

# **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**

### **a) Správná výživa a stravovací návyky**

**Ministerstvo zdravotnictví**

**2015**

## Obsah

|                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Shrnutí.....                                                                                                                                                                             | 1  |
| 2. Důvodová zpráva .....                                                                                                                                                                    | 4  |
| a) Důvody nutnosti realizace akčního plánu.....                                                                                                                                             | 4  |
| b) Promítnutí vazby s organizačním i se společenským kontextem.....                                                                                                                         | 9  |
| c) APSV a naplnění resortních/nadresortních/národních/ nadnárodních strategií a jejich cílů ....                                                                                            | 16 |
| 3. Rozsah aktivit.....                                                                                                                                                                      | 17 |
| a) Zachování statusu quo .....                                                                                                                                                              | 17 |
| b) Zajištění nutného minima aktivit.....                                                                                                                                                    | 19 |
| c) Podniknutí potřebných aktivit.....                                                                                                                                                       | 23 |
| Klíčová priorita 1: Tvorba prostředí s vhodnými potravinami.....                                                                                                                            | 24 |
| Klíčová priorita 2: Podpora získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva .....           | 28 |
| Klíčová priorita 3: Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu .....                                                                                | 31 |
| Klíčová priorita 4: Podpora dozoru, sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu obyvatelstva ČR a jeho podskupin.....                                                  | 34 |
| Klíčová priorita 5: Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti a sociálních skupin ČR, tvorba komunit a aliancí ..... | 37 |
| 4. Předpokládané benefity APSV a jejich indikátory.....                                                                                                                                     | 40 |
| Benefit splnění klíčové priority 1 .....                                                                                                                                                    | 40 |
| Benefit splnění klíčové priority 2 .....                                                                                                                                                    | 41 |
| Benefit splnění klíčové priority 3 .....                                                                                                                                                    | 41 |
| Benefit splnění klíčové priority 4 .....                                                                                                                                                    | 42 |
| Benefit splnění klíčové priority 5 .....                                                                                                                                                    | 43 |
| 5. Předpokládaný neprospěch.....                                                                                                                                                            | 43 |
| 6. Časový rámec.....                                                                                                                                                                        | 45 |
| 7. Náklady .....                                                                                                                                                                            | 45 |
| 8. Vyhodnocení investic .....                                                                                                                                                               | 48 |
| 9. Hlavní rizika .....                                                                                                                                                                      | 49 |
| a) Definice sady rizik, které mohou zhoršit/zlepšit definované benefity či zhoršit/zlepšit, snížit/zvýšit definované náklady .....                                                          | 49 |
| Přílohy.....                                                                                                                                                                                | 50 |

## **Použité zkratky v dokumentu a přílohách**

Akční plán správné výživy a stravovacích návyků (APSV), 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); Krajská hygienická stanice (KHS); Marketingový kodex náhrad mateřského mléka (International Code of Marketing of Breast milk Substitutes - ICMBMS); 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); Odborná společnost praktických dětských lékařů ČSL JEP (PLDD); Pracovní skupina pro Akční plán správné výživy a stravovacích zvyklostí (PS APSV); Potravinářská komora ČR (PK); Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče (SKVIMP); Státní zdravotní ústav (SZÚ); Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Světová zdravotnická organizace (WHO).

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.

## 1. Shrnutí

Nesprávná výživa a nedostatek pohybové aktivity představují nejdůležitější rizikové faktory životního stylu, které se podílejí na rozvoji chronických neinfekčních onemocnění. Působí po dobu několika let až desetiletí, než dospějí k příznakům nemoci. Zpravidla jako první projev důsledků nesprávné výživy a nedostatku pohybové aktivity se vyvíjí obezita. Následuje vysoký krevní tlak (hypertenze), diabetes mellitus 2. typu, ateroskleróza a její komplikace ve formě infarktu myokardu a mozkové cévní příhody. Rovněž se zvyšuje riziko vzniku některých nádorových onemocnění.

Vzhledem k tomu, že je vznik těchto onemocnění procesem dlouhodobým, můžeme očekávat zdravotní efekt realizovaných opatření v oblasti prevence na úrovni populace ve střednědobém či dlouhodobém horizontu, v řádu let či desetiletí. Přesto však je tato investice do budoucnosti důležitým faktorem, který ovlivní zdravotní stav obyvatel a ekonomickou prosperitu ČR po roce 2030 či 2050. Z tohoto hlediska má prevence chronických neinfekčních onemocnění podobné postavení, jakými jsou rozvojové plány obrany, energetiky či dopravní infrastruktury. Snahou je především ovlivnit důležité aspekty života obyvatel naší země dlouhodobě. Základními populačními skupinami, které mohou být pozitivně ovlivněny nutriční intervencí, jsou děti, dospívající, mladí lidé a lidé středního věku. Naopak u osob nejvyššího věku je zapotřebí jiný typ nutriční intervence s ohledem na prevenci možné podvýživy. V současné době tvoří dvě hlavní skupiny chronických neinfekčních onemocnění, tj. onemocnění srdečně cévní a nádorová, hlavní příčiny úmrtnosti v ČR. Způsobují, že z hlediska mezinárodního srovnání patří ČR na podprůměrné místo v EU vzhledem k očekávané střední délce života a délce života ve zdraví. Hlavními charakteristikami nesprávné výživy je energetická a nutriční nevyváženost stravy s nadměrným příjmem soli, živočišných tuků a transmastných kyselin, jednoduchých cukrů, s nedostatečným zastoupením ovoce a zeleniny. Tento způsob výživy zvyšuje riziko rozvoje nadváhy a obezity a zároveň i riziko výše jmenovaných chronických neinfekčních onemocnění. Dostupná data o spotřebě soli, alkoholu, živočišných tuků a jednoduchých cukrů poukazují na jejich nadměrný příjem v ČR v porovnání s ostatními státy Evropy. Přední místo ČR zaujímá v nízké spotřebě ovoce a zeleniny. V současné době pandemie obezity i na základě výše uvedených skutečností nelze tvrdit, že všechny potraviny nabízené na trhu, byť zdravotně nezávadné, jsou z hlediska zdraví populace stejně vhodné. Za vhodnou

potravinu lze označit tu, která při pravidelné konzumaci v obvyklém množství nezvyšuje riziko chronických neinfekčních onemocnění a nepřispívá k nadbytku příjmu energie, nasycených tuků, transmastných kyselin, cukrů nebo soli. Naopak za nevhodnou potravinu v tomto kontextu, i z hlediska použití v další části textu, lze označit potravinu s vysokým obsahem ať už nasycených mastných kyselin nebo transmastných kyselin, cukrů či soli. Dlouhodobý či nadměrný příjem těchto potravin vede ke zvýšení rizika rozvoje nadváhy, obezity a dalších chronických neinfekčních onemocnění. Nesprávnou výživou jsou více ohroženy zranitelné (vulnerabilní) skupiny obyvatelstva. Mezi ně patří děti, a to pro svou snadnou manipulovatelnost komerčními zájmy; socioekonomicky znevýhodněné skupiny obyvatelstva, pro které jsou vhodné potraviny ekonomicky hůře dosažitelné, dále osoby nemocné či osoby nesoběstačné, závislé na pomoci druhých. Nesprávná, nutričně nevyvážená strava vede obecně k projevům malnutrice. Na jedné straně k výše popsané nadvaze, obezitě a chronickým neinfekčním onemocněním, na straně druhé k projevům vlastní podvýživy v podobě nedostatku energie a některých živin, především bílkovin, železa, vitamínu D, kyseliny listové, n-3 polyenových mastných kyselin, vitamínu A a dalších.

Změnit tyto trendy tzv. dvojité malnutrice vyžaduje rozvoj strategických aktivit a implementaci Národního akčního plánu správné výživy a stravovacích zvyklostí (APSV), který je součástí **Národního programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí** (dále jen „NS Zdraví 2020“), jeho **strategického cíle 2: „Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce“, prioritní oblasti 1: „Celoživotní investice do zdraví a posilování role občanů“, prioritní oblasti 2: „Čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních onemocnění a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel“, prioritní oblasti 3: „Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi“, prioritní oblasti 4: „Vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin“**. Tento akční plán zároveň rozvíjí Strategii bezpečnosti potravin a výživy 2014 - 2020a je sladěn s dalšími evropskými dokumenty, jako je **Akční plán pro implementaci evropské strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění** (Action Plan for Implementation of the European Strategy for the prevention and Control of Non-communicable 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.

Opírá se i o dokumenty, které se zabývají epidemií obezity a nadváhy v Evropě, 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).

### **Poslání APSV:**

Posláním APSV je v souladu s WHO Evropským akčním plánem významně snížit výskyt chronických neinfekčních onemocnění, kterým lze předcházet správnou výživou a pohybovou aktivitou, a jejichž výskyt v současném měřítku brání dalšímu socioekonomickému rozvoji ČR. Jde zejména o srdečně cévní a nádorová onemocnění, nadváhu a obezitu, ale také o podvýživu a mikronutrientní deficity, a s nimi spojená předčasná úmrtí a invaliditu v celém průběhu života. Akční plán vyžaduje aktivní přístup celé vlády, zohlednění zdraví ve všech oblastech politiky. Klíčové aktivity akčního plánu přispějí ke zlepšenému řízení správné výživy obyvatel, ke zlepšení kvality výživy a jejímu odrazu ve zdravotně nutričním stavu obyvatel.

### **Účel APSV:**

Účelem APSV je zabezpečit správnou výživu a vyváženou a pestrou stravu všem obyvatelům ČR prostřednictvím mezirezortní spolupráce.

### **Dlouhodobý záměr APSV v horizontu 20 - 30 let:**

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.

### **Klíčové priority APSV pro období 2016 - 2020:**

1. Podpora prostředí s nutričně vhodnými potravinami a nápoji.
2. Podpora získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života již od útlého věku a zejména, u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva.
3. Posilování zdravotního systému směrem k podpoře správné výživy a zdravého životního stylu včetně institucionálního stravování.

4. Podpora systematického sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu.
5. Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti i sociálních skupin, tvorba komunit a aliancí.

Klíčových priorit APSV je možné dosáhnout integrovaným celospolečenským úsilím, které povede k postupnému prodloužení a zvýšení kvality života cestou zlepšení výživy. Předpokládá vládou řízenou a mezi jednotlivými rezorty koordinovanou a realizovanou politiku zohledňující zdraví ve všech příslušných oblastech řízení. Jde zejména o řízení zabezpečení vhodných potravin a správné výživy obyvatelstva, podporu a rozvíjení zdravotní gramotnosti obyvatelstva v oblasti správné výživy, posilování zdravotního systému, aktivizaci společnosti a tvorbu znalostní databáze, na jejímž podkladě bude možné ekonomicky nejefektivnějším způsobem řídit optimální výživový a zdravotní stav obyvatel a tak významným způsobem ovlivňovat celkovou prosperitu země.

## **2. Důvodová zpráva**

### **a) Důvody nutnosti realizace akčního plánu**

#### **Zdůvodnění potřeby realizace APSV z hlediska ochrany a podpory zdraví obyvatelstva**

Nesprávná výživa je podle Studie Globálního výskytu nemocí z roku 2010 v Evropském regionu nejsilnějším faktorem ovlivňujícím zdraví a kvalitu života. Podmiňuje malnutrici, zahrnující jak nadváhu a obezitu a tím zvýšené riziko chronických neinfekčních onemocnění, tak vlastní podvýživu, zapříčiněnou nedostatkem energie, bílkovin či dalších živin.

Jak uvádí Zpráva o zdraví obyvatel České republiky (2014), chronické neinfekční nemoci jsou hlavní příčinou úmrtnosti a invalidity v ČR. Tři hlavní neinfekční nemoci, představují 79 % celkové úmrtnosti (ÚZIS 2014). Jedná se o srdečně cévní onemocnění (47,4 %), zhoubné novotvary (25,1 %) a nemoci dýchací soustavy (6,3 %). Mezi základní determinanty neinfekčních onemocnění, které lze modifikovat, patří vysoký krevní tlak,

vysoká hladina tuků v krvi, nadváha a obezita, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, kouření a zdraví poškozující nadměrná konzumace alkoholu.

