



PŘIJATÉ TEXTY

P10_TA(2026)0304

Strategie EU pro kardiovaskulární onemocnění

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 16. září 2026 o strategii EU pro kardiovaskulární onemocnění (2025/2132(INI))

Evropský parlament,

- s ohledem na články 7, 9, 168 a 191 Smlouvy o fungování Evropské unie,
- s ohledem na články 3 a 35 Listiny základních práv Evropské unie,
- s ohledem na evropský pilíř sociálních práv,
- s ohledem na Agendu OSN pro udržitelný rozvoj 2030 a na cíle v oblasti udržitelného rozvoje, zejména na cíl 3.4 týkající se snížení počtu předčasných úmrtí v důsledku nepřenosných nemocí do roku 2030 o třetinu na základě prevence a léčby,
- s ohledem na „Rámec pro poskytování zdravotnických služeb při prevenci a léčbě obezity“ Světové zdravotnické organizace (WHO) zveřejněný dne 18. května 2023 a plán WHO „Acceleration Plan to Stop Obesity“ ze dne 3. července 2023,
- s ohledem na sdělení Komise ze dne 16. prosince 2025 o plánu EU pro kardiovaskulární zdraví: Plán pro srdce v bezpečí (COM(2025)1024),
- s ohledem na sdělení Komise ze dne 3. února 2021 o Evropském plánu boje proti rakovině (COM(2021)0044),
- s ohledem na své usnesení ze dne 16. února 2022 o posilování Evropy v boji proti rakovině – směrem ke komplexní a koordinované strategii¹,
- s ohledem na iniciativu Komise s názvem „Společně za lepší zdraví – iniciativa EU pro nepřenosné nemoci“,

¹ Úř. věst. C 342, 6.9.2022, s. 109.

- s ohledem na Strategii EU v oblasti celosvětového zdraví,
- s ohledem na nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2025/327 ze dne 11. února 2025 o evropském prostoru pro zdravotní údaje a o změně směrnice 2011/24/EU a nařízení (EU) 2024/2847²,
- s ohledem na směrnici Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES³ (směrnice o tabákových výrobcích),
- s ohledem na směrnici Rady 2011/64/EU ze dne 21. června 2011 o struktuře a sazbách spotřební daně z tabákových výrobků⁴,
- s ohledem na směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/29/ES ze dne 11. května 2005 o nekalých obchodních praktikách vůči spotřebitelům na vnitřním trhu a o změně směrnice Rady 84/450/EHS, směrnic Evropského parlamentu a Rady 97/7/ES, 98/27/ES a 2002/65/ES a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 2006/2004 (směrnice o nekalých obchodních praktikách)⁵,
- s ohledem na nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1924/2006 ze dne 20. prosince 2006 o výživových a zdravotních tvrzeních při označování potravin⁶,
- s ohledem na směrnici Evropského parlamentu a Rady 2008/50/ES ze dne 21. května 2008 o kvalitě vnějšího ovzduší a čistším ovzduší pro Evropu⁷,
- s ohledem na směrnici Evropského parlamentu a Rady 2002/49/EU ze dne 25. června 2002 o hodnocení a řízení hluku ve venkovním prostředí⁸,
- s ohledem na směrnici Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční

² Úř. věst. L, 2025/327, 5.3.2025,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2025/327/oj>.

³ Úř. věst. L 127, 29.4.2014, s. 1,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2014/40/oj>.

⁴ Úř. věst. L 176, 5.7.2011, s. 24,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/64/oj>.

⁵ Úř. věst. L 149, 11.6.2005, s. 22,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/29/oj>.

⁶ Úř. věst. L 404, 30.12.2006, s. 9,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2006/1924/oj>.

⁷ Úř. věst. L 152, 11.6.2008, s. 1,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2008/50/oj>.

⁸ Úř. věst. L 189, 18.7.2002, s. 12,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2002/49/oj>.

zdravotní péči⁹ („směrnice o přeshraniční zdravotní péči“),

- s ohledem na zprávu Maria Draghiho ze dne 9. září 2024 nazvanou „Budoucnost evropské konkurenceschopnosti“ (dále jen „Draghiho zpráva“),
- s ohledem na sdělení Komise ze dne 29. ledna 2025 nazvané „Kompas konkurenceschopnosti pro EU“ (COM(2025)0030),
- s ohledem na zprávu Komise ze dne 29. ledna 2026 nazvanou „Přezkum Akčního plánu pro nulové znečištění v polovině období – Zajištění čistého ovzduší, oceánů, sladkovodních ploch a toků a půdy“ (COM(2026)0042),
- s ohledem na směrnici Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/2284 ze dne 14. prosince 2016 o snížení národních emisí některých látek znečišťujících ovzduší, o změně směrnice 2003/35/ES a o zrušení směrnice 2001/81/ES¹⁰ a na její vyhodnocení ze dne 1. prosince 2025,
- s ohledem na zprávu Evropské agentury pro životní prostředí ze dne 22. června 2023 s názvem „Boj proti kardiovaskulárním onemocněním – úloha životního prostředí v Evropě“ a na její zprávu ze dne 3. listopadu 2025 nazvanou „Prevence kardiovaskulárních onemocnění prostřednictvím zdravého životního prostředí“,
- s ohledem na strategii EU pro přizpůsobení se změně klimatu zveřejněnou dne 24. února 2021 (COM(2021)0082),
- s ohledem na program Horizont Evropa, program EU pro zdraví, program Digitální Evropa a fondy politiky soudržnosti,
- s ohledem na sdělení Komise ze dne 14. října 2020 o strategii pro udržitelnost v oblasti chemických látek (COM(2020)0667),
- s ohledem na Evropský registr nerovností v oblasti nádorových onemocnění,
- s ohledem na celosvětový akční plán WHO pro prevenci a kontrolu nepřenosných nemocí na období 2013–2030, na její akční plán pro prevenci a kontrolu nepřenosných nemocí v evropském regionu WHO na období 2016–2025 a na druhý evropský pracovní program WHO na období 2026–2030: „Společná akce pro lepší zdraví“,
- s ohledem na politické prohlášení v rámci čtvrtého zasedání Valného shromáždění na vysoké úrovni věnované prevenci a kontrole

⁹ Úř. věst. L 88, 4.4.2011, s. 45,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2011/24/oj>.

¹⁰ Úř. věst. L 344, 17.12.2016, s. 1,
ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2016/2284/oj>.

nepřenosných nemocí a podpoře duševního zdraví a pohody, které přijalo Valné shromáždění OSN dne 8. prosince 2025,

- s ohledem na nejvhodnější a nejrychlejší opatření WHO v oblasti prevence a léčby nepřenosných nemocí, včetně kardiovaskulárních onemocnění,
 - s ohledem na sdělení Komise ze dne 7. března 2025 „Plán pro práva žen“ (COM(2025)0097),
 - s ohledem na soubor odborných rad WHO týkajících se kardiovaskulárního zdraví (WHO HEARTS),
 - s ohledem na Rámcovou úmluvu WHO z roku 2003 o kontrole tabáku,
 - s ohledem na strategii WHO pro evropský region v oblasti pohybové aktivity na období let 2016–2025;
 - s ohledem na své usnesení ze dne 16. února 2022 o posilování Evropy v boji proti rakovině – směrem ke komplexní a koordinované strategii¹¹,
 - s ohledem na své usnesení ze dne 13. prosince 2023 o nepřenosných nemocech¹²,
 - s ohledem na probíhající práci v souvislosti s krizí způsobenou nedostatkem zdravotnického personálu v EU,
 - s ohledem na zprávu Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj ze dne 15. prosince 2024 nazvanou „The state of cardiovascular health in the European Union“ (Situace v oblasti kardiovaskulárního zdraví v Evropské unii“),
 - s ohledem na stanovisko Evropského hospodářského a sociálního výboru ze dne 18. září 2025 o komerčních faktorech ovlivňujících zdraví;
 - s ohledem na článek 55 (a čl. 148 odst. 2) jednacího řádu,
 - s ohledem na zprávu Výboru pro veřejné zdraví (A10-0221/2026),
- A. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění zahrnují široké spektrum srdečních a cévních onemocnění, včetně těch, která postihují srdce i oběhový systém;
- B. vzhledem k velmi častému výskytu kardiovaskulárních onemocnění a s nimi souvisejících rizikových faktorů, které mají významný dopad na zdraví a kvalitu života, ale i závažné ekonomické a sociální

¹¹ Úř. věst. C 342, 6.9.2022, s. 109.

¹² Úř. věst. C, C/2024/4171, 2.8.2024, ELI:
<http://data.europa.eu/eli/C/2024/4171/oj>.

důsledky; vzhledem k tomu, že kardiovaskulární zdraví proto představuje v EU jednu z největších výzev v oblasti veřejného zdraví, jelikož kardiovaskulární onemocnění jsou i nadále hlavní příčinou úmrtnosti v EU a vyžádají si každý rok přibližně 1,7 milionu obětí; vzhledem k tomu, že v EU žije 62 milionů lidí se zátěží kardiovaskulárního onemocnění a každý rok se objeví téměř 13 milionů nových případů kardiovaskulárních onemocnění; vzhledem k tomu, že podle odhadů jsou environmentální rizika příčinou více než 18 %¹³ úmrtí souvisejících s kardiovaskulárními onemocněními v Evropě; vzhledem k tomu, že se pojí se závažnou nemocností, s invaliditou, nižší kvalitou života, omezenou schopností vést nezávislý život, se ztrátou produktivity a s vyšším rizikem komplikací způsobených infekčními nemocemi a že podle odhadů vedou každoročně k ekonomickým nákladům ve výši 282 miliard EUR; vzhledem k tomu, že podle odhadů lze 80 % kardiovaskulárních onemocnění předejít¹⁴;

- C. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění jsou hlavní příčinou předčasné úmrtnosti a invalidity v důsledku nepřenosných nemocí a že snížení úmrtnosti z kardiovaskulárních příčin má zásadní význam z hlediska dosažení cíle v oblasti udržitelného rozvoje 3.4 do roku 2030;
- D. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění mají hluboký dopad na společnost a ekonomiku v celé EU a ovlivňují trh práce, systémy sociální ochrany a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost;
- E. vzhledem k tomu, že největší podíl na úmrtnosti z kardiovaskulárních příčin má ischemická choroba srdeční, následovaná cévními mozkovými příhodami; vzhledem k tomu, že srdeční selhání, fibrilace síní, onemocnění periferních tepen, onemocnění srdečních chlopní, kardiomyopatie, revmatické onemocnění srdce, hypertenzní onemocnění srdce a onemocnění aorty významně přispívají k invaliditě, hospitalizacím, kterým se lze vyhnout, a předčasné úmrtnosti v celé EU;
- F. vzhledem k tomu, že splnit celosvětový cíl, kterým je snížit výskyt vysokého krevního tlaku do roku 2025 o 25 %, se podařilo jen omezenému počtu členských států, což je důkazem nedostatečného pokroku v prevenci a řízení jednoho z nejdůležitějších kardiovaskulárních rizikových faktorů, které lze změnit; vzhledem k tomu, že hypertenze postihuje přibližně 22 % obyvatel EU starších 15 let a představuje jeden z nejčastějších kardiovaskulárních rizikových faktorů; vzhledem k tomu, že nedostatečná diagnostika a nesprávná léčba vysokého krevního tlaku zůstává v celé EU jednou z příčin kardiovaskulárních onemocnění a s nimi souvisejících

¹³ <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/beating-cardiovascular-disease-the-role-of-europes-environment>.

¹⁴ <https://world-heart-federation.org/what-we-do/prevention/>.

předčasných úmrtí, kterým se lze vyhnout;

- G. vzhledem k tomu, že standardizovaná míra úmrtnosti na onemocnění oběhové soustavy nadále vykazuje výrazné regionální rozdíly v EU, což odráží přetrvávající rozdíly mezi východními a západními členskými státy; vzhledem k tomu, že tyto rozdíly poukazují na nerovnoměrné působení rizikových faktorů a na nerovný přístup k včasné prevenci, diagnostice a kvalitní péči v jednotlivých regionech; vzhledem k tomu, že národní kardiovaskulární plán vypracovalo pouze 11 z 27 členských států; vzhledem k tomu, že k harmonizaci těchto plánů za účelem výměny informací je potřeba přistupovat na úrovni EU jednotně a že členské státy, které takové plány nemají, by měly přijmout Plán pro srdce v bezpečí;
- H. vzhledem k tomu, že podle prognóz povede demografické stárnutí spolu se stoupající prevalencí kardiovaskulárních rizikových faktorů a neexistencí jednotné důkladnější prevence, včasného zachytu a reakce ze strany zdravotnického systému k dalšímu nárůstu zátěže způsobené kardiovaskulárními onemocněními a zároveň k většímu tlaku na zdravotnický personál; vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění postihují všechny věkové skupiny a působení rizikových faktorů v raném věku a jejich opožděné rozpoznání u dětí, dospívajících a mladých dospělých může ovlivnit celoživotní výsledky; vzhledem k tomu, že zásadní význam proto má celoživotní přístup ke kardiovaskulárnímu zdraví;
- I. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění jsou úzce spojena s dalšími závažnými nepřenosnými onemocněními, včetně diabetu, hypertenze, nádorových onemocnění, chronického onemocnění ledvin, obezity a mnoha dalších; vzhledem k tomu, že značná část kardiovaskulárních onemocnění vzniká jako komplikace diabetu a souvisejících poruch, které zůstávají neodhaleny, jsou diagnostikovány v pozdním stadiu nebo nejsou dostatečně léčeny; vzhledem k tomu, že jakmile se kardiovaskulární onemocnění rozvine, je léčba diabetu složitější a nákladnější;
- J. vzhledem k tomu, že diabetes postihuje v EU přibližně 34 milionů lidí a že přibližně u třetiny diabetiků se během života rozvine kardiovaskulární onemocnění, což z diabetu činí jeden z hlavních faktorů kardiovaskulární nemoci a úmrtnosti v Evropě, kterému lze předcházet; vzhledem k tomu, že lidé s diabetem I. typu, což je celoživotní autoimunitní onemocnění, které je často diagnostikováno v dětství, čelí podstatně vyššímu celoživotnímu riziku kardiovaskulárních onemocnění, a to i přes absenci těch příčin v chování, které lze změnit; vzhledem k tomu, že až u 40 % dětí je diagnostikována diabetická ketoacidóza, což je potenciálně život ohrožující stav;
- K. vzhledem k tomu, že nadváha a obezita u dětí představuje v Evropě i nadále závažný problém; vzhledem k tomu, že každé desáté dítě ve

věku 5 až 19 let trpí obezitou a 25 % nadváhou¹⁵;

- L. vzhledem k tomu, že obezita je příčinou téměř čtvrtiny nákladů na léčbu kardiovaskulárních onemocnění a vede ke značným společenským ztrátám v podobě nižšího zapojení na trh práce, nižší produktivity a vyšší závislosti na sociálních a zdravotních službách¹⁶.
- M. vzhledem k tomu, že duševní onemocnění a související příznaky, jako je deprese, úzkost, hněv a projevy nepřátelství, ale i akutní nebo chronický stres, jsou faktory, které zvyšují riziko kardiovaskulárních onemocnění¹⁷; vzhledem k tomu, že podle současných doporučení se má u pacientů se srdečními onemocněními provádět standardizovaný screening deprese a používat vhodný léčebný plán; vzhledem k tomu, že nedostatek psychosociální pohody v populaci představuje rovněž rizikový faktor v kardiovaskulární oblasti, jelikož je spojen s horším kardiovaskulárním zdravím a méně příznivými klinickými výsledky u kardiovaskulárních onemocnění; vzhledem k tomu, že psychosociální faktory jsou navíc úzce spjaty s celkovým kardiovaskulárním rizikem a často ovlivňují chování, pokud jde o užívání tabáku a míru fyzické aktivity¹⁸;
- N. vzhledem k tomu, že nedostatečně rozpoznanou příčinou kardiovaskulárních onemocnění je i nadále steatóza jater spojená s metabolickou dysfunkcí, která postihuje více než 25 % dospělých v EU;
- O. vzhledem k tomu, že mezi členskými státy i uvnitř nich, mezi ženami a muži, mezi městskými a venkovskými oblastmi a mezi ohroženými skupinami obyvatel, mj. mezi migranty, staršími lidmi, osobami se zdravotním postižením, lidmi trpícími vzácnými onemocněními nebo polymorbiditou, nezaměstnanými a sociálně a ekonomicky znevýhodněnou populací, přetrvává nerovnost, pokud jde o výsledky v oblasti kardiovaskulárního zdraví, která se dále zvětšuje; vzhledem k tomu, že rizika související s životním prostředím a ochranou zdraví při práci jsou ve společnosti rozdělena nerovnoměrně¹⁹,
- P. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění stále více

15 https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html#tablegrp-d1e19578-1bd943d292.

16 https://www.oecd.org/en/publications/the-heavy-burden-of-obesity_67450d67-en/full-report/component-6.html.

17 <https://www.revespcardiolog.org/en-psychiatric-behavioral-aspects-cardiovascular-disease-articulo-S1885585711004683>.

18 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7068361/>.

