

Brusel 14. listopadu 2024
(OR. en)

15315/24

LIMITE

SAN 634

POZNÁMKA

Odesílatel:	Generální sekretariát Rady
Příjemce:	Rada
Předmět:	Závěry o zlepšování situace v oblasti kardiovaskulárního zdraví v Evropské unii – <i>schválení</i>

1. Dne 28. srpna 2024 předložilo předsednictví Pracovní skupině pro veřejné zdraví návrh závěrů Rady o zlepšování situace v oblasti kardiovaskulárního zdraví v Evropské unii¹.
2. V uvedeném návrhu závěrů Rady byly mimo jiné zohledněny výstupy konference na vysoké úrovni o kardiovaskulárním zdraví, která se konala ve dnech 3. a 4. července, a neformálního zasedání ministrů zdravotnictví ve dnech 24. a 25. července 2024.
3. Pracovní skupina pro veřejné zdraví návrh závěrů Rady posoudila na zasedáních konaných ve dnech 9. a 25. září a 10. října 2024.
4. V návaznosti na neformální písemnou konzultaci, která byla ukončena dne 23. října, dosáhla Pracovní skupina pro veřejné zdraví předběžné dohody o kompromisním znění závěrů Rady vypracovaném předsednictvím, které je uvedeno v příloze dokumentu 14661/24.
V návaznosti na neformální písemnou konzultaci, která byla ukončena dne 23. října, dosáhla Pracovní skupina pro veřejné zdraví předběžné dohody o kompromisním znění závěrů Rady vypracovaném předsednictvím, které je uvedeno v příloze této poznámky.

¹ Dokument 12790/24.

5. Dne 6. listopadu 2024 potvrdil dohodu dosaženou na úrovni Pracovní skupiny pro veřejné zdraví Výbor stálých zástupců a dohodl se, že dané znění po úpravě odkazu postoupí Radě pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele ke schválení na zasedání konajícím se dne 3. prosince 2024.
6. Rada se vyzývá, aby na zasedání dne 3. prosince 2024 schválila závěry Rady o zlepšení kardiovaskulárního zdraví v Evropské unii ve znění uvedeném v příloze této poznámky.
-

Návrh závěrů Rady o zlepšení kardiovaskulárního zdraví v Evropské unii**Úvod**

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) byla označena jako nejčastější příčina úmrtí v Evropské unii a jako hlavní faktor invalidity a pracovní neschopnosti, což zpochybňuje pokrok dosažený v oblasti poskytování zdravotní péče a zvládání nemocí. Dřívější i stávající společná opatření EU¹, na něž v minulosti poukazovaly iniciativy a programy v oblasti zdraví, se zaměřují na řešení problematiky nepřenositelných nemocí, včetně všudypřítomné hrozby KVO. Navzdory tomuto úsilí je kvůli přetrvávající vysoké míře úmrtnosti, stále znepokojivé prevalenci kardiovaskulárních onemocnění včetně společných souvisejících rizikových faktorů a jejich vysoké ekonomické dani jasné, že je nezbytně nutné, aby se na úrovni Unie ke kardiovaskulárnímu zdraví uplatňoval jednotný a strategický přístup s tím, že to bude mít pozitivní dopad i na další nepřenositelné nemoci. Bude to, aniž by byly dotčeny pravomoci jednotlivých států, vyžadovat intenzivnější spolupráci mezi členskými státy, vypracování komplexních strategií prevence, odhalování, diagnostiky, zvládání, léčby a rehabilitace, jakož i závazek využívat ke snižování dopadu a prevalence kardiovaskulárních onemocnění inovace v oblasti zdravotní péče. Agenda pro udržitelný rozvoj 2030² (zejména pak cíle udržitelného rozvoje 3.4 a 3.8) v souladu s iniciativami Světové zdravotnické organizace a Evropského parlamentu klade důraz na význam snižování počtu předčasných úmrtí v důsledku nepřenositelných nemocí, jako jsou kardiovaskulární onemocnění.

¹ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_cs

² <https://osn.cz/osn/hlavni-temata/cile-udrzitelneho-rozvoje-sdgs/>

RADA EVROPSKÉ UNIE

VÍTÁ

1. Pokrok dosažený prostřednictvím iniciativ, jako jsou společné akce financované Evropskou unií, iniciativa Společně za lepší zdraví a nedávné sdělení Komise o evropské zdravotní unii³. Toto úsilí ukazuje pevné odhodlání posilovat v celé Unii odolnost a spolupráci v oblasti zdraví a představuje chvályhodný precedent pro budoucí iniciativy v oblasti zdraví zaměřené na zlepšování životních podmínek všech Evropanů.
2. Práce a opatření prováděná v rámci Expertní skupiny zabývající se otázkami veřejného zdraví a její předchůdkyně Řídící skupiny pro podporu zdraví a prevenci chorob, pokud jde o určování a převádění řady iniciativ v zájmu zlepšování podpory zdraví, včetně zdravé výživy, pohybové aktivity a omezování rizikových faktorů, jako je konzumace alkoholu a užívání tabáku a dalších tabákových výrobků obsahujících nikotin nebo bez nikotinu, a o zavádění účinných opatření v oblasti prevence nemocí, a to ve všech kategoriích nemocí, na něž se zaměřuje iniciativa EU Společně za lepší zdraví, která se zabývá nepřenosnými nemocemi, včetně kardiovaskulárních onemocnění.

³ Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů: Evropská zdravotní unie: společné úsilí o zdraví lidí (COM/2024/206 final).

PŘIPOMÍNÁ, ŽE

3. Podle článku 168 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU) má být při vymezení a provádění všech politik a činností Unie zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví a Unie má podněcovat spolupráci mezi členskými státy v oblasti veřejného zdraví a případně podporovat jejich činnost.
4. V článku 168 Smlouvy o fungování EU je stanoveno, že Unie má doplňovat a podporovat zdravotní politiku členských států a podporovat koordinaci jejich programů při plném uznávání odpovědnosti členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci a řízení zdravotnictví a poskytování zdravotní péče.
5. Rada Evropské unie od roku 2000 neustále zdůrazňuje význam opatření v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, zejména přijetím těchto závěrů:
 - závěry Rady o otázkách zdraví ve všech politikách (2006)⁴;
 - závěry Rady o rovnosti a zdraví jako součásti všech politik: solidarita v oblasti zdraví (2010)⁵;
 - závěry Rady o ekonomice blahobytu (2019)⁶;
 - závěry Rady o zdravé výživě dětí: zdravá budoucnost Evropy (2018)⁷, v nichž se členské státy vyzývají, aby rozvíjely a prováděly cílené politiky zaměřené na nepřenosné nemoci, přičemž se v nich uvádí, že nezdravá výživa je jedním z hlavních rizikových faktorů nepřenosných nemocí v nejútlejším věku;

⁴ <https://webportal.consilium.eu.int/econsilium/documents/ST%2016167%202006%20INIT/general>

⁵ https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/114994.pdf

⁶ Úř. věst. C 400, 26.11.2019, s. 9.

⁷ Viz body 35 a 36, Úř. věst. C 232, 3.7.2018, s. 1.