Počet dispenzarizovaných pacientů pro hypertenzní nemoci neustále stoupá, přičemž v roce 2012 bylo takto sledováno asi 22,4 % pacientů. V ČR se v současné době léčí s diabetem 841 000 pacientů, přičemž více, než 90 % tvoří diabetes mellitus 2. typu, který je ovlivnitelný správnou výživou. Každoročně přibývá 20 000 pacientů a přibližně 200 000 o onemocnění neví. Při současném trendu by do roku 2025 mohlo trpět diabetem více než 1 milion obyvatel. Prevalence kuřáctví u dospělé populace se pohybuje mezi 28 – 32 %. Zpráva o zdraví obyvatel ČR uvádí, že kuřáctví je nejvyšší ve věkové skupině 15 – 24 let (44,7 %), což je alarmující vzhledem k tomu, že tato věková skupina zahrnuje i mladistvé, kteří jsou zranitelnou skupinou jak z hlediska účinku na zdraví, tak z hlediska rozvoje závislosti. Obdobně v konzumaci čistého alkoholu na obyvatele a rok se ČR umístila na 1. místě mezi všemi zeměmi EU s 16, 61 litry. Data ze studie ESPAD z roku 2011 udávají, že mezi českými dospívajícími 98 % 16-ti letých konzumuje alkoholické nápoje, přičemž je výrazně vyšší výskyt pití nadměrných dávek alkoholu (54 %) ve srovnání s evropským průměrem (39 %).

Podle WHO je možno správnou výživou, přiměřenou fyzickou aktivitou a nekouřením (tedy zdravým životním stylem) zabránit vzniku ischemické choroby srdeční z 80 %, cukrovky 2. typu z 90 % a nádorů z 30 %. ČR patří k evropským zemím s vysokou prevalencí obezity dospělých, nejvyšší incidencí zhoubných novotvarů, s téměř dvojnásobnou úmrtností na srdečně – cévní onemocnění proti evropským zemím s nejnižší úmrtností. Prevalence cukrovky 2. typu se za posledních 20 let zdvojnásobila a s narůstající epidemií obezity hrozí její další nárůst. Podle Globální strategie WHO je pro prevenci chronických neinfekčních onemocnění nezbytné ve výživě změnit energetickou nadbytečnost stravy vyrovnaním rovnováhy mezi příjmem a výdejem energie, navýšit spotřebu zeleniny, ovoce, celozrnných potravin, luštěnin, ryb, semen, ořechů; snížit příjem soli, živočišných tuků, vyloučit příjem transmastných kyselin, omezit příjem cukrů.

Kromě rizika chronických neinfekčních onemocnění vede na druhé straně nesprávná a nevyvážená strava v podobě nedostatečné výživy k projevům vlastní podvýživy s nedostatkem energie, bílkovin, vitamínu D, vápníku (zejména u starších osob), železa (u žen ve fertilním věku), vitamínu D, jodu, vitamínu A a dalších, které ohrožují zdraví.

Také mnoho nemocných či osob vyžadujících následnou či dlouhodobou ústavní péči trpí některou z forem malnutrice, která zhoršuje jejich prognózu a vede k velkým ekonomickým výdajům. Nesprávnou výživou jsou více ohroženy socioekonomicky znevýhodněné skupiny obyvatelstva. Vhodné potraviny s kvalitnější výživovou hodnotou jsou pro ně hůře ekonomicky dosažitelné, upřednostňují proto větší objem levnějších potravin s mnohdy vysokým obsahem energie, nasycených mastných kyselin, cukru či soli. Navíc zde často chybí znalost správných stravovacích návyků a dostatečná motivace ke změně nešetrného chování. U lidí v existenční nouzi pak skutečný nedostatek potravy vede k projevům vlastní podvýživy. To se může týkat až 10 % obyvatel, kdy mezi nejvýše rizikové skupiny obyvatelstva patří senioři, samoživitelé s dětmi, lidé bez domova, bez práce a některé minoritní skupiny obyvatelstva.

### **Ekonomické zdůvodnění potřeby realizace APSV**

Dosavadní zkušenosti vyspělých států i ČR ukazují, že prevence onemocnění a ochrana a podpora zdraví mají reálný přínos ke zlepšování zdravotního stavu populace a přináší významné úspory nákladů na zdravotní služby a sociální zabezpečení. Žádná ekonomika nemůže dlouhodobě financovat zvyšující se náklady spojené s léčbou chronických neinfekčních onemocnění. Investice do jejich prevence proto představuje jednu z klíčových priorit možného řešení.

Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v ČR v roce 2013 podle předběžných údajů ÚZIS cca 300 miliard (290 943 mil.) Kč. Z toho výdaje veřejných prostředků byly ve výši 246 562 mil. Kč, tj. 84,7 % celkových výdajů na zdravotnictví. 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 k 1. 4. 2015). Přičemž chronické neinfekční nemoci se podílí na celkové úmrtnosti 79 %.

Kvantifikace celkových ztrát, způsobených národním hospodářství nadváhou a obezitou, je velmi obtížná. Nejedná 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. Nezbytné je také zmínit fyzické a psychické strádání nemocných včetně 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 odhadů WHO možné předejít až 80 % srdečně cévních onemocnění a až 30 % nádorových onemocnění, činí odhadovaný dopad nesprávné výživy a nedostatečné pohybové aktivity obyvatelstva v ročním nákladu ČR až 132 miliard Kč. Z veřejných prostředků (85 % celkových) to pak odpovídá nákladům až 112 miliard ročně. Pokud by se podařilo reálně snížit cílenou prevencí výskyt chronických neinfekčních onemocnění alespoň o 5 %, v přímých nákladech na zdravotnictví by se mohlo uspořit na 10 miliard korun 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. V těchto nákladech nejsou kalkulovány další zhruba dvojnásobné výdaje na sociální péči ani náklady na léčbu dalších onemocnění souvisejících s nesprávnou výživou, jako je vlastní podvýživa a další.

Ve svém důsledku tak vede nesprávná výživa a nezdravý životní styl k závažným socioekonomickým ztrátám, a to jak z pohledu jednotlivce, rodiny, tak z pohledu společnosti.

Výživa je jednou z hlavních priorit v NS Zdraví 2020. Její odborné řízení a zároveň aktivizace všech složek společnosti žádoucím směrem, dle medicíny založené na důkazech (EBM), jsou nezbytné z perspektivy dlouhodobého cíle zlepšování nejen zdravotního stavu obyvatel ČR, ale i ekonomické prosperity ČR.

## **Zdůvodnění potřeby realizace APSV z hlediska nutnosti znalosti relevantních dat pro efektivní rozhodování státní správy**

V ČR v současné době chybí systematický sběr relevantních dat, jejichž analýza by zajišťovala podklady pro efektivní rozhodování státní správy v oblasti správné výživy obyvatelstva. Jedná se o 3 skupiny informací: i) údaje o aktuálním výživovém stavu obyvatelstva a jeho podskupin včetně dětí, údaje o biologické hodnotě přijímané stravy v závislosti na věku, pohlaví a socioekonomickém kontextu, specifická data týkající se aktuálně se vyskytujících malnutricí, ii) údaje o vývoji spotřeby potravin, nutriční skladbě potravin uváděných do oběhu, jejich cena a marketing. Velmi důležitá jsou rovněž iii) data sociální, informace o účinnosti podniknutých opatření v oblasti správné výživy, data o sociálním marketingu vhodných potravin, data o edukaci obyvatelstva a jeho podskupin.

V minulosti prováděné studie garantované státem sledování spotřeby potravin a biologické hodnoty výživy obyvatelstva a jeho podskupin členěných např. podle věku, či míry ohrožení nedostatečnou výživou nebo jednotlivými živinami skončily s rozpadem federativního státu. Jednou z příčin je i absence státem garantované databáze složení potravin na českém trhu. Z tohoto důvodu chyběl i jednotný nutriční software, podle kterého by se dala vyhodnocovat skladba přijímané stravy jednotným způsobem. Výrobci potravin mají také nově stanovenou povinnost uvádět výživové údaje na potravinách. Mohou je stanovit různými způsoby – s využitím volně přístupných dat z databází jednotlivých států, výpočtem nebo za použití speciálně vyvinutého software. Absence dostatečně robustní, relevantní databáze složení potravin výrazně omezuje naplňování požadavků týkajících se uvádění výživových údajů na potravinách, což se může dotknout i možných forem komunikace o výživových benefitech potravin uváděných v ČR na trh.

S cílem hodnotit bezpečnost potravin byly Státním zdravotním ústavem (SZÚ) prováděny studie dietární expozice, kdy byly analyticky vyhodnocovány směsné vzorky.

Řada univerzitních pracovišť či pracovišť výzkumných ústavů řešila parciální otázky problematiky výživy a výživového stavu obyvatel. Řada studií těchto pracovišť byla podporována z národních projektů podpory zdraví, z prostředků dalších grantových agentur, z podpory soukromých institucí, WHO či z dalších mezinárodních projektů. Až na výjimky však nešlo o celostátní monitoring. Systematické sledování spotřeby

potravin, nutriční kvality výživy a jejího odrazu ve zdravotním stavu obyvatelstva ve formě národních studií tak stále chybí.

## **b) Promítnutí vazby s organizačním i se společenským kontextem**

Předpokladem pro optimální zvládání záměrů/cílů APSV je zajištění vytvoření národního systému mezirezortní odpovědnosti za správnou výživu obyvatelstva a zajištění průceschopnosti PS APSV, řízenou MZ, odborem náměstka pro ochranu a podporu veřejného zdraví a hlavního hygienika ČR. Tato skupina by měla připravovat ve spolupráci se SZÚ a OOVZ odborné analýzy a odborné podklady nutné pro implementaci APSV a dosahování klíčových priorit APSV, kterými jsou:

1. Tvorba prostředí s nutričně vhodnými potravinami a nápoji.
2. 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.
3. Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu včetně institucionálního stravování.
4. Podpora systematického sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu.
6. Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti i sociálních skupin, tvorba komunit a aliancí.

Možnosti zapojení jednotlivých rezortů ČR 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 APSV v rámci NS Zdraví 2020 a zajištění podmínek pro práci PS APSV se zastoupením předních odborníků v oblasti výživy a zdraví populace. 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 nutričně nevyvážené, energeticky nepřiměřené stravy. Nezbytným předpokladem pro možnost tohoto hodnocení je dlouhodobý systematický monitoring jak ukazatelů zdraví a nutričního stavu populace, její nemocnosti a mortality, tak nutriční kvality a množství konzumované stravy v populaci a populačních skupinách. Pro tyto účely nutně potřebuje komplexní databázi nutričního složení potravin dostupných na českém trhu, která obsahuje jak dovážené potraviny, tak domácí produkci. V současné době Databáze složení potravin, budovaná Ministerstvem zemědělství ČR (MZE), není dostatečně robustní pro účely nutriční politiky. Prozatímním řešením je zajištění státem garantované jednotné databáze, vzniklé ať už kompilací zahraničních literárních údajů nebo nákupem jiné, českým poměrům podobné, zahraniční databáze, a její doplňování o data z analýzy domácích potravin, kterou zpracovává MZE. Úkolem MZ je také podpora a rozvíjení zdravotní gramotnosti obyvatel, tj. získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v duchu poznatků medicíny založené na důkazech (EBM). MZ zodpovídá za zdravotnický informační systém a je garantem validních informací založených na důkazech v oblasti výživy a životního stylu a prevence tak, aby obyvatelé měli možnost korigovat jinak nabyté, často zavádějící informace. Má možnost podporovat zdravotní gramotnost i nově budovanými regionálními Centry podpory zdraví. MZ prostřednictvím OOVZ a ve spolupráci s dalšími rezorty hledá, plánuje, metodicky připravuje, řídí nebo jinak podporuje nejúčinnější komunitní, ať už celorepublikové, krajské nebo lokální, preventivní programy, zacílené na zlepšení výživy formou výchovy ke zdraví. Využívá přitom nejúčinnějších prostředků a aktivit, včetně „kyber“ virtuálního vzdělávání. V gesci MZ je také formulace baterie výživových doporučení pro obyvatele. Jedná se o obecná výživová doporučení, doporučení založená na potravinách i doporučení ve formě nutričních standardů (dříve nazývaných výživové doporučené dávky) pro celodenní potřebu jednotlivých živin i celkové energie pro populační skupiny zdravých osob definovaných věkem, fyzickou aktivitou, příp. fyziologickým stavem jako je těhotenství nebo laktace žen. MZ ve spolupráci s MZE je zodpovědné za definování potravin s kvalitnější výživovou hodnotou formou nutričních standardů potravin pro jednotlivé komodity. Představují hodnotný nástroj pro rozvoj a implementaci reformulační politiky produkce potravin s vhodným nutričním složením. Nutričních standardů odlišujících vhodné a nevhodné potraviny je

možno využívat i v jiných oblastech politiky, např. při zadávání veřejných zakázek v oblasti zásobování potravinami. Nutričních standardů se využívá i pro řízení marketingu potravin určeným dětem.