19 <https://www.eea.europa.eu/en/analysis/publications/unequal-exposure-and-unequal-impacts>
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3507-43266-60638>.

a neúměrně postihují obyvatelstvo přistěhovaleckého původu, což je způsobeno sociálními, environmentálními a behaviorálními vlivy a umocněno několika faktory, mj. nízkou zdravotní gramotností a omezeným přístupem ke zdravotní péči, což je zejména výsledkem jazykové bariéry, nedostatku informací o dostupných službách a kulturních rozdílů; vzhledem k tomu, že v klinických hodnoceních jsou stále nedostatečně zastoupeny ohrožené skupiny obyvatelstva, mj. migranti;

- Q. vzhledem k tomu, že diabetes 1. typu a familiární hypercholesterolemie jsou u dětí a dospívajících stále diagnostikovány příliš pozdě, což vede k závažným komplikacím, opožděné péči a horším dlouhodobým léčebným výsledkům; vzhledem k tomu, že diabetes 1. typu postihuje přibližně 1 osobu z 200, a přesto je u 40 % dětí s tímto onemocněním diagnostikována diabetická ketoacidóza, což je potenciálně život ohrožující stav; vzhledem k tomu, že familiární hypercholesterolemie postihuje přibližně 1 osobu z 250, odhaleno je však méně než 10 % případů a diagnóza bývá často stanovena opožděně, až v době, kdy u pacienta dojde ke kardiovaskulární příhodě;
- R. vzhledem k tomu, že na základě důkazů od agentur EU a mezinárodních orgánů se ukazuje, že kromě faktorů životního stylu a životního prostředí přispívá k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění a jejich zhoršení také působení faktorů souvisejících s prací; vzhledem k tomu, že hodnocení rizik na úrovni EU a rámce bezpečnosti a ochrany zdraví při práci se tradičně zaměřují na nádorová onemocnění a na respirační a akutní toxické účinky, zatímco kardiovaskulární účinky působení nejrozličnějších faktorů na pracovišti stále nejsou dostatečně rozpoznány a řešeny;
- S. vzhledem k tomu, že v důsledku biologických rizikových faktorů, včetně nepříznivých výsledků těhotenství a genderové předpojatosti v rámci zdravotní politiky a při diagnostice, léčbě a klinickém výzkumu, mj. v důsledku trvale nedostatečného zastoupení žen v klinických hodnoceních, dochází u žen k nedostatečné diagnostice a léčbě kardiovaskulárních onemocnění, což vede k opožděné péči a horším léčebným výsledkům;
- T. vzhledem k tomu, že se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem se pojí některé stavy týkající se reprodukčního zdraví, jako je neplodnost způsobená poruchami ovulace a endometriózou, hypertenze v těhotenství, hormonální antikoncepce a nástup menopauzy²⁰; vzhledem k tomu, že podle vědeckých poznatků je nejčastější endokrinní poruchou žen v reprodukčním věku syndrom

20 https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html#section-d1e26541-1bd943d292.

polycystických vaječníků, který je spojen se zvýšeným rizikem hypertenze, cévních mozkových příhod a kardiovaskulárních onemocnění, a to nezávisle na indexu tělesné hmotnosti (BMI)²¹; vzhledem k tomu, že endometrióza je podle zjištění spojena s vyšším rizikem ischemické choroby srdeční a cerebrovaskulárních onemocnění²²;

- U. vzhledem k tomu, že na výzkum kardiovaskulárních onemocnění a souvisejících rizikových faktorů, jako je preeklampsie a gestační diabetes, je v poměru ke zdravotní zátěži, kterou představují, vyčleněno jen málo finančních prostředků;
- V. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární onemocnění jsou stále vnímána jako problém mužů; vzhledem k tomu, že ženy jsou pětkrát méně pravděpodobně nakloněny považovat srdeční choroby za hlavní zdravotní problém²³ nebo hlavní příčinu úmrtí; vzhledem k tomu, že u žen je méně pravděpodobné, že podstoupí kardiovaskulární skrínigové vyšetření; vzhledem k tomu, že u mnoha běžně používaných kardiovaskulárních léků chybí dostatečné údaje o bezpečnosti rozčleněné podle pohlaví, například při použití během těhotenství, což omezuje možnosti léčby a vystavuje těhotné ženy vyššímu zdravotnímu riziku;
- W. vzhledem k tomu, že koordinovaný komplexní plán EU v oblasti kardiovaskulárního zdraví může pomoci členským státům s rychlejším přijímáním jednotných preventivních opatření v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a souvisejících rizikových faktorů, která by byla založena na důkazech, včetně sekundární prevence a systematického následného sledování pacientů, upevnění systémů zdravotnictví, větší odolnosti, rozšiřování přeshraniční spolupráce, zvyšování informovanosti o symptomech a krocích, které je nutné přijmout v reakci na kardiovaskulární příhody, zajištění včasného přístupu k finančně dostupným lékům a omezování nerovnosti, pokud jde o výsledky léčby těchto onemocnění a s nimi spojených komorbidit v EU;
- X. vzhledem k tomu, že většině úmrtí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění lze předejít a 74 % zátěže, kterou způsobují, lze připisat rizikovým faktorům, jež lze změnit²⁴; vzhledem k tomu, že mnohé z těchto rizikových faktorů – včetně užívání tabáku, škodlivé konzumace alkoholu, zejména v míře přesahující vědecky stanovené zdravotní doporučení, nezdravé stravy, nedostatku fyzické aktivity a působení vlivů životního prostředí – jsou společné i dalším

21 <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03927-5>.

22 <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad077>.

23 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8835179/>.

24 https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-cardiovascular-health-in-the-european-union_ea7a15f4-en/full-report/preventing-and-identifying-cvd-targeting-key-risk-factors_df4bf1f4.html.

nepřenosným nemocem, zejména nádorovým onemocněním;

- Y. vzhledem k tomu, že některá z úmrtí způsobená kardiovaskulárními onemocněními lze připsat také rizikovým faktorům, které nelze změnit, mj. dědičným genetickým předpokladům;
- Z. vzhledem k tomu, že očkování může představovat účinné zdravotní opatření, které podporuje prevenci a léčbu kardiovaskulárních onemocnění tím, že zajišťuje imunizaci, a snižuje tak riziko kardiovaskulárních příhod vyvolaných infekcí a souvisejících komplikací, přičemž představuje důležité opatření ke zvýšení míry přežití, snížení počtu hospitalizací a zlepšení kvality života pacientů; vzhledem k připravovanému doporučení Rady ohledně očkování proti respiračním infekcím, které má být součástí strategií zaměřených na prevenci kardiovaskulárních onemocnění;
- AA. vzhledem k tomu, že z hlediska snížení počtu úmrtí a zdravotních postižení, kterým se lze vyhnout, má zásadní význam propracovaná primární péče zajišťovaná na základě přiměřených zdrojů, účinná prevence a včasná diagnostika založená na rizicích, které představují navíc nákladově nejúčinnější strategii pro udržitelnost všeobecné zdravotní péče;
- AB. vzhledem k tomu, že většina zemí EU se potýká s nedostatkem všeobecných i odborných lékařů a s nerovnoměrným zastoupením zdravotnických pracovníků v jednotlivých regionech, což je způsobeno demografickými tlaky a náročnými pracovními podmínkami, mj. stárnutím zdravotnického personálu a obtížemi při získávání a udržení odborníků, a že to ohrožuje včasný přístup pacientů ke zdravotnímu poradenství a zdravotní péči a udržitelnost systémů zdravotní péče; vzhledem k tomu, že podle současných odhadů nebude v budoucnu počet kardiologů stačit k uspokojení rostoucí poptávky po prevenci a péči v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a že nedostatečné pozornosti se dostává i psychosociálním důsledkům těchto onemocnění;
- AC. vzhledem k tomu, že hlavní příčinou úmrtnosti, které lze předejít, je srdeční zástava, k níž dochází mimo nemocnici; vzhledem k tomu, že přežití závisí v rozhodující míře na okamžitém rozpoznání srdeční zástavy, včasné kardiopulmonální resuscitaci provedené svědky události, rychlé defibrilaci a včasném poskytnutí pokročilé resuscitační péče; vzhledem k tomu, že ke snížení počtu úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, kterým se lze vyhnout, je naprosto nezbytné zlepšit reakci okolí a práci zdravotnických záchranných služeb;
- AD. vzhledem k tomu, že klíčovou roli při zmírňování dlouhodobých následků kardiovaskulárních příhod hraje rychlost, s jakou jsou diagnostikovány a léčeny; vzhledem k tomu, že mnoho kardiovaskulárních příhod je nesprávně diagnostikováno, což

u pacientů zvyšuje riziko jejich opakování a výskytu dlouhodobých zdravotních potíží; vzhledem k tomu, že u akutních koronárních syndromů, a zejména u infarktu myokardu s elevací úseku ST, závisí výsledky do značné míry na době nutné k zajištění reperfuze; vzhledem k tomu, že prodlevy při zprůchodnění uzavřených koronárních tepen vedou k většímu poškození srdečního svalu a zvyšují riziko srdečního selhání a úmrtnost; vzhledem k tomu, že ke zkrácení systémových prodlev je nutné vybudovat koordinované sítě od prvního lékařského kontaktu až po konečnou perfuzi;

- AE. vzhledem k tomu, že základem účinné prevence a péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění²⁵ je spolehlivý a včasný přístup k základním kardiovaskulárním lékům;
- AF. vzhledem k tomu, že za určitých okolností mohou nemocniční a komunitní lékárníci patřit mezi nejdostupnější zdravotnické pracovníky a přispívat k prevenci kardiovaskulárních onemocnění, jejich včasnému odhalování, dodržování léčby a zajišťování dlouhodobé péče;
- AG. vzhledem k tomu, že mezi sociální faktory ovlivňující zdraví patří jiné než zdravotní faktory a systémy, které utvářejí podmínky každodenního života a které jsou definovány okolnostmi, za jakých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou^{26,27};
- AH. vzhledem k tomu, že sociální faktory ovlivňující zdraví, včetně marketingových a nepodložených zdravotních tvrzení, mohou podkopat preventivní opatření a normalizovat škodlivou spotřebu; vzhledem k tomu, že za účelem zajištění provázanosti a účinnosti všech strategií EU v oblasti nepřenosných nemocí je nutné se zabývat těmito faktory;
- AI. vzhledem k tomu, že se působení sociálních faktorů ovlivňujících zdraví mezi různými socio-ekonomickými skupinami liší; vzhledem k tomu, že celou řadu nezdravých produktů konzumují děti a mládež;
- AJ. vzhledem k tomu, že k zajištění účinné prevence mezi lidmi je nutné přijmout strukturální politická opatření přesahující pouhou změnu individuálního chování²⁸;

²⁵ <https://www.escardio.org/news/press/press-releases/avoidable-inequalities-remain-in-cardiovascular-disease-burden-and-care/>.

²⁶ <https://www.cdc.gov/public-health-gateway/php/about/social-determinants-of-health.html>.

²⁷ https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

²⁸ Evropská komise: Skupina hlavních vědeckých poradců a Generální ředitelství pro výzkum a inovace, Směrem k udržitelné spotřebě potravin – Podpora zdravého, cenově dostupného a udržitelného výběru spotřeby potravin, Úřad pro publikace Evropské unie, 2023.

- AK. vzhledem k tomu, že podle Plánu pro srdce v bezpečí hraje důležitou úlohu při omezování rizikových faktorů spojených s životním stylem obyvatelstva zdanění, kterému lze přičíst přibližně 40% omezení kouření, k němuž došlo v EU za posledních deset let;
- AL. vzhledem k tomu, že nikotin je návykový kardiovaskulární toxin a jeho užívání představuje pro zdraví závažné nebezpečí; vzhledem k tomu, že užívání tabáku, včetně aktivního kouření, pasivního kouření a užívání nových nikotinových výrobků, je v EU i nadále jedním z hlavních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění, který významně zvyšuje riziko ischemické choroby srdeční, cévních mozkových příhod, aneurysmatu aorty a onemocnění periferních tepen; vzhledem k tomu, že v roce 2023 vedlo užívání tabáku v EU přibližně ke 160 000 úmrtí z kardiovaskulárních příčin a ke ztrátě více než 3,27 milionu let života v důsledku zdravotního omezení²⁹, přičemž nepoměrně více to zasáhlo muže a sociálně a ekonomicky znevýhodněné skupiny obyvatel;
- AM. vzhledem k tomu, že ekonomické náklady způsobené kouřením v Evropě, včetně výdajů na zdravotní péči, ztráty produktivity a předčasné úmrtnosti, přesahují 300 miliard EUR ročně; vzhledem k tomu, že prevence je účinnější než jakákoli léčba a představuje zároveň nákladově nejefektivnější dlouhodobou strategii boje proti kardiovaskulárním onemocněním;
- AN. vzhledem k tomu, že užívání tabáku zůstává v EU hlavní příčinou nepřenosných onemocnění, které lze předcházet a která dále prohlubuje nerovnost v oblasti zdraví; vzhledem k tomu, že přísná politika kontroly tabáku je základem prevence kardiovaskulárních a nádorových onemocnění, což jsou dvě hlavní příčiny úmrtí v EU;
- AO. vzhledem k tomu, že i málo intenzivní nebo příležitostné kouření vede k výraznému zvýšení kardiovaskulárního rizika a že s vyšší kardiovaskulární úmrtností je spojeno i užívání nových tabákových výrobků a nikotinu;
- AP. vzhledem k tomu, že vědecké poznatky naznačují, že elektronické cigarety nejsou bez rizika, přičemž představují významné kardiovaskulární riziko, mimo jiné prostřednictvím mechanismů, které zvyšují riziko trombózy a aterosklerózy, zejména v důsledku působení nikotinu a vdechování toxických látek;
- AQ. vzhledem k tomu, že WHO nedoporučuje elektronické cigarety jako nástroj k odvykání kouření a že získané poznatky naznačují, že užívání elektronických cigaret je spojeno s častějším zahájením užívání tradičních tabákových výrobků, zejména mezi mladými lidmi;
- AR. vzhledem k tomu, že kardiovaskulární zdraví je výrazně ovlivněno environmentálními, sociálními, komerčními a ekonomickými faktory

²⁹ Nástroj institutu IHME k hodnocení zdravotních údajů za rok 2023.

mimo oblast zdravotnictví; vzhledem k tomu, že zásadní význam z hlediska účinné prevence kardiovaskulárních onemocnění má systematické uplatňování přístupu „zdraví ve veškeré politice“ spolu s přístupem „jedno zdraví“;

- AS. vzhledem k tomu, že hlavním faktorem přispívajícím ke kardiovaskulární morbiditě a mortalitě je obezita, diabetes, sedavý způsob života a nedostatečná fyzická aktivita a že v několika členských státech došlo k zastavení nebo ke zvrácení pokroku při omezování těchto rizikových faktorů;
- AT. vzhledem k tomu, že bylo prokázáno, že silné sociální vazby a podpora ze strany rodiny, přátel a známých vedou k lepším zdravotním výsledkům v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, k omezení rizika srdečních příhod, k rychlejšímu zotavení a důslednějšímu dodržování léčby, což jsou účinky, které nelze nahradit pouze umělou inteligencí ani digitálními zásahy³⁰;
- AU. vzhledem k tomu, že téměř 80 % zátěže způsobené kardiovaskulárními onemocněními lze připsat rizikovým faktorům, které je možné změnit³¹;
- AV. vzhledem k tomu, že přístup založený na expozomu bere v úvahu celkové působení environmentálních, chemických, fyzikálních, biologických, sociálních a behaviorálních faktorů v průběhu života jedince a nabízí jednotný rámec pro cílenou prevenci; vzhledem k tomu, že studie prokázaly výraznou souvislost mezi expozomem a kardiovaskulárním zdravím³², přičemž na vzniku a rozvoji kardiovaskulárních onemocnění se podílejí jeho nejrozličnější složky;
- AW. vzhledem k tomu, že získané poznatky naznačují, že hladina hluku převyšující Lden 70 dB a L_{noc} 60 dB, které je obyvatelstvo vystaveno, může narušit behaviorální a kognitivní vývoj dětí a je spojena s vyšším kardiovaskulárním rizikem v průběhu života³³;
- AX. vzhledem k tomu, že snížení zátěže, kterou představují kardiovaskulární onemocnění, vyžaduje přijetí opatření na několika

³⁰ Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Odkaz na PMC.

³¹ B.A. Stark et al., „Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2023“, *Journal of the American College of Cardiology* 86, č. 22 (2025): 2167–2243, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.08.015>.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290538/>.

³² M. Raess, A. V. M. Brentani, B. Flückiger, B. Ledebur de Antas de Campos, G. Fink, M. Rösli, ‘Association between community noise and children’s cognitive and behavioral development: A prospective cohort study’, *Environment International*, 158 (2022): 106961, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106961>.

