition, overweight and obesity related health issues. 2007
38. WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. World Health Organisation,
39. WHO European Region Food and Nutrition Action Plan, 2014 – 2020

40. WHO Regional Office for Europe, Nutrition, WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Denmark. 2008.
41. Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9 year-old children. *Pediatr Obes* 2012
42. Zpráva o zdraví obyvatel České republiky (2014)

Autoři, členové pracovní skupiny pro akční plán: Proti obezitě (PS APPO)

Prof. MUDr. Martin Fried, CSc., OB klinika Praha, místopředseda ČOS ČLS JEP, předseda IFSO-ECO

Prof. MUDr. Martin Haluzík, CSc., 1. LF UK v Praze, předseda ČOS ČLS JEP

MUDr. Hana Janatová, CSc., SZÚ Praha

MUDr. Marie Nejedlá, SZÚ Praha

Prof. MUDr. Marie Kunešová, CSc. Endokrinologický ústav Praha

MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D., zástupkyně hlavního hygienika ČR, MZ ČR

Prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc., IKEM Praha, předsedkyně ČDS ČLS JEP

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA., 1. LF UK v Praze, předseda ČLS JEP

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH, ředitelka Regionální kanceláře WHO v Praze

Garant: Doc. MUDr. Dana Müllerová, Ph.D., LF UK

Autoři i konzultanti věnovali maximální možnou pozornost tomu, aby informace v textu uvedené odpovídaly aktuálnímu stavu znalostí v době přípravy díla k vydání. I když tyto informace byly pečlivě kontrolovány, nelze s naprostou jistotou zaručit jejich úplnou bezchybnost. Z těchto důvodů se vylučují jakékoli nároky na úhradu ať již přímých či nepřímých škod.

18. 5. 2015