proLékaře.cz | 22.11.2026

Súčasná situácia v manažmente obéznych pacientov na Slovensku: koncept národného komplexného manažmentu obezity v Slovenskej republike

The current situation in the management of obese patients in Slovakia: the concept of national comprehensive obesity management in the Slovak Republic

Ľubomíra Fábryová

Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy
Špecializovaná lipidologická ambulancia MED PED centrum, Bratislava

✉ **MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD.** | lfabryova@metabolklinik.sk| www.metabolklinik.sk

Kľúčové slová
centrá pre manažment obezity
edukácia
nadhmotnosť
obezita
viacúrovňový manažment obezity

Key words
centers for obesity management
education
multi-level obesity management
obesity
overweight

Abstrakt
Obezita je v súčasnosti globálnou epidémiou (pandémiou) a najčastejšie sa vyskytujúcim metabolickým ochorením celosvetovo postihujúcim nielen dospelé osoby, ale aj deti a adolescentov. Nárast nadhmotnosti/obezity – ako chronického relapsujúceho ochorenia spájajúceho sa s mnohopočetnými komplikáciami (metabolické, štrukturálne, zápalové, neoplastické, degeneratívne) významne prispieva k nepriaznivým číslam charakterizujúcim slovenskú populáciu (nízka priemerná dĺžka života, zaostávanie v dosahovaní „zdravej dĺžky života“). Spôsoby manažmentu obéznych osôb sa líšia v rámci jednotlivých krajín Európskej únie. Mnohé z nich majú vypracované odporúčania na manažment obezity v dospelej (niektoré aj v detskej a adolescentnej) populácii (u nás tieto odporúčania zatiaľ chýbajú). Starostlivosť o obéznych pacientov je v každodennej klinickej praxi veľmi limitovaná. Príčin je samozrejme viacej (nedostatok systematického zberu údajov o prevalencii nadhmotnosti/obezity a ich komplikácií, nefunkčné alebo málo efektívne národné preventívne programy a akčné plány, neinformovanosť odbornej a laickej verejnosti o príprave, ale aj výsledkoch národných programov a akčných plánov, nedostatočné chápanie obezity ako chronickej choroby, neexistujúca infraštruktúra starostlivosti o obéznych jedincov, žiadne alebo nedostatočné hradenie starostlivosti o obézneho pacienta z verejného zdravotného poistenia, limitovaný prístup k inovatívnym antiobezitikám, k bariatrickej/metabolickej chirurgii). Možnosťou pre zlepšenie situácie na Slovensku je zrealizovanie konceptu viacúrovňového multidisciplinárneho manažmentu obezity. Efektívny manažment obezity závisí od nás, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí potrebujú jednoznačnú podporu zo strany vládnych a zdravotníckych orgánov.

Abstract
Obesity is currently a global epidemic (pandemic) and the most common metabolic disorder affecting not only adults but also children and adolescents worldwide. Increase in overweight/ obesity – as a chronic relapsing disease associated with multiple complications (metabolic, structural, inflammatory, neoplastic, degenerative) contributes significantly to the negative numbers characterizing the Slovak population (low life expectancy, lagging in terms of healthy life years at birth). Manners of

proLékaře.cz | 22.11.2026

Doručené do redakcie/
Received 26. 3. 2018
Prijaté po recenzii/
Accepted 10. 4. 4. 2018

managing obese people vary across the European Union. Many of European countries have developed recommendations for the management of obesity in the adult (some in the child and adolescent) population (these recommendations are still lacking in our country). The care of obese patients is very limited in everyday clinical practice. Of course, it causes more (lack of systematic collection of overweight / obesity prevalence data and its complications, less effective or ineffective national prevention programs and action plans, lack of information in the professional and lay public about the preparation, but also about the results of national programs and action plans, insufficient understanding of obesity as a chronic disease, no existing infrastructure of care for obese individuals, no or insufficient coverage of the care for obese patients from public health insurance, limited access to innovative anti-obesity therapies, bariatric/metabolic surgery). The possibility for improving the situation in Slovakia is to implement the concept of multi-level multidisciplinary management of obesity. Effective obesity management depends on us, health care providers who need clear support from government and health authorities.

Úvod

Obezita je v súčasnosti globálnou epidémiou (pandémiou) a najčastejšie sa vyskytujúcim metabolickým ochorením celosvetovo postihujúcim nielen dospelé osoby, ale aj deti a adolescentov. Vo väčšine Európskych krajín sa prevalencia nadhmotnosti a obezity pohybuje okolo 50 % v dospelej populácii a zodpovedá za 80 % prípadov diabetes mellitus 2. typu (DM2T), 35 % prípadov ischemickej choroba srdca (ICHS), 55% výskyt artériovej hypertenzie (AHT), nárast nádorových ochorení, depresií, čo následne vedie k zvýšenej chorobnosti a úmrtnosti. Napriek tejto nepriaznivej situácii sa starostlivosť o obéznych jedincov enormne odlišuje v jednotlivých krajinách Európy [1–3].

Demografické údaje

Na začiatok by sme si mali priblížiť niektoré demografické údaje týkajúce sa slovenskej populácie, ktoré boli publikované v roku 2016 a pochádzajú z roku 2014 [4]. V tomto roku bola priemerná dĺžka života (life expectancy – LE) slovenských žien 80,5 a mužov 73,3 roka, čo je menej ako priemerná dĺžka života v 28 krajinách Európskej únie (EÚ) – 78,1 rokov pre mužov a 83,6 rokov pre ženy. Slovensko medzinárodne zaostáva v dosahovaní „zdravej dĺžky života" (HLYs – healthy life years at birth) u oboch pohlaví. V roku 2014 sme dosiahli 3. najhoršie miesto pre mužov a najhoršie miesto pre ženy medzi 28 krajinami EÚ, ale v porovnaní s rokom 2010 dosiahla Slovenská republika zlepšenie v rámci krajín V4 (Česká republika, Poľsko, Maďarsko, Slovenská republika, tab. 1,2).