V gesci MZ a MZE je kontrola potravinářských podniků zahrnující institucionální a veřejně stravování. V kompetencích MZ je i stanovení závazných nutričních doporučení pro institucionální stravování, jako je školní stravování, stravování v zařízeních léčebné i sociální péče, závodní, vojenské i vězeňské stravování. Nezbytným nástrojem pro dozorování nutriční hodnoty zakotveným v zákoně o ochraně veřejného zdraví je kvalitní databáze nutričního složení potravin garantovaná státem. MZ za účelem nutriční politiky zajistí možnosti využití širší databáze nutričních hodnot potravin např. nákupem databáze německy mluvících zemí nebo jiné komplexní databáze (viz výše). MZ je podle § 24 odst. 1 písm. c) prostřednictvím dozorové činnosti OOVZ zodpovědné

i za kontrolu nutričního složení potravin nabízených ve stravovacích službách. OOVZ se podílí na dozorové činnosti kvality a bezpečnosti potravin. MZ zodpovídá za zavedení celoplošného včasného vyhledávání osob v riziku malnutrice v rámci primární i sekundární zdravotnické péče, a to jak v oblasti nadváhy a obezity, tak vlastní podvýživy včetně mikronutrientních deficitů. Na úrovni populace či subpopulací (ohrožených skupin) identifikuje a systémově řeší aktuální mikronutrientní deficity. Je zodpovědné za poskytování komplexní diferencované péče nemocným s nadváhou a obezitou a za zajištění včasné nutriční intervence u osob s podvýživou. MZ by mělo zajistit vzdělávání specialistů v obezitologii, zavést systém standardů léčebné péče o obézní, zejména obézní s diabetem a dalšími komorbiditami. MZ je koordinujícím ministerstvem pro celospolečenskou prevenci obezity a nadváhy a dalších chronických neinfekčních onemocnění. 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. V centrech podpory zdraví 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 Zdravím 2020, podporuje orientaci výzkumu na získávání prokázaných postupů pro účinnou intervenci v oblasti výživy a hodnocení její efektivity na zdraví. Podporuje také výzkum v oblasti intervenčních preventivních programů neinfekčních chorob zahrnujících a zkoumajících zejména determinanty chování spotřebitele při výběru potravin a vztahy k socio-ekonomickému stavu a hledání nejúčinnějších prostředků intervence. 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 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 zemědělství ČR (MZE)** prostřednictvím státní správy zemědělství, vodního hospodářství a potravinářského průmyslu může účinně spolupracovat na realizaci APSV. Na základě vzniklých nutričních standardů potravin MZE ve spolupráci s MZ může určovat a řídit 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 uváděných na trhu a oblast výživových a zdravotních tvrzení u potravin. MZE je odpovědné za kvalitu a bezpečnost potravin a jejich kontrolu 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

(SŠ s maturitou), Diplomovaný nutriční terapeut (Vyšší odborné), Nutriční terapeut (Bc.), Nutriční specialista (Mgr.), lékař (MUDr.). Nezbytné základy vztahu výživy a zdraví by mělo zavést i do studijních programů nejenom specializovaných škol v oblasti potravin (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.

**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 a dalšími organizacemi zajištění výživy potřebným lidem v hmotné nouzi, zvláště dětem. MPSV odpovídá

za zajištění správné výživy klientů v zařízeních sociální péče včetně určení a zabezpečení rozsahu činností – tj. zajištění poradenství a dozoru specializovaným zdravotnickým odborníkem ve výživě v těchto zařízeních.

**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-obezigeního 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 snídaňové 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.

**Ministerstvo kultury (MK)**, které je ústředním orgánem státní správy na úseku kultury, je mimo jiné zodpovědné za reklamy v televizním a rozhlasovém vysílání. Může výrazným způsobem ovlivnit omezení a kontrolu reklamy nevhodných potravin dětem.

Dále může podporovat a dávat větší prostor kulturně vzdělávacím programům, které populárním způsobem zvyšují vzdělanost obyvatel v oblasti správných stravovacích návyků a ochrany zdraví před chronickými neinfekčními onemocněními.

### **c) APSV a naplnění resortních/nadresortních/národních/nadnárodních strategií a jejich cílů**

APSV svým posláním pokrývá v NS Zdraví 2020 zejména prioritní oblast 2: Čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních onemocnění a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel, kdy správná výživa je výraznou determinantou neinfekčních onemocnění a přispívá i k ochraně zdraví a rekonvalescenci i při infekčních onemocněních. Pro správnou výživu a zdravý životní styl obyvatelstva jsou skutečným přínosem takové programy ochrany a podpory zdraví, které budují a kultivují prostředí, kde převažuje nabídka a je usnadněna dostupnost vhodných potravin z hlediska prevence neinfekčních onemocnění a kde je obyvatel motivován chovat se žádoucím způsobem v ochraně svého zdraví v oblasti výživy a zdravého životního stylu, 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). APSV konvenuje dlouhodobým záměrům WHO (WHO "Global monitoring framework on NCDs" a "NCD global action plan" pro rok 2015) s cíli snížení rizika předčasného úmrtí na neinfekční onemocnění, snížení škodlivé konzumace alkoholu, soli, snížení prevalence hypertenze v populaci, zastavení nárůstu obezity a diabetu v populaci.

Tento akční plán zároveň rozvíjí Strategii bezpečnosti potravin a výživy 2014 - 2020 a je sladěn s dalšími evropskými dokumenty, jako je **Akční plán pro implementaci evropské strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních onemocnění** (Action Plan for Implementation of the European Strategy for the prevention and Control of Non-communicable 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. Opírá se i o dokumenty, které se zabývají epidemií obezity a nadváhy v Evropě, 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).

### **3. Rozsah aktivit**

#### **a) Zachování statusu quo**

ČR má v oblasti správné výživy v mezinárodním srovnání vynikajícím způsobem ošetřenu prenatální péči, péči o kojence, batolata, předškolní a školní děti. Tento fungující systém garantovaný státem je třeba zachovat, dále jej podporovat, chránit a kultivovat. Na úrovni prenatální péče se jedná se o individuální poradenství výživy těhotných, sledování jejich váhového přírůstku, deficitu železa. Ze strany České diabetologické společnosti (ČLS JEP) je voláno po screeningu pro gestační diabetes prováděném podle indikací ze strany ČDS povinně gynekologem a hrazeného úhradovou vyhláškou v rámci prenatální péče. V období kojeneckého věku je podporována optimální výživa kojence délkou mateřské dovolené garantované státem, dále vynikající pediatrickou péčí v rámci primární prevence včetně substituce vitamínu K a vitamínu D, screeningu na fenylketonurii. V minulosti v této oblasti sehrály důležitou roli i iniciativy WHO, jako je Baby friendly hospital iniciativa a respektování marketingového kodexu International Code of Marketing of Breast milk Substitutes (ICMBMS). V těchto aktivitách podporujících a chránících kojení je třeba pokračovat i nadále. V předškolním a školním věku, v zařízeních poskytovaných státem, jde o poskytování stravy v rámci institucionárního stravování. V mateřských školách se jedná o zajištění 60 % celodenní stravy ve formě svačiny, oběda a odpolední přesnídávky, v základních, středních a vyšších odborných školách o zajištění oběda. Nutriční hodnota podávané stravy v těchto zařízeních je garantována státem a hodnocena formou pestrosti, plnění spotřebního koše a hygienického zabezpečení. Pravděpodobně díky této státem garantované péči je ČR v oblasti dětské obezity na tom v evropském srovnání relativně dobře na rozdíl od situace v dospělé populaci. I u dětí výskyt obezity začíná narůstat díky stále většímu pasivnímu trávení volného času dětí, a také díky dosud neregulované nabídce doplňkového stravování ve školním prostředí formou automatů a bufetů. Je třeba připravit vyhlášku pro doplňkový prodej potravin, opírající se v rámci prevence chronických neinfekčních onemocnění o přijatelné nutriční standardy.

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 ČR je vybudována struktura OOVZ. V období mezi roky 2006 – 2012 prošla hygienická služba negativním, až destruktivním vývojem vedoucím k destabilizaci systému, se zásadními dopady do ekonomických, materiálních a personálních kapacit, které ovlivnily a i nadále ovlivňují plnění úkolů v ochraně a podpoře veřejného zdraví, a to vzhledem jak k celkové míře restrikcí, tak charakteru preventivních opatření, jejichž pozitivní či negativní efekt má dlouhodobý účinek. Mezi hlavní negativní dopady finančních a personálních restrikcí na plnění úkolů ochrany a podpory veřejného zdraví 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 expertní činnost pro hodnocení výživy populace i jejích podskupin ve vztahu k chronickým neinfekčním onemocněním. Pracovníků OOVZ je zapotřebí využít nejen v roli 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.

Rovněž je třeba využít potenciál OOVZ ve sběru aktuálních dat o stavu výživy obyvatelstva a provádění specifických, k aktuálním problémům cílených šetření v oblasti výživy. Je vhodné zachovat účast ČR na evropských projektech monitorování dětské nadváhy a obezity COSI a HBSC.

ČR se dokázala v minulosti vyrovnat s problémem jodového deficitu ustanovením Národní skupiny pro řešení jodového deficitu. V poslední době se však objevují podezření na nové a další nutriční deficity týkající se zejména vitamínu D, vápníku, železa, proteinových malnutric apod. u rizikových skupin obyvatelstva. Těmto specifickým úkolům by se měl věnovat SZÚ. Cíleným šetřením by měl získávat a analyzovat potřebná data o stávající situaci, která budou sloužit jako východiska pro cílenou ekonomicky i zdravotně efektivní intervenci.

Co se týče výživy dospělé populace, je třeba podporovat a ovlivňovat kvalitu závodního stravování. V oblasti veřejného stravování garantuje stát pouze hygienickou stránku přípravy a podávání pokrmů. Legislativně není podpořena ani velikost podávaných porcí, ani biologická hodnota stravy se zohledněním prevence neinfekčních onemocnění a dozorové orgány (KHS) nemají v tomto směru žádné nápomocné kompetence.

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 (SŠ s maturitou), diplomovaný nutriční terapeut (DiS.), nutriční terapeut (Bc.), nutriční specialista (Mgr.). Zároveň je vzhledem k poptávce po nutričním poradenství na trhu mnoho 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 ambulancí nutričních terapeutů a specialistů, kteří by jako odborní pracovníci ve zdravotnictví poskytovali odborné služby poradenství ve výživě, a to nejen v oblasti léčebné péče, ale i v oblasti primární prevence, kam spadá edukace ve výživě.

## **b) Zajištění nutného minima aktivit**

Při nedostatku prostředků pro implementaci APSV v celé šíři jsou pro zajištění postupného zlepšení výživy obyvatelstva a podpory správné výživy považovány následující aktivity:

1. Vytvoření institucionálního (společenského) systému odpovědnosti za otázky související s výživou, který bude závazný a veřejně přístupný, aby se odborníci i obyvatelé orientovali v jeho hierarchii a mohli jej využívat. Tento systém bude klíčovým nástrojem pro sociální marketing správné výživy v populaci.