³³

úrovních, včetně opatření na úrovni populace, která by omezila působení rizikových faktorů a zvýšila zdravotní gramotnost a odbornou způsobilost zdravotnických pracovníků a schopnosti pacientů;

- AY. vzhledem k tomu, že vhodným preventivním opatřením je kardiovaskulární a následný skríníng, který by se zaměřoval na osoby ohrožené rizikovými faktory; vzhledem k tomu, že v případě, že je u pacienta zjištěna genetická predispozice, je nutné zajistit řádný rodinný skríníng týkající se kardiovaskulárních onemocnění;
- AZ. vzhledem k tomu, že některé skríníngové a diagnostické postupy, které nejsou cílené a nejsou založeny na důkazech, mohou mít omezený přínos a zároveň zvyšovat nadbytečnou diagnostiku a léčbu a vést k neefektivnímu využívání zdrojů v rámci zdravotní péče, a proto je z hlediska bezpečnosti pacientů a udržitelnosti systému nezbytné zabránit poskytování nekvalitní zdravotní péče;
- BA. vzhledem k tomu, že pravidelná fyzická aktivita je klíčovým ochranným faktorem proti kardiovaskulárním onemocněním a je zvláště důležitá u dětí a dospívajících, protože snižuje krevní tlak a hladinu cholesterolu, podporuje regulaci hladiny glukózy v krvi, pomáhá udržovat zdravou tělesnou hmotnost a snižuje systémové záněty, čímž vytváří zdravé návyky, které přetrvávají do dospělosti³⁴;
- BB. vzhledem k tomu, že strava a výživa hrají klíčovou roli při prevenci kardiovaskulárních onemocnění a že špatná strava a nezdravé návyky mají výraznou spojitost s vyšším rizikem kardiovaskulární morbidity a mortality; vzhledem k tomu, že kardiovaskulární zdraví je ovlivněno kumulativními účinky stravovacích návyků, které jsou utvářeny potravinovými systémy, společenskými zvyklostmi a dostupností potravin, a nikoli izolovanými složkami stravy; vzhledem k tomu, že v rámci přístupu, kdy se výživová politika vyjímá z tohoto širšího kontextu, hrozí riziko přílišného zjednodušení faktorů ovlivňujících zdraví a snížení účinnosti preventivních opatření proti kardiovaskulárním onemocněním;
- BC. vzhledem k tomu, že zásadní úlohu při léčbě kardiovaskulárních onemocnění a omezování jejich rizikových faktorů hraje preventivní přístup ke zdraví a prosazování zdravých návyků;
- BD. vzhledem k tomu, že potravinové systémy přispívají ke zdraví lidí i planety;
- BE. vzhledem k tomu, že „energetické“ nápoje mohou kvůli vysokému obsahu kofeinu a dalších stimulantů, které mohou vést ke zvýšené srdeční frekvenci, vyššímu krevnímu tlaku a abnormálnímu

³⁴ Světová zdravotnická organizace (WHO), Pokyny týkající se fyzické aktivity a sedavého způsobu života
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.

srdečnímu rytmu, představovat významné kardiovaskulární riziko, zejména v případě mládeže;

- BF. vzhledem k tomu, že zdravá strava může mít pozitivní vliv na kardiovaskulární riziko; vzhledem k tomu, že se stravování v mnoha členských státech vyznačuje nadměrným příjmem soli, cukru a nasycených tuků; vzhledem k tomu, že vyvážená zdravá strava, jako je tradiční středomořská a severská strava³⁵, ale i strava rostlinného původu a určité formy stravování založené na biopotravinách³⁶ jsou spojeny s výrazně nižším rizikem kardiovaskulárních onemocnění;
- BG. vzhledem k tomu, že pouze 12 % Evropanů konzumuje denně pět a více porcí ovoce a zeleniny; vzhledem k tomu, že tento podíl je nižší u skupin s nižšími příjmy (10,8 %) než u skupin s vyššími příjmy (14,8 %), což svědčí o sociálním gradientu v přístupu ke zdravé stravě a její cenové dostupnosti³⁷; vzhledem k tomu, že podle nezávislých vědeckých studií je skladba stravy bohatá na zeleninu, ovoce, celozrnné výrobky, bobuloviny, luštěniny a ryby a s uměřenou konzumací červeného a zpracovaného masa, přidaných cukrů, nadměrného množství soli a zpracovaných potravin spojena s nižším rizikem kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky 2. typu a předčasné úmrtnosti³⁸;
- BH. vzhledem k tomu, že EU je světovým lídrem v oblasti výzkumu, včetně výzkumu v oblasti zdraví; vzhledem k tomu, že strukturální překážky v regulačním prostředí EU vedly k tomu, že toto vedoucí postavení nebylo dostatečně spjato se schopností převést výzkum do praktické léčby; vzhledem k tomu, že kardiovaskulární léčba představovala pouze 4 % klinických hodnocení zahájených v letech 2017–2022; vzhledem k tomu, že vedoucí postavení EU v oblasti vědy by mělo být využito v boji proti kardiovaskulárním onemocněním; vzhledem k tomu, že inovační kapacitu odvětví přírodních věd v EU je třeba podporovat a napomáhat jí;
- BI. vzhledem k tomu, že účinné a spravedlivé využívání digitálních zdravotnických nástrojů, umělé inteligence a inovativních lékařských

35 <https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>.

36 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2747-5734?id=&lang=en>.

37 https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Nutritional_habits_statistics.

38 SAPEA, Science Advice for Policy by European Academies. (2023). Na cestě k udržitelné spotřebě potravin. Berlín: SAPEA. doi:10.5281/zenodo.8031939 <https://scientificadvice.eu/scientific-outputs/towards-sustainable-food-consumption-evidence-review-report/>.

technologií závisí na dostatečné digitální gramotnosti pacientů, zdravotníků a širší veřejnosti;

- BJ. vzhledem k tomu, že se očekává, že rostoucí teploty a častější vlny veder budou mít stále závažnější dopad na kardiovaskulární zdraví, zejména u starších osob a osob s chronickými onemocněními, vzácnými chorobami a zdravotním postižením; vzhledem k tomu, že úmrtnost v důsledku horka představuje největší podíl úmrtí souvisejících s klimatem v Evropě, přičemž podstatnou část tvoří kardiovaskulární příčiny, a vzhledem k tomu, že interakce mezi extrémním horkem, suchem a znečištěným ovzduším dále zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění;
- BK. vzhledem k tomu, že události, jako je změna klimatu, extrémní povětrnostní jevy, znečištění ovzduší, zhoršování stavu životního prostředí, expozice chemickým látkám, bezpečnostní výzvy a další stresové faktory, významně přispívají k riziku kardiovaskulárních onemocnění tím, že zvyšují výskyt srdečních infarktů, arytmií a dalších srdečních příhod, a očekává se, že budou mít i nadále dopad na budoucí výsledky v oblasti kardiovaskulárního zdraví;

Oblasti opatření

I. Prevence

1. znovu opakuje, že je nutné na úrovni EU i členských států systematicky uplatňovat přístup „zdraví ve všech politikách“; vyzývá k tomu, aby do posuzování dopadu důležitých legislativních iniciativ EU byly zahrnuty zdravotní aspekty, které jsou relevantní z hlediska veřejného zdraví; připomíná, že přístupná, včasná, cenově dostupná a kvalitní zdravotní péče je základním právem a součástí práva na zdraví; poukazuje na to, že účinné a udržitelné systémy zdravotní péče by měly zajistit rovný přístup k prevenci kardiovaskulárních onemocnění, jejich diagnostice, léčbě a související rehabilitaci pro každého bez ohledu na jeho situaci, pokud jde o pohlaví, příjem, zaměstnanecký status, pobytový status nebo místo bydliště; zdůrazňuje, že to představuje jednu z nejúčinnějších strategií pro prevenci, odhalování a léčbu kardiovaskulárních onemocnění; žádá Komisi a členské státy, aby tyto nerovnosti bezodkladně odstranily;
2. zdůrazňuje, že účinná prevence kardiovaskulárních onemocnění začíná v raném dětství a pokračuje po celý život a vyžaduje včasná a trvalá opatření; zdůrazňuje, že boj s obezitou v mladém věku je zásadní pro snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění v pozdějším věku;
3. zdůrazňuje, že reakce Evropy na výskyt kardiovaskulárních onemocnění se musí jednoznačně přesunout od poskytování převážně akutní péče k uplatňování integrovaného přístupu zaměřeného na prevenci v průběhu celého života, který by zahrnoval primární, sekundární i terciární prevenci; vyzývá Komisi, aby přijala

horizontální plán EU pro zdravotní prevenci, který by se zabýval všemi rizikovými faktory nepřenosných nemocí; poukazuje na to, že prevence by měla zahrnovat různá stadia léčby vrozených srdečních onemocnění v průběhu života, monitorování kardiovaskulárních rizik souvisejících s těhotenstvím a strategie přizpůsobené věku starších dospělých; vyzývá ke koordinovanému přístupu k prevenci kardiovaskulárních onemocnění a jejich vzájemně propojených rizikových faktorů a komorbidit, včetně všech hlavních nepřenosných nemocí, vzhledem k jejich překrývajícím se klinickým postupům; zdůrazňuje, že je třeba zvýšit povědomí o komorbiditách a posílit posuzování rizik;

4. vyzdvihuje, že podle vědeckého poradenství investice do účinné prevence v dlouhodobém horizontu snižují náklady na zdravotní péči, zmírňují zátěž zdravotníků a přispívají k předcházení nedostatku pracovních sil;
5. poukazuje na to, že pro omezení působení kardiovaskulárních rizikových faktorů v celé populaci a pro větší zapojení pacientů do vlastní léčby a dodržování léčebných postupů z jejich strany má zásadní význam vysoká úroveň zdravotní gramotnosti a znalostí těchto faktorů; vyzývá členské státy a Komisi, aby podporovaly osvětové kampaně s cílem zvýšit gramotnost v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a zdraví v průběhu celého života, včetně včasného rozpoznání příznaků, základních dovedností pro záchranu života a reakce na úrovni místních komunit, a uznává, že pro snížení počtu úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, kterým lze předcházet, je zásadní, aby občané měli odpovídající dovednosti a dostatek informací;
6. vyzývá členské státy, aby zavedly praktická opatření na podporu dlouhodobého dodržování léčby, včetně její optimalizace zaměřené na pacienta, koordinovaného sledování multidisciplinárními týmy a používání ověřených digitálních nástrojů (např. řešení pro zasílání upomínek a pozvánek na další vyšetření);
7. uznává, že stále významnějšími kardiovaskulárními rizikovými faktory jsou psychosociální faktory a duševní onemocnění, včetně deprese, chronického stresu a úzkosti, zejména u dospívajících a mladých dospělých; vyzývá k tomu, aby politiky v oblasti rehabilitace zahrnovaly psychosociální podporu v průběhu celého života;
8. poukazuje na ústřední roli primární péče a komunitních poskytovatelů, mimo jiné při zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, přičemž obzvláště uznává úlohu lékárníků působících v rámci komunit, kteří jsou často nejdostupnějšími zdravotnickými pracovníky, zejména v oblastech s malou dostupností služeb, a nemocničních lékárníků, pokud jde o poskytování odborných informací pacientům, podporu pacientů při

jejich zapojení do léčby a poradenství při jejím dodržování prostřednictvím pravidelných neformálních kontaktů s občany;

9. apeluje na členské státy, aby posílily vzdělávání v oblasti první pomoci a schopnosti poskytovat rychlou pomoc při akutních zdravotních problémech prostřednictvím základní odborné přípravy, zvyšování informovanosti a výměny osvědčených postupů na úrovni EU;
10. vybízí k využívání programů na podporu zdraví, vzdělávání a vakcinačních kampaní a označování produktů doplněných digitálním označováním a dalšími digitálními nástroji s cílem zlepšit informovanost spotřebitelů, posílit jejich dovednosti a ochranu, a to na základě poradenství poskytovaného prostřednictvím primární zdravotní péče, včetně nemocničních a komunitních lékáren; domnívá se, že tato opatření by měla doplňovat politiky v oblasti veřejného zdraví a širší rámec podporující zdravější potravinové prostředí, přičemž uznává, že účinná zdravotní prevence vyžaduje řešení širších socioekonomických faktorů a zároveň posílení schopností občanů, aby mohli činit informovaná rozhodnutí;
11. konstatuje, že virové infekce, včetně infekcí dýchacích cest, jsou spojeny se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem; vítá záměr navrhnout doporučení Rady o očkování proti respiračním infekcím jako preventivním opatření pro kardiovaskulární onemocnění a vyzývá Komisi, aby v práci na tomto doporučení pokračovala, a to souběžně s vypracováním a prováděním vnitrostátních plánů v oblasti kardiovaskulárního zdraví a v konzultaci s vnitrostátními vědeckými odborníky a příslušnými zúčastněnými stranami s cílem zajistit včasnou koordinaci, soudržnost a doplňkovost opatření na úrovni EU a na vnitrostátní úrovni; zdůrazňuje, že prevence infekčních onemocnění může přispět ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění; pna význam cílených očkovacích programů pro skupiny obyvatel se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem;
12. vyzývá Radu, aby přijala doporučení Rady o komplexní zdravotní výchově ve školách založené na důkazech, mimo jiné pokud jde o zdravotní gramotnost v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a informovanost o metabolických, behaviorálních, environmentálních a dalších rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění, zdravém životním stylu, včetně účinku fyzické aktivity, omezení sedavého chování a zdravé stravy, a o prevenci nepřenosných nemocí; vyzývá členské státy, aby zavedly tato doporučení a zajistily, aby byla zdravotní výchova jednou ze základních součástí jejich národních plánů v oblasti kardiovaskulárního zdraví;
13. zdůrazňuje, že sociální determinanty zdraví, a to i pokud jde o to, že jsou na trh uváděny různé výrobky, které přispívají k rozvoji srdečních onemocnění a vzájemně souvisejících nepřenosných nemocí, mohou mít negativní vliv na rozhodování spotřebitelů,

a přispívat tak ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění; poukazuje na to, že tyto praktiky mohou podryvat cíle v oblasti veřejného zdraví a mají nepoměrně větší škodlivý dopad na domácnosti s nízkými příjmy; připomíná, že je třeba, aby spotřebitelé byli o rizicích spojených s různými kategoriemi výrobků uváděných na trh jasně informováni; zdůrazňuje, že obzvláště zranitelnou skupinou jsou mladí lidé a děti a zaslouží si zvláštní a uzpůsobenou ochranu před cílenou reklamou a marketingem, které jsou pro ně nevhodné; vyzývá členské státy, aby přijaly vhodná opatření ke snížení vystavení dětí a dospívajících reklamě na výrobky, které mohou přispět k rozvoji srdečních onemocnění a vzájemně propojených nepřenosných nemocí, a to i v digitálním prostředí; žádá Komisi, aby řešila regulační nedostatky týkající se uvádění těchto produktů na trh, včetně uživatelského obsahu na platformách sociálních médií, internetových stránkách, herních platformách a v aplikacích, a aby v této souvislosti provedla hodnocení směrnice o audiovizuálních mediálních službách³⁹ ;

14. zdůrazňuje, že zdravotní politika musí být založena na poznatcích a musí být v souladu s nejlepšími dostupnými vědeckými údaji a nesmí do ní zasahovat jakékoli nepatřičné vlivy; uznává, že úspěšná zdravotní politika a kardiovaskulární prevence vyžadují celospolečenský přístup; požaduje, aby v rozhodovacích procesech a lobbingu souvisejících s oblastí kardiovaskulárního zdraví panovala transparentnost; připomíná, že se EU podle příslušných mezinárodních smluv zavázala chránit tvorbu politik v oblasti veřejného zdraví před komerčními a zvláštními zájmy; připomíná, že Komise a členské státy uplatňují pravidla o střetu zájmů, a vyzývá Komisi a členské státy, aby zajistily účinné řešení potenciálních střetů zájmů v expertních skupinách, poradních orgánech a procesech tvorby politik souvisejících s kardiovaskulárními nemocemi a jejich prevencí;
15. zdůrazňuje, že nepravdivá a zavádějící zdravotní tvrzení o výrobcích, jako jsou potraviny, elektronické cigarety a další nové a vznikající nikotinové a tabákové výrobky, předložená bez odpovídajícího kontextu a nepodložená vědeckými důkazy, mohou ovlivňovat rozhodování spotřebitelů a účinnost politik v oblasti prevence; připomíná, že stávající právní předpisy EU upravují používání zdravotních tvrzení v případě potravin a nápojů; žádá členské státy, aby zvážily další opatření na ochranu spotřebitelů, zejména dětí; vyzývá k tomu, aby byl přijat kvalitnější a na poznatcích založený regulační rámec, který by zajistil, aby se v případě výrobků, které by mohly spojeny s faktory vyšších kardiovaskulárních rizik, veškerá

³⁹ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2010/13/EU ze dne 10. března 2010 o koordinaci některých právních a správních předpisů členských států upravujících poskytování audiovizuálních mediálních služeb (směrnice o audiovizuálních mediálních službách) (Úř. věst. L 95, 15.4.2010, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2010/13/oj>).

sdělení určená spotřebitelům zakládala na nezávislých vědeckých důkazech, podléhala vhodnému dohledu ze strany příslušných veřejných orgánů a nebyla pro spotřebitele zavádějící, pokud jde o kardiovaskulární a jiná zdravotní rizika; bere na vědomí záměr Komise zavést výživové profily jako opatření k odstranění zavádějících výživových a zdravotních tvrzení; dále vyzývá k plnému prosazování zákazu bezplatné distribuce tabákových výrobků;

16. vyzývá k tomu, aby se při nadcházející revizi směrnice o nekalých obchodních praktikách⁴⁰ šlo nad rámec pouhé ochrany hospodářských zájmů spotřebitelů a aby do ní byla v zájmu účinného řešení komerčních praktik, které mají škodlivý dopad na zdraví lidí, výslovně zapracována ochrana zdraví spotřebitelů;
17. uznává, že kardiovaskulární onemocnění mohou souviset s prací, která je také může zhoršovat, a že expozice na pracovišti představuje rizikový faktor kardiovaskulární nemoci a mortality v EU, kterému lze předcházet; vyzývá Komisi a členské státy, aby v případě kardiovaskulárních rizik zlepšily rámce pro hodnocení rizik souvisejících s výkonem povolání;
18. poukazuje na to, že účinná prevence kardiovaskulárních onemocnění vyžaduje zdravější sociální, hospodářské a fyzické prostředí; vyzývá k přijetí komplexních veřejných politik zaměřených na výživu, pracovní podmínky, rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem, dopravu, fyzickou aktivitu, vzdělávání a ochranu životního prostředí;

RIZIKOVÉ FAKTORY, KTERÉ LZE ZMĚNIT

Tabák a kouření

19. zdůrazňuje význam silných, fakticky podložených a vhodných regulačních opatření k omezení přístupu k různým kuřáckým doplňkům a potřebám a nikotinovým a tabákovým výrobkům a jejich cenové dostupnosti, spotřeby a přitažlivosti, včetně nových a nově se objevujících nikotinových a tabákových výrobků; zdůrazňuje, že tato opatření mohou případně zahrnovat zákaz příchutí, které jsou zejména přitažlivé pro nezletilé a nekuřáky, stanovení limitů pro obsah nikotinu nebo zavedení vhodných a účinných spotřebních daní u různých produktů; připomíná, že bylo prokázáno, že nikotin zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění;

⁴⁰ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/29/ES ze dne 11. května 2005 o nekalých obchodních praktikách vůči spotřebitelům na vnitřním trhu a o změně směrnice Rady 84/450/EHS, směrnic Evropského parlamentu a Rady 97/7/ES, 98/27/ES a 2002/65/ES a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 2006/2004 („směrnice o nekalých obchodních praktikách“) (Úř. věst. L 149, 11.6.2005, s. 22, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/29/oj>).