Tab. 1 | Priemerná dĺžka života pri narodení a zdravá dĺžka života – Slovenská republika, 2014

populácia na Slovensku (podľa pohlaví a veku)	celkový počet obyvateľov	5 421 329
	z toho žien (%)	51,3
	populácia < 15 rokov (%)	15,3
	populácia > 65 rokov (%)	13,9
	populácia > 80 rokov (%)	3,1
priemerná dĺžka života pri narodení – LE (roky)	ženy	80,5
	muži	73,3
zdravá dĺžka života – HLYs (roky)	ženy	54,6
	muži	55,5

LE – life expectancy, **HLYs** – healthy life years at birth

Obezita – ako chronické relapsujúce ochorenie spájajúce sa s mnohopočetnými komplikáciami (metabolické, štrukturálne, zápalové, neoplastické, degeneratívne) významne prispieva k týmto nepriaznivým výsledkom.

Pozrime sa na údaje týkajúce sa prevalencie nadhmotnosti a obezity ako v dospelej, tak aj adolescentnej a detskej populácii.

Priemerný index telesnej hmotnosti (body mass index – BMI) sa v kohorte 25- až 64-ročných Slovákov v rokoch 1993–2011 zvýšil v priemere o 5,3 % u mužov a 2,8 % u žien [1].

Podľa údajov z roku 2012 sa v pásme nadhmotnosti a obezity nachádzajú približne dve tretiny slovenskej dospelej populácie. 7 z 10 slovenských mužov vo veku 18–64 rokov a 6 z 10 slovenských žien rovnakého veku má nadhmotnosť alebo obezitu. 1 zo 4 mužov a 1 zo 4 žien má obezitu (BMI ≥ 30 kg/m^2) a III. stupeň obezity (BMI ≥ 40 kg/m^2) má viac ako 1 % slovenskej dospelej populácie [5].

Tab. 2 | Porovnanie údajov o priemernej dĺžke života pri narodení a zdravej dĺžke života v krajinách V4 oproti priemeru 28 krajín Európskej únie

indikátor		Česká republika	Maďarsko	Poľsko	Slovenská republika	EÚ-28
priemerná dĺžka života pri narodení – LE (roky)	ženy	82,0	79,4	81,7	80,5	83,6
	muži	75,2	72,2	73,7	73,3	78,1
zdravá dĺžka života – HLYs (roky)	ženy	65,0	60,8	62,7	54,6	61,8
	muži	63,4	58,9	59,8	55,5	61,4

LE – life expectancy, **HLYs** – healthy life years at birth

proLékaře.cz | 22.11.2026

V Európe má 14 miliónov školopovinných detí nadváhu a 3 milióny obezitu. Ročne pribúda 400 000 detí s nadváhou, z nich je 85 000 obéznych.

Údaje o náraste počtu obéznych adolescentov a detí sú skutočne alarmujúce. Ide o veľmi zraniteľnú populáciu, ktorá si zvýšené riziko rozvoja chronických komplikácií obezity nesie so sebou do budúcnosti. Vďaka HBSC projektu (Health Behaviour in School-aged Children Survey) Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO), ktorý prebehol v rokoch 2009/2010, je nám čiastočne známa situácia medzi slovenským adolescentami. V tomto projekte malo nadhmotnosť a obezitu 29 % chlapcov a 13 % dievčat vo veku 11 rokov, 28 % chlapcov a 10 % dievčat vo veku 13 rokov a 18 % a 8 % 15-ročných chlapcov a dievčat [6]. Údaje však boli získané iba nahlásením hmotnosti a výšky samotnými adolescentami, čiže nie priamo meraním.

Donedávna sme nemali k dispozícii medzinárodne porovnateľné údaje o prevalencii nadhmotnosti a obezity u školopovinných detí. Tieto údaje sa zbierali v rámci WHO COSI (European Childhood Obesity Surveillance Initiative) projektu, ktorý prebiehal v rokoch 2007, 2009 a 2012). Slovensko sa po prvý krát zapojilo až do 4. kola tohto významného projektu v rokoch 2015/2016. Získali sme údaje zo 126 škôl u 2 801 detí vo veku 7,0–7,99 roka. Okrem merania hmotnosti, výšky, obvodu pása a bokov máme k dispozícii údaje o fyzickej aktivite a stravovacích zvyklostiach v tejto populácii (doposiaľ nepublikované údaje, tab. 3).

Podľa prác slovenských pediatrov 32,5 % obéznych detí má prítomný metabolický syndróm (súčasný výskyt viacerých kardiovaskulárnych rizikových faktorov) [7].

Všetky dostupné alarmujúce vedomosti o prevalencii nadhmotnosti a obezity pochádzajú vo väčšine prípadov z regionálnych prieskumov, ako napríklad CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Programme) realizované v 2 regiónoch v strede Slovenska v rokoch 1993, 1998, 2003, 2008), EHIS – The European Health Interview Survey (2011, 2014), EHES – European Health Examination Survey (2012) a sú už staršieho dáta. Cítime obrovskú potrebu poznať presnejšiu prevalenciu nadhmotnosti/obezity, prevalenciu komplikácií súvisiacich s obezitou, ako aj vývojové trendy nárastu nadhmotnosti/obezity a jej komplikácií v priebehu ostatných rokov na Slovensku. Tieto údaje by veľmi pomohli v plánovaní ako preventívnych, tak aj diagnostických a terapeutických opatrení v slovenskej populácii.