- závěry Rady o odstraňování rozdílů v oblasti zdraví v rámci EU prostřednictvím koordinovaných opatření na podporu zdravých životních návyků (2011), v nichž se vyjadřuje závazek urychlit pokrok v boji proti nezdravým životním návykům, které mají vliv na KVO⁸;
- závěry Rady o výživě a fyzické aktivitě (2014), v nichž se uznává souvislost mezi výživou a aktivitou a nepřenositelnými nemocemi včetně KVO⁹;
- závěry Rady o strategii Společenství pro snižování škod spojených s požíváním alkoholu (2001)¹⁰, v nichž se upozorňuje na vazbu mezi spotřebou alkoholu a alkoholickou kardiomyopatií;
- závěry Rady o podpoře zdraví srdce (2004)¹¹, které odkazují na několik dřívějších usnesení a závěrů Rady na toto téma a navrhuji vnitrostátní strategie v oblasti veřejného zdraví zaměřené na podporu kardiovaskulárního zdraví a související podporu ze strany Komise;
- závěry Rady o obezitě, výživě a fyzické aktivitě (2005)¹², v nichž se upozorňuje na souvislost mezi obezitou a kardiovaskulárním zdravím;
- závěry Rady o zdraví žen (2006)¹³, v nichž se uvádí, že KVO mají na ženy různý dopad, jsou jednou z významných příčin úmrtí a mají souvislost s kouřením;
- závěry Rady o prosazování zdravého životního stylu a prevenci diabetu 2. typu (2006)¹⁴, v nichž se uznává, že KVO mohou být způsobena komplikacemi po diabetu 2. typu (viz bod 8) a že „prevence diabetu má přímý kladný účinek na další nepřenositelné nemoci, například kardiovaskulární“;
- závěry Rady o úloze EU v oblasti celosvětového zdraví (2010)¹⁵, v nichž se pojednávalo o nepřenositelných nemocech a duševním zdravím;

⁸ Viz bod 9, Úř. věst. C 359, 9.12.2011, s. 5.

⁹ Viz bod 15, Úř. věst. C 213, 26.11.2014, s. 1.

¹⁰ Viz bod 10, Úř. věst. C 175, 20.6.2001, s. 1.

¹¹ Viz body 26–28 <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9627-2004-INIT/en/pdf>.

¹² Viz bod 8, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9803-2005-INIT/en/pdf>.

¹³ Viz body 12, 13 a 14, Úř. věst. C 146, 22.6.2006, s. 4.

¹⁴ Viz bod 13, Úř. věst. C 147, 23.6.2006, s. 1.

¹⁵ Viz bod 4, https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114352.pdf

- závěry Rady jako příspěvek k zastavení nárůstu nadváhy a obezity u dětí (2017)¹⁶, v nichž se upozorňuje na vazbu mezi obezitou a kardiovaskulárním zdravím a souvislost mezi výživou a KVO;
- závěry Rady o přeshraničních aspektech politiky týkající se alkoholu – řešení problematiky nadměrné konzumace alkoholu (2017)¹⁷, v němž se členské státy vybízejí, aby posilovaly prevenci nepřenositelných nemocí;
- doporučení Rady ze dne 8. června 2009 o akci v oblasti vzácných onemocnění¹⁸;
- závěry Rady o zdravé výživě dětí: zdravá budoucnost Evropy (2018)¹⁹, v nichž se na několika místech odkazuje na souvislost mezi výživou a nepřenositelnými nemocemi/KVO a členské státy a Komise se vyzývají, aby přijaly v několika oblastech opatření;
- závěry Rady o posílení evropské zdravotní unie (2021)²⁰, v jejichž úvodu je uvedeno, že „87 % zátěže způsobené nemocemi v EU způsobují nepřenositelné nemoci“;
- závěry Rady o zlepšování potravinářských výrobků (2016)²¹, v nichž se se znepokojením konstatovalo, že v evropské populaci je velká míra prevalence nadváhy, obezity a dalších nepřenositelných nemocí spojených se stravováním a stále je na vzestupu, což má negativní dopad na střední délku života, snižuje kvalitu života občanů Unie a ovlivňuje společnost tím, že způsobuje vysoké náklady na zdravotní péči, které mohou mít vliv na udržitelnost systémů zdravotní péče;

¹⁶ Viz odstavce 3 a 6, Úř. věst. C 205, 29.6.2017, s. 46.

¹⁷ Viz bod 24, Úř. věst. C 441, 22.12.2017, s. 3.

¹⁸ Úř. věst. C 151, s. 7.

¹⁹ Úř. věst. C 232, 3.7.2018, s. 1.

²⁰ Úř. věst. C 512I, 20.12.2021, s. 2.

²¹ Úř. věst. C 269, 23.7.2016, s. 21.

- závěry Rady o budoucnosti evropské zdravotní unie²², přijaté dne 21. června 2024, v nichž byl zdůrazněn zásadní význam boje proti nemocem, které mají za následek vysokou míru úmrtnosti. V těchto závěrech byl zdůrazněn integrovaný přístup, který zahrnuje prevenci, řízení, léčbu, diagnostiku a rehabilitaci s cílem zlepšit zdravotní stav v celé Unii. Navíc v nich byly členské státy a Evropská komise vyzvány, aby „POKRAČOVALY v iniciativě Společně za lepší zdraví – iniciativa EU pro nepřenositelné nemoci a aby činnost v rámci této iniciativy ZINTENZIVŇOVALY postupným prováděním a uskutečňováním zastřešujícího, integrujícího, komplexního a víceodvětvového přístupu na úrovni EU s cílem podpořit provádění účinných politik v oblasti nepřenositelných nemocí, jako jsou mimo jiné oblasti opatření a akční plány zaměřené na zdravotní determinanty, onkologická onemocnění, kardiovaskulární nemoci, chronická respirační onemocnění, diabetes, duševní zdraví a neurologické poruchy a vzácná onemocnění“.

6. Evropská Komise přijala v květnu 2024 sdělení o evropské zdravotní unii, v němž potvrdila, že nepřenositelné nemoci včetně KVO zůstávají hlavní prioritou (např. posílením iniciativy Společně za lepší zdraví), a přijala následující opatření v oblasti kardiovaskulárního zdraví stanovením:

- společné akce v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a diabetu (JACARDI)²³ a devíti grantů na akci, z nichž byly financovány projekty v oblasti KVO;
- úložiště osvědčených a slibných postupů v oblasti prevence nepřenositelných nemocí včetně kardiovaskulárních onemocnění²⁴;
- expertní skupiny pro veřejné zdraví, zejména její podskupiny pro nepřenositelné nemoci²⁵;

²² <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11597-2024-INIT/cs/pdf>

²³ <https://ec.europa.eu/newsroom/sante/newsletter-archives/49312>

²⁴ Portál dobré praxe zřízený EU.

²⁵ https://health.ec.europa.eu/document/download/e4d7a33c-ea35-4a08-8e0d-clcb8ac04172_en?filename=c_2022_8816_en.pdf

- iniciativy EU pro nepřenosné nemoci nazvané Společně za lepší zdraví, která poskytuje strategický rámec pro preventivní opatření v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, chronických respiračních onemocnění, duševního zdraví a neurologických chorob a také v oblasti zdravotních determinantů.²⁶
7. V rámci Světové zdravotnické organizace (WHO) byly v oblasti kardiovaskulárního zdraví přijaty tyto dokumenty:
- politické prohlášení ze zasedání Valného shromáždění na vysoké úrovni o prevenci a kontrole nepřenosných nemocí (2011)²⁷;
 - globální akční plán WHO pro prevenci a kontrolu nepřenosných nemocí na období let 2013–2020 (2013)²⁸;
 - Vídeňská deklarace ze dne 5. července 2013 o výživě a nepřenosných nemocech v kontextu programu Zdraví 2020²⁹;
 - globální akční plán WHO pro orální zdraví (2023–2030): přeměnit strategii v činy³⁰;
 - politické prohlášení třetího zasedání Valného shromáždění na vysoké úrovni o prevenci a kontrole nepřenosných nemocí a o duševním zdraví (2023)³¹;
 - Budapešťské prohlášení sedmé konference ministrů o životním prostředí a zdraví: Budapešť, Maďarsko, 5. až 7. července 2023³²;
8. Cílem nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/522 ze dne 24. března 2021, kterým se zavádí program činnosti Unie v oblasti zdraví (program EU pro zdraví) („EU4Health“) na období 2021–2027 je zlepšovat a prosazovat v Unii zdraví a snižovat zatížení přenosnými a nepřenosnými nemocemi podporou upevňování zdraví a prevence nemocí, snižováním nerovností v oblasti zdraví, podporou zdravého životního stylu a podporou přístupu ke zdravotní péči.