20. zdůrazňuje, že nekuřáci a ženy stále častěji začínají užívat nové a nově vznikající nikotinové výrobky; poukazuje na to, že mladiství jsou i nadále obzvláště náchylní k užívání nových nikotinových produktů, jako jsou elektronické cigarety, nikotinové sáčky a zahřívané tabákové výrobky, které jsou často k dostání v atraktivních příchutích a baleních; zdůrazňuje, že je třeba posílit preventivní a vzdělávací opatření a zamezit přístupu nezletilých a dospívajících k těmto výrobkům, mimo jiné účinným prosazováním zákazu prodeje nezletilým osobám, posílením ověřování věku v prodejních místech, včetně zavedení jednotných pravidel pro prodej online; vyzývá v této souvislosti členské státy, aby urychleně zavedly peněženku digitální identity EU s cílem zabránit nezletilým osobám v nákupu zboží, u něhož platí věkové omezení;
21. zdůrazňuje rovněž, že strategie a politiky týkající se odvykání kouření musí být důsledně sladěny s vědeckými důkazy a koncipovány v souladu s nezávislými doporučeními vědecké obce;
22. poukazuje na to, že spotřeba nikotinu v tradičních i nově se objevujících formách může zvyšovat krevní tlak a riziko arytmie a přispívá k endoteliální dysfunkci a zrychlené ateroskleróze; konstatuje, že obsah nikotinu a způsob, jak se nikotin dostává do těla, se u jednotlivých výrobků liší a že různé nikotinové výrobky proto mohou mít odlišné rizikové profily, nicméně i tak všechny tyto výrobky představují zdravotní rizika;
23. vyzývá k tomu, aby byly do působnosti směrnice o tabákových výrobcích zařazeny veškeré jiné než léčebné výrobky s obsahem nikotinu, včetně nových a nově vznikajících tabákových a nikotinových výrobků, a aby tyto výrobky podléhaly řádným pravidlům týkajícím se věkového omezení, příchutí, obsahu nikotinu, balení a uvádění na trh, a to s cílem zajistit právní jistotu a silnou ochranu, zejména pokud jde o mladé lidi; zdůrazňuje potřebu jasných, komplexních a technologicky neutrálních definic; vyzývá k lepšímu sladění se zásadami Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku;
24. vyzývá k tomu, aby ve všech sdělovacích prostředcích a komunikačních kanálech, včetně online platforem a sociálních médií, fungovala jasná a účinná regulace reklamy a propagace tabákových a nikotinových výrobků a sponzorství souvisejícího s těmito výrobky, a to i u nových a nově vznikajících tabákových a nikotinových výrobků, a aby byla zavedena opatření k odstranění praktik nepřímého marketingu a ke snížení přitažlivosti výrobků, zejména pro nezletilé osoby, přičemž by měly být náležitě zohledněny vnitrostátní pravomoci; naléhavě vyzývá k tomu, aby byla reklama v sociálních médiích výslovně zahrnuta do oblasti působnosti směrnice o reklamě na tabákové výrobky a sponzorství souvisejícího

s tabákovými výrobky⁴¹;

25. vítá iniciativu Komise zaměřenou na revizi legislativního rámce týkajícího se kontroly tabáku, kterou poprvé ohlásila v Evropském plánu boje proti rakovině a jež má v součinnosti se strategií EU v oblasti kardiovaskulárních onemocnění zásadní význam pro dosažení dohodnutých cílů EU v oblasti politik pro kontrolu tabáku; vyzývá Komisi, aby silný a vědecky podložený revidovaný rámec předložila co nejdříve, aby tak bylo možné dosáhnout cíle „generace bez tabáku“, tj. méně než 5 % uživatelů tabáku v populaci do roku 2040, jak je stanoveno v Evropském plánu boje proti rakovině; se znepokojením konstatuje, že současná míra kouření v Evropě může tento cíl ohrozit; zdůrazňuje, že je třeba, aby byly v souladu s pokyny pro zlepšování právní úpravy budoucí návrhy podloženy řádným posouzením dopadů; připomíná, že sílí přesvědčení o tom, že by se měla přehodnotit účinnost cigaretových filtrů, neboť mohou poskytovat falešný pocit menší škodlivosti;
26. vyzývá k tomu, aby u všech nových tabákových a nikotinových výrobků, včetně zahřívaných tabákových výrobků, elektronických cigaret a nikotinových sáčků, bylo zavedeno posuzování dopadu na zdraví před jejich uvedením na trh, je-li to vhodné a v souladu s právními předpisy EU;
27. vyzývá členské státy, aby s cílem chránit obyvatelstvo před pasivním kouřením účinně prosazovaly komplexní nekuřácké právní předpisy, které by se vztahovaly na všechny vnitřní veřejné prostory a pracoviště, a aby dále zavedly nekuřácké právní předpisy týkající se venkovních prostor, kde se vyskytují děti, jako jsou školní areály;
28. připomíná, že Komise uplatňuje pravidla týkající se transparentnosti lobbingu, která se vztahují i na tabákový průmysl, a že některá generální ředitelství uplatňují při interakci se zástupci tohoto odvětví dodatečná opatření; konstatuje, že evropská veřejná ochránkyně práv ve svém rozhodnutí ve věci OI/6/2021/KR o transparentnosti interakcí Komise se zástupci tabákového průmyslu vydala další doporučení k zajištění transparentnosti s ohledem na Rámcovou úmluvu WHO o kontrole tabáku;

Škodlivá konzumace alkoholu, zejména v množstvích přesahujících vědecky stanovená množství uvedená ve zdravotních doporučeních

29. zdůrazňuje, že škodlivá konzumace alkoholu, zejména v množstvích přesahujících vědecky stanovená zdravotní doporučení, zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, rakoviny a dalších nepřenositelných

⁴¹ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/33/ES ze dne 26. května 2003 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se reklamy na tabákové výrobky a sponzorství souvisejícího s tabákovými výrobky (Úř. věst. L 152, 20.6.2003, s. 16, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/2003/33/oj>).

nemocí; zdůrazňuje, že alkohol může způsobit setrvalé zvyšování krevního tlaku, který je hlavním rizikovým faktorem srdečních infarktů, cévních mozkových příhod a dalších kardiovaskulárních onemocnění a je spojen s vyšším výskytem ischemických a hemoragických cévních mozkových příhod;

30. vyzývá Komisi a členské státy, aby navázaly na opatření komplexní politiky týkající se alkoholu stanovená v Evropském plánu boje proti rakovině, a to i prostřednictvím přezkumu směrnice o harmonizaci struktury spotřebních daní z alkoholu a alkoholických nápojů⁴²; připomíná, že zdanění spadá primárně do pravomoci členských států; konstatuje, že členské státy mohou v rámci své politiky týkající se alkoholu využívat různá politická opatření, včetně fiskálních opatření, a zdůrazňuje, že odvody, daně a cla mohou sloužit jako pobídky k ovlivňování chování spotřebitelů;
31. vyzývá ke zlepšení informovanosti spotřebitelů tím, že jim budou poskytovány lepší a přesné výživové a zdravotní informace o alkoholu; všímá si, že Komise v rámci Evropského plánu boje proti rakovině předložila návrh na zavedení povinného uvádění seznamu složek a výživových údajů na etiketách alkoholických nápojů;
32. zdůrazňuje, že je třeba zaujmout jasný přístup k prevenci konzumace alkoholu, a vyzývá členské státy, aby prováděly vzdělávací a komunikační kampaně o kardiovaskulárních a jiných zdravotních rizicích spojených se škodlivou konzumací alkoholu, zejména v množstvích přesahujících vědecky stanovená zdravotní doporučení; vybízí k výměně osvědčených postupů mezi členskými státy, mimo jiné pokud jde o osvětové kampaně a vhodné podpůrné služby, s cílem snížit konzumaci alkoholu u nezletilých osob a chránit lidi před škodlivými účinky alkoholu;
33. vyzývá k účinné regulaci reklamy na alkohol a sponzorství souvisejícího s alkoholem v případech, kdy by mohly mít dopad na nezletilé osoby;

Drogy

34. je znepokojen nárůstem užívání drog v EU, kdy jsou stále více dostupnější nové druhy drog; poukazuje na nedostatečnou informovanost o nepříznivých účincích užívání drog a drogové závislosti na kardiovaskulární systém; vyzývá EU a členské státy, aby podporovaly a prováděly osvětové kampaně o nebezpečných účincích drog a aby lépe školily zdravotnické pracovníky o složitých vzorcích polyvalentního užívání návykových látek; vyzývá EU a členské státy, aby zavedly ambiciózní průřezové politiky s cílem vymýtit užívání

⁴² Směrnice Rady 92/83/EHS ze dne 19. října 1992 o harmonizaci struktury spotřebních daní z alkoholu a alkoholických nápojů (Úř. věst. L 316, 31.10.1992, s. 21, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/83/oj>).

drog v Evropě;

35. zdůrazňuje, že je třeba podporovat osvětové kampaně o kumulativním kardiovaskulárním riziku souběžného používání škodlivých látek;

Nezdravá strava a nedostatek fyzické aktivity

36. poukazuje na to, že nezdravý životní styl a špatné stravovací návyky přispívají k rozvoji kardiovaskulárních onemocnění a dalších nepřenositelných nemocí; zdůrazňuje, že je důležité propagovat vyváženou stravu a fyzickou aktivitu;
37. upozorňuje, že nadváha a obezita patří mezi hlavní příčiny kardiovaskulárních onemocnění a jsou uznávanými rizikovými faktory několika nádorových onemocnění a že kvalita stravy je jedním z hlavních faktorů kardiovaskulárního zdraví; vyzdvihuje proto potřebu komplexního přístupu k potravinovému systému ve všech příslušných politikách EU s cílem systematicky omezovat potravinové prostředí přispívající k obezitě a podporovat zdravější stravovací návyky;
38. vyzývá EU k přijetí opatření, která by zlepšila potravinové prostředí, mj. k tomu, aby byly v souladu s výživovými doporučeními výživové údaje uváděny na přední straně obalu, a k regulaci marketingových postupů u nezdravých potravin; oceňuje dobrovolné závazky průmyslu, zdůrazňuje však, že by měly být doplněny konzistentnějšími a vymahatelnějšími právními předpisy; zdůrazňuje, že tato opatření by neměla mít nezamýšlené dopady na potraviny uzpůsobené tomu, aby vyhovovaly specifickým výživovým potřebám, a bere na vědomí specifické vlastnosti produktů chráněných značkami kvality EU, jako je chráněné označení původu (CHOP) nebo chráněné zeměpisné označení (CHZO);
39. vyzývá k přijetí opatření EU, která by zlepšila informovanost spotřebitelů a jejich přístup k informacím o souvislosti mezi stravou a zdravím, a to i prostřednictvím vzdělávacích kampaní ve školách; poukazuje na to, že základním kamenem účinné politiky v oblasti veřejného zdraví je podpora z nutričního hlediska vhodných, rozmanitých a vyvážených stravovacích návyků, které zahrnují široké spektrum kategorií živin ve vhodném množství a zohledňují kulturní rozmanitost v rámci celé EU; zdůrazňuje, že strategie zaměřené na prevenci by měly podporovat informované rozhodování spotřebitelů a jejich stravovací návyky založené na spolehlivých vědeckých důkazech; dále podporuje zahájení iniciativ, které podpoří konzumaci přírodních, čerstvých, sezónních a místních potravin, budou rozvíjet krátké dodavatelské řetězce a posílí vazby mezi zemědělstvím a zdravím; zdůrazňuje, že do provádění těchto iniciativ by měli být zapojeni zemědělci a jejich organizace, aby se tak podpořilo propojení udržitelného zemědělství, výživy a veřejného zdraví;

40. vyzývá Komisi k zajištění toho, aby revize směrnic o zadávání veřejných zakázek umožnila veřejným orgánům poskytovat zdravější jídlo, včetně potravin vyrobených na místě a udržitelnými postupy; vyzývá, aby zadávání veřejných zakázek na potraviny bylo strategicky využíváno ke zlepšení spravedlivého přístupu ke zdravé stravě v zařízeních péče o děti, ve školách, nemocnicích a dalších veřejných institucích; oceňuje technické pokyny Společného výzkumného střediska týkající se toho, aby při zadávání veřejných zakázek byly podporovány zdravější alternativy, a vybízí k jejich systematickému uplatňování vnitrostátními, regionálními a místními orgány;
41. vyzývá k větší soudržnosti mezi cíli EU v oblasti zdraví a zemědělsko-potravinářskými politikami EU, aby bylo zajištěno, že veřejné finanční prostředky budou podporovat výrobu a spotřebu potravin spojených se sníženým kardiovaskulárním rizikem;
42. zdůrazňuje, že účinná prevence kardiovaskulárních i dalších onemocnění musí začít v raném věku a musí se řídit celoživotním přístupem; poukazuje na znepokojivý nárůst obezity a nezdravých stravovacích návyků u dětí; vyzývá k pokračování a dostatečnému financování projektu EU „Ovoce, zelenina a mléko do škol“; vyzývá k tomu, aby stravování ve školách bylo zdravé a dostupné, a k zavedení minimálních norem kvality pro školní a veřejné jídelny; požaduje zajištění dostupnosti čerstvých, přírodních a sezónních produktů pro tyto jídelny, přičemž by zároveň měla být snížena jejich závislost na potravinách s vysokým obsahem tuku, cukru a soli; vyzývá veřejné orgány, aby ve všech oblastech a od raného věku podporovaly a financovaly zdravé stravovací návyky, a i pokud jde o sportovní zařízení a rekreační oblasti;
43. zdůrazňuje, že marketingové postupy používané u potravin s vysokým obsahem tuku, cukru a soli mohou hrát roli při utváření stravovacích návyků dětí, a přispět tak k nástupu dětské obezity a dalších celoživotních chronických onemocnění; vyzdvihuje zejména, že je třeba v případě těchto produktů zlepšit regulaci marketingu a reklamy cílících na děti a dospívající v rámci všech kanálů, včetně online platforem, sociálních médií a marketingu influencerů, a to při zohlednění algoritmického cílení a vznikajících marketingových praktik založených na umělé inteligenci; poukazuje na stávající právní předpisy EU v této oblasti a vítá probíhající iniciativy, včetně revize směrnice o audiovizuálních mediálních službách, jak byla oznámena v Plánu pro srdce v bezpečí, a provádění aktu o digitálních službách⁴³;

⁴³ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2022/2065 ze dne 19. října 2022 o jednotném trhu digitálních služeb a o změně směrnice 2000/31/ES (nařízení o digitálních službách) (Úř. věst. L 277, 27.10.2022, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2022/2065/oj>).

44. upozorňuje, že současné stravování v EU není v souladu s výživovými doporučeními, neboť pouze 12 % Evropanů konzumuje denně pět nebo více porcí ovoce a zeleniny; vzhledem k tomu, že vyvážená zdravá strava, jako jsou tradiční evropské způsoby stravování, včetně středomořské a nové severské⁴⁴ kuchyně, jakož i strava rostlinného původu a určité formy stravování založené na ekologických potravinách⁴⁵, jsou spojeny s výrazně nižším rizikem kardiovaskulárních onemocnění; zdůrazňuje význam každodenní konzumace ovoce a zeleniny a uvážlivé konzumace červeného a zpracovaného masa v souladu s doporučeními v oblasti evropského veřejného zdraví; konstatuje, že konzumace ovoce a zeleniny ve formách, které uchovávají vlákninu a výživovou hodnotu, může podpořit zdravou a vyváženou stravu;
45. poukazuje na skutečnost, že tomu, aby si lidé zvolili zdravou stravu, brání řada překážek; zdůrazňuje zejména, že k vytvoření potravinového prostředí, v němž jsou zdravější potraviny pro občany EU nejjednodušší a cenově nej dostupnější volbou, jsou nezbytná meziodvětvová opatření, neboť zdravější strava je obvykle dražší než méně zdravější alternativy a ceny mají neúměrný dopad na skupiny obyvatelstva s nízkými a středními příjmy; upozorňuje, že je třeba, aby byly překážky v přístupu ke zdravým a výživným potravinám řešeny; vyzývá k přijetí vhodných strategií, které zvýší cenovou dostupnost zdravějších výrobků; vybízí členské státy, aby zlepšily cenovou dostupnost a přístupnost ovoce, zeleniny, luštěnin a celozrnných potravin, mimo jiné prostřednictvím cílených regulačních opatření a plným využitím nástrojů financování EU;
46. zdůrazňuje, že soukromé hospodářské subjekty by měly v zájmu zdraví spotřebitelů usilovat o zlepšení výživové kvality výrobků, které nabízejí;
47. vítá skutečnost, že Plán pro srdce v bezpečí zmiňuje, že Komise zahájila studii o dopadu konzumace „ultrazpracovaných potravin“; vyzývá Komisi, aby vypracovala a prosazovala jasnou, vědecky podloženou a harmonizovanou definici „ultrazpracovaných potravin“ na úrovni EU, s výjimkou potravin připravených tak, aby splňovaly

⁴⁴ WHO, „Fostering healthier and more sustainable diets – learning from the Mediterranean and New Nordic experience“ (Podpora zdravějšího a udržitelnějšího stravování – poučení ze zkušeností v rámci středomořské a nové severské kuchyně), 2018, <https://www.who.int/europe/news/item/07-05-2018-fostering-healthier-and-more-sustainable-diets-learning-from-the-mediterranean-and-new-nordic-experience>.