Národné programy, akčné plány zamerané na prevenciu nadhmotnosti/obezity v slovenskej populácii

Slovenská republika podpísala na Konferencii ministrov zdravotníctva v Istanbule 16. januára 2006 Európsku chartu boja proti obezite ako reakciu na výzvu, ktorú pre zdravie predstavuje epidémia obezity. V januári 2008 bol prijatý na zasadnutí vlády Slovenskej republiky Národný program prevencie obezity. Ciele a úlohy vyplývajúce z Národného program prevencie obezity boli plnené najmä prostredníctvom špecifických rezortných plánov a programov, ktoré boli zverejnené Uznesením vlády číslo 19/2011 „Správa o plnení Národného programu prevencie obezity v Slovenskej republike za roky 2008–2010" a Uznesením vlády číslo 294/2014 „Správa o plnení Národného programu prevencie obezity v Slovenskej republike za roky 2010–2013". Na základe vyššie uvedených správ bol vytvorený a schválený v septembri 2015 Národný akčný plán na prevenciu obezity na roky 2015–2025, ktorý tematicky vychádza z Národného programu prevencie obezity. Odpočty jednotlivých priorít sa budú realizovať prostredníctvom hodnotiacich správ o plnení Národného akčného plánu prevencie obezity na roky 2015–2025 v dvoch obdobiach, v roku 2020 a v roku 2025 [8].

Podľa OECD (the Organisation for Economic Co-operation and Development) je cieľom implementácie Národných programov prevencie obezity celopopulačne znížiť prevalenciu obezity zo súčasných 16,9 % na 15,8 %. Cieľ je určený v kontexte Akčného plánu EÚ pre obezitu pre deti na roky 2014–2020 s cieľom zastaviť rast nadhmotnosti a obezity u detí a mladých ľudí (od 0 do 18 rokov) a dospelých prostredníctvom činností v oblasti výživy a pohybových opatrení do roku 2025. Podľa v súčasnosti dostupných údajov, je však veľmi malá pravdepodobnosť, že sa podarí tento cieľ dosiahnuť a uskutočniť v uvedenom časovom horizonte. Z európskych krajín jedine Holandsko v roku 2015 ohlásilo, že sa im podarilo zvrátiť nepriaznivý stav nárastu nadhmotnosti a obezity.

V roku 2017 vláda Slovenskej republiky schválila Akčný plán pre potraviny a výživu na roky 2017–2025. Minister zdravotníctva konštatoval, že „cieľom akčného plánu sú správne stravovacie návyky, ktorými sa bude na celopopulačnej úrovni predchádzať obezite, chronickým ochoreniam asociovaným s obezitou, vysokej chorobnosti a predčasnej úmrtnosti."

Tab. 3 | Prevalencia nadhmotnosti a obezity u slovenských detí vo veku 7,00–7,99 roka podľa rôznych kritérií (WHO COSI projekt 2015/2016) nepublikované údaje

	WHO kritériá		IOTF kritériá		národné kritériá	
	nadhmotnosť (%)	obezita (%)	nadhmotnosť (%)	obezita (%)	nadhmotnosť (%)	obezita (%)
chlapci	17,1	14,9	13,8	8,8	9,9	8,8
dievčatá	15,1	11,1	12,6	8,1	7,5	9,5

WHO – World Health Organisation, **IOTF** – International Obesity Task Force

proLékaře.cz | 22.11.2026

Celosvetový potravinový systém produkuje čoraz chutnejšie, avšak výrazne spracované, lacné a najmä účinne predávané potraviny, čo vedie k „pasívnej" nadmernej spotrebe energie. Takže nárast nadhmotnosti/obezity môžeme považovať za predvídateľný výsledok rastu spotreby takýchto potravín. Z reálneho života vieme, že nárast zdravších potravín na trhu nevedie automaticky ku zmene stravovacích zvyklostí populácie, pozornosť by sa teda mala venovať najmä propagácii zdravej stravy a zamedzeniu propagácie nezdravých potravín a nápojov. Výber a nákup potravín závisí od finančných možností a stravovacích zvyklostí v rodine (deti ovplyvňuje najmä rodinný stereotyp).

Prekážky efektívnej implementácie plánov a programov zameraných na prevenciu nadhmotnosti/obezity

V súčasnosti existuje mnoho bariér v implementácii účinných programov pre manažment obezity na Slovensku.

Obrovskou bariérou je nedostatok systematického zberu údajov o prevalencii nadhmotnosti/obezity a jej komplikácií, ktoré zaraďujeme podobne ako obezitu k chronickým epidemicky sa vyskytujúcim ochoreniam. Údaje, ktoré máme k dispozícii, pochádzajú väčšinou z regionálnych prieskumov. V budúcnosti sa musíme oprieť o validné údaje o prevalencii a musíme poznať aj vývojové trendy, aby sme dokázali nadhmotnosť/obezitu efektívne riešiť. Riešením by bola napríklad povinnosť podávať ročný výkaz pre nadhmotnosť a obezitu NCZI (Národné centrum zdravotníckych informácií), v ktorých by všeobecní lekári pre dospelých a všeobecní lekári pre deti a dorast nahlasovali pacientov rozdelených podľa veku, pohlavia a kategórie BMI.

Potrebujeme funkčné národné preventívne programy, ktoré by nemali byť iba na papieri, ale mali by zahŕňať vzdelávacie iniciatívy a aktivity všetkých zložiek spoločnosti, ktoré majú čo povedať k problematike obezity (lekárske, ale i nelekárske profesie). Preventívne a intervenčné stratégie potrebujeme nielen na úrovni jednotlivcov, ale najmä na celospoločenskej úrovni.

Veľmi dôležitou zložkou je informovanosť slovenskej populácie. Bežný človek, dokonca veľmi často aj zdravotnícki pracovníci, ani netušia o tom, že existujú nejaké vládne programy a plány na prevenciu nadhmotnosti a obezity, , akým spôsobom by sa vôbec mohli do tejto činnosti zapojiť a, čo je veľmi smutné, že mnohí ani nepovažujú nadhmotnosť a obezitu za „ zdravotný problém".