²⁶ https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_cs

²⁷ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_6-en.pdf

²⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

²⁹ <https://iris.who.int/handle/10665/350439>

³⁰ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090538>

³¹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_6-en.pdf

³² <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EURO-Budapest2023-6>

9. Evropská komise přijala v prosinci 2019 sdělení o Zelené dohodě pro Evropu, jejímž cílem je mimo jiné chránit zdraví a dobré životní podmínky občanů před environmentálními riziky a dopady. Ve sdělení ze dne 12. května 2021 nazvaném „Cesta ke zdravé planetě pro všechny – akční plán EU: Vstříc nulovému znečištění ovzduší, vod a půdy“ stanovila Komise akční plán pro nulové znečištění, který se mimo jiné zabývá aspekty znečištění v rámci Zelené dohody pro Evropu, které mohou rovněž způsobovat kardiovaskulární onemocnění, a dále se zavazuje, že do roku 2030 sníží (ve srovnání se situací v roce 2005) o více než 55 % dopad znečištění ovzduší na zdraví tím, že budou koncentrace uvedeny do souladu s nejnovějšími vědecky podloženými pokyny WHO. Součástí je i vize do roku 2050, podle níž se znečištění ovzduší sníží na úroveň, které již nejsou pro zdraví a přírodní ekosystémy považovány za škodlivé.
10. V usnesení Evropského parlamentu o prevenci a léčbě diabetu a lepší péči o pacienty s diabetem v EU se uvádí, že u jedné třetiny lidí trpících diabetem se rozvine kardiovaskulární onemocnění (KVO).³³
11. V usnesení Evropského parlamentu o nepřenosných nemocech se uznávají spojitosti mezi nepřenosnými nemocemi, mimo jiné i mezi diabetem, obezitou a kardiovaskulárními onemocněními (KVO).³⁴

³³ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0409_CS.html

³⁴ https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0467_CS.html

PŘIPOMÍNÁ, ŽE

12. Kardiovaskulární onemocnění jsou poruchy související se srdečním a oběhovým (vaskulárním) systémem a patří k nim mimo jiné srdeční selhání, ischemická choroba srdeční, strukturální onemocnění srdce, mozková mrtvice, poruchy srdečního rytmu (tj. fibrilace síní), hypertenze, kardiomyopatie, vrozené srdeční vady, dědičná srdeční onemocnění a onemocnění aorty, srdečních chlopní a periferních tepen.
13. Podle odhadů asi 60 milionů osob v EU trpí kardiovaskulárními onemocněními, která jsou příčinou přibližně každého třetího úmrtí.³⁵ Ačkoli počet předčasných úmrtí na kardiovaskulární onemocnění v mnoha zemích Evropské unie klesl, zůstávají KVO nejčastější příčinou úmrtí a ročně na ně ve 27 členských státech EU zemře přibližně 1,7 milionu lidí, což představuje 37 % všech úmrtí³⁶. Navíc se mnoho pacientů potýká s dlouhodobými následky KVO³⁷ a léta žije se značným postižením. V roce 2019 trpělo v Unii KVO asi 53 milionů lidí, což dnes činí z KVO nejčastější příčinu úmrtí³⁸.
14. V Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením³⁹, jejímiž smluvními stranami jsou všechny členské státy a EU, se uznává, že osoby se zdravotním postižením mají právo na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení a že státy, které jsou smluvními stranami, přijmou veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám, které jsou genderově senzitivní, včetně léčebné rehabilitace (článek 25). Přesto však osoby se zdravotním postižením

³⁵ Evropská kardiologická společnost, *Atlas of cardiology* (Atlas kardiologie), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>.

Evropská kardiologická společnost, *Cardiovascular Realities 2024* (Situace v oblasti kardiovaskulárních onemocnění 2024), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>.

³⁶ Evropská kardiologická společnost, *Atlas of cardiology* (Atlas kardiologie), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>.

Evropská kardiologická společnost, *Cardiovascular Realities 2022* (Situace v oblasti kardiovaskulárních onemocnění 2024), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>.

³⁷ *GBD 2021* (studie o globální zátěži spojené s nemocemi), *Diseases and Injuries Collaborators* (Spolupracovníci v oblasti nemocí a úrazů) (2024) Celosvětový výskyt, prevalence, roky života se zdravotním postižením (YLDs), roky života poznamenané zdravotním postižením (DALYs) a očekávaná délka života ve zdraví (HALE) u 371 nemocí a zranění ve 204 zemích a oblastech a v 811 lokalitách na nižší než celostátní úrovni, 1990–2021: systematická analýza pro studii o globální zátěži spojené s nemocemi z roku 2021. Vědecký časopis *Lancet* (Londýn, Anglie), 403(10440), 2133–2161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00757-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8)

³⁸ Timmis, A., Vardas, P., Townsend, N., Torbica, A., Katus, H., De Smedt, D., Gale, C. P., Maggioni, A. P., Petersen, S. E., Huculeci, R., Kazakiewicz, D., de Benito Rubio, V., Ignatiuk, B., Raisi-Estabragh, Z., Pawlak, A., Karagiannidis, E., Treskes, R., Gaita, D., Beltrame, J. F., McConnachie, A., ... Atlas Writing Group, Evropská kardiologická společnost (2022). Evropská kardiologická společnost: Statistiky kardiovaskulárních onemocnění 2021. *European heart journal* (Evropský kardiologický časopis), 43(8), 716–799. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab892>

³⁹ https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf

uvádějí výrazně vyšší počet nenaplněných potřeb, pokud jde o lékařská vyšetření, než je tomu u osob bez zdravotního postižení (5 % oproti 1,4 % v roce 2023)⁴⁰.

15. KVO představují značnou ekonomickou zátěž pro pacienty a jejich rodiny, systémy zdravotní péče a celou společnost. Celkové náklady na KVO činily v roce 2021 v Unii 282 miliard EUR, což představuje 2 % HDP Unie. Ztráty produktivity spojené s pracovní neschopností byly odhadnuty na 32 miliard EUR a s předčasnou úmrtností na 15 miliard EUR a náklady na neplacenou péči přátel/příbuzných byly odhadnuty na 79 miliard EUR.⁴¹ Investice do podpory zdraví a prevence kardiovaskulárních onemocnění a do systémů zdravotní péče mají zásadní význam pro snížení individuálních nákladů na zdravotní péči, zajištění odolného trhu práce a posílení konkurenceschopnosti EU⁴².
16. Lidé a země jsou kardiovaskulárními onemocněními postiženi v různé míře a KVO zvyšují v Unii nerovnosti mezi socioekonomickými skupinami a skupinami obyvatelstva, zeměmi a regiony. U těchto rozdílů hrají klíčovou úlohu širší faktory kardiovaskulárního zdraví, včetně socioekonomických zdravotních determinantů, jako je vzdělání, příjem a životní podmínky, jakož i komerční faktory, a ovlivňují prevalenci i dopad kardiovaskulárních onemocnění v různých komunitách, přičemž některé populace a komunity jsou postiženy nepoměrně více. Na tyto silně ohrožené populace by se měly zaměřit strategie na podporu zdraví a prevenci nemocí, přičemž by se měl klást důraz na podporu zdraví a prevenci nemocí v průběhu celého života s ohledem na mezigenerační nerovnosti v oblasti kardiovaskulárního zdraví.