2. 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.
3. V pravidelných intervalech aktualizování dle nejnovějších poznatků EBM výživových doporučení ve formě obecných výživových doporučení; doporučení založených na počtu doporučených porcí z jednotlivých potravinových komodit (FBDG – Food Based Dietary Guidelines) i doporučení podle nutričních standardů (výživové doporučené dávky) dle populačních skupin i podskupin zdravých osob (senioři, děti, těhotné a kojící ženy), dále u rizikových i chronicky nemocných, vyžadujících dietoterapii.
4. Navyšování zdravotní gramotnosti obyvatel v oblasti správné výživy. Podpora a rozvoj stávajícího systému vzdělávání ve výživě ve smyslu získávání znalostí, postojů a osvojování si chování chránícího a podporujícího zdraví obyvatelstva.
5. Vytvoření sítě ambulancí nutričních terapeutů a specialistů, kteří by jako odborní pracovníci ve zdravotnictví poskytovali odborné služby poradenství ve výživě z indikace lékaře nejen v oblasti sekundární, ale i primární léčebné péče, jejíž součástí je edukace ve výživě. Pro jejich činnost je využitelný legislativní rámec vyhl.134/1998 Sb. vydané MZ, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění posledních předpisů, je však třeba vyjednat podmínky úhrady jejich výkonů z veřejného zdravotního pojištění a smluvní zajištění těchto zdravotnických zařízení. Tak se mimo edukaci nemocných zabezpečí individuální poradenství výživy těhotných, kojících, dětí, seniorů i rizikových dospělých.
6. Podpora kojení a pokračování v dodržování úmluv a standardů Baby friendly hospital iniciative a respektování kodexu ICMBMS.
7. Ve školách a školských zařízeních pokračující podpora kvalitní výuky a výchovy týkající se pestré a vyvážené stravy a zdravého životního stylu, soustavné zlepšování nutriční kvality školního stravování a zavedení regulace doplňkového prodeje potravin a nápojů. Za tímto účelem připravení vyhlášky regulující doplňkový prodej s vyřazením nutričně nevhodných potravin a nápojů z nabídky doplňkového prodeje. Celkové zajištění ochrany dětí před nabídkou nevhodných

potravin a nápojů ve školním prostředí z hlediska rozvoje nadváhy a obezity a tím i z hlediska rozvoje chronických neinfekčních onemocnění v dospělosti.

8. Kromě vyhodnocování spotřebního koše a pestrosti školního stravování příprava doporučení pro nutriční složení školního stravování. Pokračování kontroly naplňování výživových norem a doporučení ve školním stravování.
9. Další podpora distribuce tuzemského ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků žákům základních škol v rámci programů Ovoce a zelenina do škol, Školní mléko a dalších.
10. Omezení a kontrola reklamy zaměřené na nevhodné potraviny formující nesprávné stravovací návyky dětí, a to nejen ve školách a školských zařízeních, ale i v médiích, včetně internetu. Zajištění právní úpravy marketingu s cílem chránit děti před reklamou obsahující propagaci nevhodných potravin.
11. Legislativní i reálné posílení role OOVZ v poradenském a metodickém vedení aktivit v oblasti správné výživy a prevence chronických neinfekčních onemocnění na celostátní, krajské i lokální úrovni. Využití potenciálu OOVZ sbírat aktuální data o stavu výživy obyvatelstva a provádět specifická, k aktuálním problémům cílená šetření v oblasti výživy. K tomu je nezbytné výrazně posílit počet odborných pracovníků, zabývajících se výživou v OOVZ.
12. Provádění systematického monitoringu dat stravovacích zvyklostí a zdravotně nutričního stavu populačních skupin a podskupin.
13. Vyhodnocování podezření na nové nutriční deficity, týkající se zejména vitamínu D, vápníku, železa, malnutric proteinových apod. u rizikových skupin obyvatelstva. Navrhování cílených intervencí prostřednictvím SZÚ.
14. Zajištění analýzy stávajících výživových zvyklostí obyvatelstva ČR s vyhodnocením, které potraviny nejvíce zatěžují nejvyšší počet obyvatel nadměrným příjmem, a tedy nejvyšší koncentrací soli za den.
15. Vypracování a přijetí nutriční standardů pro jednotlivé komodity potravin přijatelných z hlediska prevence chronických neinfekčních **onemocnění** a vztažených k obsahu energie, nasycených tuků, cukrů a soli.
16. Rozvíjení spolupráce s výrobcí potravin a provozovateli podniků společného stravování při vzdělávání a předávání výživových informací spotřebitelům.

17. Rozvíjení spolupráce s výrobci a spotřebiteli při hledání vhodného/efektivního komunikačního stylu.
18. Ve spolupráci s výrobci potravin aktivní podpora reformulační politiky potravin s cílem progresivního snižování především obsahu soli v potravinách, nasycených a transmastných kyselin, cukrů.
19. Průběžné monitorování a vyhodnocování dopadů reformulační politiky v nabízených potravinách i nutriční spotřebě.
20. Kontrola příjmu jodu, vitamínu D a dalších aktuálně vznikajících nutričních deficitů.
21. Založení Platformy výživy, fyzické aktivity a zdraví, jejímž cílem je na základě dobrovolných aktivit státních, soukromých i veřejných neziskových organizací, vytvářet antiobezigenní prostředí, a tak implementovat výše popsanou politiku do reálného života.
22. Působení na vysoké školy, aby zařazovaly do pregraduálního vzdělávání studentů výuku výživy člověka a to především na lékařských, pedagogických a dalších fakultách.
23. Vytvoření nástavbového specializačního vzdělávání lékařů v oboru obezitologie.
24. Podpora vhodných stravovacích návyků spotřebitelů/obyvatel ČR a jejich odpovědného chování ve výživě a zdravém životním stylu, posilování vědomí a motivace obyvatel ke zlepšování stravovacích návyků s cílem snižování nadváhy a obezity a souvisejících chronických neinfekčních onemocnění.
25. Spolupráce s výrobci a prodejci, včetně společného stravování, při vývoji nových technologií a receptur potravin/pokrmů tak, aby lépe odpovídaly současným požadavkům na správnou výživu/kvalitu výživy.
26. Podpora a rozvoj profesního vzdělávání pracovníků všech organizací zapojených do ochrany a podpory veřejného zdraví v oblasti výživy a prevence nadměrné tělesné hmotnosti a onemocnění s tímto souvisejících.
27. Zapojení spotřebitelských organizací do procesu tvorby a šíření informací v oblasti výživových doporučení.

### **c) Podniknutí potřebných aktivit**

V dalším textu je popsáno 5 klíčových priorit následovně: Nejprve je členění, kdy konkrétní potřebné aktivity k realizaci APSV (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 **APSV Zdraví 2020 logramec.xls** je pak v listu Log ramec APSV tabulka, ve které jsou vyjmenovány ve sloupcích:

Návaznost na strategické cíle a oblasti zdraví 2020.

Klíčové priority.

Benefity.

Podstatné výstupy APSV.

Dílčí indikátory.

Dílčí projekty a aktivity APSV.

Předpoklady pro realizaci projektů.

Odpovědnost.

V příloze **APSV Zdraví 2020 harmonogram** je pak v listu Log ramec APSV 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.

## **1. Klíčová priorita: Tvorba prostředí s vhodnými potravinami**

### **1.1. Vytvoření systému společenské odpovědnosti za správnou výživu obyvatelstva.**

1.1.1. Vytvoření konsorcia mezi jednotlivými oborovými ministerstvy, kde bude na bázi trvale udržitelné supervize pravidelně diskutována a rozpracovávána problematika správné výživy obyvatelstva a vytváření antiobezigenního prostředí.

1.1.2. Zajištění státem garantované databáze nutričního složení potravin pro potřeby nutričního monitoringu (Nákupem kompilované nebo zahraniční databáze nutričního složení a její doplnění o data chemické analýzy potravin lokální produkce).

### **1.2. Reformulace potravin, tj. změna složení potravin ve smyslu snížení soli, cukrů, živočišných tuků a trans mastných kyselin. Podpora vhodných potravin na trhu, aby byly více zastoupené a ekonomicky dostupné.**

1.2.1. Ustanovení mezirezortní komise pro reformulační politiku soli, cukrů; nasycených a transmastných kyselin.

1.2.2. Sběr dat a analýza spotřeby potravin a jejich nutričního složení.

1.2.3. Ustanovení časově vázaných reformulačních cílů pro jednotlivé komodity.

1.2.4. Ustanovení nástrojů reformulační politiky.

1.2.5. Ustanovení platformy výživy a zdraví např. v rámci PK.

1.2.6. Komunikace s výrobcí, prodejci potravin, provozovateli společného stravování, zástupci neziskových organizací, soukromými subjekty.

1.2.7. Sociální marketing reformulovaných potravin a jejich rozpoznatelnost veřejností.

1.2.8. Evaluace a monitoring dosažených cílů reformulace.

### **1.3. Podpora nabídky správné výživy ve školách a školských zařízeních.**

1.3.1. Vypracování nutričních doporučení školního stravování.

1.3.2. Regulace vhodných potravin v doplňkovém prodeji vyhláškou.

1.3.3. Další podpora programů Ovoce a zelenina do škol, Školní mléko.

#### **1.4. Ochrana dětí před marketingem nevhodných potravin prostřednictvím zákona o regulaci reklamy.**

1.4.1. Úprava zákona o regulaci reklamy, který by limitoval a reguloval reklamu na nevhodné potraviny v televizi, rozhlasu a na internetu v pořadech určených dětem a adolescentům

1.4.2. Monitoring a kontrola dodržování úmluv v marketingu nevhodných potravin dětem včetně dodržování zákona o regulaci reklamy.

**Tvorba prostředí s vhodnými potravinami** znamená vytvořit takové zevní prostředí pro obyvatele ČR, které umožní, aby nabídka a možnost výběru vhodných potravin z hlediska dlouhodobé ochrany a podpory zdraví byla pro ně snadnější. Tedy, nejenže tyto potraviny jsou fyzicky na trhu přítomné, ale jsou pro obyvatele i ekonomicky dostupné a jsou také jimi snadno rozpoznatelné. Dle nejnovějších studií to nelze zajistit živelnými tržními mechanismy, ale cílevědomým řízením státní správy (Lancet, 2015). Protože nevhodné potraviny svým složením a cenovou dostupností vytvářejí závislost biologickou, psychologickou, sociální a ekonomickou, které obyvatelé bez aktivní podpory státu nemají možnost zvládnout (Lancet, 2015).

Předpokladem pro tvorbu takového prostředí je vytvoření národního systému mezirezortní odpovědnosti za správnou výživu, vytvoření mezirezortního konsorcia (MRK) mezi jednotlivými oborovými ministerstvy (MZ, MZE, MŠMT, MPO, MF), kde bude na bázi trvale udržitelné supervize pravidelně diskutována a rozpracovávána problematika správné výživy obyvatelstva a vytváření antiobezigenního prostředí. Klíčová role MZ spočívá v rozboru zdravotního stavu obyvatelstva, analýzy rizika vyplývajícího z nesprávné výživy a identifikaci potřebných změn v jejích klíčových determinantách, aby se to projevilo na zdravotním stavu lidí. Pro tuto činnost potřebuje zajistit práceschopnost PS APSV, řízenou odborem náměstka pro ochranu a podporu veřejného zdraví, a také komplexní databázi nutričního složení potravin dostupných na českém trhu, která obsahuje jak dovážené potraviny, tak domácí produkci. V současné době Databáze složení potravin, vytvářená MZE, není dostatečně robustní pro účely nutriční politiky. Prozatímním řešením je zajištění státem garantované

jednotné databáze, vzniklé ať už kompilací zahraničních literárních údajů nebo nákupem jiné, českým poměrům podobné, zahraniční databáze, a její doplňování o data z analýz domácích potravin, kterou zpracovává MZE.