Obezita je dlhodobo verejnosťou považovaná za reverzibilný dôsledok „zlých" osobných rozhodnutí. Avšak vďaka výsledkom dlhodobého výskumu dokumentujúceho genetické, epigenetické, biologické a enviromenálne faktory zohrávajúce významnú úlohu v rozvoji obezity a jej rezistencii na liečbu narastá počet lekárskych i vedeckých organizácií s pohľadom na obezitu ako na chronickú, progresívnu a relapsujúcu chorobu. V súčasnosti je obezita chápaná ako výsledok zlyhania regulácie normálnej hmotnosti a energetických regulačných mechanizmov. Americká lekárska spoločnosť uznala obezitu za chronickú chorobu v roku 2013, čo sa stalo kľúčovým míľnikom [9]. Momentálne sa mení aj situácia medzi slovenskými lekármi, ktorí na základe svojich vedomostí vo väčšej miere ako v nedávnej minulosti rozmýšľajú o obezite ako chronickej chorobe.

V apríli 2016 poslalo 10 europoslancov na pôdu Európskeho parlamentu (EP) písomnú Deklaráciu za uznanie obezity ako chronickej choroby (0037/2016) s výzvou o jej podpísanie. Z 351 europoslancov túto deklaráciu podpísalo 144 (zo 13 slovenských europoslancov ju podpísalo 9). Na to, aby sa EP ďalej zaoberal touto deklaráciou, bol potrebný podpis nadpolovičnej väčšiny europoslancov.

Poslanci Národnej Rady SR, ktorých sme oslovili v rámci 2. Slovenského dňa obezity, vedia o fakte, že takmer 60 % Slovákov v produktívnom veku má nadhmotnosť/obezitu. Väčšina súhlasila s tým, že liečba komplikácií nadhmotnosti/obezity nás stojí mnohonásobne viac ako primárna liečba obezity. Všetci okrem jedného osloveného považovali obezitu za vážne chronické ochorenie, avšak iba tretina repospondentov si myslela, že liečba obezity by mala byť hradená z verejného zdravotného poistenia.

Obezita stále nie je na celospoločenskej úrovni vnímaná ako komplexné, chronické, relapsujúce ochorenie. Je podceňovaná nielen širokou verejnosťou, tvorcami zdravotnej politiky, ale aj samotnými zdravotníckymi pracovníkmi. Napriek vysokej prevalencii obezity je obezita uvádzaná ako diagnóza iba v nízkom percente lekárskych záznamov a správ v Nemecku, ale situácia u nás je úplne rovnaká [10].

Existujú nedostatočné vedomosti o obezite a jej rizikách ako u laickej, tak aj odbornej verejnosti. Vďaka nedostatočnému chápaniu patogenézy obezity mnohí lekári akceptujú jednoduchý pohľad na obezitu ako výsledok „prejedania sa". Samozrejme toto nepriaznivo ovplyvňuje manažment obéznych pacientov.

Veľkým problémom je chýbanie infraštruktúry komplexnej starostlivosti o obéznych jedincov. Starostlivosť o obézneho pacienta nie je hradená, alebo je iba minimálne hradená z verejného zdravotného poistenia, čo vedie k limitovanému prístupu pacientov k inovatívnym antiobezitikám a k bariatrickej/metabolickej chirurgii.

Špecialista môže obézneho jedinca vyšetriť v rámci dispenzárnej starostlivosti „až" raz za 6 mesiacov (podľa vyhlášky platnej od mája 2014, tab. 4). Uvedené údaje vyznievajú veľmi paradoxne v kontexte medicínskeho chápania obezity ako chronického progredujúceho ochorenia s rozvojom závažných komplikácií. Pokiaľ sa tieto komplikácie rozvinú, tak dochádza k podstatne vyššiemu nárastu čerpania zdrojov z verejného zdravotného poistenia, ako aj zdrojov sociálneho poistenia (invalidné dôchodky, sociálne dávky a kompenzácie) [11].

Nemáme vybudovanú infraštruktúru podporujúcu zdravý životný štýl a vnímame aj nedostatočný vplyv médií na propagáciu zdravého životného štýlu. Pre klinickú prax nám chýbajú diagnostické a terapeutické štandardy manažmentu obezity, ktoré je potrebné v dohľadnom čase pripraviť [12–15].

proLékaře.cz | 22.11.2026

Efektívny manažment obezity závisí od nás, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí potrebujú jednoznačnú podporu zo strany štátu, vládnych a zdravotníckych orgánov (tab. 5).

Koncept viacúrovňového multidisciplinárneho manažmentu obezity

Našou snahou je v blízkej budúcnosti začať budovať na Slovensku viac úrovňový manažment obezity [16]. Jeho súčasťou sú aj nekomerčné a komerčné skupiny zamerané na manažment hmotnosti (diétne a režimové opatrenia, behaviorálna terapia). Za veľmi dôležitý článok považujeme ambulancie všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast, ktorí prichádzajú na scénu ako prví v prípade, že pacient nezvláda zmenu životného štýlu vo vlastnej réžii (resp. v spolupráci s nekomerčnými a komerčnými skupinami) [17]. Pri liečbe obezity je nenahraditeľná úzka spolupráca pacienta s lekárom. Nemôžeme sa spoliehať na to, že intenzívne propagované „prostriedky" na chudnutie alebo iné „zaručené recepty" samotné vyriešia tento zdravotne rizikový problém. V prevencii obezity by mala byť v ambulanciách prvého kontaktu zvýšená pozornosť venovaná pacientom s pozitívnou rodinnou anamnézou obezity, pacientom s anamnézou obezity v detstve, pacientom s prejavmi metabolického syndrómu (dyslipidémia, diabetes mellitus, hypertenzia a iné), pacientom s nadhmotnosťou a pacientom s rizikovým obvodom pása (muži nad 102 cm, ženy nad 88 cm). Dostatočne erudovaný praktický lekár je ten pravý, ktorý by mal problém rozpoznať, touto problematikou sa zaoberať a odoslať „rizikového" pacienta k špecialistom venujúcim sa obezite (diabetológ, endokrinológ, gastroenterológ, internista, geriater, pediatrický endokrinológ alebo gastroenterológ) alebo pokiaľ je to indikované, tak do ambulancie vedenej obezitológom – špecialistom na komplexnú liečbu obezity a jej komplikácií. Na vrchole pyramídy by mali stáť centrá pre manažment (COMs), schéma 1 [18]. Nadväznosť krokov vo viacúrovňovom manažmente obéznych pacientov sumarizuje schéma 2. Náplň práce jednotlivých úrovní manažmentu obéznych pacientov je podrobne ukazuje schéma 3.