⁴⁵ Dahm, J. B., „Geringere Inzidenz atherosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Ernährung mit Biolebensmitteln (dänische Kohortenstudie)“, 2026, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2747-5734?id=&lang=en>.

specifické výživové požadavky vyplývající z diagnostikovaných zdravotních potíží, alergií, závažných intolerancí nebo jiných patologií, s cílem podpořit soudržné výživové politiky a posílit fakticky podložená opatření k prevenci kardiovaskulárních a jiných nepřenosných nemocí;

48. uznává, že tradiční techniky zpracování, jako je fermentace, konzervování, sušení a nasolování, hrají důležitou úlohu při konzervaci potravin, čímž posilují zdravotní a bezpečnostní normy a v mnoha případech zlepšují dostupnost zemědělských produktů pro zdravější stravu;
49. vyzývá Komisi, aby posoudila dopady energetických nápojů na kardiovaskulární zdraví a následně podpořila vhodná opatření na úrovni EU, která se budou zakládat na tomto posouzení a vědeckých důkazech, zejména pak opatření na ochranu dětí a dospívajících; vyzývá Komisi, aby v případech, kdy je to odůvodněno posouzením a vědeckými důkazy, rovněž následně podporovala a povzbuzovala členské státy, aby zvážily opatření týkající se dostupnosti energetických nápojů v zařízeních využívaných především nezletilými osobami, a podporuje výměnu osvědčených postupů na úrovni EU;
50. zdůrazňuje význam integrovaných zásahů v oblasti měst a dopravy zaměřených na snížení obezitogenního prostředí, zlepšení přístupu k aktivní mobilitě a začlenění cílů v oblasti zdraví do politik územního plánování, bydlení a infrastruktury; poukazuje na to, že k prevenci onemocnění srdce přímo přispívá územní plánování, například zajištěním rozsáhlých prostor pro pěší a zelených ploch a bezpečných podmínek pro chodce a cyklisty; vyzývá k veřejným investicím do zdravého městského prostředí, které podporuje fyzickou aktivitu, zlepšuje kvalitu ovzduší a snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění; vyzývá k posílení meziodvětvové spolupráce s cílem vytvořit podpůrné prostředí a sladěné politiky, které podporují fyzickou aktivitu v průběhu celého života a přispívají jak k prevenci kardiovaskulárních onemocnění, tak k účinné rehabilitaci;
51. vyzývá členské státy, aby přijaly cílená opatření na podporu zdravějších každodenních návyků dětí a mladých lidí tím, že rozšíří příležitosti k fyzické aktivitě a omezí sedavé chování, neboť tato opatření pomáhají předcházet klíčovým modifikovatelným rizikovým faktorům pro kardiovaskulární onemocnění, jako je nedostatek fyzické aktivity, nadváha a obezita; dále zdůrazňuje, že vzdělání a přístup ke spolehlivým informacím o fyzické aktivitě mají zásadní význam pro lidi všech věkových kategorií; vyzývá Komisi a členské státy, aby podporovaly iniciativy, jako jsou sportovní aktivity pro seniory v místních komunitách a dostupné sportovní třídy, a aby zajistily, že školní osnovy poskytnou dostatek času na každodenní pohyb, aby se vytvořilo prostředí příznivé pro zdravý životní styl;
52. vyzývá Komisi a členské státy, aby zapojily odvětví sportu jako

klíčové prostředí pro podporu fyzické aktivity a zdravého chování, a to i prostřednictvím iniciativ v oblasti sportu na místní úrovni a omezením propagace potravin s vysokým obsahem tuku, cukru a soli na sportovních akcích;

SOCIÁLNĚ-EKONOMICKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

53. zdůrazňuje, že kardiovaskulární zdraví je také společenskou otázkou veřejného zájmu a že trvalý výskyt kardiovaskulárních onemocnění v celé EU, včetně přispívajících rizikových faktorů v podobě diabetu a obezity, je úzce spojen se sociálně-ekonomickými faktory, jako je příjmová nerovnost, nejisté zaměstnání, podmínky bydlení, úroveň vzdělání, gender a působení faktorů životního prostředí; připomíná, že tyto faktory mají neúměrně větší vliv na nízkopříjmové domácnosti, osoby s chronickými a vzácnými onemocněními a zdravotním postižením, pracovníky v nejistých zaměstnáních, ženy, starší osoby, děti a mladé lidi a marginalizované komunity, a že přinášejí kumulativní a celoživotní kardiovaskulární rizika; požaduje, aby byla opatření v oblasti kardiovaskulárního zdraví pevnou součástí širší sociální politiky EU a její politiky v oblasti soudržnosti a inkluze a aby se zajistilo, že dostatečně zohlední nejohroženější osoby;
54. zdůrazňuje, že je nutné se zabývat sociálně-ekonomickými faktory ovlivňujícími kardiovaskulární zdraví jak na úrovni členských států, tak i na úrovni EU, a to prostřednictvím účinného provádění stávajících rámců EU;
55. vítá Plán pro srdce v bezpečí a trvá na tom, že jakákoli kardiovaskulární strategie EU musí být integrována do sociálních, environmentálních a ekonomických politik EU; zdůrazňuje, že chudoba a nejistota zaměstnání výrazně zvyšují vystavení kardiovaskulárním rizikovým faktorům, včetně chronického stresu, nezdravé stravy, fyzické nečinnosti, nevhodného bydlení a omezeného přístupu k preventivní péči;
56. zdůrazňuje, že zdravotní politika by měla zahrnovat hlediska pacientů a neformálních pečovatelských s cílem zajistit, aby rozhodování odráželo jejich životní zkušenosti a vedlo k politikám, které smysluplně zlepšují jejich každodenní život a dlouhodobý wellbeing;

ENVIRONMENTÁLNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

57. zdůrazňuje, že environmentální faktory, včetně znečištění ovzduší, hlukového znečištění, znečištění půdy a vody, extrémních teplot a expozice chemickým látkám, zejména u obyvatel, kteří při své práci nebo ve svých komunitách přicházejí do úzkého kontaktu s pesticidy, jsou hlavními faktory přispívajícími ke kardiovaskulárním onemocněním v EU, kterým lze předcházet; zdůrazňuje, že tyto určující faktory jsou geograficky nerovnoměrně rozloženy napříč členskými státy i v rámci nich; zdůrazňuje, že vlny veder a další

extrémní jevy související s klimatem neúměrně postihují starší osoby a osoby žijící ve špatně izolovaném bydlení, což zhoršuje kardiovaskulární rizika a sociální nerovnosti; s politováním konstatuje, že Komise si dostatečně neuvědomuje, že omezení působení škodlivých environmentálních faktorů se musí stát hlavním pilířem jakéhokoli účinného plánu EU pro kardiovaskulární zdraví a že vyžaduje koordinovanou meziodvětvovou činnost, která by šla nad rámec zdravotnictví; zdůrazňuje, že prevence kardiovaskulárních onemocnění by měla být zakotvena v přístupu „jedno zdraví“ a měla by uznávat vzájemné propojení mezi zdravím lidí, zvířat a životního prostředí;

58. zdůrazňuje, že na rozdíl od změn životního stylu lidé nemohou chránit své zdraví před znečištěním ovzduší nebo chemickými látkami; vyzývá Komisi, aby předložila konkrétní opatření týkající se těchto faktorů ovlivňujících zdraví, která spadají do pravomocí EU;
59. je si vědom toho, že dlouhodobé působení environmentálního hluku způsobeného silniční, železniční a leteckou dopravou představuje závažné kardiovaskulární riziko, které není dostatečně řešeno; vyzývá k posílení politik snižování hluku s cílem snížit škodlivé hladiny hluku a chránit zdraví a dobré životní podmínky v celé EU prostřednictvím územního plánování, regulace dopravy a prosazování stávajících právních předpisů EU; zdůrazňuje, že v rámci přístupu „jedno zdraví“ by mělo být zvaženo dostatečné financování řešení inspirovaných přírodou, která mohou mít pozitivní dopad na zdraví;
60. vyzývá Komisi a členské státy, aby se zabývaly značnými riziky pro zdraví vyplývajících ze znečištění ovzduší, půdy a vody; zdůrazňuje, že metan a amoniak přispívají ke škodlivému znečištění ovzduší, které je spojeno se sníženou funkcí plic, systémovým zánětem a zvýšenou kardiovaskulární nemocností a úmrtností;

II. Včasné odhalování a diagnostika

61. vítá ohlášené doporučení Rady o zdravotních prohlídkách v případě kardiovaskulárních onemocnění; zdůrazňuje, že veškeré pokyny EU musí být podloženy fakty, být účinné, zaměřené na potřeby pacientů, zdravotnických pracovníků a pečovatelských pracovníků a na problémy, kterým čelí, a doprovázené jasnými referenčními hodnotami a ukazateli a musí snižovat nerovnosti a vyhýbat se postupům s nízkým přínosem; konstatuje, že tyto pokyny by měly být rozvrstveny podle rizika a zahrnovat integrované postupy předávání od primární péče až po následnou sekundární péči v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a jeho komorbidit; dále zdůrazňuje, že tyto pokyny musí zahrnovat doporučení týkající se provádění, včetně aktivní přeshraniční spolupráce a opatření pro zajištění kvality, aby bylo zajištěno účinné pokrytí ohrožených skupin obyvatelstva; vyzývá k tomu, aby bylo v členských státech provedeno ohlášené doporučení Rady o zdravotních prohlídkách v případě kardiovaskulárních onemocnění

a přitom byly respektovány jejich pravomoci, a zdůrazňuje, že je důležité podporovat vzdělávání a odbornou přípravu zdravotnických pracovníků v oblasti včasného odhalování kardiovaskulárních onemocnění, přičemž je třeba náležitě zohlednit genderově specifické rozdíly;

62. vyzývá Komisi, aby zajistila odpovídající finanční podporu pro členské státy na provádění doporučení Rady o zdravotních prohlídkách v případě kardiovaskulárních onemocnění; zdůrazňuje, že tato finanční podpora by měla být odpovídající a přiměřená rozsahu zátěže spojené s kardiovaskulárními onemocněními;
63. domnívá se, že včasné odhalování kardiovaskulárních onemocnění by mělo být prováděno prostřednictvím integrovaného přístupu napříč nemocemi, který uznává vzájemné vazby mezi kardiovaskulárními a jinými nepřenosnými nemocemi a jejich sdílené rizikové faktory; poukazuje na to, že takovéto strategie široké prevence a včasného odhalování, které řeší kardiovaskulární onemocnění a jiné nepřenosné nemoci, mohou pacientům umožnit lépe pochopit jejich zdraví a pečovat o něj a mohou pomoci předcházet předčasné úmrtnosti;
64. je znepokojen počtem chybně diagnostikovaných kardiovaskulárních příhod a vyzývá členské státy, aby zdravotnické pracovníky lépe školily ohledně možných příznaků, a to i na pohotovostních službách; zdůrazňuje, že je důležité, aby vnitrostátní systémy zdravotní péče zavedly standardizované protokoly pro lepší odhalování kardiovaskulárních příhod; zdůrazňuje, že je třeba, aby regionální a místní zdravotnické infrastruktury a nemocnice poskytovaly služby specializované na kardiovaskulární příhody a aby zajistily, aby k takovým službám pacienti měli rychlý přístup, aby se zabránilo nesprávné diagnóze a zajistila se odpovídající léčba;
65. zdůrazňuje, že včasná prevence a odhalování by měly upřednostňovat cílené přístupy založené na posouzení rizik, které se opírají o validované modely předvídání rizik v primární péči, a to případně i prostřednictvím screeningu; zdůrazňuje, že je třeba se zaměřit na rizikové faktory, jako je konzumace tabáku, škodlivá konzumace alkoholu, zejména v množstvích přesahujících vědecky podložená zdravotní doporučení, obezita, nedostatečná fyzická aktivita, hypertenze, menopauza, rodinná anamnéza a dyslipidémie; zdůrazňuje, že osoby žijící s onemocněními, jako je chronické onemocnění ledvin, diabetes, obezita, chronické obstrukční plicní onemocnění, steatotické onemocnění jater spojené s metabolickou dysfunkcí a chronická anémie, a ženy s nepříznivými výsledky těhotenství by měly být systematicky vyšetřovány na kardiovaskulární onemocnění a zároveň by měly být zajištěny účinné systémy předávání pacientů a jejich dlouhodobé sledování; zdůrazňuje, že kardiovaskulární onemocnění jsou často zjištěna až po závažných událostech, jako je srdeční infarkt nebo cévní mozková

příhoda;

66. zdůrazňuje, že běžně dochází k promarnění příležitosti k včasnému odhalení, zejména u opomíjených a vysoce rizikových skupin obyvatelstva; vyzývá členské státy, aby zajistily rovný přístup k diagnostice a věnovaly zvláštní pozornost opomíjeným oblastem a ženám;
67. zdůrazňuje zásadní úlohu sekundární prevence pro jednotlivce, kteří prodělali kardiovaskulární příhodu, včetně systematického řízení rizikových faktorů, dodržování medikace, podpory životního stylu a duševní pohody a pravidelného klinického hodnocení s cílem snížit riziko opakování příhody;
68. upozorňuje na výrazně nedostatečnou diagnostiku dědičných, genetických a vrozených kardiovaskulárních onemocnění v EU, včetně kardiomyopatií, kanálopatií, familiární hypercholesterolémie, diabetu 1. typu, aortopatií, poruch pojivové tkáně a vrozených srdečních vad; zdůrazňuje, že dyslipidémie, jako je familiární hypercholesterolémie, zvýšená hladina lipoproteinu (a) a hyperglykémie významně přispívají ke kardiovaskulárnímu riziku; vyzývá členské státy, aby zajistily rovný přístup k diagnostice a podporovaly včasné odhalování genetických onemocnění dětí od školního věku, pokud má jasně vědecky prokázaný klinický přínos, a přitom plně respektovaly etické principy, informovaný souhlas a požadavky na ochranu údajů; zdůrazňuje, že v případě odhalení kardiovaskulárního onemocnění s genetickou predispozicí by mělo být zajištěno mezigenerační testování jedinců v riziku genetického onemocnění;
69. požaduje, aby ohlášené doporučení Rady o zdravotních prohlídkách v případě kardiovaskulárních onemocnění zahrnovalo jasné pokyny pro komplexní posouzení kardiovaskulárních rizik a pro poskytování zdravotních prohlídek v odpovídajícím věku osobám s alespoň jedním rizikovým faktorem, včetně osob s rodinnou anamnézou předčasných kardiovaskulárních onemocnění; vyzývá rovněž k vypracování jasných pokynů pro systematické a dlouhodobé sledování osob se zvýšenými nebo abnormálními nálezy, včetně integrovaných způsobů zajišťování péče;
70. zdůrazňuje, že osobám s více modifikovatelnými kardiovaskulárními rizikovými faktory by měla být poskytnuta komplexní a dostupná podpora, aby změnily svůj životní styl, a to za pomoci náležitě vyškolených specialistů na medicínu zaměřenou na životní styl nebo ekvivalentních zdravotnických pracovníků;

III. Léčba, péče a rehabilitace

71. zdůrazňuje, že lidé s kardiovaskulárním onemocněním musí mít v celém průběhu léčby včasný přístup k cenově dostupné, vysoce kvalitní a integrované péči založené na faktech a doporučených

postupech, včetně kontroly léčby a podpory jejího dodržování, odpovídající diagnostiky a terapií, bez ohledu na místo bydliště; doporučuje možné opatrné využívání rámců řízení zaměřených na cíl léčby, přičemž je třeba se vyhnout péči s nízkým přínosem a zajistit přístup zaměřený na člověka a založený na posouzení rizik v souladu s pokyny WHO; zdůrazňuje, že nedílnou součástí účinné kardiovaskulární péče je kardiorehabilitace, profesní rehabilitace, integrovaná nutriční péče, fyzická rehabilitace a sociální reintegrace; konstatuje, že v několika členských státech je přístup k rehabilitačním službám stále omezený, a zdůrazňuje, že je třeba zaručit přístup k těmto službám všem; zdůrazňuje, že jsou zapotřebí specializovaná rehabilitační střediska odpovídající věku;

72. vítá ohlášené doporučení Rady k personalizované léčbě a sledování kardiovaskulárních onemocnění, které zlepší kvalitu a konzistentnost individualizované a integrované péče;
73. vyzývá členské státy, aby vytvořily komplexní, standardizované vnitrostátní protokoly kardiovaskulární péče pro dlouhodobou péči, které by zahrnovaly modely poskytování péče multidisciplinárními týmy pacientům s kombinovaným onemocněním, aby se umožnilo proaktivní zvládání vzájemně propojených nepřenosných nemocí, zajistil plynulý přechod v péči a byla po celou dobu trvání kardiovaskulárního rizika, diagnózy, léčby a rehabilitace poskytována péče, která je skutečně zaměřená na pacienta; zdůrazňuje, že takové postupy péče jsou zásadní pro zajištění kontinuity péče, snížení komplikací, kterým lze předejít, a opětovných hospitalizací a zlepšení dlouhodobých výsledků pro osoby žijící s kardiovaskulárními onemocněními; zdůrazňuje, že je třeba zjednodušit způsoby péče o reprodukční zdraví a zdraví matek a služby v oblasti kardiovaskulárních onemocnění; vyzývá k podpoře členských států a místních a regionálních orgánů při rozšiřování přístupu k multidisciplinárním rehabilitačním službám;
74. zdůrazňuje, že je třeba, aby péče a léčba zahrnovaly nejnovější vědecké poznatky; vyzývá členské státy, aby do strategií zdravotní péče začlenily vysoce kvalitní a inovativní způsoby léčby a aby je učinily přístupnějšími;
75. vyzývá Komisi a členské státy, aby podporovaly širší zavádění a přístup k programům školení první pomoci a programům veřejné osvěty, a to i pro děti a mládež, neboť jsou zásadně důležitou součástí zvyšování připravenosti na kardiovaskulární onemocnění a reakce na urgentní ohrožení zdraví; vyzývá k posílení podpory EU, aby se zvýšila míra přežití po srdeční zástavě mimo nemocnici, včetně povinného školení o první pomoci a používání automatizovaného externího defibrilátoru (AED) ve školách a na pracovištích; vyzývá členské státy, aby posílily politiky, které zajišťují široké a viditelné zavádění nepřetržitě dostupných automatizovaných externích defibrilátorů ve veřejných prostorech a v místech s vysokým

provozem, a vyzývá k vybudování vnitrostátních systémů mapování a údržby těchto defibrilátorů a k integraci lokalizačních údajů těchto defibrilátorů do systémů dispečinku záchranných služeb;