Zcela zásadním výstupem této klíčové priority je reformulace potravin. Tzn. cílevědomou reformulační politikou příslušející gesci MZE, MPO, MF, MZ, směřovat a motivovat výrobce a distributory potravin k šíření a zásobování trhu potravinami s nižším obsahem soli, cukrů, nasycených nebo trans mastných kyselin. A naopak nabízení potravin, s vyšším zastoupením celozrnných obilovin, zeleniny, ovoce, libového masa a ryb, nízkotučných mléčných výrobků. Nezbytným předpokladem pro poveditelnost reformulace je koordinovaná časová souslednost postupných reformulačních cílů, komunikace s výrobcí a distributory a podpora odbytu reformulovaných potravin vyšším spotřebitelským zájmem, odvíjejícím se od druhé klíčové priority APSV a sociálního marketingu vhodných potravin. Kromě ustanovení mezirezortní komise pro reformulační politiku pak dílčími projekty jsou: Vyhodnocení, které potraviny nejvíce zatěžují nejvyšší počet obyvatel nadměrným příjmem, a tedy nejvyšší koncentrací sledovaných problematických nutrientů za den na základě sběru dat a analýzy spotřeby potravin. Ustanovení časově vázaných realistických reformulačních cílů (bench marky, limity) nasycených tuků, cukrů a soli pro jednotlivé komodity. Stanovení účinných, v našich podmínkách přijatelných, nástrojů reformulační politiky. Příklady ze světa nabízejí několik forem, od pobídky investic do nových technologií a ekonomické podpory výroby vhodných potravin až po daňové znevýhodnění balených potravin překračující nastavené limity (Maďarsko, Mexiko, přechodně Dánsko), které podle systematického výzkumu mají potenciál snižovat spotřebu nevhodných potravin (Lancet, 4, 2015). Jako efektivní, v minulosti reálně prověřený postup, který byl uplatněn v North Karelia projektu ve Finsku, je přístup, který na bazi cílevědomé, státní správou řízené, komunikace s výrobcí a distributory potravin, využívá dobrovolných závazků ze strany potravinářského průmyslu, snižovat ke konkrétnímu datu na konkrétní limit konkrétní ingredience (např. soli) v konkrétní komoditě. Princip dobrovolných závazků využívá k tvorbě antiobezigenního prostředí i Evropská Komise v gesci DG SANCO ustanovením a aktivitou EU Platformy pro výživu, fyzickou aktivitu a zdraví. Pro reformulaci potravin je proto důležité ustanovit jako komunikační nástroj Platformu výživy a zdraví, např. v rámci Potravinářské komory ČR a aktivně rozvíjet spolupráci s výrobcí, prodejci potravin, provozovateli společného

stravování, zástupci neziskových organizací, soukromými subjekty s cílem progresivního snižování především obsahu soli v potravinách, nasycených a transmastných kyselin, cukrů. Nedílnou součástí výstupu reformulace potravin je průběžné monitorování a vyhodnocování dopadů reformulační politiky v nabízených potravinách i nutriční spotřebě.

Při tvorbě prostředí s vhodnými potravinami je třeba zvláštního zřetele na děti. Připravit jim prostředí, které napomáhá naučení se zařazovat do své výživy vhodné potraviny a které je chrání před expozicí nevhodnými potravinami. Nejdůležitějším prostředím, které může státní správa aktivně kultivovat, jsou školy a školská zařízení. Jde o zabezpečení školního stravování a dozoru jeho nutriční kvality dle platné legislativy a o ovlivňování nabídky potravin, nápojů a pokrmů ve školních automatech a bufetech nově připravovanou vyhláškou regulující vhodné potraviny v doplňkovém prodeji v rámci Školského zákona. I nadále je třeba rozvíjet evropské projekty „Ovoce a zelenina do škol“, „Školní mléko“.

Ochrana dětí před marketingem nevhodných potravin by měla být realizována prosazením zákona o regulaci reklamy, který by omezoval reklamu a marketing nevhodných potravin dětem v médiích, na internetu a sociálních sítích. Při těchto regulacích je možno vycházet z doporučení WHO z roku 2015, týkajících se marketingu nevhodných potravin dětem, tato doporučení modifikovat dle národních zájmů. Rovněž je třeba zhodnocovat dobrovolných závazků potravinářského průmyslu na evropské unii, např. EU Pledge, tuto samoregulaci podporovat a rozvíjet aktivní spolupráci s výrobcí a tak postupně zlepšovat ochranu dětí. MPO je gestorem zákona o regulaci reklamy, který stanoví požadavky na reklamu. Při ochraně vytvoření zdravých stravovacích návyků u dětí pak MPO může, ve spolupráci s MZ ČR, začlenit věcné požadavky týkající se marketingu jednoznačně definovaných nevhodných potravin z hlediska správných stravovacích návyků dětí do zákona tak, aby byly organicky včleněny a při jeho aplikaci nedocházelo k nejasnostem. Reklamy propagující nevhodné potraviny přímým či nepřímým způsobem jsou šířeny různými komunikačními technologiemi. Mezi nimi důležité místo zaujímá televizní a rozhlasové vysílání, kdy reklama v televizním a rozhlasovém vysílání je upravena v mediálním zákoně a spadá do gesce MK ČR. Je proto žádoucí omezit reklamu a marketing nevhodných potravin dětem podle výše naznačených pravidel i v těchto médiích. V současnosti mezi

nejvíce propagovanými potravinami bývají potraviny s vysokým obsahem energie, nasycených a transmasných kyselin, jednoduchých cukrů a soli, jako jsou snídaňové cereálie, nápoje slazené cukry, sladkosti a cukrovinky. Tyto reklamy ovlivňují potravinové preference a návyky dětí, které se přenášejí až do dospělosti a jsou spojeny s nesprávnou výživou, nezdravým životním stylem a zvýšeným rizikem vzniku nadváhy, obezity a dalších chronických neinfekčních onemocnění. 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.

*Klíčová priorita 2: Podpora získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva*

## **2. Klíčová priorita: Podpora získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva.**

### **2.1. Zvýšení zdravotní gramotnosti ve správné výživě, diferencované podle věkových skupin v celé populaci.**

- 2.1.1. Zřízení e-portálu MZ s garantovanými informacemi o správné výživě, které budou závazné a veřejně přístupné, aby se odborníci i veřejnost orientovali v jejich hierarchii a takto je mohli využívat.
- 2.1.2. Podpora a rozvíjení programů „kyber“ virtuálního vzdělávání ve správné výživě a prevenci obezity zdravotnickými odborníky.
- 2.1.3. Podpora správné výživy v médiích – komplexní zajištění mediální podpory ze strany veřejnoprávních médií, spolupráce s privátními médii, podpora správné výživy na internetu, na sociálních sítích a dalších.
- 2.1.4. Podpora předávání a šíření příkladů dobré praxe správné výživy v komunitách.
- 2.1.5. Podpora získávání a osvojování si správné výživy ve vzdělávání (v předškolním vzdělávání, v základních školách a nižších stupních víceletých gymnázií; ve školách poskytujících střední vzdělání; ve vyšších

odborných školách a na vysokých školách; ve výchovně vzdělávacích institucích v rámci celoživotního vzdělávání.

## **2.2. Individuální poradenství ve výživě zdravotnickými odborníky ve výživě, hrazené z veřejného zdravotního pojištění.**

2.2.1. Podpora edukace ve výživě těhotných a kojících žen.

2.2.2. Podpora edukace ve výživě kojenců, batolat.

2.2.3. Podpora edukace ve výživě dětí a mládeže v riziku malnutrice z nesprávné výživy.

2.2.4. Podpora edukace ve výživě dospělých osob v riziku malnutrice z nesprávné výživy.

2.2.5. Podpora edukace ve výživě seniorů v riziku malnutrice z nesprávné výživy.

2.2.6. Změna živnosti volné na vázanou v oblasti podnikání poradenství ve výživě. Zavedení konsesování a stanovení kvalifikačních požadavků pro výkon poradenství v oblasti výživy podle zákona č. 95 a 96/2004 Sb.

## **2.3. Navýšení nutriční kvality institucionálního stravování (ve školách a školských zařízeních, v závodním stravování, ve vězeňské službě, v nemocnicích a ústavech dlouhodobé a následné péče).**

2.3.1. Tvorba nutričních doporučení pro jednotlivé typy zařízení.

2.3.2. Systematické školení personálu v kuchyních.

2.3.3. Vyhláška ustanovující kontroly nutričního složení.

## **2.4. Podpora dostupnosti výživy, získávání a osvojování si správné výživy u nejvíce zranitelných skupin obyvatel v oblasti výživy.**

2.4.1. Rozvoj politiky výživového zabezpečení lidí v hmotné nouzi.

2.4.2. Pro děti z domácností v hmotné nouzi (dotační program pro chudé rodiny, zajištění školních obědů pro tyto děti).

2.4.3. Pro domácnosti žijící v chudobě (tvorba doporučení nutričně vhodného spotřební koše při nejnižších finančních nákladech).

2.4.4. Pro lidi bez domova.

2.4.5. Pro seniory žijící v chudobě.

2.4.6. Pro minoritní skupiny obyvatel.

**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** je druhou klíčovou prioritou.

Základní dva výstupy této priority jsou zaměřené na i) obecné zvýšení zdravotní gramotnosti ve správné výživě ve všech věkových skupinách a na ii) individuální poradenství ve výživě zdravotnickými odborníky ve výživě. Zbylé dva výstupy modifikují dostupnost správné výživy jak v institucionálním společném stravování, tak u nejvíce zranitelných skupin obyvatel, čímž také přispívají k osvojování si správné výživy.

Zvýšení zdravotní gramotnosti ve správné výživě, diferencované podle věkových skupin v celé populaci, pracuje s celou řadou dílčích aktivit, jejichž cílem je předat obecná výživová tvrzení v souvislosti s ochranou a podporou zdraví, podložená EBM. Základním pilířem je zřízení a aktuální udržování e-portálu MZ s garantovanými informacemi o správné výživě, které budou závazné a veřejně přístupné, aby se odborníci i veřejnost orientovali v jejich hierarchii a takto je mohli využívat, a které budou poskytovat protiváhu všem nevědeckým či fakticky nepodloženým informacím. Další aktivity využívají nejmodernějších prostředků informačních technologií k šíření zdravotní gramotnosti, stejně tak jako médií a vzdělávacích programů ve školách včetně celoživotního vzdělávání.

Individuální poradenství zdravotnickými odborníky ve výživě představuje vyšší úroveň edukace správné výživy. Je doslova „šité na míru“ jednotlivci a vyžaduje kvalifikované vzdělání poskytovatele. Dle platného zákona č. 48/1997 Sb. jsou tyto výkony zdravotnických odborníků tzv. „edukace ve výživě“ hrazeny plátcem z veřejného zdravotního pojištění, je však třeba v jednání MZ s odbornými společnostmi ČLS JEP (ČOS, ČDS, SKVIMP, PLDD) a plátcem (zdravotními pojišťovnami) provést systemizaci jejich pracovišť a smluvně navýšit počet jejich výkonů.

Navýšení nutriční kvality institucionálního stravování vyžaduje tvorbu nutričních doporučení podle typu zařízení a současných mezinárodních doporučení, systematické školení personálu v kuchyních a vyhlášku, pomocí které by se dala dozorovat nutriční kvalita stravování v těchto zařízeních OOVZ. To by se týkalo i školního stravování, kde kromě vyhodnocování spotřebního koše a pestrosti školního stravování by se hodnotilo i nutriční složení školního stravování.

Podpora dostupnosti výživy, získávání a osvojování si správné výživy a zdravého životního stylu předpokládá rozvoj politiky výživového zabezpečení lidí v hmotné nouzi, využívání potravinových bank dle platné legislativy. Vytváření dotačních programů na rozšíření a systemizaci center, která dle Zákona o sociálních službách, mohou poskytovat stravu pro lidi bez domova (nízkoprahová denní centra, azylové domy). Zajištění školních obědů dotačním programem pro děti z domácností v hmotné nouzi. Vypracování doporučení spotřebního koše vhodných potravin při nejnižších finančních nákladech. Pro seniory žijící v domácím prostředí je výživa velice závislá na jejich schopnostech nákupu a vaření. Pokud se tato schopnost sníží, ale je zajištěn dovoz obědů, jsou schopni ještě další roky v domácím prostředí dobře a poměrně samostatně žít. Tam, kde není výživa zajištěna, se senioři prude horší a končí často v LDN po zlomeninách v důsledku pádu nebo rychleji se rozvíjející demence. Je proto nutné zachovat rozvoz oběda jako základní služby ze zákona 108/2006 o sociálních službách.