Poslanie centier pre manažment obezity

Európska spoločnosť pre štúdium obezity (The European Association for the Study of Obesity – EASO) publikovala kritériá pre centrá manažmentu obezity (EASO-COMs)

Tab. 4 | Frekvencia vyšetrení u dispenzarizovaných obéznych pacientov podľa Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej Republiky, máj 2014

zoznam chorôb		frekvencia vyšetrení	poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci dispenzarizáciu
vybrané choroby	kód podľa zoznamu chorôb		
nutričné problémy	E66.00; **E66.01; E66.02; E66.09**; E66.10; E66.11; E66.12; E66.19; E66.20; E66.21; E66.22; E66.29; E66.80; E66.81; E66.82; E66.89; E66.90; E66.91; E66.92; E66.99;	a) raz za 12 mesiacov	diabetológ
		b) raz za 6 mesiacov (u poistenca s kódom choroby E66.01, E66.02 alebo E66.09)	endokrinológ
			gastroenterológ
			geriater
			internista
			pediatrický endokrinológ
			pediatrický gastroenterológ

Tab. 5 | Bariéry a možné riešenia v starostlivosti o obéznych jedincov v SR

bariéra	možné riešenie
nedostatok systematického zberu údajov o prevalencii nadhmotnosti/obezity a jej komplikácií	ročné výkazy pre NCZI (všeobecní lekári pre dospelých a všeobecní lekári pre deti a dorast)
nefunkčné alebo málo efektívne národné preventívne programy a akčné plány	naplánovať a uskutočniť reálne preventívne stratégie pri príprave činností, monitorovaní, ale aj hodnotení činností zameraných na prevenciu a liečbu nadhmotnosti/obezity v slovenskej populácii (MZd a ostatné relevantné ministerstvá SR v spolupráci s panelom odborníkov pracujúcich v oblasti manažmentu nadhmotnosti/obezity, s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, zdravotnými poisťovňami a ďalšími inštitúciami (pacientske organizácie, mimovládne organizácie)
neinformovanosť	informovať prostredníctvom médií (najmä RTVS) o akčných plánoch a programoch na prevenciu obezity
obezita stále nie je na celospoločenskej úrovni vnímaná ako komplexné, chronické, relapsujúce ochorenie, nedostatočné vedomosti o obezite a jej rizikách	kontinuálne celospoločenské vzdelávanie laickej, ale aj odbornej verejnosti (pregraduálne a postgraduálne vzdelávanie, špecialisti obezitológovia)
neexistujúca infraštruktúra starostlivosti o obéznych jedincov	zavedenie viacúrovňového manažmentu obezity s vybudovaním potrebnej infraštruktúry
starostlivosť o obézneho pacienta nie je hradená, alebo je iba minimálne hradená z verejného zdravotného poistenia	úhrada starostlivosti o obézneho pacienta z verejného zdravotného poistenia
limitovaný prístup k inovatívnym antiobezitikám, k bariatrickej/metabolickej chirurgii	prístup k inovatívnym antiobezitikám, k bariatrickej/metabolickej chirurgii
chýbanie štandardných diagnostických a terapeutických postupov	vypracovanie štandardných diagnostických a terapeutických postupov

proLékaře.cz | 22.11.2026

[18]. Tento súbor kritérií uľahčuje rozvoj celoeurópskej siete spolupracujúcich centier EASO zameraných na manažment obezity (univerzity, verejné a súkromné kliniky), ktoré úzko spolupracujú s cieľom lepšieho manažmentu obéznych pacientov (tab. 6). EASO-COMs spolupracujú s EASO a ostatnými Európskymi spoločnosťami špecialistov pri príprave odporúčaní, ako aj protokolov zameraných na hodnotenie obéznych pacientov.

EASO-COMs musia spĺňať nasledované požiadavky:

1. Viac ako 100 nových pacientov s obezitou ročne, poskytovať starostlivosť aj deťom a adolescentom s nadhmotnosťou/obezitou, vrátane intervencií zameraných na rodinu (väzba na spolupracujúcich pediatrov).
2. Centrum môže pozostávať z jedného alebo viacerých zariadení na rôznych miestach (geograficky blízko lokalizovaných), funkčne musia vystupovať ako celok.
3. Zamestnanci by mali preukázať pokročilé vedomosti, zručnosti a kompetentnosť v manažmente obezity a v klinickom výskume, očakáva sa, že budú členmi EASO prostredníctvom národných asociácií (na Slovensku – členmi Obezitologickej sekcie Slovenskej diabetologickej spoločnosti, ktorá je členom EASO).
4. Multidisciplinárny tím by mal pracovať v zložení:
   a. lekári so špeciálnym tréningom v manažmente obezity (napr. SCOPE fellows) alebo lekári s porovnateľnými znalosťami, zručnosťami a kompetentnosťou, skúsenosťami a tréningom v špecifickom klinickom výskume
   b. registrovaní dietológovia a/alebo nutriční terapeuti so skúsenosťami v manažmente obezity
   c. behaviorálni terapeuti/ psychológovia/psychiatri/ sociálni pracovníci so skúsenosťami v manažmente obezity