⁴⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/HLTH_DH030

⁴¹ Luengo-Fernandez, R., Walli-Attaei, M., Gray, A., Torbica, A., Maggioni, A. P., Huculeci, R., Bairami, F., Aboyans, V., Timmis, A. D., Vardas, P., & Leal, J. (2023). *Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study* (Ekonomická zátěž spojená s kardiovaskulárními onemocněními v Evropské unii). *European heart journal* (Evropský kardiologický časopis), 44(45), 4752–4767. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad583>.

⁴² Letta, E. (2024). *Much more than a market*. (Mnohem více než jen trh.) <https://www.consilium.europa.eu/media/ny3j24sm/much-more-than-a-market-report-by-enrico-letta.pdf>

17. Podíl úmrtí v důsledku KVO je u žen vyšší než u mužů a u žen v EU představuje 35 % všech úmrtí⁴³. KVO mají na ženy vážnější dopad než na muže, protože ženy mají například vyšší riziko úmrtí v důsledku infarktu myokardu. To, že je riziko úmrtí po infarktu myokardu žen o 20 % vyšší než u mužů, je částečně způsobeno zavádějícím kulturním označením KVO jako „mužského onemocnění“ a chybějícími znalostmi symptomů u žen. V epidemiologii, diagnostice a péči jsou často přehlíženy kardiovaskulární rizikové faktory specifické pro ženy⁴⁴, jako je časná nebo pozdní první menstruace, menopauza, těhotenství^{45,46} a jiné související zdravotní potíže. Ženy také méně často podstupují léčbu kardiovaskulárních onemocnění založenou na vědeckých poznatcích a častěji u nich dochází ke zpoždění péče. Z těchto genderových rozdílů vyplývá, že jsou potřebné kardiovaskulární strategie šité na míru, které by se zaměřily na specifická rizika a výzvy v oblasti zdravotní péče, jimž ženy čelí.
18. V EU jsou velice rozšířené rizikové faktory, které představují riziko vzniku metabolických poruch, mimo jiné vysoký krevní tlak, vysoké hladiny cholesterolu, které zahrnují dědičné poruchy metabolismu lipidů, nadváha/obezita a vysoká hladina cukru v krvi, spolu s behaviorálními rizikovými faktory, jako je užívání tabáku, užívání jiných výrobků obsahujících nikotin, konzumace alkoholu, sedavý způsob života, špatná výživa a vysoký příjem soli, cukru a nasycených tuků, z čehož je zřejmé, že je zapotřebí větší rozšíření fakticky podložených programů primární prevence a podpory zdraví a přísnější právní předpisy Unie, které by se zabývaly komerčními faktory ve prospěch současných i budoucích generací.

⁴³https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics&oldid=629164#Deaths_from_cardiovascular_diseases

⁴⁴ Evropská kardiologická společnost, *Atlas of cardiology* (Atlas kardiologie), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>.

Evropská kardiologická společnost, *Cardiovascular Realities 2024* (Situace v oblasti kardiovaskulárních onemocnění 2024), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>.

⁴⁵ O'Kelly, A. C., Michos, E. D., Shufelt, C. L., Vermunt, J. V., Minissian, M. B., Quesada, O., Smith, G. N., Rich-Edwards, J. W., Garovic, V. D., El Khoudary, S. R., & Honigberg, M. C. (2022). *Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women* (Těhotenství a s reprodukčním zdravím spojené rizikové faktory výskytu kardiovaskulárních onemocnění u žen). *Circulation research* (Výzkum oběhu), 130(4), 652–672. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319895>

⁴⁶ Roos-Hesselink, J. W., van der Zande, J. A., & Johnson, M. R. (2023). *Pregnancy outcomes in women with heart disease: how to improve?* (Výsledky těhotenství u žen s onemocněním srdce: jak je zlepšit?). *European heart journal* (Evropský kardiologický časopis), 44(17), 1541–1543. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad035>

19. Asi 10 % úmrtí na KVO má přímou souvislost s kouřením. U kuřáků je o 30 % vyšší riziko vzniku aterosklerotické choroby srdeční než u nekuřáků. Pasivní kouření zvyšuje podle odhadů ve stejné míře riziko mozkové mrtvice.⁴⁷
20. Pokud jde o kardiovaskulární onemocnění, škodlivá konzumace alkoholu, bez ohledu na míru a vzorce pití, má neblahý účinek zejména v případě hypertenzní nemoci srdce, hemoragické cévní mozkové příhody, alkoholické kardiomyopatie a fibrilace a flutteru síní.⁴⁸
21. Pokud jde o kardiovaskulární onemocnění, jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů je nezdravá výživa a existují důkazy například o vlivu nadváhy/obezity⁴⁹ a vysokého příjmu nasycených tuků, transmastných kyselin, sodíku a cukru⁵⁰. Klíčem k jejich prevenci je snížení rizikových faktorů souvisejících s výživou, jako je nadměrný příjem soli, cukru, nasycených tuků a transmastných kyselin, s nímž se můžeme setkávat již u dětí.
22. Klíčovou úlohu hrají rovněž komerční faktory, jako jsou škodlivé⁵¹ marketingové praktiky, které propagují nezdravé výrobky a znesnadňují výběr těch zdravých, a je třeba se na ně zaměřit, aby se tato rizika účinně zmírnila. Je třeba usilovat o zlepšování zdravotní gramotnosti populace, organizací a systémů, aby se lidem dostalo podpory, pokud jde o přístup k informacím a službám a o jejich chápání, vyhodnocení a používání v zájmu prosazování a udržování dobrého zdravotního stavu a dobrých životních podmínek.

⁴⁷ Gernun, S., Franzen, K. F., Mallock, N., Benthien, J., Luch, A., Mortensen, K., Drömann, D., Pogarell, O., Rüther, T., & Rabenstein, A. (2022). *Cardiovascular functions and arterial stiffness after JUUL use* (Kardiovaskulární funkce a arteriální tuhost v důsledku e-cigaret JUUL). *Tobacco induced diseases* (Onemocnění vyvolaná tabákem), 20, 34. <https://doi.org/10.18332/tid/144317>

⁴⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>

⁴⁹ Robert, C. A., Swinburn, B., Hawkes, C., Huang, T. T., Costa, S. A., Ashe, M., Zwickler, L., Cawley, J. H., & Brownell, K. D. (2015). *Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking* (Nerovnoměrný pokrok v prevenci obezity: nové příklady, pevně zakořeněné překážky a nové myšlení). Vědecký časopis *Lancet* (Londýn, Anglie), 385(9985), 2400–2409. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61744-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61744-X)

⁵⁰ Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D., Maggioni, A., Marques-Vidal, P., Jennings, C., Abreu, A., Aguiar, C., Badariene, J., Bruthans, J., Castro Conde, A., Cifkova, R., Crowley, J., Davletov, K., Deckers, J., De Smedt, D., De Sutter, J., ... EUROASPIRE Investigators* (2019). *Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry* (Životní styl a dopad na kontrolu rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění u pacientů s koronárním onemocněním ve 27 zemích: výsledky, které získala Evropská kardiologická společnost v rámci studie EUROASPIRE V programu EORP). *European journal of preventive cardiology* (Evropský časopis preventivní kardiologie), 26(8), 824–835. <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>