76. vyzývá k posílení přeshraničního evropského informačního systému pro transplantace, zejména v souvislosti se vzácnými a vrozenými kardiovaskulárními onemocněními;
77. vyzývá k vytvoření evropské sítě kardiovaskulárních center excellence, včetně oddělení pro léčbu cévních mozkových příhod a onemocnění srdce, jako specializovaných multidisciplinárních institucí působících v rámci směrnice o přeshraniční zdravotní péči; zdůrazňuje, že tato centra by měla fungovat jako vnitrostátní a regionální centra v zájmu zlepšení přístupu k vysoce kvalitní multidisciplinární péči, zkrácení doby potřebné k léčbě a posílení kapacity nemocnic; upozorňuje na jejich potenciální roli při prosazování společných standardů a osvědčených postupů, usnadňování přístupu ke klinickým hodnocením a optimalizaci klinického vývoje; zdůrazňuje jejich potenciální přínos k zavádění komplexních postupů péče zaměřených na pacienta a k umožnění převedení výzkumu do praxe prostřednictvím spolupráce mnoha zúčastněných stran, včetně partnerství veřejného a soukromého sektoru;
78. zdůrazňuje, že je důležité začlenit podporu duševního zdraví jako složku do komplexní fyzické a psychologické rehabilitace pacientů s chronickými kardiovaskulárními onemocněními a pacientů, kteří se zotavují ze závažných kardiovaskulárních příhod;
79. zdůrazňuje, že nepřetržitý přístup k bezpečným, účinným a cenově dostupným léčivým přípravkům a zdravotnickým prostředkům pro kardiovaskulární onemocnění je předpokladem pro kontinuitu péče a příznivé výsledky v oblasti zdraví; zdůrazňuje, že nerovný přístup k základním kardiovaskulárním léčivým přípravkům zůstává hlavní překážkou účinné léčby a sekundární prevence; vyzývá k přijetí opatření na úrovni EU v rámci stávajících pravomocí EU, aby se podpořila cenová dostupnost, fyzická dostupnost a zabezpečení dodávek, a zdůrazňuje význam připravovaného aktu o kriticky důležitých léčivých přípravcích⁴⁶, který k řešení těchto otázek přispěje;
80. zdůrazňuje, že opožděná léčba nebo absence léčby strukturálního onemocnění srdce výrazně zhoršuje kvalitu života a urychluje zhoršení fyzických funkcí, stařeckou křehkost a ztrátu nezávislosti u starších osob; zdůrazňuje, že včasná diagnóza a přístup k vhodné

⁴⁶ Návrh nařízení Evropského parlamentu a Rady, kterým se stanoví rámec pro posílení dostupnosti a bezpečnosti dodávek kriticky důležitých léčivých přípravků, jakož i dostupnosti a přístupnosti léčivých přípravků společného zájmu, a mění nařízení (EU) 2024/795 (COM(2025)0102), který předložila Komise dne 11. března 2025.

léčbě mají zásadní význam pro zachování soběstačnosti, snížení počtu hospitalizací, kterým lze předejít, a pro podporu zdravého a aktivního stárnutí;

81. upozorňuje na rostoucí hrozbu nedostatku pracovních sil ve zdravotnictví v členských státech a zdůrazňuje, že nerovnoměrné rozložení praktických lékařů, zejména ve venkovských a znevýhodněných oblastech, omezuje přístup k prevenci a včasnému odhalování kardiovaskulárních onemocnění; vyzývá k přijetí opatření, která zvýší atraktivitu kariér ve zdravotnictví, což může mimo jiné zahrnovat lepší pracovní podmínky, odpovídající platy, odbornou přípravu, opatření pro udržení pracovníků a péči založenou na multidisciplinárních týmech, jejímž základem by měla být silná primární péče; upozorňuje na důležitost technologií a digitálních nástrojů při zvyšování efektivity prostřednictvím snižování pracovního tlaku a administrativní zátěže a při zvyšování atraktivity kariéry ve zdravotnictví; vyzývá Komisi a členské státy, aby posílily podpůrné mechanismy s cílem udržet zdravotnický personál specializovaný na kardiovaskulární onemocnění v oblastech postižených jeho chronickým nedostatkem a přilákat do těchto oblastí nový personál, a to i prostřednictvím cílených pobídek a investic do pracovních podmínek, neustálého školení a atraktivních profesních možností;
82. zdůrazňuje, že je důležité zajistit včasný a rovný přístup k paliativní péči pro osoby s pokročilým kardiovaskulárním onemocněním; žádá odpovídající odbornou přípravu zdravotnických pracovníků v oblasti zásad paliativní péče, aby se podpořila důstojnost, kvalita života a péče zaměřená na člověka a zohledňující aspekty související s genderem v průběhu celého života;
83. zdůrazňuje, že kardiovaskulární onemocnění způsobují značné zdravotní postižení, které ovlivňuje práci a kvalitu života pacientů a jejich neformálních pečovatelských i schopnost pacientů žít nezávisle; vyzývá členské státy, aby vypracovaly strategie v oblasti péče zaměřené na opatření umožňující návrat do zaměstnání a na psychosociální a vzájemnou podporu pro pacienty a jejich rodiny;

IV. Úloha primární péče a komunitních služeb při kardiovaskulární prevenci a snižování rizik

84. zdůrazňuje klíčovou roli silných integrovaných systémů primární zdravotní péče a komunitních služeb, včetně nemocnic a komunitních lékáren, při prevenci kardiovaskulárních onemocnění a souvisejících rizikových faktorů, jejich včasné odhalení a dlouhodobém snižování jejich rizika, zejména ve venkovských a znevýhodněných městských oblastech s nedostatečnou dostupností služeb;
85. vyzývá Komisi, aby ve spolupráci s členskými státy podporovala cílené pilotní akce v oblastech s vysokou zátěží a s nedostatečnou

dostupností služeb, které by spojovaly kontroly v rámci primární péče založené na posouzení rizik, prevenci nabízenou v rámci komunitních služeb, podporu telemedicíny, mobilní diagnostické služby a jasné postupy předávání pacientů a následné péče o ně, s cílem vyhodnotit dopad a umožnit rozšíření účinných modelů po celé EU;

86. vyzývá k posílení spolupráce mezi primární péčí a specializovanými službami v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, aby se optimalizovaly zásahy v zájmu účinné prevence a snižování kardiovaskulárního rizika;
87. vyzývá členské státy, aby vyčlenily odpovídající zdroje na infrastrukturu primární péče, multidisciplinární týmy a preventivní služby, včetně přístupu k základním diagnostickým nástrojům a digitální infrastruktuře podporující screening, včasné odhalování a následnou péči; vybízí členské státy, aby případně snížily doplatky za základní služby v oblasti kardiovaskulární prevence a péče, neboť vysoká míra přímých plateb pacientů může představovat zásadní překážku v přístupu k kardiovaskulární prevenci a léčbě, zejména pro domácnosti s nízkými příjmy; zdůrazňuje, že včasné odhalování a preventivní péče by měly být cenově dostupné, a to i pro domácnosti s nízkými příjmy; zdůrazňuje úlohu primární péče při podpoře dodržování kardiovaskulární léčby;
88. zdůrazňuje, že k včasnému odhalení a prevenci dochází z velké části na úrovni primární péče, kde jsou praktičtí lékaři často pro pacienty prvním kontaktním místem; zdůrazňuje, že praktičtí lékaři a poskytovatelé primární péče hrají klíčovou úlohu při posuzování rizikových faktorů souvisejících s životním stylem a při poskytování fakticky podložených pokynů ohledně typu a četnosti pohybové aktivity, kterou jednotlivci potřebují k udržení nebo zlepšení kardiovaskulárního a celkového zdraví;
89. zdůrazňuje, že sekundární prevence má zásadní význam pro osoby, které již měly kardiovaskulární příhodu; upozorňuje, že sekundární prevence zahrnuje strukturovaný management rizikových faktorů, zajištění dodržování medikace, cílenou podporu dodržování zdravého životního stylu a pravidelné klinické monitorování, aby se minimalizovalo riziko recidivy;
90. zdůrazňuje, že je důležité posílit kapacitu poskytovatelů primární péče, aby mohli v rámci rutinní klinické praxe zaměřené na snižování kardiovaskulárních rizik provádět krátké zásahy, např. skrze přístup „pěti P“ (požádat, posuzovat, poskytovat poradenství, pomáhat, pořádat), a napomoci tak změně chování v souvislosti s hlavními rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění;
91. upozorňuje, že v rámci jakékoli kardiovaskulární strategie EU pro zvládání akutních kardiovaskulárních příhod, jako je srdeční zástava, srdeční šok a akutní srdeční selhání, je kriticky potřebná odolná

kapacita intenzivní péče prostřednictvím integrovaných sítí regionálních jednotek intenzivní péče (JIP); vyjadřuje znepokojení nad akutním nedostatkem personálu na JIP, který znemožňuje urgentní reakci na naléhavé kardiovaskulární příhody, a vyzývá k cílené podpoře, včetně podpory duševního zdraví, lepších strategií k udržení zaměstnanců a specializované multidisciplinární odborné přípravy, aby se udržela kapacita v první linii;

92. vyzývá členské státy, aby posílily komunitní kapacity urgentní reakce na kardiovaskulární příhody, včetně přístupu k život zachraňujícímu vybavení, koordinace s primární péčí a tísňovými službami a rozvoje místních sítí reakce, aby se tak snížily nerovnosti v přežití a výsledcích akutních kardiovaskulárních příhod;
93. vyzývá Komisi a členské státy, aby uznaly zásadní úlohu zdravotnických organizací občanské společnosti a organizací pacientů v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění a v otázkách týkajících se zvyšování povědomí, vzájemné podpory, posilování postavení pacientů a vývoje politik; zdůrazňuje, že kontinuita, nezávislost a efektivita jejich práce závisí na odpovídajícím, udržitelném a transparentním veřejném financování;
94. vyzývá k uznání a podpoře role speciálně vyškolených zdravotnických pracovníků v oblasti kardiovaskulární prevence, včasného odhalování a vybraných léčebných úkolů, neboť tyto zdravotničtí pracovníci mohou částečně kompenzovat nedostatek kardiologů, např. ve venkovských oblastech; vyzývá k formálnímu uznání a odpovídající podpoře role dobrovolné a komunitní psychologické podpory pro kardiovaskulární pacienty; uznává důležitou roli psychologické podpory při řešení některých kardiovaskulárních rizikových faktorů a při napomáhání uzdravení; zdůrazňuje roli komunitní péče při řešení sociálního vyloučení, nízké zdravotní gramotnosti, stigmatizace a překážek v přístupu, které umocňují dopady kardiovaskulárních onemocnění na zranitelné skupiny;

V. Multimorbidita

95. zdůrazňuje, že kardiovaskulární onemocnění často koexistují s dalšími chronickými onemocněními, včetně diabetu, obezity, chronického onemocnění ledvin, revmatických a muskuloskeletálních onemocnění, plicních potíží, včetně plicních onemocnění a onemocnění dýchacích cest, jaterní steatózy asociované s metabolickou dysfunkcí (MASLD), kožních onemocnění, obstrukční spánkové apnoe, anémie, chronické nespavosti, duševních poruch, poruch reprodukčního zdraví, rakoviny a stavu po vyléčení se z rakoviny, která výrazně zvyšují kardiovaskulární riziko, komplikují léčbu a zhoršují celkový zdravotní stav; zdůrazňuje, že pokud jsou kardiovaskulární onemocnění léčena izolovaně, nestačí to ke snížení nemocnosti a úmrtnosti; zdůrazňuje, že prevence a kontrola těchto onemocnění by mohly představovat nákladově efektivní způsob, jak

příspěť k prevenci kardiovaskulárních zdravotních problémů; uznává, že je důležité zajistit rovný a včasný přístup k léčbě a terapeutickým inovacím v oblasti kardiovaskulárních onemocnění;

96. zdůrazňuje, že diabetes výrazně zvyšuje nemocnost, úmrtnost a náklady na zdravotní péči; zdůrazňuje, že roztržité, izolované strategické přístupy v boji proti kardiovaskulárním onemocněním a diabetu mohou oslabit prevenci, včasné odhalování a dlouhodobé výsledky léčby; vyzývá členské státy, aby zajistily, že vnitrostátní plány v oblasti kardiovaskulárního zdraví budou zahrnovat komplexní složku týkající se diabetu nebo budou jednoznačně sladěny se stávajícími vnitrostátními strategiemi boje proti diabetu; zdůrazňuje, že je třeba věnovat zvláštní pozornost dětem a dospívajícím s diagnózou diabetu 1. typu, ale stále častěji 2. typu, kteří čelí celoživotnímu zatížení tímto onemocněním a zvýšenému riziku časných kardiovaskulárních komplikací a úmrtnosti; zdůrazňuje, že diabetes a obezita jsou hlavními příčinami kardiovaskulárních onemocnění a mají společné rizikové faktory a biologické mechanismy; zdůrazňuje, že účinná prevence a léčba diabetu a obezity jsou základními složkami prevence a péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, a to i prostřednictvím včasného odhalení, dlouhodobé léčby a podpory životního stylu; zdůrazňuje, že účinnému zvládnutí obezity a kardiovaskulárních onemocnění může bránit nedostatečné povědomí o obezitě jako chronickém onemocnění nebo roztržité politický přístup ke způsobům péče v případě obezity;
97. upozorňuje na silný a obousměrný vztah mezi chronickým onemocněním ledvin a kardiovaskulárním onemocněním; zdůrazňuje, že onemocnění ledvin je u osob s kardiovaskulárními rizikovými faktory často nedostatečně diagnostikováno a je spojeno se zvýšenou kardiovaskulární nemocností a úmrtností; vyzývá k lepšímu začlenění zdraví ledvin do posuzování kardiovaskulárních rizik a způsobů péče;
98. zdůrazňuje, že chronická obstruktivní plicní nemoc je častou a závažnou komorbiditou u osob žijících s kardiovaskulárním onemocněním; zdůrazňuje, že chronická obstruktivní plicní nemoc a kardiovaskulární onemocnění mají společné hlavní rizikové faktory, jako je užívání tabáku, znečištění ovzduší a socioekonomické znevýhodnění; zdůrazňuje, že chronická obstruktivní plicní nemoc výrazně zvyšuje kardiovaskulární nemocnost, úmrtnost a hospitalizace;
99. upozorňuje na to, že aortální onemocnění, včetně aortálního aneurysmatu a aortální disekce, jsou závažná a často nedostatečně diagnostikovaná kardiovaskulární onemocnění, jež mají úzkou souvislost s hypertenzí, kouřením, genetickými poruchami a stárnutím; zdůrazňuje, že opožděné odhalení aortálního onemocnění je spojeno s vysokou úmrtností a urgentními zásahy, kterým lze předejít; žádá, aby byla v rámci strategie kardiovaskulární

prevence, včasného odhalování a dlouhodobých strategií péče v případě aortálního onemocnění šířena větší osvěta, prováděna včasná diagnóza a aby byly uplatňovány vhodné postupy předávání pacientů;

100. upozorňuje na jaterní steatózu asociovanou s metabolickou dysfunkcí (MASLD) jako na vysoce rozšířenou, avšak nedostatečně uznávanou komorbiditu u osob s kardiovaskulárním onemocněním, diabetem a obezitou; zdůrazňuje, že jaterní steatóza asociovaná s metabolickou dysfunkcí, zejména v přítomnosti jaterní fibrózy, je nezávislým prediktorem infarktu myokardu, cévní mozkové příhody a srdečního selhání a u osob s diabetem 2. typu může zvýšit kardiovaskulární riziko až čtyřnásobně;
101. vyzývá Komisi, aby zajistila, že připravované doporučení Rady k personalizované léčbě a sledování kardiovaskulárních onemocnění poskytne členským státům jasné pokyny k vypracování integrovaných programů prevence a managementu nemocí, které budou zahrnovat péči o diabetes a obezitu – včetně regulace hmotnosti – v rámci protokolů kardiovaskulární prevence;
102. zdůrazňuje, že chronická zánětlivá kožní onemocnění, včetně psoriázy, atopického ekzému a akné, jsou spojena se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění v důsledku sdílených systémových zánětlivých mechanismů; zdůrazňuje, že je důležité do dermatologické péče začlenit posouzení kardiovaskulárních rizik;
103. zdůrazňuje, že kardiomyopatie jako nesourodá skupina často dědičných onemocnění srdečního svalu mohou postihnout osoby všech věkových kategorií a jsou významnou příčinou srdečního selhání, arytmií, cévní mozkové příhody a náhlé srdeční smrti; zdůrazňuje, že kardiomyopatie jsou stále nedostatečně diagnostikovány a často jsou identifikovány až po závažných nebo život ohrožujících příhodách;
104. zdůrazňuje, že vzácná kardiovaskulární onemocnění postihující děti představují jednu z hlavních příčin nemoci; zdůrazňuje, že pozdní diagnóza a roztržitá péče v dětství mohou vést ke komplikacím, kterým bylo možno předejít, ke zdravotnímu postižení a předčasné úmrtnosti v průběhu celého života; vyzývá Komisi a členské státy, aby posílily včasné odhalování, specializované postupy pediatrického doporučování k léčbě a plynulý přechod od pediatrické péče k péči o dospělé, a to i prostřednictvím evropských referenčních sítí;
105. poukazuje na rostoucí zátěž spojenou se srdečním selháním a dalšími chronickými srdečními onemocněními, která souvisí se stárnutím obyvatelstva; zdůrazňuje, že včasná diagnóza, kontinuita péče a přístup k multidisciplinárním zdravotnickým týmům mají zásadní

význam pro zlepšení kvality života, snížení počtu hospitalizací, kterým šlo předejít, a posílení dlouhodobého zvládání nemocí;