Je třeba vypracovat cílené preventivní programy správné výživy pro minoritní skupiny obyvatel, akceptovatelné jejich kulturou, v praxi realizovatelné.

*Klíčová priorita 3: Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu*

### **3. Klíčová priorita: Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu**

#### **3.1. Odborné řízení akčního plánu a tvorba systému výživových doporučení, jejich přijetí a garance státem.**

3.1.1. Zajištění činnosti PS APSV/APPO.

3.1.2. Obecná výživová doporučení pro obyvatelstvo.

3.1.3. Doporučení potravin pro jednotlivé skupiny dle věku a fyzické aktivity.

3.1.4. Doporučení ve formě nutričních standardů energie a nutrientů v závislosti na věku, pohlaví, fyzické aktivitě.

3.1.5. Doporučení pro klinickou dietologii, parenterální, enterální výživu.

### **3.2. Zavedení celoplošného vyhledávání osob v riziku malnutrice v rámci primární i sekundární zdravotnické péče.**

3.2.1. Včasné vyhledávání a léčba dětí i dospělých osob s nadváhou a obezitou na úrovni praktických lékařů (řeší APPO).

3.2.2. Včasné vyhledávání a léčba dětí i dospělých osob s podvýživou na úrovni praktických lékařů a ostatních lékařů v rámci primární prevence komplikací malnutrice.

### **3.3. Poskytování komplexní diferencované péče nemocným s nadváhou a obezitou.**

3.3.1. Vybudování sítě diferencované léčebné péče o obezní (řeší APPO).

3.3.2. Smluvní zajištění sítě zdravotnických ambulantních zařízení a center pro léčbu obezity zdravotnickými pracovníky (řeší APPO).

3.3.3. Vyjednávání podmínek úhrady poskytované diferencované péče o obezní z veřejného zdravotního pojištění (řeší APPO).

3.3.4. Systemizace vzdělávání zdravotnických pracovníků v obezitologii (řeší APPO).

3.3.5. Včasná nutriční léčba u osob s malnutricí.

### **3.4. Vybudování sítě ambulancí nutričních terapeutů (poradenství v primární i sekundární péči ve výživě).**

3.4.1. Podpora a smluvní zajištění sítě praxí (ambulantních zařízení) nelékařských zdravotnických profesí ve zdravotnictví a sociálních službách.

3.4.2. Vyjednávání podmínek úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

3.4.3. Zavedení povinnosti poradenské činnosti zdravotnického specialisty ve výživě pro zřizovatele nemocnic a v zařízeních sociální a dlouhodobé péče.

**3.5. Identifikace a řešení mikronutrientních deficitů v populaci, či ohrožených skupinách (subpopulacích)**

**3.6. Navýšení dozorové činnosti zaměřené na nutriční složení ve všech typech společného stravování.**

**3.7. Systémové navyšování či zavádění výuky správné výživy a klinické výživy do studijních pregraduálních plánů lékařských a s výživou spojených nelékařských profesí ve zdravotnictví.**

**3.8. Vytvoření sítě odborných pracovišť pro vzdělávání, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti.**

Klíčová priorita 3. **Posilování zdravotního systému v podpoře správné výživy a zdravého životního stylu** zahrnuje výstupy: Řízení APSV, tvorbu výživových doporučení, jejich přijetí a garance MZ, udržení a rozvíjení včasného zachytu a léčby nadváhy a obezity u dětí v rámci preventivních prohlídek prováděných praktickými lékaři pro děti a dorost, zavedení celoplošného, systematicky prováděného, vyhledávání dospělých osob v riziku malnutrice v rámci primární i sekundární zdravotní péče a to jak v projevech nadváhy a obezity, tak vlastní podvýživy. Jde o zařazení nutričního screeningu do už zavedeného systému preventivních prohlídek na úrovni praktických lékařů i ambulantních specialistů. V této souvislosti je třeba projednat na úrovni jednotlivých odborných společností, aby se stal nutriční screening rutinní součástí stávajících kódů odborných vyšetření. 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. Samostatně jej řeší Akční plán proti obezitě. 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 a českých doporučení dle ČOS), 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.

Z celospolečenského hlediska je významným výstupem identifikace a řešení aktuálních mikronutrientních deficitů v populaci, či ohrožených skupinách (subpopulacích). Příkladem je v minulosti vyřešený deficit jódu ustavením národní pracovní skupiny a její činností. Podobný problém může nastat pro některé další nutrienty jako je vitamín D, železo, n-3 polyenové mastné kyseliny a další mikronutrienty. Indikátorem pro přípravu cílených studií a intervenčních programů bude vyhodnocení rizika z monitoringu nutričního stavu obyvatel. Při realizaci těchto studií, zejména při provádění sběru, shromažďování a hodnocení dat např. dietární expozice, individuální spotřeby potravin a dalších, je třeba využít personálních kapacit pracovníků OOVZ. Z hlediska tvorby prostředí s vhodnými potravinami je nutné i navýšení kapacity dozorové činnosti zaměřené na nutriční složení ve společném stravování prováděném OOVZ. To vyžaduje stabilizaci počtu existujících pracovišť, podporu jejich rozvoje a rozšíření jejich technického, materiálního a personálního dovybavení a zajištění.

Dalším výstupem klíčové priority 3 je posilování zdravotnického systému vzděláváním, tj. systémové navyšování či zavádění výuky správné výživy a klinické výživy do studijních pregraduálních plánů lékařských a s výživou spojených nelékařských profesí ve zdravotnictví. Zároveň především na lékařských fakultách vytváření sítě odborných pracovišť pro vzdělávání, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti.

*Klíčová priorita 4: Podpora dozoru, sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu obyvatelstva ČR a jeho podskupin*

#### **4. Klíčová priorita: Podpora dozoru, sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu obyvatelstva ČR a jeho podskupin.**

##### **4.1. Monitoring a hodnocení výživy a výživového stavu populace v souvislosti s ukazateli zdraví.**

4.1.1. Zřízení centra pro integrální řízení sběru dat z oblasti výživy a zdraví, vypracování metodologie sběru mezinárodně srovnatelných dat, jejich

hodnocení a využití v dalším zlepšování výživy obyvatelstva ve vztahu ke zdraví, využití dat z preventivních prohlídek dětí a dorostu PLDD.

4.1.2. Zavedení pravidelně se opakujícího celonárodního sběru dat z oblasti výživy, nutričního stavu obyvatel a zdraví.

4.1.3. Zavedení nových registrů onemocnění (zejména kardiometabolických), souvisejících s výživou.

4.1.4. Příprava národního systému vyhledávání a léčby malnutrice v nemoci či u dospělých osob ve zvýšeném riziku skrze zapojení se do celoevropské iniciativy“ Optimální nutriční péče pro každého“ přes praktické lékaře a ostatní lékaře v rámci primární prevence komplikací malnutrice. Pokračování a podpora stávajícího systému preventivních prohlídek dětí a dorostu PLDD a léčby ev. malnutrice.

4.1.5. Screening malnutričních pacientů a klientů v nemocnicích, zařízeních následné péče a v domovech seniorů prostřednictvím zapojení se do Evropské platformy „Nutriční den“.

4.1.6. Cílený monitoring na aktuálně se vyskytující nutriční problémy v populaci či subpopulacích.

4.1.7. Sběr dat prostřednictvím dozoru nutriční kvality společného stravování OOVZ a jejich analýza a využití pro vypracovávání cílených intervenčních programů (vyhláška).

4.1.8. Vytvoření báze znalostí pro efektivní řízení a zvládání epidemie obezity a jejích komorbidit v ČR.

4.1.9. Monitorování zdravotních nerovností.

**4.2. Monitoring vývojových trendů malnutrice a jejích dopadů na zdraví a průběžná a závěrečná evaluace efektivity jednotlivých i celkových výstupů akčního plánu.**

**4.3. Výzkum v oblasti výživy a zdraví.**

4.3.1. Základní a aplikovaný výzkum ve výživě z hlediska jejího protektivního či rizikového ovlivnění rozvoje chronických neinfekčních onemocnění.

4.3.2. Zadání nosných témat ve výživě, prevenci a léčbě obezity a jejích komplikací (bazálním i aplikovaném výzkumu) do portfolia grantových agentur a výzkumu podporovaného EU, státem i soukromými subjekty.

4.3.3. Výzkum ekonomických nákladů spojených s dopady nesprávné výživy na zdraví a soběstačnost.

Klíčová priorita 4 **Podpora dozoru, sledování, hodnocení a výzkumu správné výživy a nutričního stavu obyvatelstva ČR a jeho podskupin** spočívá v následujících výstupech: Monitoringu a hodnocení výživy a výživového stavu populace v souvislosti s ukazateli zdraví. V průběžném a závěrečném monitoringu efektivity jednotlivých i celkových výstupů APSV. V základním i aplikovaném výzkumu v oblasti výživy a zdraví.

Pro systematický, ve čtyřletých intervalech se opakující, celonárodní monitoring spotřeby potravin a výživového stavu obyvatelstva je třeba vypracovat metodologii, včetně stanovení formátu sbíraných dat, tak aby byly zjišťované informace mezinárodně srovnatelné, a mohly být využívány v mezirezortním řízení APSV. Při sledování prevalence nadváhy a obezity u dospělých i dětí (APPO) lze navázat na tradici celostátních antropometrických sledování dětí a mládeže, pokračovat v mezinárodně designovaných studiích COSI, HBSC a dalších. Rovněž je třeba v daleko větší míře spolupracovat s PLDD a využívat dat z preventivních prohlídek dětí a dorostu pro monitoring antropometrických ukazatelů dětí ČR.

Významným zlepšením hodnocení zdraví ve vztahu k výživě by bylo i zavedení nových registrů onemocnění souvisejících s výživou, zejména kardiometabolických onemocnění.

Příprava národního systému vyhledávání a léčby malnutrice v nemoci či u osob ve zvýšeném riziku by měla ve svém zrodu být realizována skrze zapojení se do celoevropské iniciativy “Optimální nutriční péče pro každého” (ONKa) přes praktické i ostatní lékaře v rámci primární prevence komplikací malnutrice. ONKa je evropská kampaň připravená členy ENHA (European Nutrition and Health Alliance) – sdružením profesních a zájmových organizací se společným cílem zlepšit stav výživy

a bojovat proti nebezpečí podvýživy v nemoci. Cílem této kampaně je pomoc vývoji národních plánů nutriční péče v jednotlivých zemích Evropy. Součástí těchto plánů by mělo být zejména systematické vyhledávání osob v nutričním riziku a pro tyto osoby následné přijetí individuálních opatření v prevenci a léčbě malnutrice na všech úrovních

zdravotní a sociální péče ([www.european-nutrition.org](http://www.european-nutrition.org)). Prostřednictvím zapojení se do Evropské platformy „Nutriční den“ je možné provádět metodicky vypracovaný mezinárodně sladěný screening malnutričních pacientů a klientů v nemocnicích, zařízeních následné péče a v domovech seniorů.

Tuto platformu každoročně využívá několik desítek zemí s cílem, zjistit pomocí jednorázového vyplnění jednoduchého dotazníku zdravotní a nutriční stav, dále schopnost přijímat potravu a poskytnutou nutriční péči u osob v těchto zařízeních. Výhodou tohoto projektu je možnost srovnávání výsledků na národní i mezinárodní úrovni bez dalších nákladů ([www.nutritionday.org](http://www.nutritionday.org)).

Využívat pro potřeby monitoringu lze i sbíraných dat prostřednictvím dozoru nutriční kvality společného stravování OOVZ. Analýz těchto dat pak využívat pro vypracovávání cílených intervenčních programů.

APSV by měl podporovat rozvoj výzkumu v základním a aplikovaném výzkumu ve výživě z hlediska jejího protektivního či rizikového ovlivnění rozvoje neinfekčních onemocnění. Jde o posílení zadávání nosných témat ve výživě, prevenci a léčbě obezity a jejích komplikací (bazální i aplikovaném výzkumu), včetně výzkumu ekonomických nákladů spojených s dopady nesprávné výživy na zdraví a soběstačnost do portfolia grantových agentur a výzkumu podporovaného EU, státem i soukromými subjekty.