⁵¹ <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061162>

23. V případě kardiovaskulárního onemocnění je dalším důležitým rizikovým faktorem životního stylu nedostatek pohybové aktivity. Existují přesvědčivé důkazy o vlivu pohybové aktivity na zlepšování kardiovaskulárního zdraví, přičemž relativní riziko úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění u těch, kteří se věnují v doporučené míře pohybové aktivitě, je možné snížit o 27 %⁵². Navzdory tomu mnoho dětí i dospělých pokyny v oblasti tělesné aktivity stále zdaleka nedodržuje. Důležitou složkou prevence, léčby a rehabilitace kardiovaskulárních onemocnění by mělo být prosazování fakticky podložených programů pohybové aktivity pro všechny úrovně schopností a aktivity jako takové.
24. Riziko různých kardiovaskulárních onemocnění, včetně aterosklerotické choroby srdeční, selhání srdce a mozkové mrtvice, zvyšuje diabetes⁵³. Vysoké hladiny cukru v krvi spojené s diabetem mohou poškozovat krevní cévy a nervy, které ovládají srdeční činnost a společně s poruchou funkce ledvin zvyšují riziko KVO. Podobně zvýšené kardiovaskulární riziko vykazují rovněž pacienti s chronickým onemocněním ledvin, u nichž se projevuje jako aterosklerotická choroba srdeční, selhání srdce, arytmie a náhlá srdeční smrt. Pro minimalizaci rizika kardiovaskulárních onemocnění a dalších komplikací spojených s diabetem je tudíž důležitá účinná léčba diabetu i KVO, včetně regulace hladiny cukru v krvi, krevního tlaku a hladiny cholesterolu za pomoci stravy, která je zdravá pro srdce, pohybovou aktivitou, podporou optimálního parodontálního zdraví a vyhýbáním se kouření/tabáku a nikotinu a škodlivé konzumaci alkoholu bez ohledu na míru a vzorce pití.
25. U pacientů s KVO se velice často vyskytuje obezita, která může mít behaviorální a genetické kořeny a má významný dopad na průběh a prognózu onemocnění. Tento problém vyžaduje komplexní programy, včasné zjištění a účinnou léčbu.

⁵² [https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-\(CCP\)/Cardiopactice/physical-activity-for-cardiovascular-prevention](https://www.escardio.org/Councils/Council-for-Cardiology-Practice-(CCP)/Cardiopactice/physical-activity-for-cardiovascular-prevention)

⁵³ Shah, A. D., Langenberg, C., Rapsomaniki, E., Denaxas, S., Pujades-Rodriguez, M., Gale, C. P., Deanfield, J., Smeeth, L., Timmis, A., & Hemingway, H. (2015). *Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people* (Diabetes 2. typu a výskyt kardiovaskulárních onemocnění: kohortní studie u 1,9 milionu osob). *Vědecký časopis Lancet. Diabetes & endocrinology* (Diabetes a endokrinologie), 3(2), 105–113. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70219-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70219-0)

26. Kardiovaskulární zdraví úzce souvisí s duševní pohodou. U mladých dospělých se časný nástup KVO a ne zcela optimální kardiovaskulární zdraví spojuje s chronickým stresem, úzkostnými poruchami, depresemi a s dalšími duševními onemocněními⁵⁴⁵⁵. KVO mohou zároveň samy o sobě vést k problémům v oblasti duševního zdraví, včetně zvýšené míry stresu, úzkosti a deprese.
27. Riziko KVO zvyšují rovněž environmentální stresové faktory. Stále více jsou vnímány souvislosti mezi různými KVO a znečištěním ovzduší, expozicí hluku a nárůstem teploty v důsledku změny klimatu⁵⁶, což představuje další rozhodující oblast, kde je třeba přijmout opatření. Kvůli změně klimatu se zejména prohlubují stávající nerovnosti v oblasti zdraví a tato změna má to dopad zvláště na zranitelné populace, což vyžaduje prevenci napříč odvětvími. Znečištění ovzduší je hlavní environmentální příčinou předčasných úmrtí v EU, která má za následek 300 000 předčasných úmrtí ročně, zejména v důsledku nepřenositelných nemocí, jako jsou KVO. Nepoměrně více postiženy jsou zranitelné skupiny – včetně dětí, starších osob, osob, které již mají zdravotní potíže, jakož i socioekonomicky znevýhodněných skupin. Zvyšující se znečištění jemnými částicemi přímo souvisí s vyšším rizikem úmrtí na kardiovaskulární onemocnění. U dospělých, kteří jsou vystaveni pasivnímu kouření, je o 25 až 30 % vyšší riziko vzniku aterosklerotické choroby srdce a o 20 až 30 % vyšší riziko mozkové mrtvice⁵⁷. Hluk ve venkovním prostředí navíc přispívá ke zvýšenému výskytu arteriální hypertenze, infarktu myokardu a mozkové mrtvice⁵⁸⁵⁹. Tato zjištění zdůrazňují zásadní potřebu zabývat se v rámci komplexních strategií prevence kardiovaskulárních onemocnění také environmentálními stresovými faktory.

⁵⁴ Borkowski, P., & Borkowska, N. (2024). *Understanding Mental Health Challenges in Cardiovascular Care* (Pochopení výzev v oblasti duševního zdraví v rámci péče o kardiovaskulární zdraví). *Cureus*, 16(2), e54402. <https://doi.org/10.7759/cureus.>

⁵⁵ Kwapong, Y. A., Boakye, E., Khan, S. S., Honigberg, M. C., Martin, S. S., Oyeka, C. P., Hays, A. G., Natarajan, P., Mamas, M. A., Blumenthal, R. S., Blaha, M. J., & Sharma, G. (2023). *Association of Depression and Poor Mental Health With Cardiovascular Disease and Suboptimal Cardiovascular Health Among Young Adults in the United States* (Spojení deprese a špatného duševního zdraví s kardiovaskulárními onemocněními a ne zcela optimálním kardiovaskulárním zdravím u mladých dospělých ve Spojených státech). *Journal of the American Heart Association* (Časopis Americké kardiologické společnosti), 12(3), e028332. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.028332>

⁵⁶ Münzel, T., Hahad, O., Sørensen, M., Lelieveld, J., Duerr, G. D., Nieuwenhuijsen, M., & Daiber, A. (2022). *Environmental risk factors and cardiovascular diseases: a comprehensive expert review* (Environmentální rizikové faktory a kardiovaskulární onemocnění: komplexní odborný přezkum). *Cardiovascular research* (Výzkum kardiovaskulárních onemocnění), 118(14), 2880–2902. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvab316>

⁵⁷ Adegboye O. A., Alele F. O., Castellanos M. E., Pak A. & Emoto T. I. (2023). Úvodník: *Environmental stressors, multi-hazards and their impact on health* (Environmentální stresové faktory, vícenásobná nebezpečí a jejich dopad na zdraví). *Front. Public Health*. 11:1231955. doi: 10.3389/fpubh.2023.1231955

⁵⁸ Evropská kardiologická společnost, *Atlas of Cardiology* (Atlas kardiologie), <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

Evropská kardiologická společnost, *Cardiovascular Realities 2024* (Situace v oblasti kardiovaskulárních onemocnění 2024) <https://eatlas.escardio.org/Atlas/ESC-Atlas-of-Cardiology>

⁵⁹ Münzel, T., Herzog, J., Schmidt, F. P. & Sørensen. *Environmental stressors and cardiovascular disease: the evidence is growing* (Environmentální stresové faktory a kardiovaskulární onemocnění: přibývá důkazů). (2017) *European heart journal* (Evropský kardiologický časopis), 38(29), 2297–2299. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx306>