Schéma 1 | Viacúrovňový multidisciplinárny manažment obezity

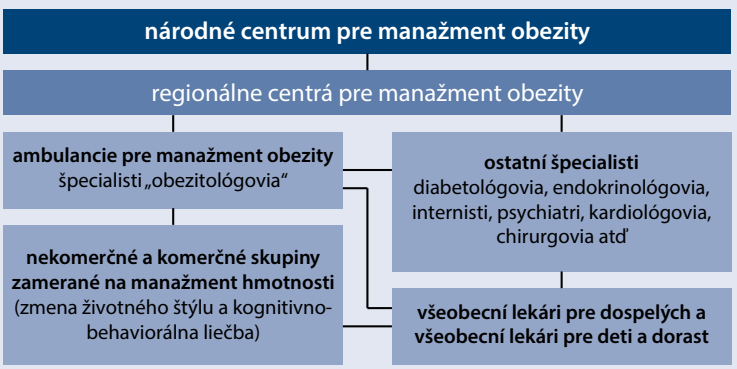
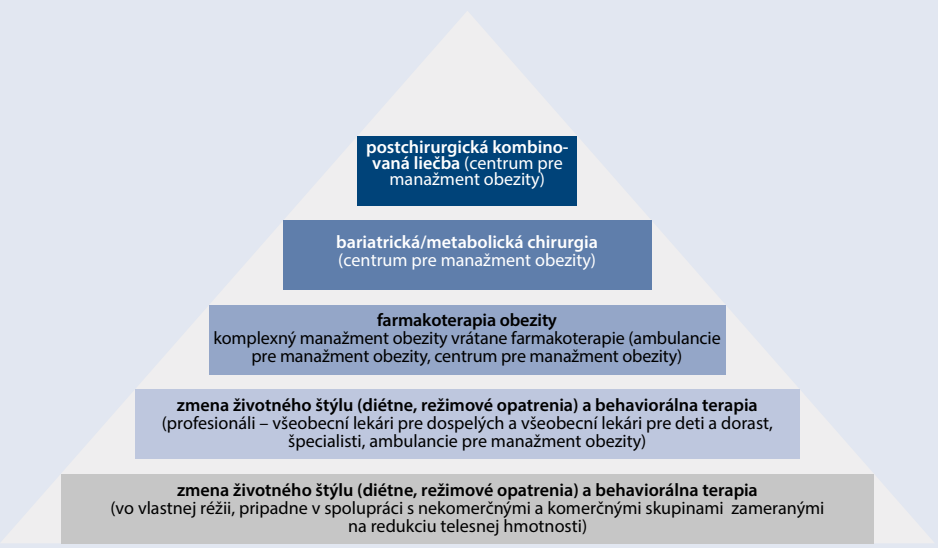


Schéma 2 | Pyramída viacúrovňovej dlhodobej starostlivosti o obézneho jedinca



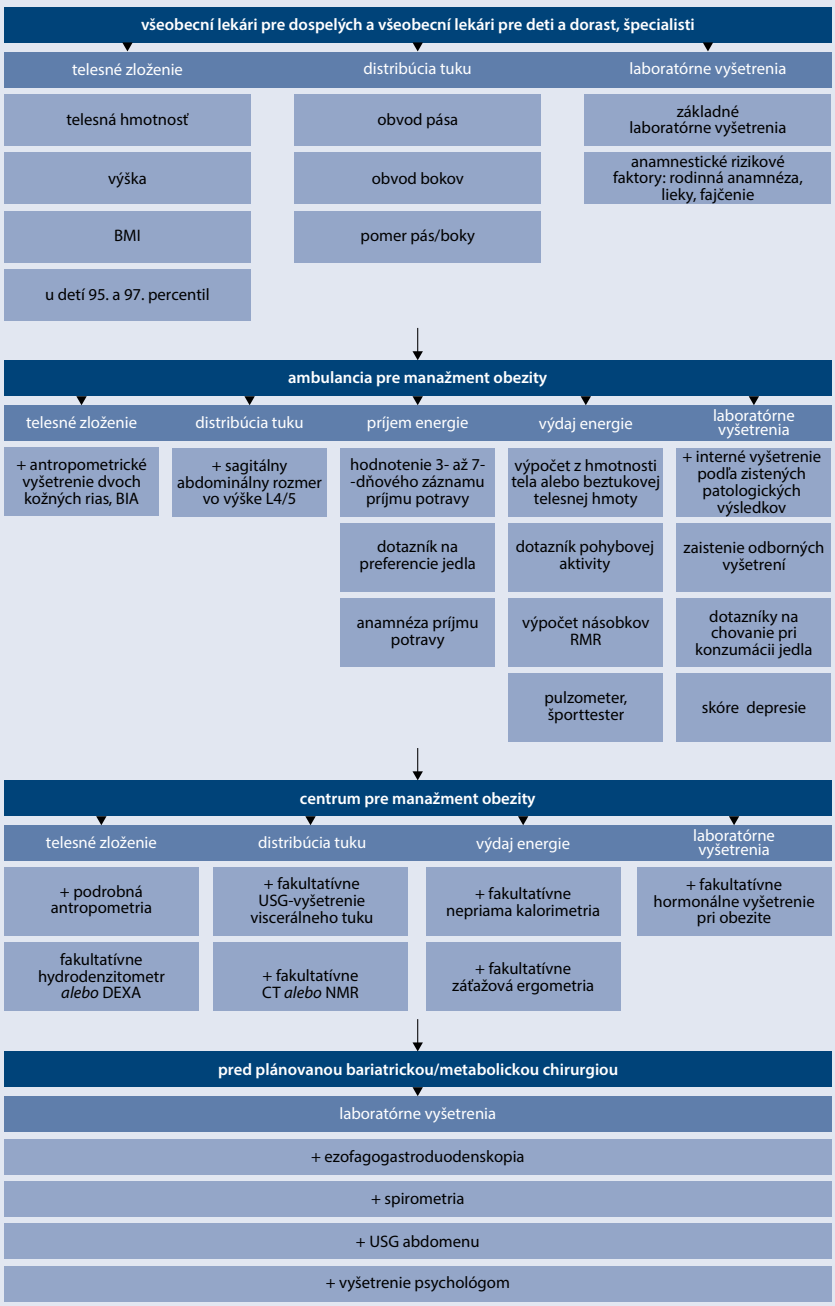
proLékaře.cz | 22.11.2026

d. rehabilitační pracovníci/rehabilitační lekári so skúsenosťami v manažmente obezity
e. sestry a ostatný personál špecificky trénovaný na manažment obéznych pacientov napr. konzultácie a vyšetrenia – kalorimetria, antropometria, vyšetrenie telesného zloženia, poradenstvo v oblasti chirurgie