106. zdůrazňuje, že lidé s kardiovaskulárním onemocněním, kteří trpí dalšími chronickými nemocemi, často dostávají roztržitou a špatně koordinovanou péči, včetně nabídky imunizace, což vede k opožděné diagnostice, nekonzistentní léčbě a komplikacím, jimž bylo možné předejít;
107. zdůrazňuje, že v zájmu účinného boje proti kardiovaskulárním onemocněním a souvisejícím komorbiditám se systémy zdravotní péče musí odklonit od izolovaných přístupů k integrované prevenci a péči s cílem zlepšit výsledky, optimalizovat využívání zdrojů a posílit klinický management prostřednictvím financování ze strany EU, spolupráce mezi zeměmi, odborné přípravy a výměny osvědčených postupů;
108. zdůrazňuje, že je třeba posílit kompetence zdravotnických pracovníků, které jim umožní lépe léčit srdečně-cévní choroby u pacientů s dalšími chronickými onemocněními; vyzývá členské státy, aby poskytovatelům primární péče zajistily odbornou přípravu v oblasti komplexního posuzování rizik, managementu medikace a společného rozhodování;
109. vyzývá k rozvoji integrované péče o osoby žijící s kardiovaskulárními onemocněními a souběžnými chronickými onemocněními, která bude zaměřená na člověka a která zajistí koordinaci mezi primární péčí, specializovanou péčí a komunitními službami a podpoří kontinuitu péče v průběhu času na úrovni členských států a EU;

VI. Zmírňování nerovností

110. zdůrazňuje, že zátěž spojená s kardiovaskulárními onemocněními a jinými hlavními nepřenosnými nemocemi se v rámci členských států i mezi nimi liší, což vede k přetrvávajícím nerovnostem v nemocnosti, úmrtnosti a kvalitě života; zdůrazňuje, že tyto rozdíly úzce souvisejí se socioekonomickým postavením, zeměpisnou polohou, pohlavím, věkem, přístupem ke zdravotní péči, cenově dostupnými zdravými potravinami, bezpečnými a přístupnými prostorami pro fyzickou aktivitu a dostupností vzdělávání v oblasti podpory zdraví a prevence;
111. vyzývá Komisi a členské státy, aby v rámci svých příslušných pravomocí učinily ze snižování nerovností v oblasti kardiovaskulárního zdraví měřitelný cíl zdravotní politiky EU, a proto vítá stěžejní iniciativu Komise zaměřenou na vypracování srovnávacího přehledu nerovností v oblasti kardiovaskulárního zdraví v EU po vzoru Evropského registru nerovností v oblasti rakoviny; zdůrazňuje, že tento přehled musí být založen na aktuálních, srovnatelných a rozčleněných údajích poskytnutých členskými státy a měl by jít nad rámec hlavních výsledků v oblasti zdraví tím, že bude

systematicky sledovat provádění opatření zaměřených na zlepšení sociálních a environmentálních faktorů ovlivňujících zdraví, aby byla zajištěna odpovědnost, tvorba politik založená na důkazech a transparentní sledování pokroku při snižování nerovností v oblasti kardiovaskulárního zdraví v celé Unii; zdůrazňuje, že shromážděné údaje by se měly odrazit také ve zprávách o stavu zdraví v EU a ve zdravotních profilech jednotlivých zemí a měly by být zohledněny při formulování doporučení v rámci evropského semestru pro členské státy; zdůrazňuje, že transparentní podávání zpráv ve standardním formátu usnadní srovnávání mezi členskými státy a pomůže snížit zátěž spojenou s kardiovaskulárními onemocněními v souladu s cíli EU;

NEDOSTATEČNÁ DIAGNOSTIKA ŽEN A ROZDÍLY MEZI ŽENAMI A MUŽI

112. zdůrazňuje, že v případě žen jsou kardiovaskulární onemocnění často poddiagnostikována, diagnostikována příliš pozdě nebo chybně v důsledku specifických rizikových faktorů závislých na pohlaví, přetrvávající genderové předpojatosti, atypických příznaků a zastaralých diagnostických kritérií, přičemž ženám s diabetem 1. typu hrozí až desetinásobně vyšší riziko předčasného kardiovaskulárního onemocnění v mladším věku; vyzývá k systematickému vzdělávání zdravotnických pracovníků zaměřenému na zlepšení pochopení a rozpoznávání genderově specifických kardiovaskulárních příznaků a zkracování diagnostických prodlev, které zvyšují nemocnost a úmrtnost; zdůrazňuje, že je důležité zlepšit záchyt a léčbu vrozených srdečních onemocnění u žen a posílit kardiovaskulární screening a monitorování během těhotenství a perinatálního období s cílem identifikovat rizika v rané fázi;
113. zdůrazňuje, že ženy s diabetem a dalšími metabolickými onemocněními jsou v průměru diagnostikovány až o 4,5 roku později než muži; zdůrazňuje, že toto zpoždění v diagnostice zvyšuje riziko kardiovaskulární úmrtnosti žen přibližně o 30 %⁴⁷; zdůrazňuje, že opožděná diagnóza vede k opožděnému přístupu k včasné a odpovídající péči, což dále zvyšuje riziko kardiovaskulárních komplikací a prohlubuje stávající nerovnosti mezi ženami v oblasti kardiovaskulárního zdraví;
114. vyzývá Komisi a členské státy, aby do politik v oblasti kardiovaskulárního zdraví začlenily přístup zohledňující genderové aspekty v oblasti prevence, včasného záchytu, diagnostiky, léčby

⁴⁷ Ballotari, P., Ranieri, S.C., Luberto, F., Caroli, S., Greci, M. et al., „Sex differences in cardiovascular mortality in diabetics and nondiabetic subjects: a population-based study (Italy)“ (Rozdíly mezi pohlavími v kardiovaskulární úmrtnosti u diabetických a nediabetických pacientů: populační studie (Itálie)), *International Journal of Endocrinology*, 2015, <https://doi.org/10.1155/2015/914057>.

a rehabilitace, a to i prostřednictvím cílených osvětových kampaní zaměřených na rozdíly mezi pohlavími u kardiovaskulárních onemocnění, na atypické příznaky, s nimiž se ženy potýkají v oblasti kardiovaskulárního zdraví, a na přístup k posouzení kardiovaskulárních rizik u žen v průběhu celého jejich života; dále vyzývá Komisi a členské státy, aby institucionalizovaly diagnostické protokoly specifické pro jednotlivá pohlaví; vyzývá k zavedení klinického školení pro zdravotnické pracovníky o rozdílech v patofyziologii a reakci na léčbu mezi pohlavími;

115. vyzývá Komisi a členské státy, aby do hodnocení a řízení kardiovaskulárních rizik v rámci standardní péče o dotčené ženy začlenily zdravotní stavy specifické pro ženy; vyzývá k monitorování kardiovaskulárních rizikových faktorů, které se vyskytují výhradně u žen, jako je předčasná menopauza (ať už přirozená, nebo navozená), užívání perorální antikoncepce, dlouhodobá expozice endogenním estrogenům, syndrom polycystických ovárií, endometrióza, těhotenská cukrovka a hypertenzní poruchy v těhotenství, přičemž všem těmto faktorům by měla být věnována specifická pozornost; zdůrazňuje, že předčasné porody jsou rovněž rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, neboť odrážejí placentární insuficienci a naznačují endotelovou dysfunkci; zdůrazňuje zvýšené kardiovaskulární riziko u transgender žen, které podstoupily hormonální léčbu; vyzývá k systematickému začleňování reprodukční anamnézy a faktorů vyskytujících se v průběhu celého života, včetně věku při první menstruaci, neplodnosti, nepříznivých výsledků těhotenství, údajů o kojení a přechodu do menopauzy do hodnocení a řízení kardiovaskulárních rizik v rámci standardní péče o ženy;
116. vyzývá Komisi, aby zveřejnila klinické pokyny zohledňující specifika obou pohlaví a zavedla přísnější požadavky na zařazování žen do veřejně financovaného kardiovaskulárního výzkumu; vyzývá Komisi, aby ve všech výzkumech, programech a digitálních zdravotnických iniciativách v oblasti kardiovaskulárního zdraví financovaných z prostředků EU zavedla povinný sběr, analýzu a vykazování dat členěných podle pohlaví, a to s cílem systematicky identifikovat diagnostické nedostatky a odstranit genderovou předpojatost v kardiovaskulární péči;
117. zdůrazňuje, že reprodukční zdraví a zdraví matek je neoddělitelně spjato s kardiovaskulárním zdravím, a vyzývá ke zvrácení chronického nedostatku investic do výzkumu zdravotních stavů specifických pro ženy, včetně problémů v oblasti reprodukčního, gynekologického a mateřského zdraví;
118. zdůrazňuje, že je naléhavě nutné řešit nedostatečné zastoupení žen v kardiovaskulárním výzkumu a klinických studiích, a to začleněním jasných strategií pro zlepšení genderové vyváženosti při navrhování studií, náboru účastníků a analýze výsledků, včetně podávání zpráv

rozčleněných podle pohlaví a odpovídajícího zastoupení žen ve všech věkových skupinách a životních fázích; dále požaduje, aby všechna povolení pro zdravotnické prostředky v oblasti intervenční kardiologie a elektrofyzologie byla založena na údajích rozčleněných podle pohlaví; vyzývá k odpovídajícímu financování genderově specifického kardiovaskulárního výzkumu, včetně výzkumu rizikových faktorů specifických pro ženy, které souvisejí s těhotenstvím, menopauzou a hormonálními vlivy; zdůrazňuje, že je třeba rozšířit výzkum a preventivní strategie zaměřené na kardiovaskulární symptomatologii, progresi onemocnění a reakce na léčbu u žen, a to včetně vrozených srdečních vad a srdečních onemocnění souvisejících s těhotenstvím, s cílem zajistit péči založenou na důkazech, která zohledňuje specifika obou pohlaví, a poskytnout podklady pro vývoj nových zdravotnických technologií;

119. vyzývá členské státy, aby zajistily začlenění rutinního screeningu infekčních onemocnění způsobujících srdeční poruchy u všech žen v reprodukčním věku, včetně těhotných žen, do služeb péče o sexuální a reprodukční zdraví; zdůrazňuje, že tato opatření přispívají k prevenci vzniku závažného srdečního onemocnění a k přerušení vertikálního přenosu infekcí;

SOCIÁLNÍ A REGIONÁLNÍ NEROVNOSTI

120. zdůrazňuje, že opatření ke snižování výskytu kardiovaskulárních onemocnění a jiných souvisejících nepřenosných nemocí se musí výslovně zaměřit na sociální a regionální nerovnosti, jako jsou rozdíly mezi městskými a venkovskými oblastmi, včetně tzv. lékařských pouští, a rozdíly mezi zranitelnými a marginalizovanými skupinami, jako jsou lidé žijící v chudobě, lidé, kteří žili v oblastech s endemickým výskytem infekčních onemocnění vedoucích ke kardiovaskulárním patologiím, a lidé v nejistém zaměstnání; vyzývá k cíleným komunitním intervencím vedeným primární péčí k zajištění spravedlivého přístupu k prevenci, včasnému zachytu a péči, a to i prostřednictvím opatření, která zlepší přístup k cenově dostupným zdravým potravinám, bezpečnému a přístupnému prostředí pro fyzickou aktivitu a cílenému vzdělávání v oblasti zdraví a prevence; zdůrazňuje, že omezený rozsah zdravotního pojištění může zranitelným skupinám bránit v přístupu ke kardiovaskulární prevenci a léčbě;
121. zdůrazňuje, že solidarita mezi členskými státy má zásadní význam pro boj proti kardiovaskulárním onemocněním, zejména v souvislosti s přeshraniční zdravotní péčí a mobilitou zdravotnických pracovníků; vyzývá Komisi a členské státy, aby posílily účinné provádění rámce EU pro přeshraniční zdravotní péči s cílem umožnit pacientům přístup k léčbě a chirurgickým zákrokům v jiných členských státech, pokud tuto péči nelze poskytnout včas v členském státě, v němž žijí;
122. vyzývá ke spolupráci s kandidátskými a potenciálními kandidátskými

zeměmi s cílem podpořit rozvoj interoperabilních systémů sledování kardiovaskulárních onemocnění a srdeční zástavy, registrů a norem odborné přípravy v souladu s pravidly EU pro ochranu údajů a uznávanými evropskými a mezinárodními vědeckými rámci s cílem zlepšit připravenost, srovnatelnost a dlouhodobé začlenění do iniciativ EU v oblasti zdraví;

123. vyzývá k tomu, aby byly finanční prostředky EU strategicky využívány ke snižování nerovností v oblasti kardiovaskulárního zdraví, mimo jiné prostřednictvím investic do preventivních programů, jako je očkování a infrastruktura pro screening ve zdravotnictví, a do kapacit zdravotnických pracovníků ve znevýhodněných oblastech, a k posílení kapacit primární péče a rehabilitace, zejména v komunitách, jako jsou venkovské nebo znevýhodněné regiony; zdůrazňuje, že snížení nerovností v oblasti kardiovaskulárního zdraví závisí také na administrativních kapacitách členských států pro navrhování a realizaci investic; vyzývá k posílení technické pomoci, výměně osvědčených postupů a lepšímu přístupu k financování EU pro oblasti s přetrvávajícími nedostatky v oblasti zdraví a infrastruktury;
124. vyzývá Komisi, aby zřídila misi EU pro prevenci kardiovaskulárních onemocnění a nerovností, která by měla sdružovat specializovanou pracovní skupinu veřejných orgánů, vědeckých odborníků, občanské společnosti a příslušných průmyslových subjektů na úrovni EU, která by byla koordinována s příslušnými orgány EU, s cílem podporovat členské státy prostřednictvím údajů, podporovat strukturovaný dialog, sdílet důkazy a poskytovat doporučení založená na důkazech s cílem podpořit rozvoj a provádění účinných a odpovědných opatření ke zlepšení kardiovaskulárního zdraví a odstranění rozdílů v nerovnostech;

VII. Digitální zdravotnictví, data a umělá inteligence

125. podporuje odpovědné využívání digitálních nástrojů, telemedicíny, nositelné elektroniky a řešení založených na datech v oblasti kardiovaskulární prevence, včasného zachytu, diagnostiky, péče a rehabilitace tam, kde doplňují osobní péči; zdůrazňuje, že digitalizace by měla zlepšit kontinuitu péče a klinické rozhodování a posílit postavení pacientů, a to při plném respektování práv pacientů, včetně informovaného souhlasu, soukromí, ochrany údajů a rovného přístupu k péči, a nesmí zvýšit roztržtost služeb ani zbavit systémy zdravotní péče odpovědnosti; uznává potenciál digitálních nástrojů a umělé inteligence při zlepšování přístupu k péči ve venkovských nebo odlehlých oblastech; zdůrazňuje úlohu přístupných, cenově dostupných a uživatelsky přívětivých zdravotnických prostředků a dálkových monitorovacích zařízení v sekundární prevenci; zdůrazňuje, že je třeba zvýšit digitální a zdravotní gramotnost obyvatelstva a zabránit digitálnímu vyloučení a zajistit, aby žádný pacient nebyl znevýhodněn svým věkem,

socioekonomickým postavením nebo digitálními dovednostmi; vyzdvihuje potenciál integrovaných řešení v oblasti digitálního zdravotnictví, včetně nástrojů a aplikací zaměřených na pacienta, které doplňují prevenci, monitorování a dlouhodobý management kardiovaskulárních onemocnění, a to při současném zachování autonomie a možnosti volby pacienta; konstatuje, že zkušenosti získané z projektů digitální onkologické léčby a péče o vyléčené pacienty, které jsou podporovány z prostředků EU, mohou pomoci prokázat součinnost a škálovatelnost a posílit postavení pacientů s různými onemocněními;

126. vyzývá členské státy, aby přemýšlely, jak mohou digitální nástroje a umělá inteligence vhodně a bezpečně zvýšit kvalitu vnitrostátních systémů zdravotní péče; žádá, aby ve vhodných případech využily finanční podporu EU pro využívání těchto nástrojů; zdůrazňuje, že hlavní výzva digitálních inovací a inovací založených na umělé inteligenci v oblasti kardiovaskulární péče nespočívá v nedostatku technologií, ale v přetrvávající propasti mezi pilotními projekty a jejich realizací v reálném světě a rovněž v zajištění jejich etického využívání; vyzývá Komisi a členské státy, aby upřednostnily uvážlivé začleňování osvědčených a ověřených digitálních řešení založených na důkazech do běžných léčebných postupů, školení pracovníků a pracovních procesů ve zdravotnictví; vyzývá zejména Komisi a členské státy, aby podporovaly zavádění a využívání přenosných a vzdálených monitorovacích zařízení a nástrojů využívajících umělou inteligenci v oblasti prevence, včasného zachytu a managementu kardiovaskulárních onemocnění tam, kde prokazují jasný klinický přínos a respektují bezpečnost a práva pacientů; zdůrazňuje, že digitální a inovativní technologie, včetně umělé inteligence, mohou zlepšit personalizovanou péči, zlepšit včasnou diagnózu, snížit nerovnosti v oblasti zdraví a posílit kardiovaskulární zdravotní péči zaměřenou na pacienta;
127. uznává potenciální přínos moderní precizní medicíny v boji proti kardiovaskulárním onemocněním pomocí individuálně přizpůsobené prevence, diagnostiky a léčby podle jedinečných genetických okolností každé osoby;
128. vyzývá Komisi a členské státy, aby posílily digitální kompetence zdravotnických pracovníků, a to začleněním specializované odborné přípravy v oblasti digitální kardiologie, včetně diagnostiky využívající umělou inteligenci, učení založeného na simulaci a programů digitální gramotnosti, do počátečního lékařského vzdělávání i do dalšího profesního rozvoje; zdůrazňuje, že vybavení pracovníků v oblasti kardiovaskulárního zdraví těmito dovednostmi má zásadní význam pro zajištění bezpečného, účinného a etického zavádění vznikajících digitálních nástrojů a nástrojů založených na umělé inteligenci do klinické praxe;
129. zdůrazňuje, že pokud jsou digitální nástroje vhodně spravovány,

mohou rovněž podpořit systémy zdravotní péče tím, že umožní průběžně získávat důkazy, zlepšovat kvalitu a adaptivní způsoby péče pro celou populaci;