28. Pokud jde o konkrétní rizikové faktory KVO, důležitou oblastí ke zlepšení je rozšíření a optimalizování účasti na screeningových programech ve všech členských státech. KVO včetně těch, které nejsou spojeny s modifikovatelnými faktory, bychom mohli lépe řešit včasnějším zjišťováním onemocnění, jako je hypertenze, poruchy srdečního rytmu, diabetes, onemocnění ledvin nebo poruchy metabolismu lipidů. Zvýšení tohoto úsilí má významný potenciál zmírnit zátěž spojenou s nediagnostikovanými a neřešenými rizikovými faktory, aby se včasnějším zásahem zlepšily výsledky v oblasti zdraví.
29. Existují důkazy, z nichž vyplývá, že pro pacienty se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem nebo stávajícím KVO je obzvláště důležité očkování proti infekcím (jako je chřipka⁶⁰, pneumonie způsobená pneumokoky⁶², SARS-CoV-2⁶³ a respirační syncytiální virus⁶⁴), zvláště pokud se jedná o starší osoby. Pro zlepšování proočkovanosti a celkového zdravotního stavu je důležité posílit osvětové kampaně a klást důraz na kardiovaskulární ochranu, kterou pro tyto vážně ohrožené skupiny představují očkovací látky.
30. Lidé s běžnými KVO, jako je selhání srdce, strukturální onemocnění srdce nebo s dědičnými předpoklady, jako je familiární hypercholesterolemie nebo zvýšená koncentrace lipoproteinu(a) jsou často diagnostikováni pozdě, když už je jejich nemoc rozvinutá, takže přijdou o důležitou možnost postup nemoci zpomalit. To vede ke zbytečně velké zátěži v důsledku nemoci, hospitalizace a předčasného úmrtí. K dřívějšímu rozpoznání tohoto stavu by mohly napomoci veřejné osvětové kampaně věnované KVO a větší důraz na jejich včasné zjištění, čímž by se potenciálně zmírnila závažnost tohoto onemocnění a tato onemocnění by se lépe zvládala. Programy zvládání nemocí mohou navíc přispět k lepším výsledkům v oblasti zdraví.

⁶⁰ Modin, D., Lassen M. C. H., Claggett, B., Johansen, N. D., Keshtkar-Jahromi, M., Skaarup, K. G., Nealon, J., Udell J. A., Vardeny O., Solomon, S. D., Gislason, G. & Biering-Sørensen, T. (2023) *Influenza vaccination and cardiovascular events in patients with ischaemic heart disease and heart failure: A meta-analysis* (Očkování proti chřipce a kardiovaskulární příhody u pacientů s ischemickou chorobou srdeční a selhání srdce: metaanalýza). *Eur J Heart Fail.*, 25(9), 1685-1692. doi: 10.1002/ehf.2945. Epub 2023 Jul 5.

⁶¹ Udell, J. A., Zawi, R., Bhatt, D. L., Keshtkar-Jahromi, M., Gaughran, F., Phrommintikul, A., Ciszewski, A., Vakili, H., Hoffman, E. B., Farkouh, M. E., & Cannon, C. P. (2013). *Association between influenza vaccination and cardiovascular outcomes in high-risk patients: a meta-analysis* (Souvislost mezi očkováním proti chřipce a kardiovaskulárním zdravím u vysoce rizikových pacientů: metaanalýza). *JAMA*, 310(16), 1711-1720. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.279206>

⁶² Vlachopoulos, C. V., Terentes-Printzios, D. G., Aznaouridis, K. A., Pietri, P.G. & Stefanadis, C. I. (2015) *Association between pneumococcal vaccination and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies* (Souvislost mezi očkováním proti pneumokokům a kardiovaskulárním zdravím: systematický přezkum a metaanalýza kohortových studií). *Eur J Prev Cardiol.*, 22(9), 1185-99. doi: 10.1177/2047487314549512. Epub 2014 Sep 24.

⁶³ Xie, Y., Xu, E., Bowe, B., & Al-Aly, Z. (2022). *Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19* (Dlouhodobý vliv onemocnění COVID-19 na kardiovaskulární zdraví). *Nature medicine*, 28(3), 583-590. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>.

⁶⁴ Shi, T., Vennard, S., Jasiewicz, F., Brogden, R., Nair, H.; RESCEU Investigators. (2022) *Disease Burden Estimates of Respiratory Syncytial Virus related Acute Respiratory Infections in Adults With Comorbidity: A Systematic Review and Meta-Analysis* (Odhady zátěže spojené s akutními respiračními infekcemi způsobenými respiračním syncytiálním virem u dospělých s komorbiditou: systematický přezkum a metaanalýza). *J Infect Dis.*, 226(Suppl 1): S17-S21. doi: 10.1093/infdis/jiab040.

31. Nedostatečně diagnostikována a špatně léčena jsou vzácná onemocnění, která mají většinou genetický původ, a z důvodu nedostatečných lékařských poznatků a špatné informovanosti o těchto onemocněních dochází k prodlevám v diagnostice, což přispívá ke značnému sociálnímu a finančnímu zatížení dotčených osob i jejich rodin a pečujících osob. To se týká zejména vzácných KVO⁶⁵. Pokud tato onemocnění zůstanou nediodagnostikována a neléčena, mohou vést k život ohrožujícím kardiovaskulárním komplikacím, jako jsou infarkty myokardu nebo náhlá úmrtí v mladém věku u jinak zdravých osob. Je zapotřebí, aby se zdravotníkům dostávalo odpovídajícího vzdělání a odborné přípravy a aby měli přístup k sítím odborných center, jako jsou evropské referenční sítě (ERN), včetně ERN Guard-Heart, VASCERN a vnitrostátních odborných center, která usnadňují přístup k diagnostice a léčbě vzácných a komplexních onemocnění srdce a oběhového systému⁶⁶.
32. Nutný je přístup k účinné léčbě a její dostupnost, včetně stávajících a nových fakticky podložených způsobů léčby, které nabízejí značný zdravotní přínos, a to i přesto, že vývoj nových léčivých přípravků na léčbu KVO je kvůli enormní zátěži v oblasti zdravotní péče omezený. Jsou potřebné inovace a výzkum zaměřený na nejdůležitější neuspokojené potřeby za účelem vypracování nových postupů diagnostiky a léčby uzpůsobených potřebám pacientů, které budou integrovány do modelů péče a budou široce dostupné.
33. V článku 108 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2017/745 ze dne 5. dubna 2017 o zdravotnických prostředcích se požaduje, aby Komise a členské státy přijaly veškerá vhodná opatření, aby podpořily zavedení registrů a databank pro konkrétní typy prostředků, které napomůžou k nezávislému hodnocení dlouhodobé bezpečnosti, a současně stanovily společné zásady pro shromažďování srovnatelných informací. Tyto srovnatelné a nezávislé údaje o dlouhodobé bezpečnosti a účinnosti implantabilních kardiovaskulárních prostředků jsou potřebné pro další zlepšování kvality léčby KVO.