Výstupem této klíčové aktivity je i sběr dat pro hodnocení benefitů a indikátorů plnění APSV z hlediska průběžné i závěrečné evaluace.

*Klíčová priorita 5: Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti a sociálních skupin ČR, tvorba komunit a aliancí*

## **5. Klíčová priorita: Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti a sociálních skupin ČR, tvorba komunit a aliancí**

### **5.1. Kraje více aktivní v řízení správné výživy svých obyvatel.**

5.1.1. Ve veřejné správě na úrovni krajů (regionů) tvorba krajských výborů pro zdraví se zastoupením odborníků ve výživě a zdraví a dalších oborů.

5.1.2. Tvorba výživové politiky na úrovni krajů podporující správné stravovací návyky ve městech a vesnicích.

5.1.3. Regionální podpora výrobců vhodných potravin, podpora nových technologií i reformulací při výrobě potravin.

5.1.4. Regionální podpora zaměstnanosti v domácí produkci potravin.

5.1.5. Regionální programy zabezpečení výživy pro vyloučené lokality či skupiny osob v hmotné nouzi.

5.1.6. Podpora pokračování, rozšiřování a rozvíjení stávajících dotačních programů do škol podle kritérií vhodných potravin: Školní mléko, Zelenina a ovoce do škol.

5.1.7. Regionální podpora zdravých škol vhodnými potravinami.

## **5.2. Podpora a rozvíjení komunitních programů, které řeší správnou výživu jako jednu z prioritních oblastí.**

5.2.1. 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 kraj apod.

5.2.2. Podpora nových komunitních programů a kampaní podporujících zdravý životní styl cílené na populační skupiny (dětí, hendikepovaných, středního věku, seniorů, rodiny s dětmi apod.).

## **5.3. Podpora vytváření aliancí, platforem, sítí zájmových skupin společnosti s cílem aktivizace, podpory a rozvoji společnosti v oblasti správné výživy a prevence obezity a podvýživy**

## **5.4. Vytvoření Platformy výživy fyzické aktivity a zdraví, podporované státem, kde se aktivní složky společnosti dobrovolně zavazují k aktivitám, které budují antiobezigenní prostředí.**

## **5.5. Podpora již existujících sítí.**

## **5.6. Podpora vytváření nových sítí.**

Klíčová priorita 5 **Posílení role veřejné správy v oblasti správné výživy a přizvání k řízení a rozhodování všech složek společnosti i sociálních skupin, tvorba**

**komunit a aliancí** na lokální úrovni spadá pod gesci MZ. V oblasti státní správy může ovlivňovat správnou výživu, zdravý životní styl a prevenci obezity prostřednictvím ustanovení a ad hoc svolávání pod vedením Krajského úřadu regionálního výboru pro zdraví a správnou výživu. Tento výbor by měl sestávat z odborného pracovníka krajské hygienické stanice (KHS) nebo Zdravotního ústavu, který je schopen analýzy rizika pramenícího z nesprávné výživy v kraji, dále zastupitelů kraje v oblasti zdravotní, zemědělské a školské problematiky. Tento výbor by měl definovat aktuální regionální problémy ve výživě a zdraví a koordinovat sběr relevantních dat z oblasti výživy obyvatel kraje dle zadání požadavků MRK, MZ a jeho PS APSV, dále iniciovat sběr specifických dat pro region dle aktuálních potřeb regionu prostřednictvím OOVZ a dalších zúčastněných subjektů 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 kraji. 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 krajů 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, apod. Důležité je rozvíjení a metodou příkladu dobré praxe i rozšiřování do dalších oblastí již stávajících úspěšných celorepublikových komunitních programů jako je Škola podporující zdraví, Zdravé město, Zdravý podnik, Zdravá nemocnice a jejich propojení do evropských sítí. Je třeba podpořit i nové komunitní programy a kampaně podporujících zdravý životní styl, které jsou zacílené na populační skupiny

dětí, hendikepovaných, osob středního věku, seniorů, rodin s dětmi apod. Podobně je třeba podporovat již existující sítě i vznik nových sítí a aliancí klíčových složek společnosti s cílem aktivizace a rozvoje společnosti v oblasti správné výživy a prevence obezity a podvýživy. Specifickou platformou, podporovanou přímo MRK a MZ by pak měla být Platforma výživy fyzické aktivity a zdraví, kde se aktivní složky společnosti pod vedením státní správy dobrovolně zavazují k aktivitám, které budují antiobezigenní prostředí.

## **4. Předpokládané benefity APSV a jejich indikátory**

*Níže popsané benefity vyplývající z realizace APSV jsou rozděleny vždy podle příslušnosti k naplňování konkrétní klíčové priority (X) a popsány indikátory plnění jemu příslušejících podstatných výstupů (X.X).*

### **Benefit splnění klíčové priority 1**

Zlepšení dostupnosti vhodných potravin - pokles průměrné spotřeby soli na dospělého obyvatele ČR (věkově standardizováno) o 20 %; cukrů o 10 %, transmastných kyselin pod 1 % celkové přijímané energie. Posílení domácí produkce potravin.

Indikátory:

Ad 1.1: Počet legislativních změn a celostátních opatření podporujících správnou výživu;

Funkční systém mezirezortní odpovědnosti za správnou výživu; existence státem garantované, pro obyvatele volně přístupné databáze nutričního složení potravin.

Ad 1.2. Pokles obsahu soli v komoditách (chléb a pečivo, masné výrobky a dalších nejvíce obsahem soli a spotřebou zatěžujících komodit) o 20 % za 5 let; pokles přidávaných cukrů v potravinách o 10 % za 5 let; posílení domácí produkce vhodných potravin.

Ad.1.3. Plnění ukazatelů spotřebního koše a pestrosti v 80 % školních jídelnách; pokles nabídky nevhodných potravin v doplňkovém prodeji škol a školských zařízení o 100 %; zavedení nutričních doporučení pro školní stravování, proškolení pracovníků ve školním stravování; zvýšení nabídky zeleniny ve školních obědech o 30 %.

Ad 1.4. Pokles marketingu (reklamy) nevhodných potravin v čase od 7 do 19 hod o 50 %.

## **Benefit splnění klíčové priority 2**

Snížení prevalence osob, které jedí méně než 5 porcí ovoce a zeleniny (400 g) denně (věkově standardizováno) o 20 %. Pokles průměrného příjmu nasycených tuků o 5 % u dospělých (věkově standardizováno). Snížení počtu osob s podvýživou způsobenou chudobou o 5 %. Zlepšení dostupnosti věrohodných informací.

Indikátory:

Ad 2.1. Zvýšení zdravotní gramotnosti o výživě o 20 %. Zlepšení dostupnosti věrohodných informací.

Ad 2.2. Počet výkonů edukace ve výživě za kalendářní rok.

Ad 2.3. Minimálně 80 % vydávané stravy odpovídá nutričním doporučením.

Ad 2.4. Snížení počtu osob s podvýživou způsobenou chudobou o 5 %.

## **Benefit splnění klíčové priority 3**

Zlepšení zdravotní situace skrze zlepšení výživy a nutričního stavu obyvatelstva (zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Ušetření nákladů včasným zachytem a adekvátní léčbou malnutrice (obezity i podvýživy), a tak zabránění rozvinutí:

- a) komorbidit obezity ve formě chronických neinfekčních onemocnění a nádorových onemocnění.
- b) rozvinuté podvýživy a zvýšeným nákladům na léčbu doprovodných onemocnění.

Indikátory:

Ad 3.1. Řízení AP a vznik sady výživových doporučení.

Ad 3.2. Vybudování systému celonárodního screeningu malnutrice – počty zachycených.

Ad 3.3. Komplexní diferencovaná léčba obezity – počty léčených.

Ad 3.4. Včasná léčba malnutrice – počty léčených.

Ad 3.5. Intervenční programy mikronutrientních deficitů v populaci.

Ad. 3.6. Počet provedených šetření.

Ad 3. 7. Počet studentohodin.

Ad. 3.8. Síť odborných vzdělávacích pracovišť v životním stylu a jejich výkon.

## **Benefit splnění klíčové priority 4**

Vytvoření báze znalostí pro efektivní řízení a zvládání dvojité malnutrice (epidemie obezity a podvýživy) a jejich zdravotních a ekonomických dopadů v ČR.

Indikátory:

Ad 4.1. Monitoring a hodnocení výživy a výživového stavu populace v souvislosti s ukazateli zdraví.

Ad 4.1.1. Vypracovaná metodologie sběru dat.

Ad 4.1.2. Dva celonárodní sběry dat (v 2. a 5. roce plnění APSV).

Ad 4.1.3. Registr kardiovaskulárních chorob, Registr malnutrice (obezity i podvýživy).

Ad 4.1.5. Počet zjištěných nemocných s malnutricí v primární zdravotní péči.

Ad 4.1.6. Počet zjištěných nemocných s malnutricí v nemocnicích a ústavech následné péče.

Ad. 4.1.7. Detekce aktuálních nutričních problémů v populaci a jejich řešení.

Ad 4.1.8. Data nutriční kvality stravy společného stravování a jejich analýza.

Ad 4.1.9. Mezirezortní databáze znalostí o výživě a zdraví.

Ad 4.1.10. Databáze zdravotních nerovností.

Ad 4.2. Evaluace AP správné výživy - závěrečná zpráva.

Ad 4.3. Základní a aplikovaný výzkum v oblasti výživy a prevence nemocí - nástroje jeho hodnocení.

## **Benefit splnění klíčové priority 5**

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

Indikátory:

Ad 5.1. Počet krajských opatření podporujících správnou výživu.

funkční systém odpovědnosti za správnou výživu na úrovni krajů; sběr dat ohledně výživy a zdraví z jednotlivých krajů. Pokles obsahu soli v komoditách regionální produkce (chléb a pečivo, masné výrobky a další komodity, které spotřebou a obsahem soli zatěžují nejvíce) o 20 % za 5 let; pokles přidávaných cukrů v potravinách o 10 % za 5 let.

Ad 5.2. Počet funkčních komunitních programů podporujících správnou výživu, do kterých je kraj zapojen. Zvýšení nabídky zeleniny a ovoce ve školách a školských zařízeních o 30 %.

Ad 5.3. Snížení rychlosti nárůstu prevalence obezity, diabetu mellitu, hypertenze o 10 % u dětí i 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 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 zráty u producentů a distributorů nevhodných potravin při implementaci 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.
- Neochota zdravotních pojišťoven měnit svoji stávající smluvní a úhradovou politiku bezplatného hrazení výkonů souvisejících s léčbou a prevencí obezity, včetně bariatrických výkonů či související s poskytováním odborné edukace výživy.
- Neprospěch razantního nárůstu výdajů zdravotních pojišťoven způsobeného úhradou výkonů souvisejících s léčbou a prevencí obezity, které povede k přechodnému deficitu systému veřejného zdravotního pojištění do doby, než se začnou projevovat úspory vzniklé prevencí a efektivnější léčbou.
- Neochota zdravotnických pracovníků v primární preventivní péči zavést, provádět a vykazovat screening malnutrice dospělých v rámci kapitační platby.
- Neochota obyvatel přijmout zodpovědnost za své jednání a životní styl poškozující zdraví
- 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 obyvatelstva plněním APSV.

## 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 ***HarmonogramAPSV2016-2020.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: prodloužení očekávané délky života při narození (11), věkově standardizované úmrtnosti ze všech příčin (15), úmrtnosti z příčin srdečněcévních onemocnění (16), zhoubných novotvarů (17), úspor celkových výdajů za zdravotnictví v % of HDP (28), úspor vládního rozpočtu na zdravotnictví v procentech celého rozpočtu (29). Cílem dlouhodobé politiky, nastartované APSV, 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.

Nejzazší proveditelný termín k zahájení APSV je začátek roku 2016.