130. žádá silnou veřejnou správu a záruky, jakož i pokyny a normy pro digitální zdravotnictví a umělou inteligenci, včetně oblastí, jako jsou soukromí, etické standardy, lidský dohled, transparentnost, odpovědnost, požadavky na klinické důkazy založené na reprezentativních údajích z reálné praxe, klinická validace, sledování po uvedení na trh a opatření k zamezení předpojatosti a neoprávněného využívání údajů;
131. vyzývá k zajištění přístupných, bezpečných a interoperabilních digitálních zdravotních záznamů na podporu kontinuity péče, strategií prevence, zdravotní připravenosti a dohledu; vyzývá k začlenění těchto digitálních zdravotních záznamů do Evropského prostoru pro zdravotní data, který by měl být využíván k monitorování, zlepšování kvality, výzkumu a inovacím, s cílem zajistit společné normy a spravedlivou účast ve všech členských státech a umožnit přeshraniční přístup, zlepšit zavádění preventivních opatření a podpořit tvorbu politik založenou na důkazech, a to při přísném dodržování ochrany osobních údajů, smysluplného informovaného souhlasu pacientů a transparentnosti ohledně využívání údajů, společně s účinnými zárukami proti zneužití; zdůrazňuje, že je důležité zahrnout do těchto digitálních zdravotních záznamů údaje o kvalitě péče a výsledcích relevantních pro pacienty a údaje rozčleněné podle věku a pohlaví, se zvláštními požadavky na zdravotní údaje související s těhotenstvím, aby bylo možné zachytit rozdíly ve zkušenostech, potřebách a výsledcích mezi skupinami obyvatel;
132. vyzývá k lepšímu shromažďování a srovnatelnosti údajů o kardiovaskulárních a srdečních onemocněních na úrovni EU, včetně údajů rozčleněných podle pohlaví, věku, socioekonomického postavení, vzdělání, zeměpisné lokality a dalších relevantních charakteristik; zdůrazňuje, že vysoce kvalitní, úplné a reprezentativní údaje mají zásadní význam pro účinné politiky prevence, spravedlivý včasný záchyt a vývoj spolehlivých a nezájatých digitálních systémů a systémů umělé inteligence;
133. vyzývá k začlenění dozoru nad kardiovaskulárními onemocněními a registrů těchto onemocnění do vnitrostátních zdravotnických informačních systémů, čímž se zajistí interoperabilita, následná opatření a propojení s příslušnými údaji o rizikových faktorech, způsobech péče a výsledcích; zdůrazňuje, že registry by měly podporovat nejen klinickou péči a výzkum, ale také monitorování nerovností v přístupu k péči a sledování kvality péče a zdravotních výsledků;
134. vyzývá Komisi, aby podporovala členské státy, mimo jiné

prostřednictvím Evropského prostoru pro zdravotní data, programu EU4Health, programu Digitální Evropa a nástrojů technické pomoci, při budování digitálních, správních a pracovních kapacit nezbytných pro bezpečné, účinné a spravedlivé zavádění digitálních řešení a řešení založených na umělé inteligenci v oblasti kardiovaskulárního zdraví a aby zároveň aktivně řešila digitální vyloučení a specifické potřeby obyvatelstva;

135. uznává, že několik členských států již má dobře fungující a rozvinuté registry; vyzývá ke zřízení znalostního centra EU pro kardiovaskulární zdraví s cílem urychlit integraci stávajících kardiovaskulárních registrů, sdílet osvědčené postupy a podpořit harmonizaci a dostupnost údajů;

VIII. Výzkum a inovace

136. konstatuje, že navzdory investicím EU v rámci programu Horizont Evropa a dalších programů přetrvávají v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a dalších souvisejících stavů rozdíly ve výzkumu a inovacích a strukturální překážky, které vyžadují koordinovaná řešení na úrovni EU; zdůrazňuje, že navzdory rozšíření kardiovaskulárních onemocnění představuje financování jejich výzkumu z prostředků EU méně než 5 % celkového výzkumu v oblasti zdraví v rámci programu Horizont Evropa; vyzývá k opatřením, která posílí nezávislý kardiovaskulární výzkum napříč celým kontinuem, od prevence a včasného zachytu po optimalizaci léčby a rehabilitaci; vyzývá k výzkumu v oblasti přístupu k dlouhodobé péči, zapojení do komunitního života a podpory kvality života osob, které žijí s dlouhodobými následky kardiovaskulárních onemocnění; dále vyzývá k cílenému výzkumu vrozených, dědičných a vzácných kardiovaskulárních onemocnění u dětí, dospívajících a mladých dospělých; připomíná, že je třeba digitalizovat zdravotní údaje EU, aby se usnadnil výzkum v oblasti umělé inteligence;
137. zdůrazňuje, že inovace v oblasti kardiovaskulární terapie by měly být přeneseny do klinické praxe, aby podpořily cíle EU týkající se prevence a péče; vyzývá k větší podpoře inovací v oblasti zdravotnických technologií, včetně mechanismů pro urychlení jejich uvedení do praxe, jako jsou pilotní programy, implementační výzkum a investice do infrastruktury pro kardiovaskulární výzkum;
138. vyzývá k tomu, aby financování výzkumu a inovací ze strany EU lépe podporovalo interdisciplinární a meziodvětvové přístupy, mimo jiné prostřednictvím partnerství veřejného a soukromého sektoru; zdůrazňuje, že tento výzkum a jeho financování by měly podporovat výzkum souvislostí mezi kardiovaskulárními onemocněními, diabetem, obezitou, steatotickým onemocněním jater spojeným s metabolickou dysfunkcí, onemocněním ledvin a dalšími komorbiditami, jakož i role výživy, expozice vlivům prostředí, sociálních determinant zdraví a rizikových faktorů specifických pro

jednotlivá pohlaví;

139. trvá na tom, že výzkum financovaný z veřejných prostředků musí přinášet jasný prospěch veřejnosti, včetně otevřeného přístupu k výsledkům, cenově dostupných inovací, které z něj vzejdou, a rovného přístupu pro pacienty ve všech členských státech;
140. uznává přínos věd o živé přírodě k posílení výzkumné kapacity EU v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a jeho význam pro evropskou konkurenceschopnost; vyzývá členské státy a Komisi, aby spolupracovaly s odborníky z oboru věd o živé přírodě v EU na podpoře výzkumu a inovací a mobilizovaly veřejný a soukromý kapitál na podporu výzkumu a vývoje zaměřeného na kardiovaskulární onemocnění; zdůrazňuje, že výzkum a inovace se musí promítnout do klinického využití a podporovat přechod od výzkumu ke komercializaci pro inovativní odvětví věd o živé přírodě v EU a poskytovat pacientům účinnější léčbu;
141. vyzývá Komisi a členské státy, aby podporovaly výzkum, inovace, výrobu a uvádění na trh výživných potravin s cílem zlepšit kvalitu stravy a snížit zátěž spojenou s kardiovaskulárními onemocněními;
142. vyzývá Komisi a členské státy, aby z přístupu „jedno zdraví“ (výzkum, zdravotní údaje, prevence) učinily ústřední prvek politiky v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, mimo jiné posílením meziodvětvové spolupráce a monitorování různých aspektů zdraví lidí a zvířat a stavu životního prostředí s cílem lépe zamezovat a snižovat rizika kardiovaskulárních onemocnění spojená s kumulativní expozicí; vyzývá k ambicióznímu programu výzkumu a inovací zaměřených na lidský expozom, a to i prostřednictvím programu Horizont Evropa, s cílem zlepšit důkazy o kumulativní expozici a její souvislosti s kardiovaskulárními onemocněními, a zdůrazňuje, že jeho výsledky by se měly odrazit v tvorbě politik zaměřených na prevenci, které by byly v souladu s cíli nulového znečištění, prováděním a prosazováním environmentálních a zdravotních norem a případně se zásadou předběžné opatrnosti;
143. vítá, že Komise předložila návrh evropského aktu o biotechnologiích⁴⁸; konstatuje, že větší regulační flexibilita, jednodušší byrokracie a silná ochrana práv duševního vlastnictví mají zásadní význam pro podnícení dalšího výzkumu a inovací v EU, a to i v oblasti kardiovaskulárních onemocnění;
144. vyzývá k posílení spolupráce mezi členskými státy v oblasti

⁴⁸ Návrh nařízení Evropského parlamentu a Rady, kterým se zřizuje rámec opatření pro posílení odvětví biotechnologií a biovýroby v Unii, zejména v oblasti zdraví, a mění nařízení (ES) č. 178/2002, (ES) č. 1394/2007, (EU) č. 536/2014, (EU) 2019/6, (EU) 2024/795 a (EU) 2024/1938 (evropský akt o biotechnologiích), COM(2025)1022 ze dne 16. prosince 2025.

klinického hodnocení nových zdravotnických technologií prostřednictvím nařízení EU o hodnocení zdravotnických technologií⁴⁹, zejména v souvislosti s vysoce rizikovými zdravotnickými prostředky a implantabilními prostředky určenými k léčbě kardiovaskulárních onemocnění;

145. zdůrazňuje, že zvýšené investice do nákladově efektivního výzkumu v oblasti veřejného zdraví a prevence mají významný potenciál snížit výskyt kardiovaskulárních onemocnění, oddálit nástup onemocnění a předcházet komplikacím; zdůrazňuje, že výzkum zaměřený na prevenci je ve srovnání s terapeutickými inovacemi i nadále strukturálně podhodnocen, a to navzdory jeho vysokému společenskému, hospodářskému a zdravotnímu přínosu;
146. vyzývá Komisi, aby ve spolupráci s členskými státy a příslušnými zúčastněnými stranami vypracovala soudržný plán EU pro kardiovaskulární výzkum a inovace, který sladí nástroje financování, sníží roztržitost, zaměří se na nenaplněné potřeby v celém kontinuu onemocnění a urychlí převedení výzkumu do prevence, diagnostiky, péče a rehabilitace a zároveň doplní stávající iniciativy, jako je iniciativa pro inovativní zdravotnictví a partnerství programu Horizont Evropa;

IX. Řízení, provádění a financování

147. vyzývá všechny členské státy, aby vypracovaly nebo aktualizovaly vnitrostátní plány kardiovaskulárního zdraví, které by měly zahrnovat prevenci, včasný záchyt, léčbu, rehabilitaci a dlouhodobou péči, včetně všech hlavních rizikových faktorů, a které by měly být v souladu s plánem „Bezpečná srdce“ (Safe Hearts Plan), cíli EU a mezinárodními závazky, včetně politických prohlášení přijatých na čtvrtém zasedání Valného shromáždění na vysoké úrovni o prevenci a kontrole nepřenosných nemocí a o podpoře duševního zdraví a pohody a se Strategií EU v oblasti celosvětového zdraví; zdůrazňuje, že tyto plány by měly podporovat strukturovanou koordinaci mezi orgány veřejné moci, poskytovateli zdravotní péče, organizacemi pacientů a odpovědnými partnery ze soukromého sektoru s jasnými mechanismy správy, transparentnosti a odpovědnosti;
148. vyzývá Komisi, aby vypracovala pokyny, včetně určení a výměny osvědčených postupů, s cílem podpořit členské státy při navrhování a provádění účinných, fakticky podložených opatření zaměřených na podporu účasti ve službách preventivní zdravotní péče a screeningových programech;

⁴⁹ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2021/2282 ze dne 15. prosince 2021 o hodnocení zdravotnických technologií a o změně směrnice 2011/24/EU (Úř. věst. L 458, 22.12.2021, s. 1, ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/2282/oj>).

149. vyzývá Komisi, aby podporovala členské státy při vypracovávání a provádění vnitrostátních plánů v oblasti kardiovaskulárního zdraví prostřednictvím pokynů na úrovni EU, odpovídajícího financování, výměny osvědčených postupů a technické pomoci a aby usnadnila koordinaci mezi vnitrostátními strategiemi s cílem pomoci snížit rozdíly v kardiovaskulárních výsledcích v celé EU;
150. vyzývá Komisi, aby vypracovala plán provádění iniciativy „Bezpečná srdce“ (Safe Hearts Plan), který bude založen na jasném a silném politickém závazku a bude podporovat inovace a stěžejní iniciativy ve všech členských státech i na úrovni EU;
151. zdůrazňuje, že účinná prevence kardiovaskulárních onemocnění, připravenost, péče a výzkum vyžadují adekvátní, účelové, stabilní a dlouhodobé veřejné financování EU; zdůrazňuje, že kardiovaskulární zdraví je veřejným statkem a že odpovídající financování by mělo umožnit posílení prevence, připravenosti a rovnosti v celé EU, včetně podpory snižování překážek v přístupu k diagnostice, cenově dostupným léčivým přípravkům, lékařským zákrokům a léčbě; vyzývá k tomu, aby financování EU, sběr dat a výzkum zahrnovaly genderovou dimenzi, včetně cílené podpory inovací zaměřených na specifická kardiovaskulární rizika žen a jejich léčebné postupy;
152. vyzývá Komisi, aby stanovila jasné a komplexní cíle, ukazatele a milníky pro snižování a kontrolu kardiovaskulárního rizika, včetně účinného řízení hlavních rizikových faktorů a komorbidit; požaduje transparentní monitorování a pravidelné veřejné podávání zpráv, včetně cílů v oblasti rovného přístupu a cílených opatření pro vysoce rizikové a opomíjené skupiny, a vyzývá ke stanovení jasných cílů pro snížení úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění;
153. zdůrazňuje, že vnitrostátní plány v oblasti kardiovaskulárního zdraví by měly výslovně řešit nerovnosti v oblasti zdraví začleněním cílů rovnosti a cílených opatření pro vysoce rizikové skupiny obyvatel;
154. vyzývá Komisi, aby do průzkumů a statistik Eurobarometru zahrnula údaje o kardiovaskulárním zdraví, jeho determinantech a o postojích veřejnosti;
155. vyzývá k hodnocení a odpovědnosti; v tomto ohledu se zavazuje k vypracování prováděcí studie, která posoudí pokrok, soudržnost a účinnost plánu „Bezpečná srdce“ (Safe Hearts Plan) ve všech členských státech, se zvláštním důrazem na prevenci, rovný přístup, včasný záchyt a opatření týkající se sociálních a environmentálních faktorů ovlivňujících zdraví; současně vyzývá Komisi, aby nejpozději čtyři roky po přijetí plánu EU pro kardiovaskulární zdraví předložila hodnotící zprávu o jeho provádění, v níž posoudí pokrok při plnění stanovených cílů, určí nedostatky a překážky provádění a v případě potřeby navrhne řešení s cílem zajistit odpovědnost, transparentnost

a průběžné zlepšování; vyzývá Komisi, aby situaci nepřetržitě sledovala a aby po první zprávě pravidelně předkládala další hodnocení;

X. Mezinárodní rozměr

156. zdůrazňuje, že úloha EU při přijímání globálních opatření zaměřených na kardiovaskulární a nepřenositelná onemocnění by měla být v souladu se strategií EU v oblasti celosvětového zdraví a politickým prohlášením čtvrtého zasedání Valného shromáždění na vysoké úrovni o prevenci a kontrole nepřenositelných nemocí a o podpoře duševního zdraví a pohody; zdůrazňuje, že by to mělo podpořit posílení systémů prevence, připravenosti a péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění s cílem zvýšit odolnost;
157. zdůrazňuje, že úloha EU při přijímání globálních opatření by měla zahrnovat rovněž posílenou spolupráci s kandidátskými a potenciálními kandidátskými zeměmi, s cílem podpořit posílení systémů prevence, připravenosti a péče v oblasti kardiovaskulárních onemocnění v zájmu zvýšení odolnosti a usnadnění a postupného sbližování s cíli a normami EU; zdůrazňuje, že tato spolupráce by mohla zahrnovat účast na programech EU v oblasti zdraví, přeshraničních projektech a technické pomoci zaměřené na posílení systémů zdravotní péče a snížení úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění;
158. zdůrazňuje, že kardiovaskulární onemocnění patří celosvětově k nepřenositelným nemocem, které jsou hlavní příčinou předčasných úmrtí a že snížení úmrtnosti spojené s kardiovaskulárními onemocněními má zásadní význam pro dosažení cíle udržitelného rozvoje 3.4 do roku 2030; podtrhuje závazek EU, v souladu s cíli její vnější činnosti, aktivně přispívat k celosvětovému úsilí o snížení zátěže spojené s kardiovaskulárními onemocněními prostřednictvím prevence, včasného zachytu a posilování systémů zdravotní péče; vyzývá proto ke sladění vnitřní a vnější politiky, včetně zohlednění obyvatelstva v zemích s nízkými a středními příjmy ve výzkumných činnostech zaměřených na boj proti kardiovaskulárním onemocněním a souvisejícím rizikovým faktorům, jako jsou nepříznivé výsledky těhotenství z důvodu vysoké morbidity matek;
159. vyzývá ke sladění opatření EU v oblasti kardiovaskulárního zdraví s mezinárodními rámci a závazky, včetně strategií a akčních plánů vypracovaných Světovou zdravotnickou organizací, s cílem podpořit soudržnost politik, srovnatelnost údajů, vzájemné učení a výměnu osvědčených postupů mezi EU, sousedními zeměmi a globálními partnery; dále vybízí Komisi a členské státy, aby posílily spolupráci s příslušnými mezinárodními organizacemi a partnery s cílem podpořit prevenci kardiovaskulárních onemocnění, dozor nad nimi, spolupráci ve výzkumu a odolnost systémů zdravotní péče na celém světě;

o

o o

160. pověřuje svou předsedkyni, aby předala toto usnesení Radě, Komisi a vládám a parlamentům členských států.