⁶⁵ <https://www.orpha.net/en/disease/classification/group/156265?orphaCode=97929&firstParent=1&name=Rare-cardiac-disease&mode=name>

⁶⁶ https://health.ec.europa.eu/rare-diseases-and-european-reference-networks/european-reference-networks_cs

34. Pacienti s KVO jsou často vystaveni vysokému riziku jiných souvisejících kardiovaskulárních příhod nebo onemocnění, jako je např. kardiorenální metabolický syndrom, který je definován jako zdravotní porucha související s obezitou, diabetem 2. typu, chronickým onemocněním ledvin a KVO. V zájmu zlepšení prognózy je zásadní zavést účinné strategie sekundární prevence zaměřené na kontrolu rizikových faktorů za účelem posílení informovanosti pacientů a podporu zdravotní gramotnosti. Při prosazování opatření zaměřených na zlepšení kardiovaskulárního zdraví pomáhá rovněž zapojení pacientů na individuální úrovni, jako je společné rozhodování, a na kolektivní úrovni, jako jsou konzultace s organizacemi pacientů. Zajištění spolehlivých systémů podpory pacientů může výrazně napomoci dodržování léčebného plánu.
35. Pro pacienty s KVO je velice prospěšné, pokud mají včas přístup k rehabilitačním službám, což může zlepšit funkční výsledky a snížit pravděpodobnost recidivy. Zajištění široké dostupnosti a přístupnosti kardiologických a neurorehabilitačních programů je zásadní pro komplexní zotavení pacientů a dlouhodobé zajištění zdraví. Aby byla účinnost těchto programů co největší, měly by být přizpůsobeny potřebám jednotlivých pacientů.
36. Významného snížení zátěže způsobené KVO v celé Unii nelze dosáhnout bez zohlednění potřeb jejího obyvatelstva v oblasti prevence, včasného zjišťování, diagnostiky, léčby a rehabilitace KVO, jakož i environmentálních stresových faktorů a komorbidit. Za účelem dosažení rovnosti v oblasti zdraví je třeba věnovat zvláštní pozornost potřebám a podmínkám zranitelných skupin, které jsou nemocemi zatíženy více a mají nižší naději dožití.
37. Členské státy usilují o dosažení cílů Světové zdravotnické organizace v oblasti nepřenositelných nemocí a cílů OSN v oblasti udržitelného rozvoje, zejména cíle 3.4, jímž je snížit o jednu třetinu počet předčasných úmrtí na nepřenositelné nemoci. V roce 2025 bude svoláno čtvrté zasedání Valného shromáždění na vysoké úrovni o prevenci a kontrole nepřenositelných nemocí.

VYZÝVÁ ČLENSKÉ STÁTY, ABY

38. PŘIJALY nebo případně aktualizovaly opatření v oblasti kardiovaskulárního zdraví, která by rovněž zohledňovala výsledky společných akcí ve vnitrostátním kontextu, a to v rámci samostatných nebo širších strategických programů týkajících se nepřenositelných nemocí a se zapojením relevantních subjektů, za účelem:

- a) posílení politik v oblasti prosazování zdraví a primární prevence v průběhu celého života za účelem snížení předčasné úmrtnosti a nemocnosti na úrovni populace stanovením nejúčinnějších politik a opatření s cílem oslovit a léčit v rámci integrovaného přístupu k nepřenositelným nemocem jednotlivce s vysokým rizikem vzniku KVO;
- b) přijetí opatření ke zlepšení zdravotní gramotnosti populace;
- c) zohlednění sociálních faktorů, které ovlivňují přístup ke zdravotní péči, jako je socioekonomický status, jakož i aspektů souvisejících s pohlavím a věkem; a zavedení komplexních vzdělávacích programů ve školách, na pracovištích a v komunitách s cílem zvýšit povědomí a znalosti o významu kardiovaskulárního zdraví se zaměřením na dopad volby životního stylu;
- d) řešení rizik v oblasti kardiovaskulárního zdraví ve svých politikách v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (BOZP);
- e) posílení sekundární prevence prostřednictvím fakticky podložených vyšetření kardiovaskulárního systému, která zahrnují včasný screening, včasné zjištění a přesnou diagnostiku přizpůsobenou různým potřebám populace, včetně posouzení funkce ledvin;

- f) zahrnutí opatření zaměřených na snížení rizikových faktorů nutriční povahy, jako je vysoký příjem soli, nasycených tuků a cukru a nízký příjem celozrnných potravin⁶⁷, ovoce a zeleniny⁶⁸, například upravením složení potravin, jakož i zahrnutí kampaní v oblasti veřejného zdraví na podporu zdravější stravy a řešení problematiky komerčních faktorů, jako je marketing;
- g) zohlednění souvislosti mezi KVO a diabetem a obezitou, případně včetně komplexních opatření k řešení a zvládání těchto onemocnění;
- h) provádění komplexních intervencí za účelem boje proti škodám souvisejícím s alkoholem, užívání tabáku a dalších tabákových výrobků obsahujících nikotin nebo bez nikotinu a jejich prevence;
- i) zlepšení kardiovaskulárního zdraví prováděním dohodnutých politik nulového znečištění a řešením faktorů ovlivňujících životní prostředí, případně prostřednictvím opatření ke snížení znečištění ovzduší a hlukového znečištění; podpory udržitelných environmentálních postupů, prosazování územního plánování a dopravy, které jsou „zdravé pro srdce“, zajištění toho, aby byly na základě přístupu „jedno zdraví“ do politických opatření souvisejících s KVO plně začleněny dopady změny klimatu a dalších environmentálních stresových faktorů, a dalšího posílení preventivní ochrany zdraví před účinky horka, tj. prostřednictvím opatření na ochranu zdraví před účinky horka;
- j) zlepšení rovného přístupu ke kvalitní zdravotní péči v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, případně prosazováním inovativních a přesných řešení v oblasti péče, včetně přijímání pokročilých technologií, jako je diagnostika za pomoci umělé inteligence a telemedicína;
- k) zlepšení rovného přístupu ke kardiovaskulární rehabilitaci a neurorehabilitaci rozšířením dostupnosti individualizovaných programů napříč zdravotnickými zařízeními, přičemž se zajistí, aby se pacientům dostávalo trvalé podpory nezbytné pro optimální zotavení z KVO a léčbu;

⁶⁷ Ross, A. B., van der Kamp, J. W., King, R., Lê, K. A., Mejbourn, H., Seal, C. J. & Thielecke F; Healthgrain Forum. (2017) *Perspective: A Definition for Whole-Grain Food Products-Recommendations from the Healthgrain Forum* (Perspektiva: Definice doporučení síť Healthgrain Forum týkající se celozrnných potravinářských výrobků). *Adv Nutr.*, 8(4):525-531. doi: 10.3945/an.116.014001.

⁶⁸ Wang, D. D., Li, Y., Bhupathiraju, S. N., Rosner, B. A., Sun, Q., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Manson, J. E., Willett, W. C., Stampfer, M. J., & Hu, F. B. (2021). *Fruit and Vegetable Intake and Mortality: Results From 2 Prospective Cohort Studies of US Men and Women and a Meta-Analysis of 26 Cohort Studies* (Konzumace ovoce a zeleniny a mortalita: Výsledky dvou prospektivních kohortových studií mužů a žen v USA a metaanalýza 26 kohortových studií). *Odborný časopis Circulation*, 143(17), 1642–1654. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048996>

- l) posílení vzdělávacích činností pro zdravotnické pracovníky, komunikačních činností, včetně komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, a intervencí zaměřených na lepší dodržování terapeutických postupů a prosazování zdravého životního stylu u osob postižených kardiovaskulárními onemocněními a/nebo se souvisejícími rizikovými faktory;
- m) podpory užších vazeb mezi odvětvím zdraví a odvětvím pohybové aktivity s cílem lépe začlenit pohybovou aktivitu/přizpůsobenou pohybovou aktivitu do organizace péče o pacienty s kardiovaskulárními onemocněními a jinými nepřenosnými nemocemi, a to prosazováním a případně předepisováním přizpůsobené pohybové aktivity/sportovních pohybových aktivit u osob s kardiovaskulárními onemocněními/ohrožených kardiovaskulárními onemocněními, které zahrnují osoby všech úrovní pohybových schopností;
- n) řešení problematiky poruch spánku a souvisejících poruch jakožto určujícího faktoru kardiovaskulárního zdraví za účelem poskytování lepších informací o významu kvalitního spánku a lepší detekce, zvládání a léčby poruch spánku;
- o) zvážení možností, jak u osob s duševními poruchami usnadnit obousměrný tok informací o možných dopadech jejich zdravotních potíží na jejich kardiovaskulární zdraví, a prosazování pravidelných kontrol s cílem předcházet kardiovaskulárním problémům;
- p) zvážení případného prosazování (na celostátní, regionální nebo místní úrovni) instalace a používání automatizovaných externích defibrilátorů (AED) v nemocnicích i mimo ně, kromě jiného i v komunitách a centrech pohybových aktivit, a provádění nebo posílení iniciativ pro akutní, vysoce kvalitní kardiologickou péči, zaměřenou zejména na srdeční zástavu. Tyto iniciativy by mohly zahrnovat kampaně veřejného vzdělávání a osvěty, odbornou přípravu záchranných služeb, pravidelnou údržbu defibrilátorů a koordinaci mezi záchrannými službami.