EASO-COM je schopné prijať a manažovať pacientov s obezitou III. stupňa (BMI ≥ 40 kg/m^2), zabezpečiť im operačné riešenie obezity prostredníctvom vlastného alebo pridruženého akreditovaného pracoviska vykonávajúceho bariatrickú/metabolickú chirurgiu.

5. Prepojenie na ambulancie všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast.

Schéma 3 | Náplň viacúrovňového multidisciplinárneho manažmentu obézneho pacienta



BIA – bioelektrická impedancia **RMR** – rest metabolic rate **DEXA** – röntgenová absorpciometria **USG** vyšetrenie – ultrasonografické vyšetrenie **CT** – počítačová tomografia **NMR** – nukleárna magnetická rezonancia

proLékaře.cz | 22.11.2026

6. Prepojenie na ďalších špecialistov (diabetológ, endokrinológ, genetik, gastroenterológ, chirurg, pneumológ, špecialista na spánkové apnoe, onkológ, kardiológ, anesteziológ, ortopéd, gynekológ, pôrodník, špecializované zariadenie na cvičenie a svojpomocné skupiny.
7. Vybavenie a prístroje pre obéznych pacientov (tab. 7).
8. Liečba obéznych pacientov je založená na dobrej klinickej praxi a intervenciách založených na medicíne dôkazov, manažment a liečba obezity nemá za cieľ „iba" redukciu hmotnosti, ale aj liečbu komplikácií obezity (spánkové apnoe, artériová hypertenzia, adipozopatická dyslipidémia, diabetes mellitus 2. typu, muskuloskeletálne ťažkosti, atď.), redukciu rizika, zlepšenie zdravia, psychologických a sociálnych aspektov.
   Každé EASO-COM je schopné poskytnúť pacientovi široké spektrum klinicky schválených liečebných možností a ich kombinácií, napr. individuálna alebo skupinová modifikácia životného štýlu, nutričné odporúčania vrátane VLCD (very low calorie diet) diéty a náhrad jedla, modifikácia fyzickej aktivity, kognitívno-behaviorálna terapia, psychologická intervencia, antiobezitiká, bariatrická/metabolická chirurgia, ale aj nové techniky, avšak pod prísnym dohľadom.
9. Edukácia – ako pacientov, tak aj postgraduálne vzdelávanie lekárov, zdravotníkov na národnej alebo regionálnej úrovni.
10. Zber dát (zdieľanie databázy s ostatnými EASO-COMs).
11. Výskum – klinické výskumné projekty zamerané najmä na terapeutické a chirurgické intervencie.

Záver

Spôsoby manažmentu obéznych osôb sa líšia v rámci jednotlivých krajín Európskej Únie. Mnohé z nich majú vypracované odporúčania na manažment obezity v dospe-

Tab. 6 | Poslanie centier pre manažment obezity. Upravené podľa [18]

implementácia starostlivosti o obéznych pacientov založenej na dôkazoch (EBM)
monitorovanie všetkých zdravotných ťažkostí a rizikových faktorov súvisiacich s obezitou
poskytovanie vysoko kvalitných informácií pacientom a verejnosti
zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti optimalizáciou procesov a rozvojom úzkej spolupráce medzi jednotlivými úrovňami starostlivosti
vypracovanie komplexnej lokálnej multidisciplinárnej spolupráce
podpora pacientov pri zmenách zameraných na zdravý životný štýl
edukácia pracovníkov zameraná na liečbu obéznych pacientov
podpora rozvoja pacientských združení, zdieľanie skúseností
spolupráca s preventívnymi zložkami
podpora vedomostí a informácií o obezite u verejnosti, ale aj u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
zlepšenie spolupráce medzi klinickými výskumníkmi a vedcami
integrácia zdravotnej starostlivosti, výučby a vedy (výskumu)
rozvoj projektov zameraných na klinický výskum
spolupráca a komunikácia so sieťou EASO centier pre manažment obezity v celej Európe

Tab. 7 | Vybavenie a prístroje pre obéznych pacientov. Upravené podľa [18]

nevyhnutné	manžeta na meranie krvného tlaku (>34 cm)
	váha s adekvátnou kapacitou (> 200 kg)
	kreslá bez opierok, vysoké pevné pohovky v čakárni
	široké vyšetrovacie lôžko
	postele pre obéznych pacientov (> 200 kg)
	nosidlá pre veľmi obézne osoby
	monitory spánkového apnoe v centre alebo v pridružených zariadeniach
	dotazníky na frekvenciu jedla alebo na zaznamenávanie a hodnotenie stravy
	dotazníky na depresiu, na stravovacie postoje a poruchy, fyzickú aktivitu a kvalitu života
	prístup k akreditovanému laboratóriu molekulárnej genetiky a laboratóriu na vyšetrenie hormonálneho statusu
	prístup k RTG, USG, CT, NMR, nukleárnej medicíne, endoskopii, kardiologickému a pľúcnemu vyšetreniu – adaptovanému na veľmi obézne osoby
odporúčané	pedometre
	kalipery na meranie kožných rias
	analýza telesného zloženia (BIA, DEXA)
	nepriama kalorimetria
optimálne	hydrodenzitometria
	analýza telesného zloženia metódou BOD POD - ADP (air displacement plethysmoghraphy)