## 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), popsaným v kapitole 3 c při naplňování benefitů a indikátorů popsaných v kapitole 4. Dle kvalifikovaných odhadů***

**Klíčová priorita 1: celkově 54 mil. Kč.**

Ad 1.1. vybudovaný a funkční systém: 2 mil. Kč

nakoupení databáze = 1,2 mil. Kč, doplňování databáze 2 mil. Kč, celkem 3,2 mil. Kč

Ad 1.2. reformulace, celkově 30,8 mil. Kč

Ad 1.3. zlepšování výživy ve školách, celkově 16,4 mil. Kč

Ad 1.4. Zákon o regulaci reklamy nevhodných potravin pro děti a monitoring, jeho plnění 1,6 mil. Kč

Navíc předpoklad pokračování Evropských dotací pro programy Ovoce a zelenina do škol. Školní mléko.

## **Klíčová priorita 2: celkově 33,6 mil. Kč. + výpočet dle podrobnější analýzy ad 2.2 a 2.4**

Ad 2.1. Zvýšení gramotnosti: 23,6 mil. Kč

Ad 2.2. Individuální poradenství (hradit z veřejného zdravotního pojištění, nutno analyzovat dle bodového hodnocení dle sazebníku výkonů a počtu potřebných výkonů za rok)

Ad 2.3. Institucionální stravování: tvorba nutričních doporučení 1 mil. Kč, školení personálu 3 mil. Kč, kontroly nutr. složení 6 mil. Kč

Ad 2.4. Nutný výpočet na podkladě podrobnější analýzy pro podporu lidí v hmotné nouzi (lidi bez domova, seniory, chudé rodiny s dětmi)

## **Klíčová priorita 3: celkově 84,4 mil. Kč + výpočet dle podrobnější analýzy ad 3.2 + ad 3.3. (kvalifikovaný odhad 400 - 800 mil. Kč – řeší APPO) + ad 3.4**

Ad 3.1. Odborné řízení akčního plánu a tvorba systému výživových doporučení a jejich přijetí a garance státem 7,6 mil. Kč

Ad 3.2. Zavedení celoplošného vyhledávání osob v riziku malnutrice v rámci primární i sekundární zdravotnické péče - (hradit z veřejného zdravotního pojištění, nutno analyzovat dle bodového hodnocení dle sazebníku výkonů a počtu potřebných výkonů za rok)

Ad 3.3. Poskytování komplexní diferencované péče nemocným s nadváhou a obezitou - řeší APPO (nutno analyzovat dle bodového hodnocení dle sazebníku výkonů)

a počtu potřebných výkonů za rok – kvalifikovaný odhad 400 mil. Kč za 5 let v rámci veřejného zdravotního pojištění, vybudování sítě zařízení 20 mil. Kč, vyjednávání podmínek úhrady a systemizace vzdělávání odborných pracovníků v obezitologii 0,4 mil. Kč)

Ad 3.4. Včasná nutriční intervence u osob v malnutrici (obezitou i podvýživou) v rámci veřejného zdravotního pojištění (nutno analyzovat dle bodového hodnocení dle sazebníku výkonů a počtu potřebných výkonů za rok, vybudování sítě ambulancí nutričních terapeutů 8 mil. Kč, zavedení povinnosti poradenské činnosti zdravotnického specialisty ve výživě pro zřizovatele sociálních zařízení apod. a vyjednávání podmínek úhrady 0,4 mil. Kč)

Ad. 3.5. Identifikace a řešení mikronutrientních deficitů v populaci, či ohrožených skupinách (subpopulacích) celkem 20 mil. Kč

Ad. 3.6. Navýšení dozorové činnosti nutričního složení ve společném stravování (nejen uzavřeného typu) 12 mil. Kč

Ad. 3.7. Systémové navyšování či zavádění výuky správné výživy a klinické výživy do studijních pregraduálních plánů lékařských a s výživou spojených nelékařských profesí ve zdravotnictví 8 mil. Kč

Ad. 3.8. Vytvoření sítě pracovišť pro vzdělávání, testování nutričního stavu a zdravotně orientované tělesné zdatnosti, preskripci výživy a fyzické aktivity a edukaci široké veřejnosti 8 mil. Kč

#### **Klíčová priorita 4: celkově 70,8 mil. Kč.**

Ad 4.1. Monitoring a hodnocení výživy a výživového stavu populace v souvislosti:

(Zřízení centra pro integrální řízení sběru dat a metodologie sběru dat 8 mil. Kč. Celonárodní sběr dat z oblasti výživy a zdraví 8 mil. Kč. Nové registry 0,8 mil. Kč. Národní screening Optimální nutriční péče o každého přes praktické lékaře a ostatní lékaře 1 mil. Kč. Nutriční den přes nemocnice 1 mil. Kč, cílený monitoring aktuálních nutričních problémů populace 1,6 mil. Kč. Sběr dat z dozoru společného stravování 1,6 mil. Kč. Vytvoření báze znalostí 2 mil. Kč. Monitoring zdravotních nerovností 0,8 mil. Kč. Celkově 24,8 mil. Kč.

Ad 4.2. Monitoring vývojových trendů malnutrice a jejích dopadů na zdraví a průběžná a závěrečná evaluace efektivity jednotlivých i celkových výstupů akčního plánu. Celkově 6 mil. Kč

Ad 4.3. Výzkum v oblasti výživy a zdraví. Celkově 40 mil. Kč

### **Klíčová priorita 5: celkově 320 mil. Kč.**

Ad 5.1.: Kraje více aktivní v řízení správné výživy svých obyvatel, celkem 240 mil. Kč

Ad 5.2. Podpora a rozvíjení komunitních programů, celkově 60 mil. Kč

Ad 5.3. Vytváření aliancí, platforem, sítí zájmových skupin společnosti s cílem aktivizace, podpory a rozvoji společnosti v oblasti správné výživy a prevence obezity a podvýživy 20 mil. Kč

## **8. Vyhodnocení investic**

Odhadované náklady jsou specifikovány u jednotlivých dílčích opatření v logickém rámci (viz příloha logického rámce). Náklady nezbytné na dosažení cílů (výstupů akčního plánu) jsou cca 562,8 mil. Kč a na aktivity vyžadující podrobnější analýzu cca 600 mil. Kč. 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 podpory správné výživy a stravovacích návyků 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**

### **a) Definice sady rizik, které mohou zhoršit/zlepšit definované benefity či zhoršit/zlepšit, snížit/zvýšit definované náklady**

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

#### **Rizika s vážným dopadem:**

- 1) Záměr nebude mít politickou podporu, neproběhnou nutné legislativní změny, což ohrozí nebo omezí plnění cílů.
- 2) Nezajištění dostatečných finančních zdrojů a nedostatečná koordinace a řízení projektových aktivit.
- 3) Neochota výrobců potravin ke vzniku dohody, vzniku platformy.
- 4) Neochota distributorů a výrobců potravin podílet se na změně nákupního chování zákazníků s cílem ke správné výživě.
- 5) Neúčinnost komunikace ke spotřebiteli (nekonzistence nebo nedostatečná koordinace komunikačních aktivit).

6) Nedostatek pozitivních vzorů elity.

7) Absence ekonomických nástrojů podpory zodpovědného chování k vlastnímu zdraví.

Východiskem pro APSV v rámci Zdraví 2020 je silná tradice výživy jako součásti primární prevence s legislativním zakotvením v zákoně o ochraně veřejného zdraví a zákonech navazujících.

Mezi slabé stránky patří v poslední době nízká a koncepčně nekoordinovaná aktivizace jednotlivých složek společnosti, s nerovnováhou mezi komerčně motivovanými, často vědecky nepodloženými přístupy na straně jedné a dlouhodobou nestabilitou institucionálního vedení na straně druhé s chyběním jak dlouhodobé koncepce, investiční strategie, personálních kapacit i systematického hodnocení stavu v oblasti výživy z pohledu primární prevence. Příležitostí je využití zahraničních zkušeností, doporučení a strategií ze strany WHO, OECD, Evropské komise. Naplněním jsou pak úspory na zdravotní péči, prodloužení délky života ve zdraví a omezení ztrát z absencí v zaměstnání. Přičemž investice vložené do primární prevence mohou být vysoce efektivní. Jsou-li promyšlené a efektivně vynakládáné, spotřebovávají pouze 10 % očekávaných přínosů.

## **Přílohy**

- APSV Zdraví 2020 Logický rámec
- Harmonogram APSV

## Literatura:

1. 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
2. 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. *Lancet*. 2015 Feb 18. pii: S0140-6736(14)61748-7. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61748-7
3. Doporučení marketingu potravin a nealkoholických nápojů pro děti 2012
4. EU Action Plan on Childhood obesity 2014-2020. [http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_action\\_plan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf)
5. Evropský akční plán pro potraviny a výživovou politiku 2007-2012
6. European Charter on counteracting obesity WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Istanbul: World Health Organisation, 2006
7. Framework of implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. World Health Organisation, 2012
8. Globální akční plán 2008-2013 Globální strategie pro prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí, 2008
9. Globální strategie prevence a kontroly neinfekčních nemocí, WHO, r. 2000
10. Globální strategie na výživu, fyzickou aktivitu a zdraví WHO, 2004
11. 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.
12. 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
13. 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.
14. Investing in Health (2013). ([http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf))
15. 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
16. Kříž, J. Prevence a ekonomika. *Hygiena*. 2011. 56 (3).
17. 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.
18. Matiegka J. Somatologie školní mládeže [Somatology of Schoolchildren]. Nakladatelství české akademie věd a umění: Praha, 1927.
19. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (2014)
20. 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>).
21. OECD, Labour market impact of chronic diseases and associated risk factors, Delsa/HEA (2015)5
22. OECD, Sassi, F. Obesity and the Economics of Prevention, Fit not fat, 2010.
23. Organisation WH. Overweight / Obesity: Overweight (body mass index 25) data by WHO region. In: Organisation WH. Ed. Global Health Observatory Data Repository. Geneve: World Health Organisation.
24. První globální ministerská konference zdravého životního stylu a kontroly neinfekčních nemocí 2011
25. 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.

26. 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.
27. 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.
28. 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
29. The European Charter on Counteracting Obesity, Evropská charta řešící obezitu 2006)
30. 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
31. The Health 2020 framework
32. White paper A strategy on Nutrition, overweight and obesity related health issues. 2007
33. WHO European Action Plan for Food and Nutrition Policy 2007-2012. World Health Organisation,
34. WHO European Region Food and Nutrition Action Plan, 2014 – 2020
35. WHO Regional Office for Europe, Nutrition, WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), Denmark. 2008.
36. 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
37. Zpráva o zdraví obyvatel České republiky (2014)

## **Autoři, členové pracovní skupiny (PS APSV) pro akční plán:**

### **„Správná výživa a stravovací návyky“**

Doc. MUDr. Dana Müllerová, Ph.D., LF UK v Plzni (garant, editor)

Prof. MUDr. Věra Adámková, CSc., IKEM Praha

Prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., 3. LF UK v Praze

Prof. MUDr. Zuzana Derflerová Brázdová, Bc., DrSc., LF MU v Brně

Doc. MUDr. Pavel Dlouhý, Ph.D., 3. LF UK v Praze

Ing. Jana Hejdová, KHS Plzeň

Mgr. Markéta Chýlková, PK ČR

MUDr. Hana Janatová, CSc., SZÚ Praha

Alena Kliková, Registrovaný nutriční terapeut, Karlovy Vary

Mgr. Alexandra Košťálová, SZÚ Praha

Jaroslava Kreuzbergová, DIS FN Plzeň

MUDr. Marie Nejedlá, SZÚ Praha

Mgr. Klára Papežová, MZ ČR

MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D., MZ ČR

PaeDr. Miroslava Salavcová, MŠMT ČR

Mgr. Miroslava Slavíková, KHS Teplice

Ing. Jitka Sosnovcová, SZÚ Praha

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

MUDr. Petr Tláskal, CSc., FN Motol, Praha, Společnost pro výživu; MVDr. Dana Třísková, MZE ČR

**Konzultanti, kteří se na přípravě akčního plánu podíleli:** MUDr. František Novák, Ph.D., VFN Praha, SKVIMP; Michal Kurečka, ÚZIS Praha; Ondřej Rudolf, MZ ČR; PhDr. Iva Málková, CSc. STOB Praha; Ing. Martin Staněk, Nestlé s.r.o.; Ing. Lucie Gonzales, Vím co jím a piju; MUDr. Alena Šebková, PLDD.