VYZÝVÁ EVROPSKOU KOMISI, ABY

39. PŘIJALA OPATŘENÍ v oblasti kardiovaskulárního zdraví vycházející z Evropského plánu boje proti rakovině na základě integrovaného rámce zahrnujícího preventivní zdravotní opatření (primární, sekundární a terciární) a podporu zdraví a zároveň prosazovala diskusi o tom, jak ve vnitrostátních systémech zdravotní péče lépe prosazovat systematický screening, očkování, možnosti komplexní léčby a spolehlivé rehabilitační programy. Tato opatření by se měla konkrétně zaměřit na snížení určených klíčových modifikovatelných rizikových faktorů, které jsou rozšířeny napříč členskými státy EU. Mezi tyto rizikové faktory by měla být zahrnuta nízká zdravotní gramotnost, rizika v oblasti duševního zdraví bez ohledu na věk a rizika spojená s rovnováhou mezi pracovním a soukromým životem a s neustálým udržováním pracovních schopností a sociálních dovedností.
40. URČILA účinné intervence v oblasti veřejného zdraví pro prevenci nepřenositelných nemocí, se zvláštním ohledem na kardiovaskulární onemocnění, prostřednictvím unijního portálu dobré praxe a komplexního přezkumu stávajících studií a úspěšných programů v celé EU.
41. PROSAZOVALA investice do iniciativ v oblasti výzkumu a vývoje s cílem lépe pochopit strukturální mechanismy, jejichž prostřednictvím rizikové faktory ovlivňují nepřenositelné nemoci, zejména pak kardiovaskulární zdraví, a rozvíjet inovativní a účinné reakce na tyto strukturální výzvy v oblasti veřejného zdraví. To zahrnuje vytváření rámců kompetencí a odborné přípravy v zájmu osvěty pacientů o terapii, která je přizpůsobena problematice kardiovaskulární oblasti a jejímž cílem je posílit postavení a soběstačnost pacientů. Výzkum by měl být zaměřen rovněž na podporu a v případě potřeby rozšíření registrů KVO a integrace údajů v celé EU, jakož i na podporu akademické spolupráce.

42. ZAJISTILA, aby byly dostupné finanční prostředky EU využívány k rozsáhlému provádění těchto intervencí, a zároveň zajistila, aby byly přizpůsobeny potřebám jednotlivých států.
43. PŘIJALA OPATŘENÍ, například zvážila program EU zaměřený na snížení obsahu soli, jakož i společné iniciativy na posílení činností v oblasti upravení složení potravin, a zabývala se problematikou komerčních faktorů ovlivňujících zdraví podporou změny paradigmatu a změn postoje spotřebitelů v raném věku. Tato opatření by měla být založena na spolehlivých důkazech a měla by upřednostňovat plošná a systémová opatření zaměřená na vysoký příjem soli, cukru, nasycených tuků a transmastných kyselin, jakož i na obezitu, nadváhu, sedavý životní styl, kouření a užívání nikotinových výrobků a na konzumaci alkoholu, přičemž by měly být zdůrazněny včasné intervence začínající od dětství s cílem vytvořit zdravé stravovací návyky a zvýšit gramotnost v oblasti výživy i zdraví.
44. Ve vhodných případech PŘIJALA legislativní návrhy a pokračovala v práci na opatřeních oznámených v rámci Evropského plánu boje proti rakovině, se zvláštním důrazem na iniciativy týkající se faktorů ovlivňujících zdraví, včetně socioekonomických a komerčních faktorů. Součástí toho by mělo být hodnocení a revize právních předpisů týkajících se tabáku, zejména řešením problematiky přístupu mladých lidí k novým tabákovým a nikotinovým výrobkům⁶⁹, jakož i legislativních a nelegislativních opatření v zájmu prevence a snižování škod souvisejících s alkoholem a zlepšování podpory zdraví prostřednictvím přístupu ke zdravé stravě a fyzické aktivitě⁷⁰.

⁶⁹ Viz pověřovací dopis Ursuly von der Leyenové kandidátovi na komisaře pro zdraví a dobré životní podmínky zvířat.

⁷⁰ Viz bod 41 závěrů Rady o budoucnosti evropské zdravotní unie (viz odkaz22).

45. POSOUDILA proveditelnost a případně navrhla:

- a) v souladu s vnitrostátními a evropskými pravidly pro ochranu údajů a na základě v současnosti platného rámce lépe využívat stávající a budoucí digitální infrastruktury v oblasti zdraví s cílem posílit primární využití standardizovaných elektronických zdravotních záznamů pro účely péče o pacienty a klinického rozhodování v oblasti kardiovaskulárního zdraví a případně propagovala sekundární využití v oblasti výzkumu a inovací. To zahrnuje konsolidaci fragmentovaných údajů s cílem usnadnit přímou péči o pacienty a výzkumnou činnost týkající se všech onemocnění oběhové soustavy, jakož i pokrok ve využívání datových modelů a při standardizaci těchto údajů v elektronických zdravotních záznamech a datových souborech registrů zdravotní péče. Toto úsilí by v případě potřeby mělo podpořit komplexnější sběr údajů, poskytnout informace pro rozvoj politik, zlepšit klinické výsledky a podpořit iniciativy v oblasti veřejného zdraví, které jsou v souladu s agendou EU v oblasti kardiovaskulárního zdraví;
- b) navázat na práci WHO, OECD, Eurostatu a střediska ECDC s cílem monitorovat, dokumentovat a šířit informace o tom, co je nového v oblasti kardiovaskulárního zdraví. Toto úsilí by se mělo zaměřit na podporu a přizpůsobování úspěšných iniciativ v oblasti zdraví napříč členskými státy a v jejich rámci, a to případně i s využitím stávajících nástrojů relevantních pro pacienty k měření kvality života a výsledků v oblasti kardiovaskulárního zdraví, které hlásí pacienti na evropské úrovni;
- c) zřídit nebo využívat stávající síť odborníků v rámci platformy pro politiku v oblasti zdraví k diskusím o procesech v EU týkajících se rehabilitace po srdeční a cévní mozkové příhodě a případně začlenit do oblasti zdraví digitální řešení s cílem zlepšit dosah a účinnost rehabilitačních služeb;

- d) poskytovat podporu za účelem rozvoje základního a translačního výzkumu v oblasti kardiovaskulárního zdraví, včetně výzkumu vycházejícího z veřejného zdraví a epidemiologického výzkumu, jakož i souvisejících rizikových faktorů a jejich příslušného dopadu. Tím se zlepši porozumění příčinám a mechanismům kardiovaskulárních onemocnění, včetně účinků znečištění, škodlivých vlivů, životního stylu, změny klimatu a problémů v oblasti duševního zdraví, a usnadní se rozvoj účinnější diagnostiky a léčby, které jsou zaměřeny na nejdůležitější nenaplněné potřeby a mají významné zdravotní přínosy a maximalizují potenciál v oblasti digitálního zdraví;
- e) zahrnout do opatření týkajících se kardiovaskulárního zdraví příklady a doporučení založené na důkazech s cílem prosazovat primární a sekundární prevenci.
-