BIA – bioelektrická impedancia, **DEXA** – röntgenová absorbciometria, **USG** vyšetrenie – ultrasonografické vyšetrenie, **CT** – počítačová tomografia, **NMR** – nukleárna magnetická rezonancia

proLékaře.cz | 22.11.2026

lej (niektoré aj v detskej a adolescentnej) populácii (u nás tieto odporúčania zatiaľ chýbajú). Používanie odporúčaní, podobne ako aj fungovanie multidisciplinárneho tímu je v každodennej klinickej praxi veľmi limitované. Príčin je samozrejme viacej (nedostatok systematického zberu údajov o prevalencii nadhmotnosti/obezity a jej komplikácií, nefunkčné alebo málo efektívne národné preventívne programy a akčné plány, neinformovanosť odbornej a laickej verejnosti o príprave, ale aj výsledkoch národných programov a akčných plánov, nedostatočné chápanie obezity ako chronickej choroby, neexistujúca infraštruktúra starostlivosti o obéznych jedincov, žiadne alebo nedostatočné hradenie starostlivosti o obézneho pacienta z verejného zdravotného poistenia, limitovaný prístup k inovatívnym antiobezitikám, k bariatrickej/metabolickej chirurgii).

Vzhľadom na doterajší globálny neúspech v boji s obezitou Európska asociácia pre štúdium obezity (EASO), ako aj medzinárodná organizácia World Obesity Federation (WOF) vyzýva k preventívnemu, multidisciplinárnemu a najmä praktickému celospoločenskému prístupu k riešeniu obezity v každej uvedomelej krajine.

Možnosťou pre zlepšenie situácie na Slovensku je zrealizovanie konceptu viacúrovňového multidisciplinárneho manažmentu obezity. Efektívny manažment obezity závisí od nás, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí potrebujú jednoznačnú podporu zo strany, štátu, vládnych a zdravotníckych orgánov.

Literatúra

1. Uerlich MF, Yumuk V, Finer N et al. Obesity Management in Europe: Current Status and Objectives for the Future. Obes Facts 2016; 9(4): 273–283. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000445192>.

2. Hainer V, Tsigos C, Toplak H et al. Comment on the Paper by Uerlich et al. Obesity Management in Europe: Current Status and Objectivs for th Future. Obesity Facts 2016;9: 273–283. Obes Facts 2016;9(6): 392–396. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000452249>.

3. Hebebrand J, Holm JC, Woodward E et al. A Proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve the ICD-11 Diagnostic Criteria for Obesity Based on the Three Dimensions Etiology, Degree of Adiposity and Health Risk. Obes Facts 2017; 10(4): 284–307. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000479208>.

4. Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D et al. Slovakia: Health system review. Health Syst Transit 2016; 18(6):1–210. Dostupné z WWW: <http://www.healthobservatory.eu>.

5. Avdičová M, Francisciová K, Ďateľová M. Monitorovanie rizikových faktorov chronických chorôb v SR. RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici za podpory WHO – regionálnej úradovne v Kodani: 2012. ISBN 978–80–971096–0-8.

6. Currie C, Zanotti C, Morgan A et al (eds). Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for EuropeCopenhagen: 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Dostupné z WWW: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf>. ISBN 978 92 890 1423 6.

7. Vitáriušová E, Košťálová Ľ, Pribilincová Z et al. Problems of metabolic syndrome diagnostics in children. Endocr Regul 2010; 44(4): 115–120. Erratum in Endocr Regul 2010; 44(4): 164.

8. Národný akčný plán v prevencii obezity na roky 2015 – 2025. Dostupné z WWW: <http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NAPPO_2015–2025.pdf>.

9. Pollack A. AMA recognizes obesity as a disease. New York Times 2013. Dostupné z WWW: <https://www.nytimes.com/2013/06/19/business/ama-recognizes-obesity-as-a-disease.html>.

10. Hauner H, Koster I, von Ferber L. Frequency of `obesity' in medical record and utilization of out-patient health care by obese' subjects in Germany. An analysis of health insurance data. Int J Obes Relat Metab Disord 1996; 20(9): 820–824.

11. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 2. mája 2014, ktorou sa ustanovuje zoznam chorôb, pri ktorých sa poskytuje poistencovi z verejného zdravotného poistenia dispenzarizácia, frekvencia vyšetrení a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vykonávajúci dispenzarizáciu. Zbierka zákonov č. 127/2014 Čiastka 42. 988–989. Dostupné z WWW: <www.zbierka.sk>.

12. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A et al. [Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity]. Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. Obes Facts 2008; 1(2): 106–116. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000126822>.

13. Yumuk V, Frühbeck G, Oppert JM et al. [Executive Committee of the European Association for the Study of Obesity]. An EASO position statement on multidisciplinary obesity management in adults. Obes Facts 2014; 7(2): 96–101. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000362191>.

14. Yumuk V, Tsigos C, Fried M et al. [Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity]. European guidelines for obesity management in adults. Obes Facts 2015; 8(6): 402–424. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000442721>.

15. Fried M, Yumuk V, Oppert JM et al. [European Association for the Study of Obesity; International Federation for the Surgery of Obesity – European Chapter]. InterdisciplinaryEuropean guidelines on metabolic and bariatric surgery. Obes Facts 2013; 6(5): 449–468. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000355480>.

16. Hainer V. How should the obese patient be managed? Possible approaches to a national obesity management network. Int J of Obesity 1999; 23(Suppl 4): S14-S18; discussion S18–9.

17. Hainer V, Finer N, Tsigos C et al. Management of obesity in adults: project for European primary care. Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28(Suppl 1): S226–S231.

18. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A et al. Criteria for EASO-Collaborating Centers for Obesity Management. Obes Facts 2011; 4(4): 329–333. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000331236>.